



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

Nombre: Florencia Asunción Ibáñez Tiznado

Cargo: Psicóloga

Programa/ convenio: Percapita

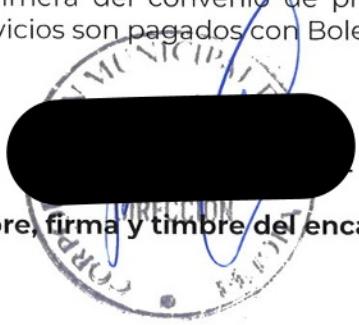
Informó que en el período comprendido desde el ____1 al 31 de agosto____ 2025, realicé las siguientes Funciones y/ tareas.

- Realizar controles de salud mental .
- Realizar ingresos de salud mental en dupla con médico de salud mental.
- Realizar visitas domiciliarias a usuarios del Programa de Salud Mental y Programa de Postrados.
- Participación en consultoría psiquiátrica infanto juvenil.
- Participar en reunión de salud mental.
- Participar en reuniones de salud familiar.
- Realizar actividades de promoción del Programa Motor del sector.
- Participar en actividades desarrolladas por el Equipo Motor.
- Participación en Taller Galm.


Florencia Ibáñez Tiznado

(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° ____47____


(Nombre, firma y timbre del encargado)