

INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL
PROGRAMA CENTROS SPA 2026

Mes		ENERO	
Nombre	ACEVEDO FARÍAS JAIME		
RUT	██████████	Período del Contrato	01/01/2026 - 31/12/2026

N°	CLASE DIRIGIDA	Lugar de Ejecución	
1	ENTRENAMIENTO FISICO NIVEL DE EXIGENCIA 1 ONLINE O PRESENCIAL	SAB 10:00 – DOM 10:00 HRS. SAB 11:00 - DOM 11:00 HRS. SAB 12:00 - DOM 12:00 HRS.	SPA EL ALBA
2	ENTRENAMIENTO FISICO NIVEL DE EXIGENCIA 2 ONLINE O PRESENCIAL	LUN 19:00 - MIE 19:00 HRS.	SPA CERRO APOQUINDO
3	ACONDICIONAMIENTO FISICO NIVEL DE EXIGENCIA 1 ONLINE O PRESENCIAL	LUN 20:00 - MIE 20:00 HRS.	SPA CERRO APOQUINDO

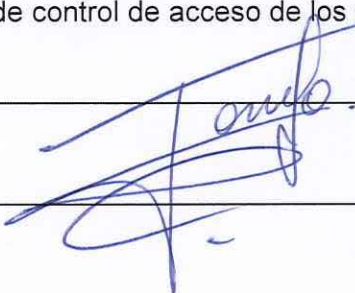
N°	Descripción de Actividades
1	NATACIÓN NIÑOS: Actividad en el medio acuático cuyo objetivo es que los menores desarrollen las habilidades acuáticas básicas para familiarizarse con el agua, además de aprender las técnicas de los diferentes estilos de natación.
2	NATACIÓN ADULTOS: Entrenamiento acuático 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.
3	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.

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. ACEVEDO FARÍAS JAIME, RUT: ██████████, dio cabal cumplimiento durante el mes de **Enero de 2026**, a la función 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 la función 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 función conforme al contrato; en la fidelidad del contenido del Informe Mensual del mes de ENERO 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 ACEVEDO FARÍAS JAIME.

Nombre Jefe de Departamento (S)	PAMELA TORRES BARACAT
Firma y timbre Jefe Departamento (S)	 


VºBº DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO
CAROLINA CONTRERAS BERRIOS