



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

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

Mes y año: MAYO 2023.

Información Específica.

Objetivo general: Preparación especial en la técnica y orientación del programa de competencia.

Objetivos específicos: Ejecución de ejercicios y clavados específicos del programa de competencia.

Micro ciclo: 1 **Modulo:** 4

Numero de clases planificadas: 27

Clases efectivas: 27

Factores que no permitieron cumplir con lo planificado:

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

Asistencias.

Adjunta 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.

Ninguna.



Firma Entrenadora



Vo.Bo. Director Técnico

CONTROL DE ASISTENCIA DE ATLETAS A SESIONES DE ENTRENAMIENTO

FEDERACION Y/O ASOCIACION:

Natación / Clavados

ENTRENADORA:

Sucelly Galvez Ramirez

MES :

MAYO

HORARIO:

14:00 A 18:00

SESIONES PLANIFICADAS:

27

No	NOMBRE COMPLETO	Atleta que pertenece al Programa de Retención de Talento		D Í 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		X	X	X	X	X	X	D	X	X	X	X	X	X	D	X	X	X	X	X	X	D	X	X	X	X	X	X	D	X	X	X	27	0	100
2	Samantha Paulette Miranda	X		X	X	X	X	X	X	D	X	X	X	X	X	X	D	X	X	X	X	X	X	D	X	X	X	X	X	D	X	X	X	27	0	100	
3	Karla Michelle Albrez Izquierdo	X		X	X	X	X	X	D	X	X	X	X	X	X	D	X	X	X	X	X	X	D	X	X	X	X	X	D	X	X	X	27	0	100		
4	Josue Salvador Gonzalez	X		X	X	X	X	X	D	X	X	X	X	X	D	X	X	X	X	X	D	X	X	X	X	X	X	O	D	X	X	X	23	4	85		
5	Carlos Guillermo Ramirez Lopez	X		X	X	X	X	X	D	X	X	X	X	X	D	X	X	X	X	X	D	X	X	X	X	X	X	O	D	X	X	X	23	4	85		
6	Darian Rocio Gutierrez	X		X	X	X	X	X	D	X	X	X	X	X	D	X	X	X	X	X	D	X	X	X	X	X	X	O	D	X	X	X	23	4	85		
7	Cristian Josue Esteban Garcia	X		X	X	X	X	O	D	X	X	X	X	O	D	X	X	X	X	O	D	X	X	X	O	D	X	X	O	D	X	X	X	19	8	70	
8	Erick Jahir Chacon Jimenez	X		X	O	X	O	X	D	X	O	X	O	X	D	X	O	X	O	X	D	X	O	X	O	X	O	X	O	D	X	O	X	14	13	52	
9	Dylan Adrian Reyes Garcia	X		X	X	X	X	O	D	X	X	X	X	O	D	X	X	X	X	O	D	X	X	X	O	D	X	X	O	D	X	X	X	19	8	70	
10	Eva Morales..	X		X	X	X	X	O	D	X	X	X	X	O	D	X	X	X	X	O	D	X	X	X	O	D	X	X	O	D	X	X	X	19	8	70	
11	Valentina Isabel Veliz Palencia	X		X	X	X	X	O	D	X	X	X	X	O	D	X	X	X	X	O	D	X	X	X	O	D	X	X	O	D	X	X	X	19	8	70	
12	Javier Augusto Veliz Palencia	X		X	X	X	X	O	D	X	X	X	X	O	D	X	X	X	X	O	D	X	X	X	O	D	X	X	O	D	X	X	X	19	8	70	
13	Brillith Esmeralda de la Rosa Ortiz	X		X	X	X	X	O	D	X	X	X	X	O	D	X	X	X	X	O	D	X	X	X	O	D	X	X	O	D	X	X	X	21	4	85	
14	Silvia Leticia de la Rosa Ortiz	X		X	X	X	X	O	D	X	X	X	X	O	D	X	X	X	X	O	D	X	X	X	O	D	X	X	O	D	X	X	X	21	4	85	

Porcentaje de asistencia General de la Matricula del Mes:
81%

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 Programadora

