



**INFORME ACTIVIDADES CUMPLIMIENTO DE  
FUNCIONES HONORARIOS**

**Prieto Norte #165  
Julio de 2024**

- I.- **Funcionario** : Alicia Victoria Sepúlveda Muñoz  
**Departamento** : Laboratorio Clínico Municipalidad de Temuco.  
**Decreto (contrato)** : 10661/31.07.24  
**Centro de costo o ítem** : 310101  
**Nombre Programa** : Convenio Colaboración SSAS
- II.- **Boleta Número** : N° 80  
**Fecha Boleta** : 31 de julio 2024  
**Valor Bruto Boleta** : \$580.984  
**Valor Cuota según Contrato** : \$601.018

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

Descuento en boleta por ausencia con fecha 08-07

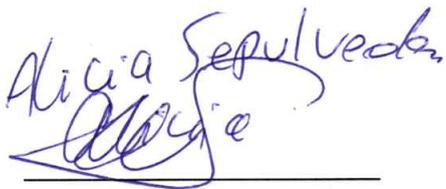
III.- Funciones Contratadas:

- 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)**

LABORATORIO CLINICO  
DIRECCIÓN  
Tecnólogo Médico  
RLEP: 12.241.726-3  
DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA