



**INFORME ACTIVIDADES CUMPLIMIENTO DE**  
**FUNCIONES HONORARIOS**  
**DIRECCIÓN DE CESFAM VILLA ALEGRE**  
**Mes de OCTUBRE de 2024**

I.- **Funcionario** : María Alicia Reyes Gower  
**Profesión** : Odontólogo  
**Departamento** : SALUD MUNICIPAL  
**Decreto (contrato)** : 14217 28/10/2024  
**Centro de costo o ítem** : 310501  
**Nombre Programa** : *Extensión dental*

II.- **Boleta Número** : 94  
**Fecha Boleta** : 31-10-2024  
**Valor Bruto Boleta** : 101.400  
**Valor Cuota según Contrato** : 253.000

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

No realiza el total de horas de extensión solicitadas.

III.- Funciones Contratadas:

Dentro de las funciones diarias que se realizan como odontólogo en el CESFAM Villa Alegre en el horario de extensión semanal se contempla:

- Destartraje supragingival y subgingival
- Pulido coronario
- Restauraciones estéticas simples y compuestas
- Restauraciones provisorias
- Sellantes
- Aplicación de barniz de flúor
- Exodoncias de dientes permanentes
- Resolver urgencias odontológicas de consulta espontánea
- Resolver contrarreferencias de los servicios de rehabilitación y endodoncia.

IV.- Detalle Labores Realizadas en el mes:

Se adjunta detalle de 6 horas de extensión realizadas por la dra. Reyes:

OCTUBRE 2024				
DIA	DIA	DENTISTA	HORAS	HORARIO
Martes	1	DRA REYES	3	17:00 - 20:00
Lunes	21	DRA REYES	3	17:00 - 20:00

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

  
Firma Prestador Servicio  
Dra. María Alicia Reyes Gower

  
Firma Encargado de programa  
Dra. Nicole Fuller Valdebenito

  
DIRECTOR  
CESFAM VILLA ALEGRE  
Av. Argentina 0820  
Municipalidad de Temuco

  
Firma Director  
Sr. Raúl Garces Zuñiga