



**CHECK LIST PARA REVISIÓN DE REVISIÓN PED-FOR-06 "INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES - ENTRENADORES" PROGRAMA ASISTENCIA TÉCNICA**

Federación / Asociación:

Guinnasa

Mes:

febrero

Nombre del entrenador:

Hena Babac

REQUISITOS ADMINISTRATIVOS:		CUMPLE	OBSERVACIÓN
1. Ingresó dentro de la temporalidad establecida		Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
2. Utiliza el formulario PED-FOR-06 vigente		Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
3. Cumple con "Datos Generales"		Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
4. Cumple información de "Actividades Técnicas del Mes"		Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
5. Adjunta el listado de asistencias en el formato PED-FOR-07		Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
6. Nombre y firma del entrenador		Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
7. Nombre, firma y sello del Director Técnico y/o Gerente General		Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
8. Nombre, firma y sello de un Miembro de Comité Ejecutivo de la Federación o Asociación		Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

<b>RECIBIR</b>	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
----------------	---

<b>Firma y sello de visado:</b>	
<b>Fecha de revisión:</b>	<u>8/3/2023</u>
<b>OBSERVACIONES:</b>	

COMITE OLIMPICO GUATEMALTECO

**RECIBIDO**  
00 MAR 2023  
MAGDA  
15:45



FORMULARIO

## INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES - ENTRENADORES

Del proceso: Programas Técnicos

Código: PED-FOR-06

Versión: 2

Página 1

### 01. DATOS GENERALES

- a) Federación y Asociación Deportiva Nacional:  
**Federación Nacional de Gimnasia**
- b) Nombre y función del entrenador a cargo de la presentación de este informe:  
**Elena Boboc, Entrenadora Asistente –gimnasia artística femenina**
- c) Informe mensual de actividades correspondiente a:

Mes: **febrero de 2023**

Fecha de Inicio: **01 de febrero de 2023**

Fecha de Finalización: **28 de febrero de 2023**

Lugar de entrenamiento:

**Gimnasio Nacional FNG**

### 02. ACTIVIDADES TÉCNICAS DEL MES

- a) Días de entrenamiento planificados: **24 días planificados**
- b) Días de entrenamiento cumplidos: **24 días realizados**
- c) Describa si dentro de las actividades planificadas en el mes se participó en alguna competencia y/o campamento de entrenamiento:  
**No**
- d) Describa si impartió o participó en alguna capacitación dentro del mes:  
**No**



### 03. ADJUNTE EL LISTADO DE ASISTENCIAS CON LAS RESPECTIVAS JUSTIFICACIONES DE

**INASISTENCIA:** Adjunto la asistencia

04. OBSERVACIONES: **Ninguna**

05. AVALES: **No**

06.

- a. Nombre y firma del entrenador:

**Elena Boboc**

- b. Nombre y firma del Director Técnico:

**Claudia García**

- c. Nombre y firma de un miembro de Comité Ejecutivo:

**Jorge Rolando Rosales Mirón**





# CONTROL DE ASISTENCIA DE ATLETAS A SESIONES DE ENTRENAMIENTO

FORMULARIO

Del proceso: Administración del Modelo ERD

Código: PED-FOR-07

Versión: 2

Página 1 de 2

FEDERACION Y/O ASOCIACION:

Gimnasia

MES :

Febrero de 2023

HORARIOS

7:30-10:30 y 16:00-19:00 L.M.M y V  
J 16:00-19:00 y S 8:00-10:30

ENTRENADOR:

ELENA BOBOC

SESIONES PLANIFICADAS:

24 días y 40 sesiones

No	NOMBRE COMPLETO	Atleta que pertenece al Programa de Retención de Talento																																		
		SI	No																																	
No	NOMBRE COMPLETO	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	A	I	%	
		D	F	A	S	D	E	N	T	R	E	N	A	M	I	E	N	T	O																	
1	Mischelle Echeverria Lopez	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	24	0	100	
2	Brithany Nicole Herrera Polanco	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	24	0	100	
3	Krystal Cancax	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	24	0	100	
4	Mersi Oneida Xep Max	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	24	0	100	
5	Larisa Herrera	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	24	0	100	
6	Valentina Garcia Palencia	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	24	0	100	
7	Brithani Soberani España	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	24	0	100	
8	Marcela Nolasco	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	17	7	100	
9	Waleska Guzman	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	24	0	100	
10	Anelis Mayorga	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	24	0	100	
11																																				
12																																				
13																																				
14																																				
15																																				
16																																				
17																																				
18																																				
19																																				
20																																				

COMITE OLIMPICO GUATEMALTECO  
 PREPAREDADO  
 03 MAR 2023  
 15:45  
 MABDA

Porcentaje de asistencia General de la Matricula del Mes:

X:	Asistencia
O:	Ausencia



Firma del Entrenador

*[Handwritten signature]*

Nombre del Entrenador

Elena Boboc

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

-----

-----

-----

-----

**OBSERVACIONES:**

NO.	Nombre	Justificación	Documento Adjunto
1	Marcela Nolasco	Enferma, rinitis	no se le indico reposo

JUSTIFICACION DE INASISTENCIAS (E\*,L\*,P\*.):

\*\*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 y autorización por parte del entrenador y debe presentarse adjunto al presente formulario.

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

100.00%



Guatemala, 20 de febrero , 20 24

## CONSTANCIA DE ASISTENCIA A CONSULTA

A quien interese:

Por medio de la presente se hace constar que el día 20 del mes de febrero a las 16:30 horas, fue evaluado el paciente **MARCELA VALENTINA NOLASCO** de 10 años; se presenta en Clínicas Sanas Periroosevelt para ser atendido por el especialista **Ingrid Saimolo** en la especialidad de **Pediatría**.  
Paciente asiste a consulta por motivo de:

**Tos persistente y congestión nasal**

Diagnóstico(s):

**1) RINITIS CRONICA EXACERBADA**

Tratamiento(s) Recomendado(s):

**Paciente con cuadro de tos no contagiosa por lo que se deja tratamiento.**

Para los usos que al interesado convenga se extiende la presente constancia médica a las **16:55** horas, a los **20** días del mes de **febrero** del año **2023**.

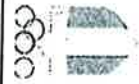
Dra. Ingrid L. Saimolo R.  
Pediatra  
Col. 15488

Firma y sello del especialista

**Clínicas SANAS**  
Peri Roosevelt zona 7  
PBX: 2384-7499

Sello Clínicas Sanas





**CHECK LIST PARA REVISIÓN DE REVISIÓN PED-FOR-06 "INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES - ENTRENADORES" PROGRAMA ASISTENCIA TÉCNICA**

Federación / Asociación: Gimnasia

Mes: febrero

Nombre del entrenador: Adrián Bobac

REQUISITOS ADMINISTRATIVOS:	CUMPLE	OBSERVACIÓN
1. Ingresar dentro de la temporalidad establecida	Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
2. Utiliza el formulario PED-FOR-06 vigente	Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
3. Cumple con "Datos Generales"	Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
4. Cumple información de "Actividades Técnicas del Mes"	Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
5. Adjunta el listado de asistencias en el formato PED-FOR-07	Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
6. Nombre y firma del entrenador	Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
7. Nombre, firma y sello del Director Técnico y/o Gerente General	Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
8. Nombre, firma y sello de un Miembro de Comité Ejecutivo de la Federación o Asociación	Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

<b>RECIBIR</b>	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
----------------	---

COMITÉ OLÍMPICO GUATEMALTECO

**RECIBIDO**  
03 MAR 2023  
MAGDALENA 1545

Firma y sello de visado:	
Fecha de revisión:	8/3/2023
OBSERVACIONES:	





FORMULARIO

## INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES - ENTRENADORES

Del proceso: Programas Técnicos

Código: PED-FOR-06

Versión: 2

Página 1

### 1. DATOS GENERALES

- a) Federación y Asociación Deportiva Nacional:  
**Federación Nacional de Gimnasia**
- b) Nombre y función del entrenador a cargo de la presentación de este informe:  
**Adrián Boboc, Entrenador Titular –Gimnasia artística femenina**

- c) Informe mensual de actividades correspondiente a:

Mes: **febrero de 2023**

Fecha de Inicio: **01 de febrero de 2023**

Fecha de Finalización: **28 de febrero de 2023**

Lugar de entrenamiento: **Gimnasio Nacional FNG**

### 2. ACTIVIDADES TÉCNICAS DEL MES

- a) Días de entrenamiento planificados: **24 días planificados**
- b) Días de entrenamiento cumplidos: **24 días realizados**
- c) Describa si dentro de las actividades planificadas en el mes se participó en alguna competencia y/o campamento de entrenamiento:  
**No**
- d) Describa si impartió o participó en alguna capacitación dentro del mes:  
**No**

3. **ADJUNTE EL LISTADO DE ASISTENCIAS CON LAS RESPECTIVAS JUSTIFICACIONES DE INASISTENCIA:** Adjunto la asistencia.

