

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

Nombre: Xerme Cybria Tavares  
Cargo: Tens  
Programa/ convenio: Percepto 2.1.1

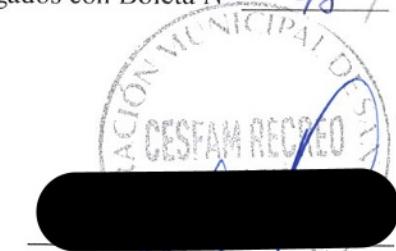
Informó que en el período comprendido desde el 01 agosto 31 agosto 2025, realicé las siguientes Funciones y/ tareas.

- |                      |       |
|----------------------|-------|
| Curaciones           | PADDS |
| inyectiones          | PADDS |
| Vocaciones           | PADDS |
| Seguimientos de PIA  | PADDS |
| Resabes inexistentes | PADDS |
| Herniodesminie       | PADDS |

Forene Jolena Rivera

**(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° 48



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