

INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL

PROGRAMA CENTROS SPA 2026

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

Nombre	ROJAS CASTRO MARCELO		
RUT	[REDACTED]	Período del Contrato	01/01/2026 - 31/12/2026

N°	CLASE DIRIGIDA	Días	Lugar de Ejecución
1	YOGA ONLINE O PRESENCIAL	MAR 18:00 – JUE 18:00 HRS.	Spa El Alba
		LUN 12:00 – MIE 12:00 – VIE 12:00 HRS. MAR 12:00 – JUE 12:00 HRS. LUN 17:00 – MIE 17:00 – VIE 17:00 HRS. MAR 8:00 – JUE 8:00 HRS. SAB 9:00 HRS.	SPA ROLF NATHAN
		LUN 8:00 – MIE 8:00 – VIE 8:00 HRS. LUN 10:00 – MAR 10:00 – MIE 10:00 – JUE 10:00 HRS. VIE 10:00 HRS.	SPA El Alba/Cerro Apoquindo

N°	Descripción de Actividades
1	YOGA: Es una práctica que utiliza posturas físicas con ejercicios que conectan el cuerpo, la respiración y la mente.

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.

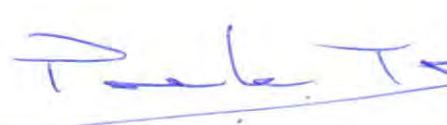

Los registros de ventas de Planes de Entrenamiento en el Sistema de Tesorería Municipal.

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

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. ROJAS CASTRO MARCELO, RUT: [REDACTED], 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

Nombre Jefe de Departamento (S)	PAMELA TORRES BARACAT
Firma y timbre Jefe Departamento (S)	 

como en la correcta verificación de que el contenido de dicho informe es de completa autoría del Sr./a ROJAS CASTRO MARCELO.




VºBº DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO
SANDRA FUENTES MELO

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