**FICHA DE SEGUIMIENTO**

Programa Becas Laborales.

Plan Nacional de Alfabetización Digital 2021.

|  |
| --- |
| I. IDENTIFICACIÓN |
| Nombre participante |  | Mail de contacto |  |
| RUT |  | Celular de contacto |  |
| Comuna |  | Ciudad |  |

|  |
| --- |
| II. DATOS DEL PROGRAMA Y CURSO |
| Código del curso |  | Nombre del curso |  |
| Región |  | Comuna |  |
| Cupo del curso |  | Nombre responsableEjecutor |  |
| Nombre Ejecutor |  | Teléfono contacto Ejecutor |  |
| RUT Ejecutor |  | Mail de contacto Ejecutor |  |

|  |
| --- |
| III. REVISIÓN ESTADO DE AVANCE EN SIC  |
| Fecha Efectiva de Inicio |   |
| Fecha de Término |   |
| Porcentaje de estado de avance en el curso  |  |

|  |
| --- |
| IV. ENTREVISTA AL/LA PARTICIPANTE |
| 1. El/la alumno/a registra avance en el curso
 | **SI** |
| **NO** |
| 2. El Tablet fue activado correctamente | **SI** |
| **NO** |
| 3. El ejecutor enseñó al/la participante a hacer funcionar el Tablet para poder realizar el curso | **SI** |
| **NO** |
| 4. El acompañamiento realizado por el Ejecutor se realiza según los términos definidos en las bases del programa | **SI** |
| **NO** |
| 5. El OTEC ha contactado/contactó todas las semanas al/la alumno/a mientras realiza/realizó el curso. | **SI** |
| **NO** |
| 6. Cuando tuvo un problema Técnico el OTEC lo solucionó | **SI** |  |
| **NO** |
| 7. Cuando tuvo un problema para comprender algún contenido del curso se sentió apoyado/a por el OTEC | **SI** |
| **NO** |
| 8. Cuando ha utilizado la plataforma de atención al cliente, ésta ha sido útil para resolver sus dudas o problemas | **SI** |
| **NO** |
| 9. El OTEC cumplió con las reuniones, llamadas, citas o cualquier asesoría que haya comprometido con el/la participante, en horario y forma | **SI** |
| **NO** |
| **OBSERVACIONES****Ingrese en este espacio cualquier observación que el/la alumno/a considere importante manifestar sobre su participación en el curso “**Habilidades Digitales para la búsqueda de empleo y emprendimiento” y respuestas a otras preguntas que el/la supervisora considere importantes de efectuar: |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| MEDIOS DE OBTENCIÓN DE LA INFORMACIÓN  | SÍ/NO |
| Entrevista telefónica al/la participante |   |
| Entrevista presencial al/la participante |   |
| Reporte SIC (Mencione cuáles) |  |
| Anexo estrategia seguimiento del OTEC |  |
| Anexo estrategia acompañamiento del OTEC |  |
| Revisión plataforma de atención al cliente |  |
| OTROS (mencione cuáles) |  |

|  |
| --- |
| **TABLA DE ACCIONES SOLICITADAS AL EJECUTOR** |
| **Ítem Observado** | **Acciones Solicitadas** | **Fecha de subsanación máxima solicitada****(dd/mm/aaaa)** |
|  |  |  / / / |
|  |  |  / / / |
|  |  |  / / / |
|  |  |  / / / |
|  |  |  / / / |

OTRAS RECOMENDACIONES DE MEJORA

|  |
| --- |
| **PIE DE FORMULARIO** |
| Fecha supervisión:  |
| Nombre Completo Supervisor |  | Firma |  |
| Nombre Completo Participante |  | Firma |  |
| Nombre Completo Encargado OTEC |  | Firma |  |