

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

<b>Mes</b>	<b>MAYO</b>
------------	-------------

Nombre	<b>ROCIO BAUMANN GONZALEZ</b>		
RUT	██████████	Período del Contrato	<b>01/04/2026 - 31/12/2026</b>

<b>N°</b>	<b>ACTIVIDAD</b>	<b>Lugar de Ejecución</b>
1	PARAMÉDICO	RECINTOS ADMINISTRADOS POR DEPTO. CENTROS SPA

<b>N°</b>	<b>Actividades</b>
1	Entregar a los usuarios los primeros auxilios por lesiones, accidentes o emergencias médicas

Como medios de verificación de la prestación de los servicios indicados anteriormente se encuentran:

El registro de usuarios que fueron atendidos.

Los registros de ventas de servicio de masajes en el Sistema de Tesorería Municipal.

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 **ROCIO BAUMANN GONZALEZ**, RUT ██████████ dio cabal cumplimiento durante el mes de **MAYO 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**.

