**HOSPITAL MILITAR CENTRAL**
**LABORATORIO CLINICO**
**INFORME DE ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES**

**NOMBRE** Laura Liseth Sanchez Gomez **MES Y AÑO** 16 de mayo a 15 junio del 2026 **CONTRATO** 0902-2025

| | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **TURNO** | | | | 4 | 4 | 7 | 7 | | | 4 | 4 | 4 | 1 | 1 | | | 4 | 4 | 4 | 7 | 7 | 6 | 6 | 6 | 4 | 4 | 7 | 7 | | | |
| **TOMA DE MUESTRAS** | | | | | | X | X | | | | | | X | X | | | | | | X | X | | | | | | X | X | | | |
| **COAGULACION** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **ENDOCRINOLOGIA** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **HEMATOLOGIA** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **MICROSCOPIA** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **INMUNOLOGIA** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **PRUEBAS MANUALES** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **QUIMICA** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **MICROBIOLOGIA** | | | | X | X | X | X | | | X | X | X | X | X | | | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | | | |
| **ENTRENAMIENTO** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **CONTROL DE CALIDAD** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| **TURNOS** | | |
|---|---|---|
| | **1** | 06:30-16:00 |
| | **4** | 10:00-19:00 |
| | **6** | 07:00-19:00 |
| | **7** | 6:30-15:30 |

**PRODUCTIVIDAD (NUMERO DE PROCEDIMIENTOS POR PRUEBAS REALIZADAS. FUENTE: ENTERPRISE)**

| | | |
|---|---|---|
| 1 | **LAURA LISETH SANCHEZ GÓMEZ** | 1113 |
| 2 | MICROBIOLOGIA | 1060 |
| 3 | MICROSCOPIA | 1 |
| 4 | QUIMICA CLINICA | 20 |
| 5 | INMUNOLOGIA | 3 |
| 6 | BIOLOGIA MOLECULAR | 29 |

**NOTA:** ESTA INFORMACIÓN SERA VERIFICADA POR PARTE DE LA COORDINACION DEL LABORATORIO CLINICO.

**Firma de Bacteriologa (o)**_____ **Firma de Coordinadora del Laboratorio**_____

































