

INFORME ACTIVIDADES CUMPLIMIENTO DE FUNCIONES HONORARIOS

Prieto Norte #165

Noviembre de 2025

I.-	Funcionario	: Felipe Rodrigo Muñoz Ruiz
	Departamento	: Laboratorio Clínico Municipalidad de Temuco.
	Decreto (contrato)	: 12495 14-10-25
	Centro de costo o ítem	: 3114.01
	Nombre Programa	: Fondos Propios Departamento de salud

II.- **Boleta Número** : N°52
Fecha Boleta : 30 de noviembre de 2025

Fecha Boleta : 30 de noviembre de 2025

Valor Bruto Boleta : \$1.402.973

Valor Cuota según Contrato : \$1.402.973

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

--

III.- Funciones Contratadas:

- Procesar, analizar y validar exámenes de la sección del Laboratorio Clínico en la que se desempeñe, de acuerdo con la complejidad y cartera de prestaciones del establecimiento.
- Velar por la trazabilidad y confidencialidad de los resultados e informes que se emiten sobre los mismos, así como la entrega oportuna de los resultados correspondientes a su sección, de acuerdo con la priorización según procedentes (servicios, urgencia, unidades críticas, etc.)
- Conocer, aplicar e informar a usuarios internos y externos, los requisitos para la derivación de exámenes (requisitos para la realización del examen y para la toma de muestra).

IV.- Detalle Labores Realizadas en el mes:

- Procesar, analizar y validar exámenes de la sección del Laboratorio Clínico en la que se desempeñe, de acuerdo con la complejidad y cartera de prestaciones del establecimiento.
- Velar por la trazabilidad y confidencialidad de los resultados e informes que se emiten sobre los mismos, así como la entrega oportuna de los resultados correspondientes a su sección, de acuerdo con la priorización según procedentes (servicios, urgencia, unidades críticas, etc.)
- Conocer, aplicar e informar a usuarios internos y externos, los requisitos para la derivación de exámenes (requisitos para la realización del examen y para la toma de muestra).

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 D.T.

