

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


**Nombre:** Daniela González González

**Cargo:** Asistente dental

**Programa/ convenio:** mejoramiento del acceso a la atención odontológica

Informo que en el período comprendido desde el 01 al 31 de agosto de 2025, realicé las siguientes Funciones y/ tareas.

- Recepción de pacientes
- Preparación del box
- Asistencia a dentista
- Desinfección y limpieza del box dental
- 
- 

  
Nombre y firma del 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° 113

  
(Nombre, firma y timbre del encargado)



San Miguel, 31 de agosto de 2025