



**INFORME ACTIVIDADES CUMPLIMIENTO DE
FUNCIONES HONORARIOS**

**Prieto Norte #165
Abril de 2024**

I.- **Funcionario** : Poulette Barbarita Pardo Rocha
Departamento : Laboratorio Clínico de la Municipalidad
de Temuco.
Decreto (contrato) : 7356
Centro de costo o ítem : 310101
Nombre Programa : Convenio Colaboración SSAS.

II.- **Boleta Número** : N°75
Fecha Boleta : 30 de abril de 2024
Valor Bruto Boleta : \$ 601.018
Valor Cuota según Contrato : \$ 601.018

*En caso de diferencia entre valor boleta y valor cuota contrato **aclarar***

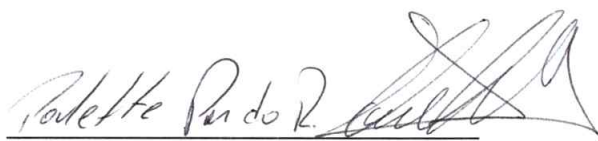
III.- Funciones Contratadas:

- Realizar procedimientos de obtención y toma de muestras, traslado hacia el laboratorio, dentro del laboratorio, de la conservación, de la derivación a otro laboratorio y de la eliminación de acuerdo con su jornada laboral en cumplimiento de los protocolos y normas institucionales y no institucionales relativas a sus funciones
- Entregar instrucciones a pacientes para la toma de muestras cuando se requiera o como parte del procedimiento.
- Conocer y dar cumplimiento a los protocolos institucionales y no institucionales relativos a sus funciones, al proceso de examen y a la organización del Complejo Asistencial de Padre Las Casas.

IV.- Detalle Labores Realizadas en el mes:

- Realizar procedimientos de obtención y toma de muestras, traslado hacia el laboratorio, dentro del laboratorio, de la conservación, de la derivación a otro laboratorio y de la eliminación de acuerdo con su jornada laboral en cumplimiento de los protocolos y normas institucionales y no institucionales relativas a sus funciones
- Entregar instrucciones a pacientes para la toma de muestras cuando se requiera o como parte del procedimiento.
- Conocer y dar cumplimiento a los protocolos institucionales y no institucionales relativos a sus funciones, al proceso de examen y a la organización del Complejo Asistencial de Padre Las Casas.

El detalle anterior resume el material y antecedentes **que se mantendrán como evidencia en poder de la Dirección.**



**Nombre y Firma
Prestador Servicio**



Nombre y Firma Director (a)