



**INFORME ACTIVIDADES CUMPLIMIENTO DE**  
**FUNCIONES HONORARIOS**  
**DIRECCIÓN DE SALUD MUNICIPAL**  
**Mes de: Marzo de 2026**

I.- **Funcionario** : Camila Candia Castillo  
**Departamento** : Salud Municipal  
**Decreto (contrato)** : 5156 06-04-26  
**Centro de costo o ítem** : 31.07.01  
**Nombre Programa** : Extensión Dental

II.- **Boleta Número** : 193  
**Fecha Boleta** : 31/03/2026  
**Valor Bruto Boleta** : 220.520  
**Valor Cuota según Contrato** : 220.520

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

III.- **Funciones Contratadas:**

Otorgar atención odontológica a pacientes que le sean asignados por el CESFAM Labranza en su calidad de Dentista, en horario de extensión de dicho establecimiento, lo que contempla:

- Instrucciones en técnica de cepillado.
- Obturaciones simples y compuestas.
- Sellantes.
- Aplicación de barniz de flúor.
- Destartrajes.
- Profilaxis y pulidos coronarios.
- Exodoncias temporales y permanentes.
- Instrucciones en técnica de cepillado.
- Dar de Alta odontológica integral a todos los pacientes que ingresen a tratamiento.
- Resolver urgencias odontológicas de consulta espontánea en el horario de extensión.

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

- Jueves 12 de Marzo 2026: 17:00 a 20:00 horas
- Martes 17 de Marzo 2026: 17:00 a 20:00 horas
- Viernes 20 de Marzo 2026: 16:00 a 20:00 horas
- Sábado 21 de Marzo 2026: 09:00 a 13:00 horas

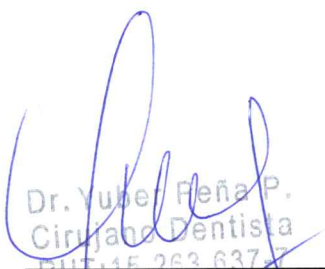
Total: 10 horas Lunes-Viernes + 04 horas Sábado= 14 horas

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





---

**Camila Candia Castillo**  
Cirujano Dentista



---

**Yuber Peña Peña**  
Encargado Programa Odontológico



---

**Samira Guzmán Herrera**  
Directora

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