**FORMULARIO - SUPERVISIÓN TÉCNICA**

|  |
| --- |
| 1. **IDENTIFICACIÓN**
 |
| Nombre Supervisor |  | Número de Visita |  |
| Fecha de Visita | \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_/ | Este curso contó con Inspección Ocular | Si\_\_\_ No\_\_\_\_\_ |
| Este curso fue supervisado técnicamente con anterioridad  | Si\_\_\_ No\_\_\_\_\_ (indicar fecha) |

|  |
| --- |
| 1. **DATOS DEL CURSO**
 |
| Código del curso |  | Nombre del curso |  |
| Región  |  | Comuna |  |
| Rut Organismo Capacitador o Ejecutor |  | Nombre Organismo Capacitador o Ejecutor |  |
| Cupo del curso |  | Programa  |  |
| Dirección de Ejecución del Curso |  | Nombre responsable OTEC |  |

|  |
| --- |
| 1. **MOMENTO DE LA VISITA**
 |
| Total de Alumnos Presentes |  | N° de presentes en situación de discapacidad. |  |

|  |
| --- |
| **ESTADO DE EJECUCIÓN** |
| Fecha Efectiva de Inicio | \_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_/ |

Marque con una X las características de la construcción en donde se realiza la capacitación.

|  |
| --- |
| 1. Instalaciones (Marque según corresponda)
 |
| \_\_\_Sala |
| \_\_\_Taller |
| \_\_\_\_Laboratorio |
| \_\_\_\_Otro |
|  |
|  |
| Especifique  |

|  |
| --- |
| 1. **EVALUACIÓN**
 |
| Ítems  |  Nota | Observaciones |
| 1. **GESTIÓN DEL AMBIENTE DE APRENDIZAJE**

Escala: 3= EXCELENTE; 2=SATISFACTORIO; 1= REGULAR; 0= INADECUADO. |
| 1.1 Clima y relaciones interpersonales (entre participantes y participantes – facilitador) |  |  |
| 1.2 Participación |  |  |
| 1. **GESTIÓN DEL PROCESO DE APRENDIZAJE**
 |
| 2.1 Desarrollo de la clase |  |  |
| 2.2 Manejo y entrega de los contenidos |  |  |
| 2.3 Promueve aprendizajes significativos |  |  |
| 1. **DESARROLLO DEL PLAN FORMATIVO**

Escala: 3= EXCELENTE; 2=SATISFACTORIO; 1= REGULAR; 0= INADECUADO. |
| 3.1 Pertinencia del proceso formativo  |  |  |
| 1. **ASPECTOS ADMINISTRATIVOS**

Escala: 3= EXCELENTE; 2=SATISFACTORIO; 1= REGULAR; 0= INADECUADO. |
| 4.1 El lugar de ejecución |  |  |
| 4.2 Entrega de componentes y subsidios |  |  |
| 4.3 Registro en el libro de clases |  |  |
| 4.4 Coordinación de facilitadores |  |  |
| 1. **USO EQUIPAMIENTO/HERRAMIENTAS Y MATERIALES**

Escala: 3= EXCELENTE; 2=SATISFACTORIO; 1= REGULAR; 0= INADECUADO. |
| 5.1 Entrega y cantidad de equipos, herramientas y materiales |  |  |
| 5.2 Calidad de equipo herramientas y materiales. |  |  |

|  |
| --- |
| **TABLA DE ACCIONES SOLICITADAS** |
| ÍtemObservado | Acciones Solicitadas | Fecha de subsanación máxima solicitada (dd/mm/aaa) |
|  |  | \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/ |
|  |  | \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/ |
|  |  | \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/ |
|  |  | \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/ |
|  |  | \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/ |
|  |  | \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/ |

|  |
| --- |
| **OTRAS RECOMENDACIONES DE MEJORAS** |

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
| 1. **RESULTADOS DE LA VISITA**
 |
| Aprobada |  | Rechazada |  |

|  |
| --- |
| **DATOS DE CONTACTO DEL DELEGADO** |
| RUT |  | Nombre Completo |  |
| E-mail |  | Teléfono  |  |

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
| **PIE DE FORMULARIO** |
| Datos Contraparte |
| Nombre Completo |  | Firma |  |
| Datos Supervisor |
| Nombre Completo |  | Firma |  |