



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

**Nombre:** Nicolás Díaz Campos

**Cargo:** Odontólogo

**Programa/ convenio:** PERCAPITA COD 212

Informó que en el período comprendido desde el 01/08-31/08 2025, realicé las siguientes Funciones y/ tareas.

**- Actividades odontológicas en contexto de atención primaria en salud**

- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 

(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° 10001851

(Nombre, firma y timbre del encargado)

