

**MARIELA DEL PILAR BUSTOS PAREDES**

**BOLETA DE HONORARIOS  
ELECTRONICA**

**N ° 105**

**RUT:**

**GIRO(S): SERVICIOS PRESTADOS DE FORMA INDEPENDIENTE POR  
OTROS PROFESIONALES DE,  
TECNICO UNIVERSITARIO EN ENFERMERIA A PARAMEDICO  
EN ODONT**

**Fecha:** 02 de Junio de 2026

**Señor(es):** I MUNICIPALIDAD DE PADRE HURTADO

**Rut:** 69.261.400- 3

**Domicilio:** CAMINO MELIPILLA 3295 PADRE HURTADO, PADRE HURTADO

**Por atención profesional:**

|  |         |
|--|---------|
| PROGRAMA DE ESTRATEGIA DE SALUD BUCAL 14 ENDODONCIAS MAYO 2026 | 308.000 |
| <b>Total Honorarios: \$:</b>                                   | 308.000 |
| <b>15.25 % Impto. Retenido:</b>                                | 46.970  |
| <b>Total:</b>  | 261.030 |

Fecha / Hora Emisión: 02/06/2026 14:04



11361976001052DADA5A

Res. Ex. N° 83 de 30/08/2004

Verifique este documento en [www.sii.cl](http://www.sii.cl)

El contribuyente receptor de esta boleta debe retener el porcentaje definido.

11202608021404

Fecha / Hora Impresión: 02/06/2026 14:04



DIRECCION DE SALUD MUNICIPAL  
Centro de Salud Familiar Juan Pablo II.



**ORD** : N° 423 / Direc./N° \_\_\_\_\_ / N°Encargado \_\_\_\_\_  
**ANT.** : Contrato de prestación de servicios a honorarios del individualizado.  
**MAT.** : Remite Certificación de pago de la profesional Mariela Bustos P.

PADRE HURTADO, 02 Junio 2026

**A** : ALEX ENRIQUE GARCIA LEIVA  
DIRECTOR DIRECCIÓN DE SALUD  
MUNICIPALIDAD DE PADRE HURTADO



**DE** : RAÚL BARRIENTOS SEGURA  
DIRECTOR  
CENTRO DE SALUD FAMILIAR JUAN PABLO II.

Por medio del presente, certifico a usted, conformidad de los servicios prestados durante el mes de Mayo 2026, por Mariela Bustos Paredes, Cedula de Identidad N° \_\_\_\_\_ Técnico Nivel Superior en Odontología. Contratado en calidad de prestación de servicios honorarios, en el marco del Programa Estrategia de Salud Bucal. Con grado de consecución del trabajo desarrollado satisfactorio.

Se deja constancia que la información vinculada a pacientes constituye datos personales sensibles y se encuentra protegido por la legislación vigente Lay N°20.584, por lo que los listados de pacientes se encuentran en el CESFAM Juan Pablo II, para su resguardo y alguna revisión requerida en caso de ser necesaria.

Lo anterior para dar inicio a la tramitación del pago correspondiente.

Sin otro particular, saluda atentamente a Ud.,

RAÚL BARRIENTOS SEGURA  
DIRECTOR  
CENTRO DE SALUD FAMILIAR JP II

KARINA CARRASCO VALLEJOS  
ENCARGADA PROGRAMA ODONTOLÓGICO  
CENTRO DE SALUD FAMILIAR JP II

**DISTRIBUCIÓN:**

• Dirección de Salud.

• Archivo Dirección CESFAM Juan Pablo II.

# CESFAM JUAN PABLO II

Padre Hurtado 02-06-2026

## INFORME PRESTADORES DE SERVICIOS A HONORARIOS

### INFORMACIÓN GENERAL

| Datos   | Antecedentes                       |
|---|------------------------------------|
| Nombre Completo   | MARIELA BUSTOS PAREDES             |
| Cedula de Identidad   |                                    |
| Profesión o Tipo de Prestador                                       | TENS                               |
| N° decreto Alcaldicio   |                                    |
| Programa al que presta servicio                                     | Programa Estrategia de Salud Bucal |
| Encargado del Programa  | DRA KARINA CARRACO VALLEJOS        |
| Mes que certifica prestación de servicio                            | MAYO 2026                          |
| Valor hora o valor prestación                                       | \$22.000 PESOS                     |
| Fecha de término de Contrato  | 30 SEPTIEMBRE DE 2026              |
| Cantidad de Horas o Prestaciones realizadas en el mes que certifica | 14 ENDODONCIAS                     |
| Numero de Boleta  | 105                                |
| Monto Total Honorario \$  | 308.000                            |
| Fecha Emisión de la Boleta  | 02-06-2026                         |

### INFORMACION ESPECÍFICA:

| Datos   | Antecedentes   |    |
|---|--|----|
|   | SI   | NO |
| 1.-Descripción de actividades o labores contratadas                     | X  |    |
| 2.-Adjunta Respaldo de actividades, conforme al cometido según contrato | X  |    |
| Observaciones (labor a desempeñar)                                      | Asistencia en atención de endodoncias uni o birradiculares para usuarios inscritos en la comuna bajo la Estrategia de Atención Integral, Meioramiento del acceso v GES Salud Oral. |    |

**1.- Descripción de actividades o labores contratadas**

- Llamado y citación de pacientes para agendar hora y su respectiva confirmación a controles posteriores
- Preparación de materiales de trepanación, pastas de medicación intracanal y tratamiento de endodoncia
- Manejo y seguridad de materiales de endodoncia para su correcto uso

Me desempeño como Técnico de Odontología de Nivel Superior (TONS) en el **Programa de Endodoncia del CESFAM Juan Pablo II**, realizando funciones de apoyo clínico, técnico y administrativo a la atención odontológica especializada.

Mi labor se desarrolla específicamente los **días viernes, en horario de 17:30 a 20:30 horas**, en colaboración directa con la **Dra. Katherine Mena**, participando activamente en la preparación del box dental, asistencia clínica durante procedimientos endodónticos (apertura cameral, instrumentación, irrigación y obturación), preparación y manipulación de materiales, manejo de aspiración y Asimismo, cumple funciones de **bioseguridad y Preparación de instrumental**, asegurando el cumplimiento de las normativas de IAAS, junto con el registro de prestaciones, control de insumos y orientación básica al paciente.

Durante el **mes de Mayo 2026 se realizaron un total de 14 Endodoncias**, contribuyendo al cumplimiento de las prestaciones del programa y a la entrega de una atención odontológica segura, oportuna y de calidad.