

	<b>Federación Nacional de Natación, Clavados, Polo Acuático y Nado Sincronizado de Guatemala</b>	
	<b>Informe Técnico Mensual Profesores</b>	<b>FOR-4-DT- INFO</b>

**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:** Marzo 2024.

**Información Específica:**

**Objetivo general:** Desarrollo orientación espacial

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

**Micro ciclo:** 3 **Modulo:** 3

**Numero de clases planificadas:** 22

**Clases efectivas:** 22

**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: Si

Si su respuesta fue si, especifique:

Lugar: Virtual.

Fecha: 22 de febrero de 2024

Entidad organizadora: Agencia Nacional Antidopaje Guatemala.

Comentarios: Adjunto diploma.

**Observaciones:**

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



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: MARZO HORARIO: 2:30 a 6:00 pm

SESIONES PLANIFICADAS: 22

No	NOMBRE COMPLETO	Atleta que pertenece al Programa de Retención 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	Maria Jose Mena Santana	X		X	X	X	D	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	D		22	0	100			
2	Samantha Paulette Miranda	X		X	X	X	D	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	D		22	0	100	
3	Karla Michelle Alburez Izquierdo	X		X	X	D	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	D		22	0	100	
4	Josue Salvador Gonzalez	X		X	X	D	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	D	O	X	O	X	O	X	O	X	X	X	X	X	X	X	X	X	D		19	3	86
5	Carlos Guillermo Ramirez Lopez	X		X	X	D	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	D		22	0	100	
6	Cristian Josue Esteban Garcia	X		X	X	D	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	D		18	4	82
7	Javier Augusto Veliz Palencia	X		X	X	O	D	X	X	X	X	O	D	X	X	X	X	X	X	O	D	X	X	X	X	X	O	D	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	D		18	4	82
8	Valentina Isabel Veliz Palencia	X		X	X	O	D	X	X	X	X	O	D	X	X	X	X	X	O	D	X	X	X	X	O	D	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	D		18	4	82
9	Dylan Adrian Reyes Garcia	X		X	X	O	D	X	X	X	X	O	D	X	X	X	X	X	O	D	X	X	X	X	O	D	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	D		18	4	82
10	Emma Eunice Garcia Diaz	X		X	X	O	D	X	X	X	X	O	D	X	X	X	X	X	O	D	X	X	X	X	O	D	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	D		15	7	68
11	Alison Abigail Garcia Diaz	X		X	X	O	D	X	X	X	X	O	D	X	X	X	X	X	O	D	X	X	X	X	O	D	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	D		15	7	68
12	Harrison Stwar Cruz Hernandez	X		X	X	O	D	X	X	X	X	O	D	X	X	X	X	X	O	D	X	X	X	X	O	D	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	D		15	7	68
13	Sofia Pamela Hernandez Lopez	X		X	X	O	D	O	X	X	X	O	D	O	X	X	X	X	O	D	O	X	X	X	O	D	O	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	D		15	7	68
14																																											
15																																											

Porcentaje de asistencia General de la Matricula del Mes: 84%

- 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 justificadas 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 manuscrita]*  
Firma de la Entrenadora



Sello de la FADN