

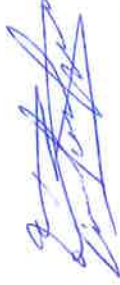
29 de Febrero de 2024.

Señores:  
Comité Ejecutivo.  
Federación Nacional de Natación.

Respetables señores, de la manera más atenta me dirijo a ustedes esperando se encuentren bien y a la vez les deseo éxitos en su labores diarias.

El motivo de la presente es para adjuntar el informe de mis servicios técnicos, como entrenador de natación, de la Asociación Departamental de Natación de Quiche, correspondiente al mes de febrero del presente año, para los trámites correspondientes.

Agradezco la atención a la presente, me despido de ustedes muy atenta mente.



Carlos Enrique Villegas López.

Entrenador ASONAT Quiche.

Cel.36802550.



## Federación Nacional de Natación, Clavados, Polo Acuático y Nado Sincronizado de Guatemala

### Informe Técnico Mensual Profesores

FOR-4-DT-INFO

#### Información general.

**Nombre:** Carlos Enrique Villegas López **Departamento:** Quiché

**Piscina:** Asociación de Natación Quiché

**Horarios:** 05:00 a 06:00  07:00 a 08:00  09:00 a 10:00  10:00 a 11:00

14:00 a 15:00  15:00 a 16:00  16:00 a 17:00  17:00 a 18:00

**Días de trabajo:** Lunes  Martes  Miércoles  Jueves  Viernes  Sábado  Domingo

**Mes y año:** 29 de Febrero del 2024

#### Información Específica.

**Objetivo general:** Módulo 1 Cualidades básicas, Modulo 2 Técnica de estilo libre y dorso, Modulo 3 estilo dorso y pecho, que pueda realizar con eficacia las actividades planificadas.

**Objetivos específicos:** Desarrollara la capacidad de ejecutar las actividades específicas básicas para fortalecer miembros superiores y miembros inferiores, ejecutando cada día las actividades dosificadas y planificadas.

**Micro ciclo: 2 Modulo: 2** Numero de clases planificadas: 21

**Clases efectivas:** 21

**Factores que no permitieron cumplir con lo planificado:**

Haga clic aquí para escribir texto.

#### Asistencias.

Adjuntar al informe.

#### Capacitaciones.

Recibió alguna capacitación: No

**Si su respuesta fue si, especifique:**

**Lugar:** Haga clic aquí para escribir texto.

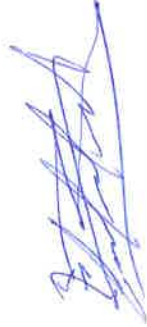
**Fecha:** Haga clic aquí para escribir una fecha.

**Entidad organizadora:** Haga clic aquí para escribir texto.

**Comentarios:** Haga clic aquí para escribir texto.

**Observaciones.**

Haga clic aquí para escribir texto.



**Firma de Profesor**



**Vo. Bo. Miembro de Comité Ejecutivo de ADD**


**Vo.Bo. Director Técnico**



Porcentaje de asistencia General de la Matricula del Mes:

100%

X:	Asistencia
●:	Ausencia
E:	Enfermedad**
L:	Lesion**
C:	Competencia o Campamento
A:	Actividad Programada por el COG
D:	Descanso

\*\*Toda lesión o enfermedad de atletas, deben de ser justificados con certificado médico de la Dirección de Servicios para la Competitividad

JUSTIFICACION DE INASISTENCIAS ( , E\* , L\* ):

No.	Nombre	Documento Adjunto
1		
2		
3		
4		

OBSERVACIONES:

NOTA: El entrenador sera responsable del control, de reportar justificaciones de inasistencias a los entrenamientos.

Nombre del Entrenador

Carlos E. Villegas L.

Firma del Entrenador

FIRMA Y SELLO DE CE ASOCIACION

