



**INFORME ACTIVIDADES CUMPLIMIENTO DE FUNCIONES**  
**HONORARIOS**

**DIRECCIÓN DE: ARTURO PRAT 332**

**Mes de: SEPTIEMBRE de 2025**

I.- **Funcionario** : MARCELA SANHUEZA FUENTEALBA  
**Departamento** : SALUD MUNICIPAL  
**Decreto (contrato) :** 13686 21-11-25  
**Centro de costo o ítem** : 328601  
**Nombre Programa** : Atención odontológica domiciliaria

II.- **Boleta Número** : 05  
**Fecha Boleta** : 15 de DICIEMBRE 2025  
**Valor Bruto Boleta** : 755.160  
**Valor Contrato** : 3.243.150

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

35 Altas por programa de atenciones domiciliarias, desarrolladas durante el mes de septiembre, en jornada de 22hrs semanales en DISTRITO 2, CESFAM VILLA ALEGRE, P.DE VALDIVIA, FDO DEL CARMEN Y MONSEÑOR VALECH de la Comuna de Temuco.

### III.- Funciones Contratadas:

Realizar altas odontológicas a pacientes dependientes del Departamento de Salud Municipal de Temuco, en el marco del Programa Odontológico Integral (Componente atención odontológica domiciliaria a personas con dependencia severa).

### IV.- Detalle Labores Realizadas en el mes:

- Contactar al paciente para la visita dental domiciliaria
- Trasladarse al domicilio del paciente
- Evaluar en una primera visita la atención requerida al paciente y cuidador
- Entregar documento de información y compromiso para la atención odontológica domiciliaria, acerca de los posibles procedimientos a llevar a cabo en la atención; tanto al usuario como al cuidador.
- Llevar en cada atención domiciliaria kit de atención dental estéril
- Re-agendar un paciente cuando se requiera de un mayor tiempo para ciertos procedimientos.
- Realizar evolución de ficha en sistema Rayen de cada paciente
- Realizar acciones tales como:
  - Educación e instrucción de higiene
  - Tratamiento gingival y periodontal (Destartraje)
  - Aplicación barniz de flúor
  - Aplicación de sellantes
  - Obturaciones temporales
  - Extracciones dentales
  - Obturaciones de resina
  - Ajuste y/o reparación de prótesis
  - Urgencias

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



MARCELA SANHUEZA

**Nombre y Firma Prestador Servicio**

**Encargado Centro de Costo**

**Nombre y Firma jefe de gestión**

DIRECCION DE GESTIÓN DE PERSONAS

