



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

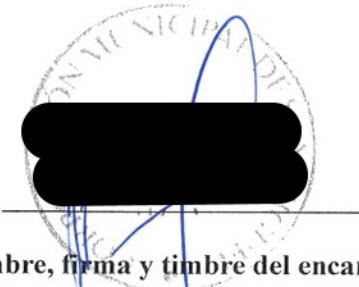
Nombre: Stephanie Rose J.
Cargo: Terapeuta Ocupacional.
Programa/ convenio: PAB.

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

- Atención individual a usuarios.
- Realización de fichas de ingresos a usuarios.
- Manejo de SISTEMA.
- 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)