

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

Nombre: *Carlos Amigoch Garmido*  
Cargo: *Asesoría técnica*  
Programa/ convenio: *Pasepita*

Informó que en el período comprendido desde el 01 - 31 - 08 2025, realicé las siguientes Funciones y/ tareas.

- *Reparación de muebles.*
- *Confitería*
- *Electricidad.*
- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 



(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° 16



(Nombre, firma y timbre del encargado)