

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

Nombre: Claudio Sanchez Pozo
Cargo: Odontólogo
Programa/ convenio: NAHO movilidad 4212

Informó que en el período comprendido desde el 1 al 31 de Agosto 2025, realicé las
siguientes Funciones y/ tareas.

- Odontología
-
-
-
-
-
-
-
-
-
-

[Redacted signature]

(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° 228

[Redacted signature]

(Nombre, firma y timbre del encargado)

REV. U. DE CHILE