



**INFORME ACTIVIDADES CUMPLIMIENTO DE  
FUNCIONES HONORARIOS**

Prieto Norte #165

octubre de 2025

I.-   **Funcionario** : Felipe Rodrigo Muñoz Ruiz  
     **Departamento** : Laboratorio Clínico Municipalidad de  
Temuco.  
**Decreto (contrato)** : 12.405      *14/10/2025*  
**Centro de costo o ítem** : 311401  
**Nombre Programa** : Fondos Propios Departamento de salud

II.-   **Boleta Número** : N°50  
**Fecha Boleta** : 31 de octubre de 2025  
**Valor Bruto Boleta** : \$1.028.846  
**Valor Cuota según Contrato** : \$1.028.846

*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.**

Felipe Muñoz R.  
Nombre y Firma Prestador Servicio

