

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

|     |       |
|-----|-------|
| Mes | JULIO |
|-----|-------|

|        |                      |                      |                         |
|--------|----------------------|----------------------|-------------------------|
| Nombre | LAGOS DELGADO VICTOR |                      |                         |
| RUT    | ██████████           | Período del Contrato | 01/01/2026 - 31/12/2026 |

| N° | TERCER TURNO | Días        | Lugar de Ejecución |
|----|--------------|-------------|--------------------|
| 1  | PROFESOR GYM | SABADOS PM  | SPA EL ALBA        |
|    |              | DOMINGOS AM | SPA EL ALBA        |

| N° | Actividades                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1  | PROFESOR GYM: Realizar evaluaciones físicas a los usuarios, brindar orientación técnica y motivacional corrigiendo posturas, uso de máquinas y ejecuciones de ejercicios de manera segura, llevar el registro de asistencia de usuarios en clases dirigidas en sala y asegurar que los implementos máquinas y espacios se mantengan en buenas condiciones. |

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 |  |
|----------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|

**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. VICTOR LAGOS DELGADO, RUT: ██████████ 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**.

VºBº DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO

SANDRA FUENTES MELO

Las Condes, JULIO de 2026  
mes año