

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

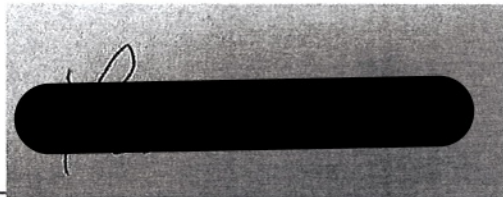
**Nombre:** Yesenia Carbante Troncoso

**Cargo:** Asistente Dental

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

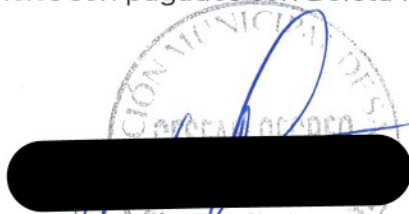
Informó que en el período comprendido desde el \_\_\_\_01 hasta  
31\_\_agosto\_\_\_\_ 2025, realicé las siguientes Funciones y/ tareas.

- 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° \_\_\_\_6\_\_\_\_



(Nombre, firma y timbre del encargado)