

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

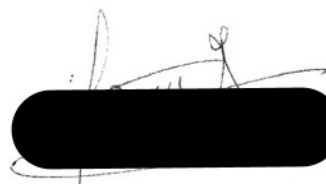
Nombre: Roxana Marisol Cares Osores

Cargo: TONS

Programa/ convenio: Estrategia salud bucal 2025 / Mejoramiento del acceso a la
atención odontológica / Extensión horaria

Informó que en el período comprendido desde el ____Agosto__ 2025, realicé las siguientes
Funciones y/ tareas.

- Citación de pacientes
- Preparación de materiales odontológicos
- Asistir al profesional odontólogo
- Orden y cuidado de infraestructura clínica
- Reagendamiento de pacientes citados



(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° ____61____



(Nombre, firma y timbre del encargado)