



## INFORME DE ACTIVIDADES

### ANTECEDENTES DEL PRESTADOR DE SERVICIOS

|                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| NOMBRE                | Daniel Potosi Guerrero                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| PROFESION             | Laboratorista Dental                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| UNIDAD                | Centro de Salud Familiar "Humberto Rojas Sepúlveda" Panimávida                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| PERIODO INFORMADO     | Abril de 2026                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| ACTO ADMINISTRATIVO   | Decreto Alcaldicio N° 3445 de fecha 31.12.2025<br>Decreto Alcaldicio N° 756 de fecha 22.05.2026                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| OBJETIVO              | Proporcionar tratamiento de Prótesis Removible a personas beneficiarias del sistema publico de salud, de acuerdo a Competencias "Tratamiento de Prótesis Removibles acrílicas o metálica" de la estrategia "Mejoramiento del Acceso", descrita en la Resolución Exenta N° 327 de fecha 27.01.26 del Servicio de Salud del Maule, que aprueba Convenio Programa Estrategias de Salud Bucal 2026. |
| DURACION DEL CONTRATO | 12<br>meses                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| UNIDAD MUNICIPAL      | Departamento de Salud Municipal de Colbún.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |

### RESUMEN DE ACTIVIDADES

- Elaboración de Prótesis Dentales.
- Entregar en CESFAM señalado, para los usuarios (as) del Programa.

### CERTIFICACION

Quien suscribe, certifica que las tareas ejecutadas por el (la) prestador (a) individualizado (a), han sido cumplidas satisfactoriamente y de acuerdo a lo establecido en Contrato de Honorarios y que el presente informe cuenta con los antecedentes que dan cuenta de ellas.



Firmado por:  
Lilian Yanett Plaza Rivera  
Directora Departamento de Salud  
Fecha: 09-06-2026 12:39 CLT  
Departamento de Salud -  
Municipalidad de Colbún

**LILIAN PLAZA RIVERA**  
**Directora**

COLBUN, MAYO 08 DE 2026



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/YOAYAN-700>