

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

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

<b>Nombre</b>	<b>GUAJARDO INZUNZA KATHERINNE</b>		
<b>RUT</b>	██████████	<b>Período del Contrato</b>	<b>01/01/2026 - 31/12/2026</b>

<b>N°</b>	<b>CLASE DIRIGIDA</b>	<b>Días</b>	<b>Lugar de Ejecución</b>
1	ACONDICIONAMIENTO FISICO NIVEL DE EXIGENCIA 1 ONLINE O PRESENCIAL	LUN 12:00- MIE 12:00 - VIE 12:00 HRS	SPA L ALBA


<b>N°</b>	<b>Descripción de Actividades</b>
1	HIDROGIMNASIA: Actividad física recreativa de baja intensidad en el medio acuático, cuyo objetivo es fortalecer y mejorar el sistema cardiovascular, articular y muscular de la persona, además de mejorar las cualidades físicas básicas, tales como resistencia, coordinación, equilibrio y fuerza.

Como medios de verificación de la realización de las clases indicadas anteriormente y de los alumnos participantes se encuentran:

Los registros de asistencia digital y online en el sistema de agendamiento municipal de usuarios de los Centros SPA.



Los registros de ventas de Planes de Entrenamiento en el Sistema de Tesorería Municipal.

Los registros de ingreso en los sistemas de control de acceso de los recintos.

<b>Firma prestador de los servicios</b>	
---	--

**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. GUAJARDO INZUNZA KATHERINNE, 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 GUAJARDO INZUNZA KATHERINNE.

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