



**INFORME ACTIVIDADES CUMPLIMIENTO DE**  
**FUNCIONES HONORARIOS**  
**DIRECCIÓN DE SALUD MUNICIPAL**  
**Mes de: Agosto de 2024**

I.- **Funcionario** : Carlos Godoy Reyes  
**Departamento** : Salud Municipal  
**Decreto (contrato)** : 13639/15. 10. 24  
**Centro de costo o ítem** : 31.07.01  
**Nombre Programa** : Extensión Dental

II.- **Boleta Número** : 35  
**Fecha Boleta** : 30/09/2024  
**Valor Bruto Boleta** : 84.000  
**Valor Cuota según Contrato** : 84.000

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

III.- **Funciones Contratadas:**

Otorgar atención odontológica a pacientes que le sean asignados por el CESFAM Labranza en su calidad de Dentista, en horario de extensión de dicho establecimiento, lo que contempla:

- Instrucciones en técnica de cepillado.
- Obturaciones simples y compuestas.
- Sellantes.
- Aplicación de barniz de flúor.
- Destartrajes.
- Profilaxis y pulidos coronarios.
- Exodoncias temporales y permanentes.
- Instrucciones en técnica de cepillado.
- Dar de Alta odontológica integral a todos los pacientes que ingresen a tratamiento.
- Resolver urgencias odontológicas de consulta espontánea en el horario de extensión.

IV.- Detalle Labores Realizadas en el mes:

- Sábado 31 de Agosto 2024: 09:00 a 13:00 horas

Total: 04 horas Sábado= 04 horas

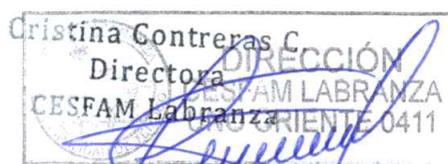
El detalle anterior resume el material y antecedentes **que se mantendrán como evidencia en poder de la Dirección.**



**Carlos Godoy Reyes**  
Cirujano Dentista



**Yuber Peña Peña**  
Encargado Programa Odontológico



Cristina Contreras C.  
Directora  
DIRECCIÓN  
CESFAM LABRANZA  
ORIENTE 0411

**Cristina Contreras Carrasco**  
Directora