LAS CONDES
MUNICIPALIDAD

DIRECCIÓN DE DESARROLLO COMUNITARIO
DEPARTAMENTO CENTRO SPA

INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL

PROGRAMA CENTROS SPA 2026

Mes	JUNIO

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

N°	CLASE DIRIGIDA	Días	Lugar de Ejecución
1	ACONDICIONAMIENTO FISICO NIVEL DE EXIGENCIA 2 ONLINE O PRESENCIAL.	LUN 8:00 - MIE 8:00 - VIE 8:00 HRS.	SPA ROLF NATHAN
2	ACONDICIONAMIENTO FISICO NIVEL DE EXIGENCIA 1 ONLINE O PRESENCIAL	LUN 9:00 - MIE 9:00 - VIE 9:00 HRS.	SPA ROLF NATHAN
3	DESARROLLO Y ESTIMULACIÓN TEMPRANA A MENORES NIVEL 1	LUN 13:00 - MIE 13:00 HRS. LUN 14:00 - MIE 14:00 HRS. LUN 16:00 - MIE 16:00 HRS. LUN 17:00 - MIE 17:00 HRS.	SPA CERRO APOQUINDO

N°	Descripción de Actividades
1	AQUA CIRCUIT: Ejercicios de intensidad baja/media en el medio acuático, cuyo objetivo es mejorar la resistencia aeróbica y anaeróbica de la persona, a través de trabajos en circuitos y bloques.
2	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.
3	AQUA BABY: Actividad en piscina cuyo objetivo es la estimulación psicomotriz, fortaleciendo el apego seguro del bebé con su acompañante desarrollando además la ambientación inicial de la natación.

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	

LAS CONDES
MUNICIPALIDAD

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. DÍAZ GONZALEZ JENNIFER, RUT: [redacted] dio cabal cumplimiento durante el mes de **JUNIO 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 JUNIO 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 DÍAZ GONZALEZ JENNIFER.

Nombre Jefe de Departamento (S)	**PAMELA TORRES BARACAT**
Firma y timbre Jefe Departamento (S)	MUNICIPALIDAD DE LAS CONDES JEFE DEPARTAMENTO DE CENTROS SPA

MUNICIPALIDAD DE LAS CONDES DIRECTOR DE DESARROLLO COMUNITARIO

V°B° DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO

SANDRA FUENTES MELO

Las Condes, JUNIO (mes) de 2026 (año)