

**INFORME ACTIVIDADES CUMPLIMIENTO DE**  
**FUNCIONES HONORARIOS**  
**DIRECCIÓN DE SALUD MUNICIPAL**  
**CESFAM SANTA ROSA**  
**Mes de : MARZO de 2024**

I.- **Funcionario** :Christian Bastian Leal Leal  
**Departamento** :Salud Municipal  
**Decreto (contrato)** : 5373 27.03.2024  
**Centro de costo o ítem** :31.04.01  
**Nombre Programa** :Extensión Horaria Dental

II.- **Boleta Número** :53  
**Fecha Boleta** :28/03/2024  
**Valor Bruto Boleta** :\$265.800.-  
**Valor Cuota según Contrato** :\$265.800.-

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

III.- **Funciones Contratadas:**

Atención odontología Horario de extensión lo que contempla:

- Instrucciones en técnica de cepillado
- Obturaciones simples y compuestas
- Sellantes
- Aplicación de barniz de flúor
- Destartraje
- Profilaxis y pulidos coronarios.
- Exodoncias temporales y permanentes.
- Resolver urgencias odontológicas de consulta espontánea en el horario de extensión


IV.- Detalle Labores Realizadas en el mes:

Atención odontológica de atención primaria en horario de extensión según detalle consignado en Certificado de Turnos realizados por Médico/Odontólogo de Marzo 2024. (Adjunto)

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



**Christian Leal L.**



**Katherin Ayendaño V.**  
*Municipalidad de Temuco*  
*Jefe Programa Dental*  
*Cesfam Santa Rosa*  
*Depto. de Salud*



**Marisa Villalobos C.**