

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

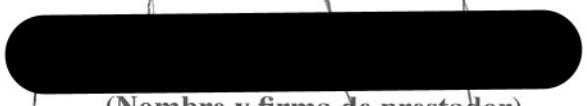
Nombre: *Mariela Chavarría Espina.*

Cargo: *Anjana Dentista.*

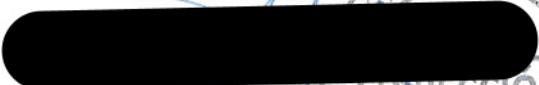
Programa/ convenio: *MAAO Proferis/Estrategia salud bucal 2015*

Informó que en el período comprendido desde el 19 al 27 Agosto, 2025, realicé las siguientes Funciones y/ tareas.

- Diagnóstico
- Examen
- Desarrollo
- operativia
- Endodoncia
- Prótesis removible
-
-
-


(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° 19 M Barros Luco *


(Nombre, firma y timbre del encargado)

