



Dirección de Salud

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

**Nombre:** Paula Andrea Cofré Molina

**Cargo:** TONS

**Programa/ convenio:** Estrategia salud bucal 2025 /Mejoramiento del acceso a la  
atención odontológica 4.21.2 jornada 10 horas semanales

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

- Preparación clínica
- Aseo y orden de clínica
- Asistir a Odontólogo
- Citar a pacientes
- Confirmar asistencia de pacientes

-  
-

[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°81

Dra. Ma Carolina Leal

[Redacted signature]

(Nombre, firma y timbre del encargado)