LAS CONDES
MUNICIPALIDAD

DIRECCIÓN DE DESARROLLO COMUNITARIO
DEPARTAMENTO CENTRO SPA

INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL

PROGRAMA CENTROS SPA 2026

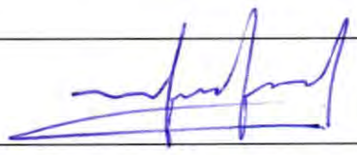
Mes	**JULIO**

Nombre	**ARIAS GONZALEZ MACARENA**		
RUT	[redacted]	Período del Contrato	**01/01/2026 - 31/12/2026**

N°	**TERCER TURNO**	**Días**	**Lugar de Ejecución**
1	ATENCIÓN VECINOS	SABADOS PM	SPA EL ALBA
		DOMINGOS AM	SPA EL ALBA

N°	**Actividades**
1	ATENCIÓN VECINOS: Atención directa a los usuarios del recinto deportivo, tanto de manera presencial como telefónica, orientando, informando y resolviendo requerimientos básicos. Realizar giros a los usuarios y entregar información respecto al funcionamiento general del recinto.

Como medios de verificación de la prestación de los servicios indicados anteriormente se encuentran:
Los registros de ventas de servicios en el Sistema de Tesorería Municipal.
Los registros de ingreso en los sistemas de control de acceso de los recintos.

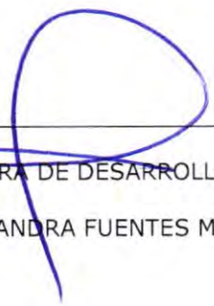
Firma prestador de los servicios	

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. MACARENA ARIAS GONZALEZ, RUT: [redacted], dio cabal cumplimiento durante el mes de **JULIO 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.**

LAS CONDES
MUNICIPALIDAD

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 JULIO 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 MACARENA ARIAS GONZALEZ.

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, JULIO (mes) de 2026 (año)