



DEPARTAMENTO DE
SALUD
MUNICIPAL

INFORME HONORARIO SUMA ALZADA - CLÍNICA MÓVIL 2026

De: María Valenzuela Castillo

TENS

Para: Sergio Araya Páez

Director CESFAM San Pedro De Atacama.

Fecha solicitud: 13/07/2026

Junto con saludar a usted y mediante el presente documento, dejo registro del trabajo realizado en clínica móvil el MES JUNIO del 2026.

Adjuntando los siguientes documentos:

Documento adjunto	Destino	Fecha
Informe correspondiente al mes de JUNIO (EN HOJA APARTE) Medio de verificación (REM)	CESFAM San Pedro de Atacama	13/07/2026
Boleta de honorarios N° 37 (EN HOJA APARTE)		
Cuenta bancaria (EN HOJA APARTE)		





1. Resumen de atenciones:

N° total de atenciones	N° total de pacientes asistidos	N° total de No se presenta
204	165	39

2. Registro de atención diaria:

Fecha: Mes de Junio 2026

Se adjunta planilla.

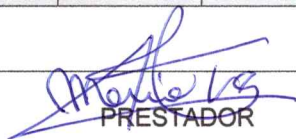
DIA	HOMBRES	MUJERES	NIÑOS 0 - 9 AÑOS	NIÑOS 10 - 19 AÑOS	TOTAL PACIENTES	TOTAL PACIENTES ATENDIDOS	ACTIVIDAD
01	2	5	0	0	8	7	Asistencia Dental
02	2	0	0	0	2	2	Asistencia Dental
03	1	1	10	2	17	14	Asistencia Dental
04	0	3	3	1	11	7	Asistencia Dental
05	3	3	1	2	9	9	Asistencia Dental
06							Sábado
07							Domingo
08	1	3	1	0	6	5	Asistencia Dental
09	0	9	1	1	12	11	Asistencia Dental
10	2	4	2	2	11	10	Asistencia Dental
11	1	5	0	1	8	7	Asistencia Dental
12	1	5	1	1	16	8	Asistencia Dental
13							Sábado





DEPARTAMENTO DE
SALUD
MUNICIPAL

14							Domingo
15	1	4	2	3	11	10	Asistencia Dental
16	1	7	3	0	14	11	Asistencia Dental
17	0	6	3	0	10	9	Asistencia Dental
18							Permiso
19							Permiso
20							Sábado
21							Domingo
22	1	3	3	3	11	10	Asistencia Dental
23	0	8	0	0	11	8	Asistencia Dental
24	1	7	3	0	14	11	Asistencia Dental
25	5	8	1	0	16	14	Asistencia Dental
26	2	8	1	1	17	12	Asistencia Dental
27							Sábado
28							Domingo
29							Feriado
30							Permiso


PRESTADOR



Sin otro particular me despido

