

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

**Nombre:** Roxana Marisol Cares Osoreo

**Cargo:** TONS

**Programa / convenio:** ESTRATEGIA SALUD BUCAL 2025 / PROGRAMA  
ODONTOLÓGICO INTEGRAL 22 HORAS SEMANALES

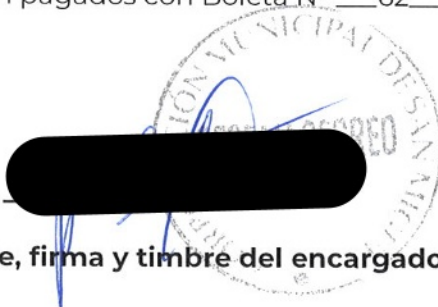
Informó que en el período comprendido desde el \_\_Agosto\_\_ 2025, realicé las siguientes  
Funciones y/ tareas.

- 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° \_\_62\_\_



**(Nombre, firma y timbre del encargado)**