

**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