

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

|            |               |
|------------|---------------|
| <b>Mes</b> | <b>AGOSTO</b> |
|------------|---------------|

|               |                                                                                   |                             |                                |
|---------------|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|--------------------------------|
| <b>Nombre</b> | <b>SILVA MARTINEZ DENISSE</b>                                                     |                             |                                |
| <b>RUT</b>    |  | <b>Período del Contrato</b> | <b>01/01/2026 - 31/12/2026</b> |

| <b>N°</b> | <b>ACTIVIDAD</b>    | <b>Lugar de Ejecución</b>                     |
|-----------|---------------------|-----------------------------------------------|
| 1         | ASISTENTE DEPORTIVO | RECINTOS ADMINISTRADOS POR DEPTO. CENTROS SPA |

| <b>N°</b> | <b>Actividades</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|-----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1         | ASISTENTE FITNESS: Apoyar la ejecución de los planes de entrenamiento, supervisando el desarrollo de las actividades deportivas y proporcionando orientación técnica para la correcta ejecución de los ejercicios, el uso seguro de las máquinas y la adopción de posturas adecuadas, colaborando además en el registro y control de asistencia de los usuarios |

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.

|                                         |                                                                                     |
|-----------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Firma prestador de los servicios</b> |  |
|-----------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|

El **Jefe del Departamento de Centro de SPA (S)**, de la Municipalidad de Las Condes, de la Municipalidad de Las Condes, que firma al pie del presente informe, certifica y acredita fehacientemente que el/la Sr/a. **Denisse Silva Martínez** 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 **Denisse Silva Martínez**.

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

  
V° B° DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO  
SANDRA FUENTES MELO

Las Condes, AGOSTO de 2026

Mes                      Año