



**INFORME ACTIVIDADES CUMPLIMIENTO DE  
FUNCIONES HONORARIOS**

**Prieto Norte #165  
Julio de 2025**

I.- **Funcionario** : Alicia Victoria Sepúlveda Muñoz  
**Departamento** : Laboratorio Clínico Municipalidad de Temuco.  
**Decreto (contrato)** : 9097 09/07/2025  
**Centro de costo o ítem** : 310101  
**Nombre Programa** : Convenio Colaboración SSAS

II.- **Boleta Número** : N° 103  
**Fecha Boleta** : 31 de julio 2025  
**Valor Bruto Boleta** : \$ 629.610  
**Valor Cuota según Contrato** : \$ 629.610

*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



Constanza Fritz C.  
16.632.960-4

Nombre y Firma D.T