



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

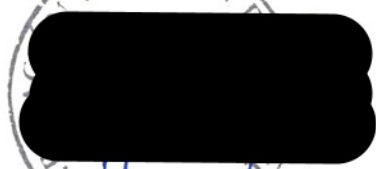
Nombre: Karla Gowa
Cargo: Medico
Programa/ convenio: Per capita

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

- Martes 6 horas
- Sabados 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)