



**INFORME ACTIVIDADES CUMPLIMIENTO DE**  
**FUNCIONES HONORARIOS**  
**DIRECCIÓN DE SALUD MUNICIPAL**  
**CESFAM SANTA ROSA**  
**Mes de : OCTUBRE de 2025**

I.- **Funcionario** :Pablo Andrés Cid Carrasco  
**Departamento** :Salud Municipal  
**Decreto (contrato)** : 13463 18-11-25  
**Centro de costo o ítem** :31.04.01  
**Nombre Programa** :Extensión Horaria Dental

II.- **Boleta Número** :64  
**Fecha Boleta** :30/11/2025  
**Valor Bruto Boleta** :\$44.700.-  
**Valor Cuota según Contrato** :\$44.700.-  
*En caso de diferencia entre valor boleta y valor cuota contrato **aclarar***

III.- **Funciones Contratadas:**

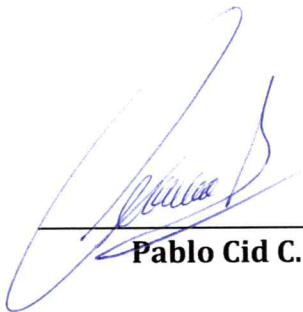
Atención odontología Horario de extensión lo que contempla:  
  
· Instrucciones en técnica de cepillado  
  
· Obturaciones simples y compuestas  
  
· Sellantes  
  
· Aplicación de barniz de flúor  
  
· Destartraje  
  
· Profilaxis y pulidos coronarios.  
  
· Exodoncias temporales y permanentes.  
  
· Resolver urgencias odontológicas de consulta espontánea en el horario de extensión



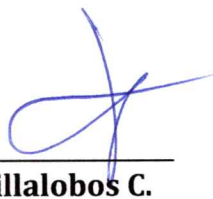
IV.- Detalle Labores Realizadas en el mes:


Atención odontológica de atención primaria el día Viernes 03/10/2025 desde las 17:00 hrs. a 22:00 hrs. según informe adjunto.  
Prestador no emitió boleto en el mes de Octubre 2025

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

  
**Pablo Cid C.**



  
**Marisa Villalobos C.**

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

