



# Informe Mensual de Desempeño de Honorarios a Suma Alzada

Mes **JULIO**

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**



Firma

Firma Honorario

Lugar **Santiago**

Fecha **22-07-2025**