4. **OBSERVACIONES:** No

5. **AVALES:** No

06.

- a. Nombre y firma del entrenador:

**Adrián Boboc**

- b. Nombre y firma del Director Técnico:

**Claudia García**

- c. Nombre y firma de un miembro de Comité Ejecutivo:

**Jorge Rolando Rosales Mirón**









*Firma del Entrenador*

*Nombre del Entrenador*  
**Elena Boboc**

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

-----  
 -----  
 -----  
 -----

**OBSERVACIONES:**

NO.	Nombre	Justificacion	Documento Adjunto
1	Marcela Nolasco	Enferma, rinitis	no se le indico reposo

JUSTIFICACION DE INASISTENCIAS (E\*.L\*.P\*.):

\*\*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 y autorización por parte del entrenador y debe presentarse adjunto al presente formulario.

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

100.00%



Guatemala, 20 de febrero , 20 20

## CONSTANCIA DE ASISTENCIA A CONSULTA

A quien interese:

Por medio de la presente se hace constar que el día 20 del mes de febrero a las 16:30 horas, fue evaluado el paciente **MARCELA VALENTINA NOLASCO** de 10 años; se presenta en Clínicas Sanas Periroosevelt para ser atendido por el especialista **Ingrid Sajmolo** en la especialidad de **Pediatría**  
Paciente asiste a consulta por motivo de:

**Tos persistente y congestión nasal**

Diagnóstico(s):

**1) RINITIS CRONICA EXACERBADA**

Tratamiento(s) Recomendado(s):

**Paciente con cuadro de tos no contagiosa por lo que se deja tratamiento.**

Para los usos que al interesado convenga se extiende la presente constancia médica a las **16:55** horas, a los **20** días del mes de **febrero** del año **20 23**.

Dra. Ingrid L. Sajmolo R.  
Pediatra  
Col. 15488

Firma y sello del especialista

**Clínicas SANAS**  
Peri Roosevelt zona 7  
PBX: 2384-7499

Sello Clínicas Sanas

Guatemala 21 de febrero del 2023

Señores:  
Junta Directiva  
Federación nacional de Gimnasia  
Ciudad  
Señores:

Atentamente me dirijo a ustedes deseándole éxitos en sus labores cotidianas.

El motivo de la presente es para presentarle el informe correspondiente al mes de febrero del presente año, el siguiente informe sobre lo desarrollado en la clínica de Fisioterapia de dicha Federación. Tomando muy en cuenta los cuidados de higienes por la enfermedad de Covid-19. Se realiza el tratamiento fisioterapéutico tanto curativo y preventivo atletas de dicha federación tanto para Miembros Superiores e Miembros Inferiores, por lo cual ya se ésta trabajando al respecto con las siguientes modalidades terapéuticas como son:

Asistencia.  
Medicamento Local.  
Calor Local.  
Crioterapia.  
Masaje.  
Estiramiento Asistido.  
Electro Estimulo.  
Ultrasonido.

#### GINNASIA ARTISTICA

Asistencia	Medicamento	E.E.	Crio	Masaje	Est.A.	Laser	EMP
48	48	48	48	48	48	0	0

Al igual se adjunta el cuadro de las estadísticas y copia de la asistencia.

Sin otro particular, me es grato suscribirme de ustedes.

  
Hugo René Franco S  
FISIOTERAPISTA

*Wingsbar*  
22/2/23  
7:30

FEDERACION NACIONAL DE GIMNASIA  
CONTROL DE ASISTENCIA

MES febrero 2023

MED: Antiinflamatorio Local, EE: Electroestimulación, VEN: Vendaje Deportivo, EMP: Empaque Caliente, MAS: Masaje, EA: Estiramiento Asistido, RNM: Reeduación Neuromuscular, BAL: Balance, EC: Estabilización del Core, PM: Pelota Medicinal, CRIOT: Crioterapia.

