



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

Informe Técnico Mensual de Entrenadores

FOR-3-DT-INFO

Información general.

Nombre del Entrenador: Ronal Omar Paau Soto

Piscina: Asociación Deportiva Departamental de Alta Verapaz

Horarios:

Matutina. Inicio: Finaliza: .

Vespertina. Inicio: 15:00hrs. Finaliza: 19:00hrs.

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

Mes y año: Noviembre de 2024

Información Específica.

Objetivo general: trabajo aeróbico y anaeróbico para el fortalecimiento de los atletas

Objetivos específicos: Fortalecer las Capacidad Anaeróbicas de cada Atleta Y velocidad

Tipo de mesociclos: especial Número de sesiones planificadas en Agua: 27

Numero de sesiones cumplidas: 26 Número de Microciclos: 4

Volumen general planificado según plan gráfico:

Planificado: 100 kilómetros Cumplido: 100 kilómetros

Porcentaje de cumplimiento: 100%

Intensidad planificada de acuerdo al plan gráfico:

Zona 1 Aeróbico Ligero (70 % de intensidad): 50 kilómetros.

Zona 2 Aeróbico Medio (80% de intensidad): 25 kilómetros.

Zona 3 Máximo Consumo (90% de intensidad): 10 Kilómetros

Zona 4 Resistencia Lactancia (95% de intensidad): 10kilómetros

Zona 5 Rapidez o Velocidad (100% de intensidad): 5 kilómetros

Planificado: 100 kilómetros Cumplido: 100 kilómetros.

Porcentaje de cumplimiento: 100%

F D. Paau



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

Informe Técnico Mensual de Entrenadores

FOR-3-DT-INFO

Descripción del volumen planificado con relación al volumen cumplido, indicando las cualidades trabajadas durante el mes por cada uno de sus atletas, en los siguientes tipos de preparación:

Preparación Física General: 4 horas
Preparación Física Especial: 4 horas.
Preparación Técnica: 4 horas

Número de sesiones planificadas en Tierra: 12

Numero de sesiones cumplidas: 12

Competencias nacionales e internacionales

Numero de competencias realizadas:

Tipo:

Nombre de la competencia:

País:

Departamentos:

Objetivo:

Realización de test pedagógicos.

Numero de test realizados:0 Tipo de test: Haga clic aquí para escribir texto.

Fecha de realización: Haga clic aquí para escribir una fecha. Lugar de realización: Haga clic aquí.

Objetivo: Haga clic aquí para escribir texto.

Resultados alcanzado por atleta:

Adjuntar anexo.

Análisis cualitativo y cuantitativo sobre el test realizado: Haga clic aquí para escribir texto.

Análisis descriptivo general de la realización del test: Haga clic aquí para escribir texto.

Nota:



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

Informe Técnico Mensual de Entrenadores

FOR-3-DT-INFO

Asistencias

Se adjunta el cuadro de asistencia del mes.

Capacitaciones.

Recibió alguna capacitación: No

Observaciones:


Firma de Profesor/a


Miembro del Comité Ejecutivo
ASONAT.




Vº.bo. Director Técnico



CONTROL DE ASISTENCIA DE ATLETAS A SESIONES DE ENTRENAMIENTO

ASOCIACIÓN DEPORTIVA DE NAT. DEPARTAMENTAL DE: **ALTA VERAPAZ** ENTRENADOR: **Ronal Omar Paau Soto**
 MES: **NOVIEMBRE** HORARIOS: **15:00 a 19:00 hrs**
 SESIONES PLANIFICADAS: **2 6**

No	NOMBRE COMPLETO	D I A S D E E N T R E N A M I E N T O																															A	I	%	
		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				
39	Elvira Guim	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	0	26	100%
40	Daniela Palomo	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	0	26	100%
41	Gael Alfaro Jordan	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	0	26	100%
42	Rocio Caal	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	0	26	100%
43	Cesar Augusto Alvarez	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	0	26	100%
44	María Eugenia Orpin	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	0	26	100%
45	Carlos Batres Sanizo	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	0	26	100%
46	Erick Sebastian Urrutia Prado	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	0	26	100%

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

Porcentaje de asistencia General de la Matricula del Mes:
100%

** 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 Adjuante
1		
2		
3		
4		

OBSERVACIONES:



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

Ronal Omar Paau Soto
 Nombre del Entrenador

Firma del Entrenador