

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

Mes	ABRIL
------------	--------------

Nombre	IGNACIO ANDRES GONZÁLEZ GALINDO
RUT	[REDACTED]
Profesión	[REDACTED]
Departamento	GESTIÓN DEPORTIVA
Programa Social	DEPORTES 2026-2027
Período del Contrato	01/01-14/04
Actividad Genérica	Plazas funcionales
Actividad Especifica	PLANIFICACIÓN Y EJECUCIÓN DE ENTRENAMIENTO FUNCIONAL EN PLAZAS Y PARQUES DE LA COMUNA.

Actividades efectuadas en el mes:


<p>Sesiones de entrenamiento funcional orientadas al desarrollo integral de la condición física en un grupo mixto de aprox 12 personas. Diseño y ejecuto planes adaptados a distintos niveles de condición combinando ejercicios de fuerza, resistencia, movilidad y coordinación con el propio peso corporal.</p>
<p>Se utilizan diferentes tipos de entrenamientos para poder hacer las clases más dinámicas e ir variando clase a clase.</p>
<p>Se realizan trabajos de fuerza abdominal, tren inferior y superior.</p>
<p> </p>

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. Ignacio Andrés González Galindo RUT: [REDACTED], 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. Ignacio Andrés González Galindo.

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



DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO
SANDRA FUENTES MELO

Las Condes, _____ **ABRIL** _____ de _____ **2026** _____
mes año