



OFICIO CP N°9397 / 2026

ANTECEDENTE: No hay.

MATERIA: Difusión y bases Concurso Regional de Salud Bucal "Pinta Tu Sonrisa".

TEMUCO, 21 de Abril de 2026

DE : DR. JOSÉ BRAVO BURGOS, SEREMI SALUD DE LA ARAUCANÍA

A : SEGÚN DISTRIBUCIÓN

Junto con saludarle cordialmente, tengo el agrado de invitar a Ud. a colaborar con la difusión del **Concurso Regional de Salud Bucal "Pinta Tu Sonrisa"** organizado por la Comisión Intersectorial de Salud Bucal de La Araucanía, en el que pueden participar las niñas y niños que asisten a Jardines Infantiles de JUNJI, Fundación Integra y Escuelas Municipales de las 32 comunas de la región.

Las bases del concurso son las siguientes:

1.- **Temática: Salud Bucal y Alimentación Saludable.**

Los dibujos y pinturas deberán estar relacionados con los hábitos de higiene bucal y alimentación saludable que aporten a mantener una buena Salud Bucal.

2.- **Categorías: Nivel Medio Menor – Mayor; Nivel Transición (NT1 y NT2); 1º y 2º básico.**

Solo en la categoría Nivel Medio Menor y Mayor se permitirá el apoyo de los padres y apoderados para la confección del dibujo.

3.- **Identificación: Consentimiento Informado firmado por padres, apoderado y/o tutor legal.**

- Nombre completo del Jardín Infantil y/o Escuela Municipal.
- Nombre completo niña o niño.
- Teléfono de contacto o correo electrónico.
- Nivel al que asiste y edad del participante.

4.- **Envío: Los participantes deben enviar su dibujo en formato PDF más el consentimiento informado firmado al correo bucal9@redsalud.gob.cl**

5.- **Confección dibujo:** Se debe confeccionar un dibujo y/o pintura relacionada a la temática del concurso.

6.- **Consentimiento informado:** Se debe enviar el consentimiento informado de los padres, apoderados o tutor legal al correo bucal9@redsalud.gob.cl; **No se recepcionarán los dibujos de quien no cuente con este documento.**

Fecha de Inicio: jueves 14 de mayo de 2026.

Fecha de Recepción: desde el 18 mayo hasta el 08 de julio 2026 hasta las 21:00 horas.

en el correo electrónico: bucal9@redsalud.gob.cl y/o en Oficinas regionales de cada Institución.

Fecha de Premiación: jueves 30 de julio 2026.

Los ganadores serán publicados el lunes 13 de julio 2026 en página web de la SEREMI de Salud www.seremi9.cl

NOTA: Para efecto de consultas y/o dudas enviarlas al correo electrónico: bucal9@redsalud.gob.cl o teléfonos de contacto 45 2551308 – 45 2551291.

Esperando contar con su valiosa presencia, se despide atentamente,

JOSE ISAFOR BRAVO BURGOS
21-04-2026
SEREMI DE SALUD REGIÓN DE LA ARAUCANÍA
Ministerio de Salud



Nombre	Cargo	Fecha Visación
Constanza Cecilia Jaque Vega	ASISTENTE	17/04/2026 16:09:27
Fuentes Fica Camilo Eduardo	JEFE(A) SUBDEPTO. PROGRAMAS SANITARIOS	17/04/2026 16:17:22
Jessica Alejandra Escobar Cid	JEFE(A) (S) DEPARTAMENTO DE SALUD	20/04/2026 09:22:22

Distribución:

- Sr. Aaron Ríos Morales, SEREMI de Educación, Región de La Araucanía.
- Sr. Rodrigo Neira Sepúlveda, Director Fundación Integra, Región de La Araucanía.
- Sra. Andrea Fernández Toledo , Directora JUNJI , Región de La Araucanía.
- Sr. Marcos Bendetti Morales , Director JUNAEB (S), Región de La Araucanía.
- Srta. Priscila Chuhuaicura Soto, Directora carrera de Odontología de La Universidad de La Frontera, Región de La Araucanía.
- Sr. Flavio Kunz Vargas, Director carrera Odontología Universidad Autónoma, Región de La Araucanía.
- Sr. Francisco Pérez Zabala, Director carrera de Odontología Universidad Mayor, Región de La Araucanía.
- c/c. Dpto. Salud Pública y Planificación Sanitaria SEREMI de Salud Región de La Araucanía.
- c/c. Unidad de Prioridades Sanitarias, SEREMI de Salud Región de La Araucanía.
- c/c. Asesor Odontológico SEREMI de Salud Región de La Araucanía.
- c/c. Secretaría SEREMI de Salud Región de La Araucanía.
- c/c. of. Partes SEREMI de Salud Región de La Araucanía.





AUTORIZACIÓN

Número: _____

**USO DE IMÁGENES
MENORES DE EDAD**

Establecimiento: _____

Fecha: _____

AUTORIZACIÓN DE USO DE IMAGEN

Yo _____

RUT: _____

Apoderado (madre/padre u otro/a) del/la menor:

Nombre: _____

RUT: _____, doy autorización para utilizar su imagen en medios de comunicación y difusión, durante el tiempo que sea adecuado y sin extensión de cobro, en el marco de su participación en el programa de promoción implementado por la mesa regional de Salud Bucal.

Firma del Apoderado

Datos de contacto:

Nombre: _____

Teléfono: _____

Correo electrónico:



La Mesa Regional de Salud Bucal, Región de La Araucanía, agradece su colaboración y participación en la difusión de nuestros programas de promoción y prevención en todas las instancias de colaboración.

Como institución somos responsables de los registros y cuidar de ellos con la debida diligencia.

De acuerdo a lo establecido en la Ley N°19.628 en su artículo N°12 usted podrá exigir la eliminación o el bloqueo de los datos, si no desea continuar figurando en el registro respectivo, ya sea de modo definitivo o temporal.

Contacto:

Fecha: ____ de _____ del 2026