

INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL
PROGRAMA CENTROS SPA 2026

Mes		MAYO	
Nombre	SILVA MARTINEZ DENISSE		
RUT	██████████	Período del Contrato	01/01/2026 - 31/12/2026

N°	ACTIVIDAD	Lugar de Ejecución
1	ASITENTE DEPORTIVO	RECINTOS ADMINISTRADOS POR DEPTO. CENTROS SPA

N°	Actividades
1	ASITENTE FITNESS: Apoyar y supervisar planes deportivos de manera online o presencial, brindar orientación técnica a los usuarios corrigiendo posturas, el uso de máquinas y la ejecución de ejercicios, colaborar con el registro de asistencia de usuarios.

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 de Centro de SPA (S)**, de la Municipalidad de Las Condes, de la Municipalidad de Las Condes, que firma al pie del presente informe, certifica y acredita fehacientemente que el/la Sr/a. **Denisse Silva Martínez** RUT: [REDACTED], dio cabal cumplimiento durante el mes MAYO 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 CENTROS SPA 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 MAYO 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 **Denisse Silva Martínez**.

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



V° DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO
SANDRA FUENTES MELO

Las Condes, MAYO de 2026

Mes Año