

**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:**

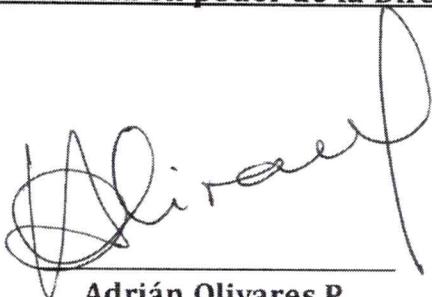
Atención odontología Horario de extensión lo que contempla:

- 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

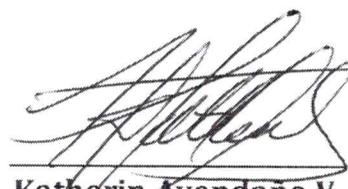
IV.- Detalle Labores Realizadas en el mes:

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



DIRECCION  
GESTION  
STA. ROSA

**Márisa Villalobos C.**