



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

**Nombre:** Kola Gowá

**Cargo:** Médico

**Programa/ convenio:** Per capíta

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

- Martes 6 horas
- Sábado 4 horas
- 
- 
- 
- 

(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° 91

(Nombre, firma y timbre del encargado)