


**INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL Y CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO
DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS AÑO 2026.**

Mes	MAYO
------------	-------------

Nombre	Daniela Ruiz Polloni
RUT	██████████
Profesión	██████████
Departamento	Programas Sociales
Programa Social	Apoyo social integral en salud 2026-2027
Período del Contrato	01/01/2026 - 31/12/2026
Actividad Genérica	Gestor técnico comunitario.
Actividad Específica	Brindar orientación y asesoría legal a los vecinos que lo requieran



Actividad es efectuadas en el mes:

- Se realiza orientación jurídica de manera espontánea y previamente agendada de acuerdo con sus requerimientos. Una vez realizada la orientación si se requiere judicializar se realiza coordinación con Corporación de Asistencia Judicial y centro de mediación.
- Orientación jurídica general tanto en Decom a publico como en terreno cuando es requerido y a demás Programas de acuerdo con requerimientos.

Firma prestadora de los servicios	
-----------------------------------	--

La Jefa del Departamento de Programas Sociales, de la Municipalidad de Las Condes, que firma al pie del presente informe, certifica y acredita fehacientemente que el/la Sr/a. Daniela Ruiz Polloni, RUT: [REDACTED] dio cabal cumplimiento durante el mes **Mayo de 2026**, a la prestación de servicios a honorarios para el cual fue contratada de acuerdo al respectivo contrato a honorarios, con cargo al Programa **APOYO SOCIAL INTEGRAL EN SALUD 2026-2027**.

Asimismo, apruebo el presente informe mensual de actividades realizadas para el cumplimiento de la prestación de servicios a objeto de su contratación, el que fue revisado en forma exhaustiva por el suscrito, siendo toda la responsabilidad -con carácter de excluyente-, de este supervisor, ya sea que esta se origine en la ejecución de la prestación de servicios conforme al contrato; en la fidelidad del contenido del Informe Mensual del mes de **Mayo** de 2026; de todos los antecedentes que se acompañan por el servidor a honorarios; así como en la correcta verificación de que el contenido de dicho informe es de completa autoría de la/el Sra./Sr. Daniela Ruiz Polloni

Nombre de Jefe Departamento	Soledad Agurto Muller
Firma y timbre Jefe de Departamento	 



 Vº Bº DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO
 SANDRA FUENTES MELO

Las Condes, Mayo de 2026
mes año