


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

Nombre: Stephanie Rosa J.  
Cargo: Terapeuta Ocupacional.  
Programa/ convenio: PAB.

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

- Atención individual a usuarios.
- Realización de fichas de ingresos y usuarios.
- Uso de SIKST.
- Participación en reuniones de equipo PAB.
- Rescate telefónico.
- Trabajo administrativo.
- Realización de egresos de usuarios.
- 
- 

  
(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° 107.

  
(Nombre, firma y timbre del encargado)