



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

Nombre: *Rachel Melillán Palma*

Cargo: *TONS*

Programa/ convenio: *Estratégica Salud Bucal 2025/Mejoramiento del Acceso a la atención Odontológica COD 4212 /*

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

- Asistir al Odontólogo.

-

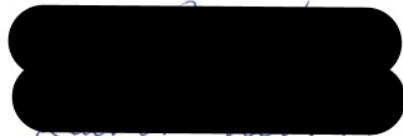
-

-

-

-

-



(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° 15

Dra. Gamasa Varela, M.D.B. A.



(Nombre, firma y timbre del encargado)