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

I. MUNICIPALIDAD PADRE HURTADO
RECIBIDO
31 AGO 2026
UNIDAD CONVENIOS Y PROGRAMAS
DEPARTAMENTO SALUD

| | | |
|---|---|---|
| **ORD** | : | N° 660 / Direc./N°_____ / N°_____ |
| **ANT.** | : | Contrato de prestación de servicios a honorarios del individualizado. |
| **MAT.** | : | Remite Certificación de pago de Camila Zuñiga Olivares. |

**PADRE HURTADO, 01 de Septiembre de 2026.**

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

DE : RAUL FELIPE 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 **Agosto de 2026**, por **Camila Alexandra Zúñiga Olivares**, Cedula de Identidad N° [redacted] Técnico en Odontología. Contratada en calidad de prestación de servicios honorarios, en el marco del Programa Apoyo Morbilidad Odontológica. Con grado de consecución del trabajo desarrollado satisfactorio.

Se deja constancia que la información vinculada a pacientes constituye datos personales sensibles y se encuentra protegida por la legislación vigente ley N°20. 584. por lo que los listados de pacientes se encontraran 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.

Saluda Atentamente a usted,

RAUL FELIPE BARRIENTOS SEGURA
DIRECTOR
CENTRO DE SALUD FAMILIAR JUAN PABLO II.

**RFBS/mir.**

- Distribución.
- Archivo

# CESFAM JUAN PABLO II

**Padre Hurtado 01-09-2026**

INFORME PRESTADORES DE SERVICIOS A HONORARIOS

**INFORMACIÓN GENERAL**

| **Datos** | **Antecedentes** |
|---|---|
| Nombre Completo | Camila Zuñiga Olivares |
| Cedula de Identidad | [redacted] |
| Profesión o Tipo de Prestador | Técnico en odontología |
| Programa al que presta servicio | PROGRAMA APOYO MORBILIDAD ODONTOLOGICA |
| Encargado del Programa | RAUL BARRIENTOS SEGURA |
| Mes que certifica prestación de servicio | AGOSTO DE 2026 |
| Fecha de término de Contrato | 31 DE DICIEMBRE DE 2026 |
| Numero de Boleta | 82 |
| Monto Total Honorario | $288.000 |
| Fecha Emisión de la Boleta | 01/09/2026 |
| | |

**INFORMACION ESPECÍFICA**

| **Datos** | **Antecedentes** | |
|---|---|---|
| | **SI** | **NO** |
| 1.-Descripción de actividades o labores contratadas | X | |
| 2.-Adjunta Respaldo de las actividades, conforme al cometido según contrato | X | |

# CESFAM JUAN PABLO II

**Padre Hurtado 01-09-2026**

**1.- Descripción de actividades Técnico en Odontología**

Ingresar al paciente agendado para el cirujano Dentista dependiente de la estrategia de telesalud, asistir al usuario y odontólogo en todo momento, estar pendiente de las necesidades e instrucciones que requiera como apoyo la doctora o el usuario, desarrollando las siguientes actividades:

*Apoyo al cirujano dentista durante la atención clínica, preparando el box dental y asistiendo en procedimientos odontológicos según protocolo del Cesfam Juan Pablo II.

*Preparo, mantengo ordenado instrumental, insumos y equipos odontológicos, asegurando el cumplimiento de normas de bioseguridad.

*Realizo procesos de limpieza al final de la jornada para derivar el material a la unidad de esterilización.

*Preparo al paciente para la atención odontológica, brindando orientación inicial y apoyo durante el procedimiento.

*Colaboro en la toma y registro de signos vitales y antecedentes relevantes, cuando corresponda.

*Ejecuto acciones de educación en salud oral y medidas preventivas, según indicación profesional.

*Apoyo en la confección y actualización de registros clínicos, fichas odontológicas y sistemas informáticos institucionales.

*Gestiono y controlo stock de insumos odontológicos, solicitando reposición según necesidad.

*Cumplo las normativas de calidad, seguridad del paciente y control de infecciones asociadas a la atención de salud (IAAS).

*Apoyo la gestión administrativa del box dental, incluyendo citaciones, derivaciones y coordinación de la atención.

*Refuerzo las indicaciones entregadas por la odontóloga

# CESFAM JUAN PABLO II

**Padre Hurtado 01-09-2026**

| Lunes | Martes | Miércoles | Jueves | Viernes | Sábado |
|---|---|---|---|---|---|
| 3<br>Programa apoyo morbilidad odontológica<br>17:30 – 20:30 | 4<br>Programa apoyo morbilidad odontológica<br>17:30 – 20:30 | 5<br>Programa apoyo morbilidad odontológica<br>17:30 – 20:30 | 6<br>Programa apoyo morbilidad odontológica<br>17:30 – 20:30 | | |
| 10<br>Programa apoyo morbilidad odontológica<br>17:30 – 20:30 | 11<br>Programa apoyo morbilidad odontológica<br>17:30 – 20:30 | 12<br>Programa apoyo morbilidad odontológica<br>17:30 – 20:30 | 13<br>Programa apoyo morbilidad odontológica<br>17:30 – 20:30 | | |
| 17<br>Programa apoyo morbilidad odontológica<br>17:30 – 20:30 | 18<br>Programa apoyo morbilidad odontológica<br>17:30 – 20:30 | 19<br>Programa apoyo morbilidad odontológica<br>17:30 – 20:30 | 20<br>Programa apoyo morbilidad odontológica<br>17:30 – 20:30 | | |
| 24<br>Programa apoyo morbilidad odontológica<br>17:30 – 20:30 | 25<br>Programa apoyo morbilidad odontológica<br>17:30 – 20:30 | 26<br>Programa apoyo morbilidad odontológica<br>17:30 – 20:30 | 27<br>Programa apoyo morbilidad odontológica<br>17:30 – 20:30 | | |
| | | | | | |