

INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL

PROGRAMA CENTROS SPA 2026

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

Nombre	MOREIRA LOPEZ INGRID		
RUT		Período del Contrato	01/01/2026 - 31/12/2026

N°	CLASE DIRIGIDA	Días	Lugar de Ejecución
1	ACONDICIONAMIENTO FISICO NIVEL DE EXIGENCIA 1	MAR 9:00 HRS. - JUE 9:00 HRS.	SPA EL ALBA
		LUN 9:00 HRS. - MIE 9:00 HRS - VIE 09:00 HRS	SPA CERRO APOQUINDO
2	ACONDICIONAMIENTO FISICO NIVEL DE EXIGENCIA 5	MAR 10:00 HRS. - JUE 10:00 HRS.	SPA EL ALBA
3	ACONDICIONAMIENTO FISICO NIVEL DE EXIGENCIA 2	LUN 11:00 - MIE 11:00 - VIE 11:00 HRS.	SPA CERRO APOQUINDO

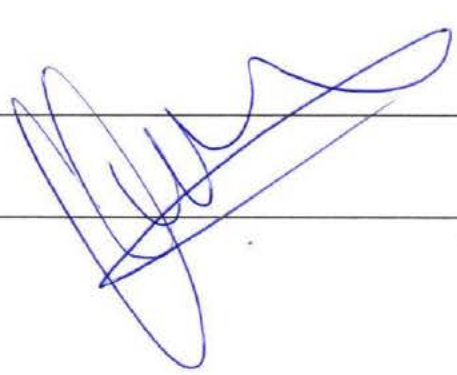
N°	Descripción de Actividades
1	HIDROGIMNASIA: Actividad física recreativa de baja intensidad en el medio acuático, cuyo objetivo es fortalecer y mejorar el sistema cardiovascular, articular y muscular de la persona, además de mejorar las cualidades físicas básicas, tales como resistencia, coordinación, equilibrio y fuerza.
2	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.
3	AQUA CIRCUIT: Ejercicios de intensidad baja/media en el medio acuático, cuyo objetivo es mejorar la resistencia aeróbica y anaeróbica de la persona, a través de trabajos en circuitos y bloques.

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 de Centro de SPA (S)**, de la Municipalidad de Las Condes, que firma al pie del presente informe, certifica y acredita fehacientemente que el/la Sr/a. **Ingrid Moreira López**, RUT: [REDACTED] dio cabal cumplimiento durante el mes AGOSTO 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 CENTROS SPA 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 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 de la/el Sra./Sr **Ingrid Moreira López**.

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


Vº Bº DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO
SANDRA FUENTES MELO

Las Condes, AGOSTO de 2026
Mes Año