



**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:** Abril 2024.

**Información Específica:**

**Objetivo general:** Desarrollo orientación espacial para su programa de competencia.

**Objetivos específicos:** Orientación: vueltas y giros.

**Micro ciclo:** 4 **Modulo:** 4

**Numero de clases planificadas:** 28

**Clases efectivas:** 28

**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: .

Fecha: .

Entidad organizadora: .

Comentarios: .

**Observaciones:**

- ✓ Falta de 1 profesor que atienda la matrícula de MASIFICACION Y DESARROLLO.
- ✓ Durante este mes el uso de piscina ha sido restringido ya que la bomba de mantenimiento está descompuesta y por este motivo le han estado colocando más químicos para poder mantener el agua y esto tuvo efectos en la piel y ojos de los atletas que se metieron unos días, por este motivo las últimas 3 semanas solo se ha estado trabajando en el gimnasio el 100% del tiempo.



**Firma Entrenadora**



**Vo.Bo. Director Técnico**

FEDEINSTITUCIONES DEPORTIVAS Y RECREATIVAS  
GUATEMALA, C.A.  
DIRECCIÓN TÉCNICA

## CONTROL DE ASISTENCIA DE ATLETAS A SESIONES DE ENTRENAMIENTO

FEDERACION Y/O ASOCIACION:

Clavados

ENTRENADORA:

Sucelly Galvez Ramirez

MES :

ABRIL

HORARIO:

2:30 a 6:00 pm

SESIONES PLANIFICADAS:

28

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			
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	D	X	X	28	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	28	0	100	
3	Karla Michelle Alburez Izquierdo	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	28	0	100	
4	Josue Salvador Gonzalez	X		X	X	X	X	X	O	D	X	X	X	O	X	O	D	X	X	O	X	O	X	D	X	X	X	X	O	D	X	X	20	8	71	
5	Carlos Guillermo Ramirez Lopez	X		X	X	X	X	X	O	D	X	X	X	X	O	D	X	X	X	X	O	D	X	X	X	X	O	D	X	X	X	24	4	86		
6	Cristian Josue Esteban Garcia	X		X	X	X	X	X	O	D	X	X	X	X	O	D	X	X	X	X	O	D	X	X	X	X	O	D	X	X	X	24	4	86		
7	Javier Augusto Veliz Palencia	X		X	X	X	X	X	O	D	X	X	X	X	O	D	X	X	X	X	O	D	X	X	X	X	O	D	X	X	X	24	4	86		
8	Valentina Isabel Veliz Palencia	X		X	X	X	X	X	O	D	X	X	X	X	O	D	X	X	X	X	O	D	X	X	X	X	O	D	X	X	X	24	4	86		
9	Dylan Adrian Reyes Garcia	X		X	X	X	X	X	O	D	X	X	X	X	O	D	X	X	X	X	O	D	X	X	X	X	O	D	X	X	X	24	4	86		
10	Emma Eunice Garcia Diaz	X		X	O	X	O	X	O	D	X	O	X	O	X	O	D	X	O	X	O	X	O	D	X	O	X	O	X	O	D	X	15	13	54	
11	Alison Abigail Garcia Diaz	X		X	O	X	O	X	O	D	X	O	X	O	X	O	D	X	O	X	O	X	O	D	X	O	X	O	X	O	D	X	15	13	54	
12	Harrison Stwar Cruz Hernandez	X		X	O	X	O	X	O	D	X	O	X	O	X	O	D	X	O	X	O	X	O	D	X	O	X	O	X	O	D	X	15	13	54	
13	Sofia Pamela Hernandez Lopez	X		X	O	X	O	X	O	D	X	O	X	O	X	O	D	X	O	X	O	X	O	D	X	O	X	O	X	O	D	X	15	13	54	
14	Brillith Esmeralda de la Rosa Ortiz	X		X	O	X	O	X	O	D	X	O	X	O	X	O	D	X	O	X	O	X	O	D	X	O	X	O	X	O	D	X	15	13	54	
15	Silvia Leticia de la Rosa Ortiz	X		X	O	X	O	X	O	D	X	O	X	O	X	O	D	X	O	X	O	X	O	D	X	O	X	O	X	O	D	X	15	13	54	
16	Julia de la Rosa Ortiz	X		X	O	X	O	X	O	D	X	O	X	O	X	O	D	X	O	X	O	X	O	D	X	O	X	O	X	O	D	X	15	13	54	
17																																				

Porcentaje de asistencia General de la Matricula del Mes:  
73%

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]  
Firma de la Entrenadora

