

INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL
PROGRAMA CENTROS SPA 2026

Mes	JULIO
-----	-------

Nombre	MARTÍNEZ CORREA DANIEL		
RUT	██████████	Período del Contrato	01/01/2026 - 31/12/2026

N°	CLASE DIRIGIDA	Días	Lugar de Ejecución
1	SPINNING	SAB 10:00 - SAB 11:00 HRS.	SPA CERRO APOQUINDO
		MAR 19:00 - JUE 19:00 HRS. MAR 20:00 HRS. - JUE 20:00 HRS.	SPA EL ALBA

N°	Descripción de Actividades
1	SPINNING: Entrenamiento cardiovascular que se practica sobre una bicicleta estática al ritmo de la música. Mezcla diferentes intensidades de pedaleo con sucesivas secuencias de tiempo (música). Intensidad media/alta.

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. MARTÍNEZ CORREA DANIEL, 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**.

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 MARTÍNEZ CORREA DANIEL.

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