**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° 648 /, Direc./N°_____ / N°Encargado _____ |
| **ANT.** | : | Contrato de prestación de servicios a honorarios del individualizado. |
| **MAT.** | : | Remite Certificación de pago del profesional Francisca Bustamante G. |

**PADRE HURTADO, 01 de Septiembre 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 Agosto 2026, por Francisca Javiera Bustamante Gutiérrez, Cedula de Identidad N° Técnico Nivel Superior en Odontología. Contratada en calidad de prestación de servicios honorarios, en el marco del Programa Estrategia 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**

**DANIEL IRUSTA GARRETÓN**
**REFERENTE ODONTOLÓGICO COMUNAL**
**CENTRO DE SALUD FAMILIAR JPII**

**DISTRIBUCIÓN:**
- Dirección de Salud.
- Archivo Direccion CESFAM Juan Pablo II.

# CESFAM JUAN PABLO II

**Padre Hurtado 01-09-2026**

INFORME PRESTADORES DE SERVICIOS A HONORARIOS

## INFORMACIÓN GENERAL

| Datos | Antecedentes |
|---|---|
| Nombre Completo | Francisca Javiera Bustamante Gutiérrez |
| Cedula de Identidad | |
| Profesión o Tipo de Prestador | Técnico en odontología |
| Programa al que presta servicio | PROGRAMA ESTRATEGIA DE SALUD BUCAL |
| Encargado del Programa | DR. DANIEL IRUSTA GARRETON |
| Mes que certifica prestación de servicio | AGOSTO 2026 |
| Fecha de término de Contrato | 30 DE SEPTIEMBRE 2026 |
| Cantidad de Horas o Prestaciones realizadas en el mes que certifica | POR COMETIDO |
| Numero de Boleta | 62 |
| Monto Total Honorario | $550.000 |
| 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 | |
| Observaciones | | |

# CESFAM JUAN PABLO II

**Padre Hurtado 01-09-2026**

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

- Preparación del equipo pre, durante y post atención.
- Limpieza y desinfección de piezas de mano entre pacientes
- Colaboración con odontólogos
- Preparación de materiales dentales (eugenato, vidrio ionomero, resinas, amalgamas, etc.)
- Lavado y secado del instrumental utilizado.
- Limpieza del equipo al finalizar la jornada laboral.
- - Orden y limpieza del lugar de trabajo.
- Despiche y apagado de compresor.
- Apagado de equipos y desconexión de los mismos
- Desinfección y aceitado de piezas de mano y set rotatorios.

Mediante el presente documento informo gestiones realizadas durante el mes de agosto del año 2026. Durante el periodo informado quede a disposición de la necesidad del servicio por ello estuve apoyando en la ejecución de diversos programas y prestaciones odontológicas. Las funciones incluyeron la preparación, organización y habilitación de los box de atención, recepción y orientación de pacientes, apoyo al equipo odontológico durante la atención clínica y colaboración en la ejecución de actividades preventivas y promocionales de salud bucal. Tal como el sector 5, sector 1, sector 3 y 4.

Principalmente apoye en el sector 5 donde colabore en el programa ges de embarazadas/ ges 6 años/ecicep/programa 0, previo a cada atención realizo desinfección entremedio de cada paciente y preparo el box dental para el comienzo y termino de la jornada. En la atención también realizo la toma de signos vitales si este lo requiere tal como tomar la presión y la glicemia con el hemoglucotest, facilito insumos e instrumental para diversos tratamientos odontológicos.

En forma complementaria, se colaboró con el equipo de salud en actividades de educación, prevención y promoción de hábitos de higiene oral, reforzando indicaciones entregadas a los pacientes y favoreciendo el cumplimiento de las medidas de cuidado y prevención de enfermedades bucodentales.

**2.- Respaldo de las actividades, conforme al cometido según contrato.**

-Boleta de honorarios.