

Puerto Barrios Izabal, 31 de Enero del 2025

INFORME DE ACTIVIDADES DEL MES DE ENERO

Respetables Señores:

Comité Ejecutivo

Asociación Deportiva Departamental de Natación Izabal

Federación Nacional de Natación, Clavados, Polo Acuático y Nado Sincronizados.

Por este medio me dirijo a ustedes deseándoles éxitos en el desarrollo de sus actividades diarias.

Por el presente oficio, deseo dar a conocer mis actividades en Asociación Deportiva Departamental de Natación Izabal, adjunto el siguiente informe mensual de actividades como profesora en esta Asociación, prestando mis servicios técnicos profesionales por la mañana y tarde en el mes de Enero del año 2025.

Atentamente:

F: 

Aidely Annely Valle Aldana

Entrenadora de Izabal

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

Información general.

Nombre: Aidely Valle **Departamento:** Izabal

Piscina: Complejo Deportivo, Santo Tomas de Castilla

Horarios: 05:00 a 06:00 06:00 a 07:00 X 07:00 a 08:00 X 09:00 a 10:00 X
14:00 a 15:00 x 15:00 a 16:00 X 16:00 a 17:00 X 17:00 a 18:00 X 18:00 a 19:00 X

Días de trabajo: Lunes/ x Martes ☒ Miércoles ☒ Jueves ☒ Viernes ☒ Sábado X

Mes y año: Enero del 2025

Información Específica.

Objetivo general: Realizar los diferentes ejercicios para un mejoramiento tanto en la técnica de los estilos y así poder llevar a cabo nuestros objetivos

Objetivos específicos: Desarrollar los ejercicios específicos adecuados a nuestra preparación la cuál los llevará a mejorar las marcas..

Micro ciclo: 4 **Modulo:** 1 **Numero de clases planificadas:** 22

Clases efectivas: 22

Factores que no permitieron cumplir con lo planificado:

Asistencias.

Adjuntar al informe.

Capacitaciones.

Recibió alguna capacitación: No

Si su respuesta fue si, especifique:

Lugar:

Fecha:

Entidad organizadora:

CONTROL DE ASISTENCIA DE ATLETAS A SESIONES DE ENTRENAMIENTO

ASOCIACIÓN DEPORTIVA DE NATACIÓN

DEPARTAMENTAL DE:

Izabal

MES :

ENERO

ENTRENADOR:

AIDELY VALLE

LUNES A SABADO

HORARIOS

7:00 A 9:00 AM

14:00 A 18:00 PM

SESIONES PLANIFICADAS:

22

No	NOMBRE COMPLETO	D í 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																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																										

100%

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

JUSTIFICACION DE INASISTENCIAS (●, E*, L*):

No.	Nome		Documento Adjunto
1			
2			
3			
4			

OBSERVACIONES:

AIDELY VALLE

Nombre del Entrenador

Firma del Entrenador

FIRMA Y SELLO DE CE ASOCIACIÓN

[illegible]

X:	Asistencia
----	------------

Porcentaje de asistencia General de la Matricula del Mes:

100%

Assessing the impact of the COVID-19 pandemic on the health of the population	Ausència
---	--------------------------

1	Ausencia
---	----------

E:	Enfermedad**
----	--------------

L:	Lesion**
----	----------

C:	Competencia o Campamento
----	--------------------------

A:	Actividad Programada por el COG
----	---------------------------------

D:	<i>Descanso</i>
----	-----------------

****T** 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 Adjunto
1		
2		
3		
4		

OBSERVACIONES:

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

AIDELY VALLE

Nombre del Entrenador

Firma del Entrenador

FIRMA Y SELLO DE CE ASOCIACIÓN