



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

I.- **Funcionario** :Ricardo Alberto Bahamondes Melo  
**Departamento** :Salud Municipal  
**Decreto (contrato)** : 14141 04-12-25  
**Centro de costo o ítem** :31.04.01  
**Nombre Programa** :Extensión Horaria Dental

II.- **Boleta Número** :213  
**Fecha Boleta** :30/11/2025  
**Valor Bruto Boleta** :\$178.800.-  
**Valor Cuota según Contrato** :\$178.800.-

*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 Noviembre 2025. (Adjunto)

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

  
Ricardo Bahamondes M.



  
Marisa Villalobos C.

  
Katherin Avendaño V.

Municipalidad de Temuco  
Jefe Programa Dental  
Ccsfam Santa Rosa  
Depto. de Salud

