



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

**Informe Técnico Mensual Profesores**

FOR-4-DT-  
INFO

**Información general:**

**Nombre:** ASTRID SUCELLY GALVEZ RAMIREZ

**Piscina:** ZONA 4.

**Horarios:** 05:00 a 06:00  07:00 a 08:00  09:00 a 10:00  10:00 a 11:00   
12:00 a 13:00  14:00 a 15:00  15:00 a 16:00  16:00 a 17:30

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

**Mes y año:** Enero 2024.

**Información Específica:**

**Objetivo general:** Desarrollo de flexibilidad y fuerza.

**Objetivos específicos:** Flexibilidad: hombros, punteo y ventral; Fuerza: 4 planos musculares.

**Micro ciclo:** 1 **Modulo:** 1

**Numero de clases planificadas:** 19

**Clases efectivas:** 19

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

Falta de 1 profesor que atienda la matrícula de MASIFICACION Y DESARROLLO.

**Asistencias:**

Adjunta al informe.

## GCapacitaciones:

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:

Ninguna.



**Firma Entrenadora**



**Vo.Bo. Director Técnico**

FEDERACION NACIONAL DE ENTRENADORES DE ATLETISMO Y ANIMACIONES COGNITIVAS GUATEMALA, C.A. DIRECCION TECNICA

**CONTROL DE ASISTENCIA DE ATLETAS A SESIONES DE ENTRENAMIENTO**

FEDERACION Y/O ASOCIACION:

Natación / Clavados

ENTRENADORA:

Sucelly Galvez Ramirez

MES:

ENERO

HORARIO:

2:30 a 5:30 pm

SESIONES PLANIFICADAS:

19

No	NOMBRE COMPLETO	Atleta que pertenece al Programa de Retencion de Talento		D I A S D E E N T R E N A M I E N T O																															A	I	%
		Si	No	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31			
1	Maria Jose Mena Santana	X		D	D	D	D	D	D	D	D	D	X	X	X	X	D	X	X	X	X	X	X	D	X	X	X	X	X	D	X	X	X	19	0	100	
2	Samantha Paulette Miranda	X		D	D	D	D	D	D	D	D	D	X	X	X	X	D	X	X	X	X	X	X	D	X	X	X	X	X	D	X	X	X	19	0	100	
3	Karla Michelle Alburez Izquierdo	X		D	D	D	D	D	D	D	D	D	X	X	X	X	D	X	X	X	X	X	X	D	X	X	X	X	X	D	X	X	X	19	0	100	
4	Josue Salvador Gonzalez	X		D	D	D	D	D	D	D	D	D	X	X	X	X	D	X	X	X	X	X	X	D	X	X	X	X	X	D	X	X	X	19	0	100	
5	Carlos Guillermo Ramirez Lopez	X		D	D	D	D	D	D	D	D	D	X	X	X	O	D	X	X	X	X	X	O	D	X	X	X	X	X	O	D	X	X	16	3	84	
6	Cristian Josue Esteban Garcia	X		D	D	D	D	D	D	D	D	D	X	X	X	O	D	X	X	X	X	X	O	D	X	X	X	X	O	D	X	X	X	16	3	84	
7	Valentina Isabel Veliz Palencia	X		D	D	D	D	D	D	D	D	D	X	X	X	O	D	X	X	X	X	X	O	D	X	X	X	X	O	D	X	X	X	16	3	84	
8	Javier Augusto Veliz Palencia	X		D	D	D	D	D	D	D	D	D	X	X	X	O	D	X	X	X	X	X	O	D	X	X	X	X	O	D	X	X	X	16	3	84	
9	Dylan Adrian Reyes Garcia	X		D	D	D	D	D	D	D	D	D	X	X	X	O	D	X	X	X	X	X	O	D	X	X	X	X	O	D	X	X	X	16	3	84	
10	Brillith Esmeralda de la Rosa Ortiz	X		D	D	D	D	D	D	D	D	D	X	X	X	O	D	X	X	X	X	X	O	D	X	X	X	X	O	D	X	X	X	16	3	84	
11	Silvia Leticia de la Rosa Ortiz	X		D	D	D	D	D	D	D	D	D	X	X	X	O	D	X	X	X	X	X	O	D	X	X	X	X	O	D	X	X	X	16	3	84	
12	Julia de la Rosa Ortiz	X		D	D	D	D	D	D	D	D	D	X	X	X	O	D	X	X	X	X	X	O	D	X	X	X	X	O	D	X	X	X	16	3	84	
																																				0	

Porcentaje de asistencia General de la Matricula del Mes:  
89%

X:	Asistencia
O:	Ausencia
E:	Enfermedad**
L:	Lesion**
C:	Competencia o Campamento
A:	Actividad Programada
P:	Permiso**
D:	Descanso

\*\*Toda lesión o enfermedad de atletas, deben de ser justificados con certificado médico de la Dirección de Servicios para la Competitividad  
Todo permiso debe contar con justificación, autorización por del entrenador y debe presentarse adjunto al presente formulario.

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

No.	Nombre	Justificacion	Documento Adjunto
1			
2			
3			

**OBSERVACIONES:**

SUCELLY GALVEZ  
Nombre de la Entrenadora

  
Firma de la Entrenadora

\_\_\_\_\_  
Sello de la FADN'S