



INFORME DE EXTENSIÓN HORARIA 2026 – Categoría A/B

De: Katherine Camila Dávalos Oliden

Psicóloga

Para: Sergio Araya

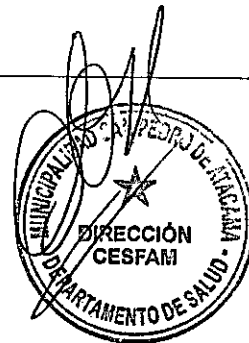
Director CESFAM San Pedro De Atacama

Fecha de solicitud: 05/05/2026

Junto con saludar a usted y mediante el presente documento, dejo registro del trabajo realizado en extensión horaria IAAPS el MES de abril del 2026.

Adjuntando los siguientes documentos:

Documento adjunto	Destino	Fecha
Informe correspondiente al mes de abril	CESFAM San Pedro de Atacama	05/05/2026
Medio de verificación (REM)		
Boleta de honorarios N°187		
Cuenta bancaria		



1
2
3

1



DEPARTAMENTO DE
SALUD
MUNICIPAL

1. Resumen de atenciones:

N° total de atenciones agendadas	N° total de pacientes atendidos	N° total de No se presenta	N° total de horas realizadas en extensión
3	2	1	3 horas

2. Registro de atención diaria:

Fecha: 29/04/2026

EDAD	SEXO	ACTIVIDAD	RENDIMIENTO
3 años 9 meses	F	Consulta de Ingreso	60 minutos
38 años	F	Control de Salud Mental	45 minutos
46 años	F	Control de Salud Mental	45 minutos





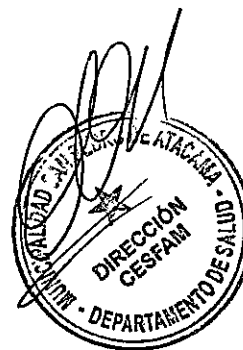
**DEPARTAMENTO DE
SALUD
MUNICIPAL**

3. REM Serie A, SÓLO con los datos estadísticos de extensión

**SECCIÓN D: CONSULTAS EN
HORARIO CONTINUADO
(Incluidas en las consultas de
morbilidad de sección A o B)**

TIPO JORNADA	TOTAL			RANGO								
	Amb os Sexo s	Hombr es	Mujer es	Men os de 1 año	1 - 4 año s	5 - 9 año s	10 - 14 año s	15 - 19 año s	20 - 24 año s	25 - 29 año s	30 - 34 año s	35 - 39 año s
Horario continua do	3	0	3	0	1	0	0	0	0	0	0	1
Médico/a	0											
Otros Profesiona les	3		3		1							1
Sábado, Domingo o festivo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Médico/a	0											
Otros Profesiona les	0											

ETARIO									Pueblos Originari os	Migrant es
40 - 44 año s	45 - 49 año s	50 - 54 año s	55 - 59 año s	60 - 64 año s	65 - 69 año s	70 - 74 año s	75 - 79 año s	80 y ma s año s		
0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	1								1	1
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0





DEPARTAMENTO DE
SALUD
MUNICIPAL

4. Agenda de Rayen 29/04/2026

Hora cita	Estado	Nombre	Tipo cupo	Llegada	Llamada	Razón de la cita	Tipo de atención	#
17:00	Completado	[REDACTED]	Normal		 1	Consulta	PS, Consulta salud mental Ingreso ...	
18:00	Completado	[REDACTED]	Normal		 1	Control	PS, Consulta de salud mental	
18:45	Completado	[REDACTED]	Normal		 2	Consulta	PS, Consulta de salud mental	

5. Boleta de Honorarios
6. Certificado de fiel cumplimiento
7. Datos de pago

Sin otro particular me despido

KATHERINE RÍVALOS OLIDEN

R.U.T.: 18.825.987 - 1

PRESTADOR



DIRECTOR O QUIEN
CORRESPONDA