

INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL
PROGRAMA CENTROS SPA 2026

Mes	AGOSTO
------------	---------------

Nombre	GACHOT COLIN DOMINIQUE		
RUT		Período del Contrato	01/01/2026 - 31/12/2026

N°	CLASE DIRIGIDA	Días	Lugar de Ejecución
1	DESARROLLO Y ESTIMULACIÓN TEMPRANA A MENORES NIVEL 1	MAR 13:00 - JUE 13:00 HRS. MAR 14:00 - JUE 14:00 HRS.	SPA EL ALBA
2	ACONDICIONAMIENTO FISICO NIVEL DE EXIGENCIA 1	LUN 10:00 - MIE 10:00 - VIE 10:00 HRS.	SPA EL ALBA
3	ACONDICIONAMIENTO FISICO NIVEL DE EXIGENCIA 5	LUN 9:00 - MIE 9:00 - VIE 9:00 HRS.	SPA EL ALBA
4	ENTRENAMIENTO FISICO NIVEL DE EXIGENCIA 2	LUN 13:00 - MIE 13:00 HRS.	SPA CERRO APOQUINDO

N°	Descripción de Actividades
1	AQUA BABY: Actividad en piscina cuyo objetivo es la estimulación psicomotriz, fortaleciendo el apego seguro del bebé con su acompañante desarrollando además la ambientación inicial de la natación.
2	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.
3	AQUA FULL: Ejercicios funcionales en el agua de intensidad media/alta, cuyo objetivo es trabajar las cualidades físicas y coordinativas de la persona, utilizando las diferentes áreas de la piscina para ejecutar movimientos amplios, saltos en el agua y coreografías estructuradas.
4	NATACIÓN ADULTOS: Entrenamiento acuático enfocado en la enseñanza de la técnica de crol y espalda, para lograr un desarrollo de las cualidades físicas y las habilidades natatorias del alumno.

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. GACHOT COLIN DOMINIQUE, RUT: [REDACTED] dio cabal cumplimiento durante el mes de **AGOSTO 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 AGOSTO 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 GACHOT COLIN DOMINIQUE.

Nombre Jefe de Departamento (S)	KAREN EYZAGUIRRE PACHECO
Firma y timbre Jefe Departamento (S)	 

VºBº DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO

SANDRA FUENTES MELO



Las Condes, AGOSTO de 2026
mes año