NO.	ATLETA	FECHA	FIRMA	MED	EE	VEN	EMP	MAS	EA	RNM	BAL	EC	CRIOT
1	Diana Mastrosum	02/01/23	<i>Diana</i>	X	X			X	X				X
2	Valentina Garcia	02/02/23	<i>Val</i>	X	X			X	X				X
3	Diana Mastrosum	03/02/23	<i>Diana</i>	X	X			X	X				X
4	Mercy Oneyda	03/02/23	<i>Mercy</i>	X	X			X	X				X
5	Valentina Garcia	03/02/23	<i>Val</i>	X	X			X	X				X
6	Valentina Garcia	05/02/23	<i>Val</i>	X	X			X	X				X
7	Mercy Oneyda	6/02/23	<i>Mercy</i>	X	X			X	X				X
8	Diana Mastrosum	7/02/23	<i>Diana</i>	X	X			X	X				X
9	Mercy Oneyda	7/02/23	<i>Mercy</i>	X	X			X	X				X
10	Valentina Garcia	7/02/23	<i>Val</i>	X	X			X	X				X
11	Valentina Garcia	8/02/23	<i>Val</i>	X	X			X	X				X
12	Mercy Oneyda	8/02/2023	<i>Mercy</i>	X	X			X	X				X
13	Mercy Oneyda	9/02/2023	<i>Mercy</i>	X	X			X	X				X
14	Mercy Oneyda	13/02/2023	<i>Mercy</i>	X	X			X	X				X
15	Valentina Garcia	13/02/23	<i>Val</i>	X	X			X	X				X
16	Marcela Holasco	13/02/23	<i>Marcela</i>	X	X			X	X				X
17	Mercy Oneyda	14/2/23	<i>Mercy</i>	X	X			X	X				X
18	Marcela Holasco	14-2-23	<i>Marcela</i>	X	X			X	X				X
19	Mercy Oneyda	15-2-23	<i>Mercy</i>	X	X			X	X				X
20	Marcela Holasco	15-2-23	<i>Marcela</i>	X	X			X	X				X

FEDERACION NACIONAL DE GIMNASIA

CONTROL DE ASISTENCIA

MES Enr. Feb.

MED: Antinflamatorio Local, EE: Electroestimulación, VEN: Vendaje Deportivo, EMP: Empaque Caliente, MAS: Masaje, EA: Estiramiento Asistido, RNIM: Reeduación Neuromuscular, BAL: Balance, EC: Estabilización del Core, PM: Pelota Medicinal, CRIOT: Crioterapia.

NO.	ATLETA	FECHA	FIRMA	MED	EE	VEN	EMP	MAS	EA	RNIM	BAL	EC	CRIOT
1	Rafa Araya	24/1/23	<del>Rafa</del>	X	X			X	X				X
2	SOPHIA O.	24/1/23	SOPHIA	X	X			X	X				X
3	MERCY ONEIDA	24/1/23	Mercy	X	X			X	X				X
4	Valentina garcia	24/01/23	Val	X	X			X	X				X
5	Rafa Araya	24/1/23	<del>Rafa</del>	X	X			X	X				X
6	MERCY ONEIDA	25/1/23	Mercy	X	X			X	X				X
7	Valentina garcia	25/1/23	Val	X	X			X	X				X
8	Rafa Araya	26/1/23	<del>Rafa</del>	X	X			X	X				X
9	SOPHIA O.	26/1/23	SOPHIA	X	X			X	X				X
10	Valentina garcia	26/1/23	Val	X	X			X	X				X
11	MERCY ONEIDA	26/1/23	Mercy	X	X			X	X				X
12	SOPHIA O.	27/1/23	SOPHIA	X	X			X	X				X
13	CAROL LEMBA	27/1/23	<del>Car</del>	X	X			X	X				X
14	Valentina garcia	27/1/23	Val	X	X			X	X				X
15	MERCY ONEIDA	27/1/23	Mercy	X	X			X	X				X
16	Valentina garcia	30/1/23	Val	X	X			X	X				X
17	Valentina garcia	31/1/23	Val	X	X			X	X				X
18	MERCY ONEIDA	31/1/23	Mercy	X	X			X	X				X
19	MERCY ONEIDA	1/2/23	Mercy	X	X			X	X				X
20	Valentin garcia	1/2/23	Val	X	X			X	X				X



