



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

Nombre: Claudia Sánchez Roza

Cargo: Odontóloga

Programa/ convenio: NAAS mobilitad 4212

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

Odontóloga

[REDACTED]

(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]

(Nombre, firma y timbre del encargado)

REV. U. DE CHILE