

INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL
PROGRAMA CENTROS SPA 2026

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

Nombre	VALENZUELA CASTILLO PABLO		
RUT	██████████	Período del Contrato	01/01/2026 - 31/12/2026

N°	CLASE DIRIGIDA	Días	Lugar de Ejecución
1	ACONDICIONAMIENTO FISICO NIVEL DE EXIGENCIA 4 ONLINE O PRESENCIAL	LUN 20:00 - MIE 20:00 HRS.	SPA ROLF NATHAN

N°	Descripción de Actividades
1	AQUA RESIST: Actividad en el agua en la que se realizan ejercicios que integran todo el cuerpo, a través de movimientos que demandan gran cantidad de oxígeno, transformándose en una clase de alta resistencia.

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.

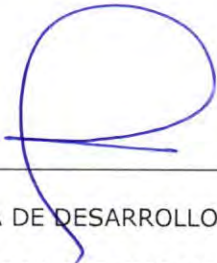
Firma prestador de los servicios	
----------------------------------	---

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. VALENZUELA CASTILLO PABLO, RUT: ██████████ 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 VALENZUELA CASTILLO PABLO.

Nombre Jefe de Departamento (S)	PAMELA TORRES BARACAT
Firma y timbre Jefe Departamento (S)	 





VºBº DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO

SANDRA FUENTES MELO