



INFORME ACTIVIDADES CUMPLIMIENTO DE
FUNCIONES HONORARIOS
DIRECCIÓN DE: ARTURO PRAT 332
Mes de: JUNIO de 2025

I.- **Funcionario** : CHRISTIAN RODRÍGUEZ SALAZAR
Departamento : SALUD MUNICIPAL
Decreto (contrato) : 5262 01-04-25
Centro de costo o ítem : 32.31.01
Nombre Programa : ENSEÑANZA MEDIA

II.- **Boleta Número** : 244
Fecha Boleta : 30 DE JUNIO 2025
Valor Bruto Boleta : 1.900.000
Valor Contrato : 11.400.000

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

CONTRATO DE
MARZO - AGOSTO 2025
50 ATENCIONES ODONTOLÓGICAS PROGRAMA DENTAL EDUCACIÓN MEDIA
CORRESPONDIENTE AL MES DE JUNIO 2025

III.- **Funciones Contratadas:**

Actividades clínicas Específicas

Realización de: Examen de salud oral Aplicación de Sellantes, Destartraje y pulido coronario, Flúor tópico barniz Obturación amalgama, Obturación composite, Obturación Vidrio Ionómero, Radiografía retro alveolar y Bite-Wing, Exodoncia permanente /temporal.

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

El programa de salud oral en colegios de Temuco tiene como objetivo principal promover la salud Oral y prevenir enfermedades dentales en estudiantes de cuarto año de educación media y/o su equivalente. Las actividades realizadas incluyen:

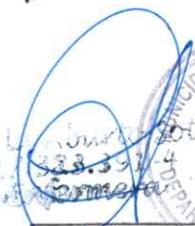
- Sesiones educativas de promoción de la salud y prevención de enfermedades orales para los alumnos del programa.
- Coordinación de reuniones de apoderados y otras instancias educativas con el equipo de educación.
- Aplicación de flúor barniz en los alumnos de los colegios beneficiados.
- Entrega de un Kit de Salud Oral a cada alumno de cuarto medio que ingresa al programa.
- Examen de salud oral.
- Aplicación de sellantes.
- Destartraje y profilaxis.
- Obturación con composite y vidrio ionómero.
- Exodoncia permanente/temporal.

El programa también brinda asesoramiento Odontológico a los establecimientos en materias de salud oral y en el desarrollo de actividades educativas, promoción y prevención en los colegios asignados de la Comuna de Temuco.

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


Nombre y Firma Prestador Servicio
Christian Rodriguez S


Encargado Centro de Costo
Dr. Eric Guazo Carrasco
575.278-K
Cirujano Dentista


Nombre y Firma jefe de gestión

*** Cambiar los datos del pie de firma por las personas en cuestión