


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

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

Nombre	Carlos Antonio Araya Nuñez
RUT	██████████
Profesión	████████████████████████████████████████
Departamento	GESTIÓN DEPORTIVA
Programa Social	DEPORTES 2026-2027
Período del Contrato	01/01-31/12
Actividad Genérica	Gimnasio al aire libre
Actividad Específica	PLANIFICACIÓN Y EJECUCIÓN DE RUTINAS DE ENTRENAMIENTO EN EL GIMNASIO AL AIRE LIBRE

Actividades efectuadas en el mes:

AYUDAR A ENTRENAR A LOS VECINOS QUE LO REQUIEREN, DANDOLES UN PLAN DE TRABAJO ESTRUCTURADO
PLANIFICAR RUTINAS DE ENTRENAMIENTO FISICO.
CUIDAR Y MANTENER EL ORDEN DE LOS MATERIALES.
AYUDAR A LA COMUNIDAD CON SUS POSTURAS Y/O EJECUCION DE LOS EJERCICIOS.

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

**El jefe del Departamento de Gestión Deportiva**, de la Municipalidad de Las Condes, que firma al pie del presente informe, certifica y acredita fehacientemente que el/la Sr/a. Carlos Antonio Araya Nuñez RUT: XXXXXXXXXX, dio cabal cumplimiento durante el mes **abril de 2026**, a la prestación de servicios a honorarios para el cual fue contratado de acuerdo al respectivo contrato a honorarios, con cargo al Programa **Deportes 2026-2027**.

Asimismo, apruebo el presente informe mensual de actividades realizadas para el cumplimiento de la prestación de servicios 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 **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 de la/el Sra./Sr. Carlos Antonio Araya Nuñez.

Nombre Jefe de Departamento	Carlos Iglesias Rodríguez
Firma y timbre Jefe de Departamento	

  
 VºBº DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO  
 SANDRA FUENTES MELO