

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


Nombre: *Scarlett Peters Rojas*

Cargo: *TONS*

Programa/ convenio: *Estrategia Salud Bucal 2025 / mejoramiento del acceso
A la Atención Odontológica priorizada COD 4212*

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

- *Asesor y preparación de clínica*
- *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° *37*


(Nombre, firma y timbre del encargado)

