



# Informe Mensual de Desempeño de Honorarios a Suma Alzada

Mes: **ABRIL**  
 Año: **2025**

Datos Personales  
 Nombre y Apellidos: **ROBERTO HERNANDEZ TORRES**

Monto Honorario Bruto Mensual: **687.670**      Monto Honorario Líquido Mensual: **587.958**

Fecha Inicio Asesoría: **03-01-2025**      Fecha Término Asesoría: **31-12-2025**

N° Decreto (Ex.) y/o Resolución (Ex.): **272/700/2025**      Fecha Decreto (Ex.) y/o Resolución (Ex.): **12 MAR 2025**

Agente Público: \_\_\_\_\_

Asesoría o Trabajo Encomendado, Descripción: **CONTRALORIA DENTAL**

- Actividades Realizadas
- a) Revisar y visar las solicitudes de reembolso dental a nivel nacional.
  - b) Apoyar en la revisión contralora de la clínica a pacientes que solicitan reembolso dental.
  - c) Dar altas dentales a pacientes que se atienden en centro dental del Servicio de Bienestar Minvu-Serviu.
  - d) Orientar el trabajo técnico y relación con otros profesionales dentistas del centro dental.
  - e) Asesorar técnicamente a la jefatura en temas relacionados con la salud bucal.
  - f) En general, sin que la enumeración anterior sea taxativa, realizar todas las actuaciones necesarias para el correcto desempeño de las labores encomendadas por el/la Jefe/a Servicio de Bienestar Minvu-Serviu.
- Observaciones: \_\_\_\_\_

Persona que visa el correcto desempeño de la Asesoría prestada

Nombre: **CESAR REYES GONZALEZ**

Cargo: **JEFE SECCION ATENCION AFILIADOS**



*[Handwritten signature]*  
\_\_\_\_\_  
Firma

*[Handwritten signature]*  
\_\_\_\_\_  
Firma Honorario

Lugar: **Santiago**      Fecha: **29-04-2025**