

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

Nombre: *Eduardo Quintana Ruiz*  
Cargo: *Odontólogo*  
Programa/ convenio: *Estrategia salud Bucal M.A.O Morbilidad*

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

- *Odontólogo*  
-  
-  
-  
-  
-  
-  
-

[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° *4*

[Redacted Signature]  
Dra. Ma Carolina Leal

[Redacted Signature] (Cargo)

[Redacted Signature]  
*Odontopediatra*

