



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

**Nombre:** Natalia Labraña Miranda

**Cargo:** Odontóloga

**Programa/ convenio:** ESTRATEGIA SALUD BUCAL 2025/ MEJORAMIENTO DEL ACCESO  
A LA ATENCIÓN ODONTOLOGICA.

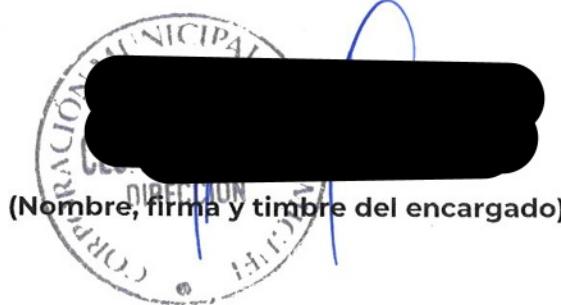
Informó que en el período comprendido desde el 01 al 31 de Agosto del 2025, realicé las siguientes Funciones y/ tareas.

- Tratamiento de prótesis removibles.
- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 



**(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° 146



**(Nombre, firma y timbre del encargado)**