



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

I.- **Funcionario** :Cristian Nahuel Cartes Delgado  
**Departamento** :Salud Municipal  
**Decreto (contrato)** : 14647 14/11/24  
**Centro de costo o ítem** :31.04.01  
**Nombre Programa** :Extensión Horaria Dental

II.- **Boleta Número** :178  
**Fecha Boleta** :30/10/2024  
**Valor Bruto Boleta** :\$63.000-  
**Valor Cuota según Contrato** :\$63.000.-

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

III.- **Funciones Contratadas:**

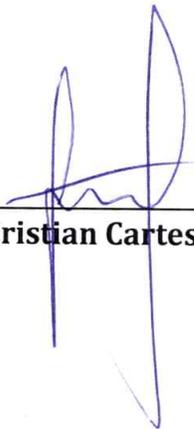
Atención odontología Horario de extensión lo que contempla:

- 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:

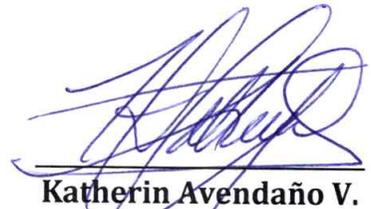
Atención odontológica de atención primaria en horario de extensión según detalle consignado en Certificado de Turnos realizados por Médico/Odontólogo de Octubre 2024. (Adjunto).

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

  
Cristian Cartes D.



  
Marisa Villalobos C.

  
Katherin Avendaño V.

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