LAS CONDES
MUNICIPALIDAD

DIRECCIÓN DE DESARROLLO COMUNITARIO
DEPARTAMENTO CENTRO SPA

INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL

PROGRAMA CENTROS SPA 2026

Mes	AGOSTO

Nombre	SANCHEZ MUÑOZ CLAUDIO		
RUT	[redacted]	Período del Contrato	**01/01/2026 – 31/12/2026**

N°	ACTIVIDAD	Lugar de Ejecución
1	PROFESOR ZONA GYM	RECINTOS ADMINISTRADOS POR DEPTO. CENTROS SPA

N°	Actividades
1	PROFESOR ZONA GYM: Desarrollo de planes de entrenamiento individual, proporcionando además instrucciones y demostraciones prácticas para el mejoramiento de las habilidades fisicas de los asistentes al gimnasio.

Como medios de verificación de la prestación de los servicios indicados anteriormente se encuentran:
El registro de usuarios que fueron evaluados físicamente.
El registro individual de usuarios a quienes se les realizaron rutinas de entrenamiento.
Los registros de ventas de Planes de Entrenamiento en el Sistema de Tesorería Municipal.
Los registros de ingreso de los sistemas de control de acceso de los recintos.

Firma prestador de los servicios	

LAS CONDES
MUNICIPALIDAD

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. SANCHEZ MUÑOZ CLAUDIO, 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 SANCHEZ MUÑOZ CLAUDIO.

Nombre Jefe de Departamento (S)	**KAREN EYZAGUIRRE PACHECO**
Firma y timbre Jefe Departamento (S)	MUNICIPALIDAD DE LAS CONDES JEFE DEPARTAMENTO DE CENTROS SPA

MUNICIPALIDAD DE LAS CONDES DIRECTOR DE DESARROLLO COMUNITARIO

V°B° DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO

SANDRA FUENTES MELO

Las Condes, AGOSTO (mes) de 2026 (año)