



**INFORME ACTIVIDADES CUMPLIMIENTO DE**  
**FUNCIONES HONORARIOS**  
**Prieto Norte #165**

I.- **Funcionario** : Felipe Rodrigo Muñoz Ruiz  
**Departamento** : Laboratorio Clínico Municipalidad de Temuco.  
**Decreto (contrato)** : 2888 - 24/02/2026  
**Centro de costo o ítem** : 310101  
**Nombre Programa** : Fondos Propios Departamento de salud

II.- **Boleta Número** : N°55  
**Fecha Boleta** : 28 de febrero de 2026  
**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 precedentes (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).

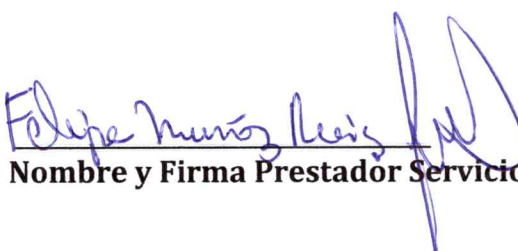
IV.- Detalle Labores Realizadas en el mes:

-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 precedentes (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

  
M. Constanza Fritz C.  
16.632.9604  
Nombre y Firma D.T.