

## **INFORME CONVENIOS COMUNIDADES 2026 – Categoría A**

De: Gaston Sepulveda Piffaut

Médico

Para: Sergio Araya Páez

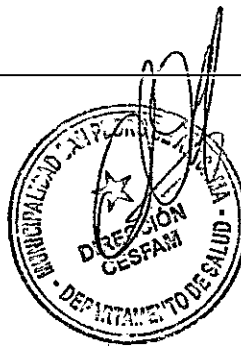
Director CESFAM San Pedro De Atacama

Fecha solicitud: 08/05/2026

Junto con saludar a usted y mediante el presente documento, dejo registro del trabajo realizado en **EMR Camar** en convenio con la comunidad de **Camar** en el **mes de abril del 2026**.

Adjuntando los siguientes documentos:

| Documento adjunto                                                                           | Destino                     | Fecha      |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|------------|
| Informe correspondiente al mes de abril (EN HOJA APARTE)<br><br>Medio de verificación (REM) | CESFAM San Pedro de Atacama | 08/05/2026 |
| Boleta de honorarios N°152 (EN HOJA APARTE)                                                 |                             |            |
| Cuenta bancaria (EN HOJA APARTE)                                                            |                             |            |







1. Resumen de atenciones:

| N° total de atenciones | N° total de pacientes atendidos | N° total de No se presenta | N° total de horas realizadas en extensión |
|------------------------|---------------------------------|----------------------------|-------------------------------------------|
| 28                     | 28                              | 0                          | 0                                         |

2. Registro de atención diaria:

Fecha: 01-04-2026 al 30-04-2026

| EDAD | SEXO | ACTIVIDAD              | RENDIMIENTO |
|------|------|------------------------|-------------|
| 37   | M    | Atención Urgencias     | 20 minutos  |
| 23   | F    | Atención Urgencias     | 20 minutos  |
| 45   | F    | Atención Urgencias     | 20 minutos  |
| 3    | F    | Atención Urgencias     | 20 minutos  |
| 21   | F    | Atención Urgencias     | 20 minutos  |
| 44   | F    | Atención Urgencias     | 20 minutos  |
| 29   | M    | Atención Urgencias     | 20 minutos  |
| 24   | F    | Atención Urgencias     | 20 minutos  |
| 21   | F    | Morbilidad             | 15 minutos  |
| 79   | F    | Visita domiciliaria    | 30 minutos  |
| 41   | F    | Morbilidad             | 15 minutos  |
| 68   | F    | Control Cardiovascular | 30 minutos  |
| 13   | F    | Morbilidad             | 15 minutos  |
| 37   | M    | Atención Urgencias     | 20 minutos  |
| 81   | F    | Visita domiciliaria    | 30 minutos  |
| 2    | F    | Atención Urgencias     | 20 minutos  |
| 52   | F    | Atención Urgencias     | 20 minutos  |
| 41   | M    | Atención Urgencias     | 20 minutos  |
| 39   | M    | Control cardiovascular | 30 minutos  |
| 21   | F    | Morbilidad             | 15 minutos  |



2000



DEPARTAMENTO DE  
SALUD  
MUNICIPAL

|    |   |                        |            |
|----|---|------------------------|------------|
| 36 | F | Morbilidad             | 15 minutos |
| 25 | F | Atención Urgencias     | 20 minutos |
| 22 | M | Morbilidad             | 15 minutos |
| 67 | M | Control cardiovascular | 30 minutos |
| 62 | M | Morbilidad             | 15 minutos |
| 12 | M | Atención Urgencias     | 20 minutos |
| 25 | F | Control cardiovascular | 30 minutos |
| 45 | M | Control cardiovascular | 30 minutos |

3. REM Serie A
4. Boleta de Honorarios
5. Certificado de fiel cumplimiento
6. Datos de pago

Sin otro particular me despido

Gastón Sepúlveda Piriaut  
Médico Cirujano  
RUT: 17.559.989-4  
Hospital Clínico Viña del Mar

PRESTADOR



PROCTOR O QUIEN  
CORRESPONDA