

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

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

Nombre	<b>SANTIBAÑEZ MELLA GERAL</b>		
RUT	[REDACTED]	Período del Contrato	<b>01/01/2026 - 31/12/2026</b>

N°	CLASE DIRIGIDA	Días	Lugar de Ejecución
1	SPINNING ONLINE O PRESENCIAL	VIE 19:00 HRS. DOM 10:00 – DOM 11:00 HRS.	SPA ROLF NATHAN  SPA EL ALBA
2	PREPARACIÓN FISICA NIVEL DE EXIGENCIA 4 ONLINE O PRESENCIAL	DOM 12:00 HRS.	SPA EL ALBA
	ACONDICIONAMIENTO FISICO NIVEL DE EXIGENCIA 1 ONLINE O PRESENCIAL.	MAR 15:00 MAR 16:00 JUE 15:00 JUE 16:00 HRS.	SPA ROLF NATHAN

N°	Descripción de Actividades
1	SPINNING: Entrenamiento cardiovascular que se practica sobre una bicicleta estática al ritmo de la música. Mezcla diferentes intensidades de pedaleo con sucesivas secuencias de tiempo (música). Intensidad media/alta.
2	ENTRENAMIENTO FUNCIONAL: Entrenamiento que combina movimientos naturales del cuerpo humano con ejercicios con peso corporal y peso externo, en donde se trabajan de forma global músculos y articulaciones, a través de circuitos o estaciones de trabajo, Intensidad media/alta.
3	NATACIÓN NIÑOS: Actividad en el medio acuático cuyo objetivo es que los menores desarrollen las habilidades acuáticas básicas para familiarizarse con el agua, además de aprender las técnicas de los diferentes estilos de natación

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. **SANTIBAÑEZ MELLA GERAL**, 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 como en la correcta verificación de que el contenido de dicho informe es de completa autoría del Sr./a **SANTIBAÑEZ MELLA GERAL**.

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