



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

Nombre: Paulina Castillo Bustamante

Cargo: Asistente Dental

Programa/ convenio: Estrategia Salud Bucal 2025 / Mejoramiento del Acceso a la Atención Odontológica

Informó que en el período comprendido desde el ____01 hasta 31 agosto____ 2025, realicé las siguientes Funciones y/ tareas.

- Recepción de pacientes
- Asistir a Odontólogos
- Mantener orden y limpieza en box dental
- Preparar box dental para la atención
- Recibir y administrar insumos
- Efectuar labores administrativas
-
-
-

(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° 288

(Nombre, firma y timbre del encargado)