

**INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL**  
**PROGRAMA CENTROS SPA 2026**

<b>Mes</b>	<b>ABRIL</b>
------------	--------------

Nombre	<b>ANTON CORVO MANUEL</b>		
RUT	██████████	Período del Contrato	<b>01/01/2026 - 31/12/2026</b>

N°	<b>TERCER TURNO</b>	<b>Días</b>	<b>Lugar de Ejecución</b>
1	MANTENCIÓN DE PISCINAS	SÁBADOS Y DOMINGOS	SPA EL ALBA

N°	<b>Actividades</b>
1	MANTENCIÓN: Informar oportunamente a la administración sobre cualquier novedad relacionada con el funcionamiento general del recinto, estar atento y actuar con rapidez ante posibles situaciones de higiene y salubridad en zona de piscinas.

Como medios de verificación de la prestación de los servicios indicados anteriormente se encuentran:

Registro de parámetros de piscinas en Planillas de Control interno.



Registro de la aplicación de productos químicos en las piscinas de los recintos en Planilla de Control interno.

Registro de novedades relacionadas con la mantención de piscinas en Planilla de Control Interno.

Firma prestador de los servicios	
----------------------------------	---

**El Jefe del Departamento (S) de Centros SPA**, de la Municipalidad de Las Condes, que firma al pie del presente informe, certifica y acredita fehacientemente que el/la Sr./a. **ANTON CORVO MANUEL**, RUT: ██████████ dio cabal cumplimiento durante el mes de **ABRIL de 2026**, a la realización de los servicios a honorarios para el cual fue contratado de acuerdo al respectivo contrato a honorarios, con cargo al Programa **Centros SPA 2026-2027**.

Así mismo, apruebo el presente informe mensual de actividades realizadas para el cumplimiento de los servicios con 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 conforme al contrato; en la fidelidad del contenido del Informe Mensual del mes de ABRIL 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 del Sr./a ANTON CORVO MANUEL.

Nombre Jefe de Departamento (S)	<b>PAMELA TORRES BARACAT</b>
Firma y timbre Jefe Departamento (S)	 



VºBº DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO

SANDRA FUENTES MELO

Las Condes, ABRIL de 2026  
mes año