

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

I.- **Funcionario** : Adrián Manuel Olivares Pérez  
**Departamento** : Salud Municipal  
**Decreto (contrato)** : 13.043 30/10/2025  
**Centro de costo o ítem** : 31.04.01  
**Nombre Programa** : Extensión Horaria Dental

II.- **Boleta Número** : 81  
**Fecha Boleta** : 31/10/2025  
**Valor Bruto Boleta** : \$196.680.-  
**Valor Cuota según Contrato** : \$196.680.-

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

III.- **Funciones Contratadas:**

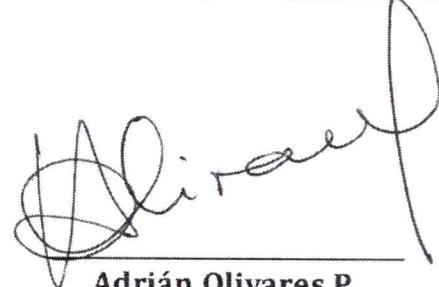
Atención odontología Horario de extensión lo que contempla:

- 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

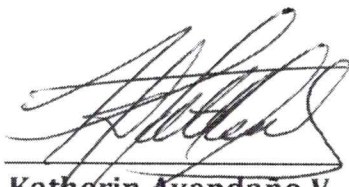
IV.- Detalle Labores Realizadas en el mes:

Atención odontológica de atención primaria en horario de extensión según detalle consignado en Certificado de Turnos realizados por Médico/Odontólogo de Octubre 2025 (Adjunto)

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



Adrián Olivares P.



Katherin Avendaño V.  
Municipalidad de Temuco  
Programa Dental  
Hospital Santa Rosa  
Depto. de Salud



Márisa Villalobos C.