



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

**Nombre:** Juliany Rodríguez Lucena

**Cargo:** Médico

**Programa/ convenio:** Por capítulos 2-1-1

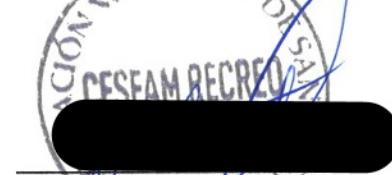
Informó que en el período comprendido desde el 01 al 31 de Agosto 2025, realicé las siguientes Funciones y/ tareas.

Extensión

- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 

  
**(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° 30

  
**(Nombre, firma y timbre del encargado)**

