Corporación
Municipal de
**San Miguel**
*Comuna Familia*

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

**Nombre: Carolina Meza P**

**Cargo: Tons**

**Programa/ convenio: Estrategia Salud Bucal / Percapita**

Informó que en el período comprendido desde el __1 de _Febrero hasta el 28__ 2026, realicé las siguientes Funciones y/ tareas.

**- Estrategia salud bucal / Asistir al odontologo**