



**INFORME ACTIVIDADES CUMPLIMIENTO DE**  
**FUNCIONES HONORARIOS**  
**DIRECCIÓN DE: ARTURO PRAT 332**  
**Mes de: AGOSTO de 2024**

I.- **Funcionario** : CHRISTIAN RODRÍGUEZ SALAZAR  
**Departamento** : SALUD MUNICIPAL  
**Decreto (contrato)** : 4179 15-03-24  
**Centro de costo o ítem** : 323401  
**Nombre Programa** : SEMBRANDO SONRISAS

II.- **Boleta Número** : 221  
**Fecha Boleta** : 30 DE AGOSTO 2024  
**Valor Bruto Boleta** : 1.605.500  
**Valor Contrato** : 9.633.000

*En caso de diferencia entre valor boleta y valor cuota contrato aclarar*

CONTRATO DE MARZO - AGOSTO 2024  
650 CONSULTAS PROGRAMA SEMBRANDO SONRISAS CORRESPONDIENTE AL MES  
DE AGOSTO.

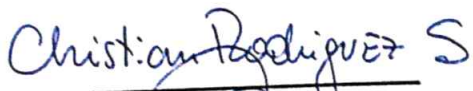
III.- Funciones Contratadas:

Instrucción de técnica de Higiene Oral, con entrega de set de Higiene Oral  
Examen de Salud Oral a la población Infantil Parvulario  
Aplicación de flúor Barniz a la Población Infantil Parvularia y Preescolar.  
Instrucciones para los Establecimientos sobre la segunda  
Aplicación 3 Meses Posterior a la Primera aplicación.

IV.- Detalle Labores Realizadas en el mes:


Ejecución de exámenes de salud, educación, técnica de cepillado, además de la aplicación de Barniz de Flúor y entrega pastas y cepillos de dientes. Esta atención Odontológica a Jardines infantiles y establecimiento educacional a niños entre 2 y 6 años en etapa de Preescolar.  
Desarrollar la coordinación previa al inicio del programa con el equipo de educación para la correcta implementación del programa a intervenir y dar a conocer el programa al resto del equipo  
Gestionar el Registro Estadístico Digital con la información disponible en la fecha de corte en el Programa, además de la información mensual (REM) según los plazos del DSM Temuco.  
Gestionar el Trabajo en Terreno con el equipo de salud para concurrir a los jardines infantiles o escuelas, para las actividades educativas dirigida a la comunidad educativa de la Comuna de Temuco y Labranza.

El detalle anterior resume el material y antecedentes que se mantendrán como evidencia en poder de la Dirección.

  
**Nombre y Firma Prestador Servicio**

  
**Encargado Centro de Costo**  
Dr. Eric Suazo Carrasco  
Rut: 18.575.278-K  
Cirujano Dentista



P.P.   
Natalia S. Navarro Méndez  
Enfermera

**Nombre y Firma jefe de gestión**



\*\*\* Cambiar los datos del ple de firma por las personas en cuestión