

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

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

Nombre	<b>SANCHEZ MUÑOZ CLAUDIO</b>		
RUT	██████████	Período del Contrato	<b>01/05/2026 – 31/12/2026</b>

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

<b>N°</b>	<b>Actividades</b>
1	PROFESOR GYM: Desarrollo de planes de entrenamiento individual, proporcionando además instrucciones y demostraciones prácticas para el mejoramiento de las habilidades físicas de los asistentes al gimnasio.

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

El registro de usuarios que fueron evaluados físicamente.

El registro individual de usuarios a quienes se les realizaron rutinas de entrenamiento.

Los registros de ventas de Planes de Entrenamiento en el Sistema de Tesorería Municipal.

Los registros de ingreso de 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. SANCHEZ MUÑOZ CLAUDIO, 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**.

