

BARBARA CAMILA DE LOURDES REVECO PEREZ

**BOLETA DE HONORARIOS
ELECTRONICA**

N ° 94

RUT:

**GIRO(S): SERVICIOS PERSONALES DE EDUCACION,
SERVICIOS PRESTADOS DE FORMA INDEPENDIENTE POR
OTROS PROFESIONALES DE,**

Fecha: 01 de Junio de 2026

Señor(es): I MUNICIPALIDAD DE PADRE HURTADO
Domicilio: CAMINO SAN ALBERTO HURTADO 3295, PADRE HURTADO

Rut: 69.261.400- 3

Por atención profesional:

ATENCIONES EDUCADORA DIFERENCIAL PROGRAMA NEURODIVERGENTE MAYO	862.630
Total Honorarios: \$:	862.630
15.25 % Impto. Retenido:	131.551
Total:	731.079

Fecha / Hora Emisión: 26/05/2026 09:05



1662207700094BE4B225

Res. Ex. N° 83 de 30/08/2004

Verifique este documento en www.sii.cl

El contribuyente receptor de esta boleta debe retener el porcentaje definido.

11202605260904

Fecha / Hora Impresión: 26/05/2026 09:04



MEMORANDUM N°83/2026

**DE : NATALIA HERRERA RIVEROS
REFERENTE DEL BIENESTAR INFANTO JUVENIL
DIRECCIÓN DE SALUD**

**A : DAMARIA JIMENEZ UGALDE
DIRECTOR (s)
DIRECCIÓN DE SALUD**

MAT : CERTIFICADO DE PAGO BARBARA REVECO PEREZ

PADRE HURTADO, 29 MAYO DEL 2026

Por medio del presente, Certifico a usted, conformidad de los servicios prestados durante el mes de mayo del 2026, por Bárbara Reveco Pérez Rut N° Educadora diferencial Contratado en calidad de prestación de servicios honorarios, para equipo Neurodivergente. Con grado de consecución del trabajo desarrollado satisfactorio.

Lo anterior para dar inicio a la tramitación del pago correspondiente.

Sin otro particular, saluda atentamente a Ud., remanente

**DAMARIA JIMENEZ UGALDE
DIRECTOR (s)
DIRECCIÓN DE SALUD**

**NATALIA HERRERA RIVEROS
REFERENTE DEL BIENESTAR INFANTO
JUVENIL
DIRECCIÓN DE SALUD**

NHR/ dju

Distribución:

- Archivo Dirección de Salud

CESFAM JUAN PABLO II

INFORME PRESTADORES DE SERVICIOS A HONORARIOS

Datos	Antecedentes
Nombre Completo	Bárbara Camila Reveco Pérez
Cedula de Identidad	
Profesión o Tipo de Prestador	Educadora Diferencial
Programa al que presta servicio	Equipo Neurodivergente
Encargado del Programa	Natalia Herrera Riveros
Mes que certifica prestación de servicio	Mayo 2026
Monto Total Honorario	\$862.630

INFORMACION ESPECÍFICA:

Datos	Antecedentes	
	SI	NO
1.-Descripción de actividades o labores contratadas	X	
2.-Adjunta Respaldo de las actividades, conforme al cometido según contrato	X	
3.-Calendario de horas realizadas o cometidos realizados	X	
Observaciones		

1.- Descripción de actividades o labores contratadas

- Realizar entrevistas clínicas, evaluación diagnósticas e intervención a niñas, niños adolescentes, jóvenes con condición o diagnóstico neurodivergente.
- Registrar las atenciones, acciones y procesos clínicos de los usuarios en la ficha clínica.
- Elaborar informes clínicos según los requerimientos de los usuarios, instituciones externas o tribunales competentes.
- Desarrollar y facilitar talleres grupales dirigidos a madres, padres y cuidadores.
- Desarrollar y facilitar talleres grupales dirigidos a niñas, niños y adolescentes neurodivergentes.
- Gestionar derivaciones médicas cuando sea necesario y realizar seguimiento del proceso.
- Cumplir con las normas legales, reglamentarias y disposiciones internas del establecimiento.
- Asistir a reuniones de equipo, estamento o aquellas solicitadas por la jefatura directa.

2.- Descripciones de actividades realizadas durante el mes de mayo 2026

Yo, **Barbara Revecó Pérez**, durante el período correspondiente al mes de **mayo de 2026**, desarrollé funciones en el **Programa Neurodivergente**, realizando atenciones clínicas dirigidas a niñas y niños con diagnóstico neurodivergente confirmado.

Durante dicho período, las actividades realizadas incluyeron la realización de entrevistas de evaluación diagnóstica de ingreso, intervenciones terapéuticas y procesos de egreso, alcanzando un total de **102 atenciones realizadas**, orientadas a favorecer el desarrollo educativo de las niñas y niños atendidos.

Asimismo, se efectuó el registro sistemático de las atenciones y procesos clínicos en las fichas correspondientes, asegurando la trazabilidad y confidencialidad de la información. De igual manera, se elaboraron informes clínicos según los requerimientos de las familias y de instituciones externas cuando fue solicitado. Además, se participó en la gestión de derivaciones médicas y en el seguimiento de los procesos asociados, en coordinación con otros profesionales de la red de apoyo.

Firma:

CALENDARIO DE ACTIVIDADES MAYO 2026

LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES
04	05	06	07	08
	<p align="center">09:00-13:40 Atención de Niños y Niñas NeuroDivergentes (7 CUPOS DE 40 MIN)</p> <p align="center">14:40-20:00 Atención de Niños y Niñas NeuroDivergentes (8 CUPOS DE 40 MIN)</p>	<p align="center">09:00-13:40 Atención de Niños y Niñas NeuroDivergentes (7 CUPOS DE 40 MIN)</p> <p align="center">14:40-20:00 Atención de Niños y Niñas NeuroDivergentes (8 CUPOS DE 40 MIN)</p>		
11	12	13	14	15
	<p align="center">09:00-13:40 Atención de Niños y Niñas NeuroDivergentes (7 CUPOS DE 40 MIN)</p> <p align="center">14:40-20:00 Atención de Niños y Niñas NeuroDivergentes (8 CUPOS DE 40 MIN)</p>	<p align="center">09:00-13:40 Atención de Niños y Niñas NeuroDivergentes (7 CUPOS DE 40 MIN)</p> <p align="center">14:40-20:00 Atención de Niños y Niñas NeuroDivergentes (8 CUPOS DE 40 MIN)</p>		
18	19	20	21	22
	<p align="center">09:00-13:40 Atención de Niños y Niñas NeuroDivergentes (7 CUPOS DE 40 MIN)</p> <p align="center">14:40-20:00 Atención de Niños y Niñas NeuroDivergentes (8 CUPOS DE 40 MIN)</p>	<p align="center">09:00-13:40 Atención de Niños y Niñas NeuroDivergentes (7 CUPOS DE 40 MIN)</p> <p align="center">14:40-20:00 Atención de Niños y Niñas NeuroDivergentes (8 CUPOS DE 40 MIN)</p>		
25	26	27	28	29
	<p align="center">09:00-13:40 Atención de Niños y Niñas NeuroDivergentes (7 CUPOS DE 40 MIN)</p> <p align="center">14:40-20:00 Atención de Niños y Niñas NeuroDivergentes (8 CUPOS DE 40 MIN)</p>	<p align="center">09:00-13:40 Atención de Niños y Niñas NeuroDivergentes (7 CUPOS DE 40 MIN)</p> <p align="center">14:40-20:00 Atención de Niños y Niñas NeuroDivergentes (8 CUPOS DE 40 MIN)</p>		