



**INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL Y RESPALDO DE VISACIÓN PARA PAGO DE
PRESTACIÓN DE SERVICIOS A HONORARIO.
DIRECCIÓN DE SALUD MUNICIPAL**

Nombre: SACHI CÁCERES GROVE

Cargo: MÉDICA

Programa/ convenio: PERCÁPITA

Informó que en el período comprendido desde el 1 AL 31 DE AGOSTO DE 2025, realicé las siguientes Funciones y/ tareas.

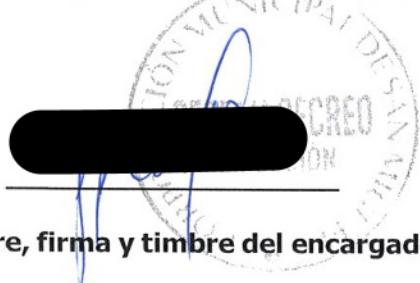
- EXTENSIÓN HORARIA

-
-
-
-
-
-
-
-
-
-
-
-

SACHI CÁCERES GROVE

(Nombre y firma de prestador)

Establecido en la cláusula primera del convenio de prestación de servicios, entre la CMSM y el ejecutante. Sus servicios son pagados con Boleta N° _169_____



(Nombre, firma y timbre del encargado)