

INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL Y CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO

DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS AÑO 2026.

Mes	JUNIO
-----	-------

Nombre	PEDRO ALBERTO LOYOLA SILVA
RUT	
Profesión	
Departamento	GESTIÓN DEPORTIVA
Programa Social	DEPORTES 2026-2027
Período del Contrato	01/01-31/12
Actividad Genérica	PLAZAS FUNCIONALES
Actividad Específica	PLANIFICACIÓN Y EJECUCIÓN DE ENTRENAMIENTO FUNCIONAL EN PLAZAS Y PARQUES DE LA COMUNA.

Actividades efectuadas en el mes:

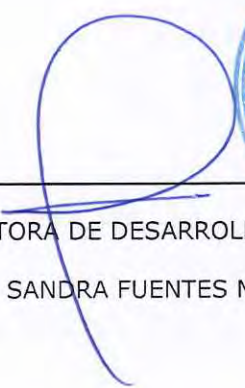
ENTRENAMIENTO FUNCIONAL: TRABAJO DE CAPACIDADES FÍSICOS TALES COMO FUERZA, RESISTENCIA, VELOCIDAD Y COORDINACIÓN.
SE REALIZAN TRABAJOS DE FUERZA, TREN INFERIOR Y SUPERIOR.
SE REALIZAN EJERCICIOS CON EL PROPIO PESO CORPORAL Y CON GRADUACIONES DE INTENSIDADES SEGÚN LAS CAPACIDADES DE LOS ALUMNOS.
SE MOTIVA E INCENTIVA A LOS ALUMNOS A LLEVAR UNA VIDA SALUDABLE, REALIZANDO ACTIVIDAD FÍSICA Y COMIENDO SALUDABLE.
SE REALIZAN JUEGOS CON EL OBJETIVO DE MEJORAR LAS CAPACIDADES FÍSICAS MEDIANTE ACTIVIDADES LÚDICAS RECREATIVAS. SE REALIZAN TAMBIÉN EJERCICIOS DE COORDINACIÓN.

Firma prestador de los servicios	
----------------------------------	---

El jefe del Departamento de Gestión Deportiva, de la Municipalidad de Las Condes, que firma al pie del presente informe, certifica y acredita fehacientemente que el/la Sr/a. **Pedro Alberto Loyola Silva** RUT: **[REDACTED]**, dio cabal cumplimiento durante el mes **junio de 2026**, a la prestación de servicios a honorarios para el cual fue contratado de acuerdo al respectivo contrato a honorarios, con cargo al Programa **Deportes 2026-2027**.

Asimismo, apruebo el presente informe mensual de actividades realizadas para el cumplimiento de la prestación de servicios 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 de servicios 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 de la/el Sra./Sr. **Pedro Alberto Loyola Silva**.

Nombre Jefe de Departamento	Carlos Iglesias Rodríguez
Firma y timbre Jefe de Departamento	



V°B° DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO
SANDRA FUENTES MELO