

Informe del Coordinador Local
al finalizar el séptimo mes de trabajo

**MINISTERIO DE EDUCACION
PROGRAMA NACIONAL DE MOVILIZACIÓN POR LA ALFABETIZACIÓN
FORMATO DE CONTROL MENSUAL DE LA LABOR DEL COORDINADOR LOCAL**

Página 1 de 6

REGION:	PROVINCIA:	DISTRITO:	
APELLIDOS Y NOMBRES DEL COORDINADOR:			
MES:	AÑO:	METAS (CÍRCULOS):	INFORME N°: CÍRCULOS FORMADOS A LA FECHA:

I. SUPERVISIÓN DE CÍRCULOS

Nombre del círculo	Centro Poblado	Distrito	Apellidos y nombre (Facilitador)	Firma (Facilitador)	Fecha (dd/mm/aa)
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					/ /

MINISTERIO DE EDUCACION
PROGRAMA NACIONAL DE MOVILIZACION POR LA ALFABETIZACION
FORMATO DE CONTROL MENSUAL DE LA LABOR DEL COORDINADOR LOCAL

II. REUNIONES Y CAPACITACIÓN CON SUPERVISORES QUE COORDINA				
APELLIDOS Y NOMBRES SUPERVISORES	FECHA REUNIÓN 1 (dd/mm/aa)	FIRMA DEL SUPERVISOR QUE ASISTIO	FECHA REUNIÓN 2 (dd/mm/aa)	FIRMA DEL SUPERVISOR QUE ASISTIO
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	/ /		/ /	

**MINISTERIO DE EDUCACION
PROGRAMA NACIONAL DE MOVILIZACIÓN POR LA ALFABETIZACIÓN
FORMATO DE CONTROL MENSUAL DE LA LABOR DEL COORDINADOR LOCAL**

Página 3 de 6

II. REUNIONES Y CAPACITACIÓN CON SUPERVISORES QUE COORDINA

APELLIDOS Y NOMBRES SUPERVISORES	FECHA REUNION 1 (dd/mm/aa)	FIRMA DEL SUPERVISOR QUE ASISTIO	FECHA REUNION 2 (dd/mm/aa)	FIRMA DEL SUPERVISOR QUE ASISTIO
32	/ /		/ /	
33	/ /		/ /	
34	/ /		/ /	
35	/ /		/ /	
36	/ /		/ /	
37	/ /		/ /	
38	/ /		/ /	
39	/ /		/ /	
40	/ /		/ /	
41	/ /		/ /	
42	/ /		/ /	
43	/ /		/ /	
44	/ /		/ /	
45	/ /		/ /	
46	/ /		/ /	
47	/ /		/ /	
48	/ /		/ /	
49	/ /		/ /	
50	/ /		/ /	
51	/ /		/ /	
52	/ /		/ /	
53	/ /		/ /	
54	/ /		/ /	
55	/ /		/ /	
56	/ /		/ /	
57	/ /		/ /	
58	/ /		/ /	
59	/ /		/ /	
60	/ /		/ /	
61	/ /		/ /	
62	/ /		/ /	
63	/ /		/ /	

MINISTERIO DE EDUCACION
PROGRAMA NACIONAL DE MOVILIZACIÓN POR LA ALFABETIZACIÓN
FORMATO DE CONTROL MENSUAL DE LA LABOR DEL COORDINADOR LOCAL

II. REUNIONES Y CAPACITACIÓN CON SUPERVISORES QUE COORDINA

APELLIDOS Y NOMBRES SUPERVISORES	FECHA REUNION 1 (dd/mm/aa)	FIRMA DEL SUPERVISOR QUE ASISTIO	FECHA REUNION 2 (dd/mm/aa)	FIRMA DEL SUPERVISOR QUE ASISTIO
64	/ /		/ /	
65	/ /		/ /	
66	/ /		/ /	
67	/ /		/ /	
68	/ /		/ /	
69	/ /		/ /	
70	/ /		/ /	
71	/ /		/ /	
72	/ /		/ /	
73	/ /		/ /	
74	/ /		/ /	
75	/ /		/ /	
76	/ /		/ /	
77	/ /		/ /	
78	/ /		/ /	
79	/ /		/ /	
80	/ /		/ /	
81	/ /		/ /	
82	/ /		/ /	
83	/ /		/ /	
84	/ /		/ /	
85	/ /		/ /	
86	/ /		/ /	
87	/ /		/ /	
88	/ /		/ /	
89	/ /		/ /	
90	/ /		/ /	
91	/ /		/ /	
92	/ /		/ /	
93	/ /		/ /	
94	/ /		/ /	
95	/ /		/ /	

**MINISTERIO DE EDUCACION
PROGRAMA NACIONAL DE MOVILIZACIÓN POR LA ALFABETIZACIÓN
FORMATO DE CONTROL MENSUAL DE LA LABOR DEL COORDINADOR LOCAL**

Página 5 de 6

II. REUNIONES Y CAPACITACIÓN CON SUPERVISORES QUE COORDINA

APELLIDOS Y NOMBRES SUPERVISORES	FECHA REUNIÓN 1 (dd/mm/aa)	FIRMA DEL SUPERVISOR QUE ASISTIO	FECHA REUNIÓN 2 (dd/mm/aa)	FIRMA DEL SUPERVISOR QUE ASISTIO
96	/ /		/ /	
97	/ /		/ /	
98	/ /		/ /	
99	/ /		/ /	
100	/ /		/ /	
101	/ /		/ /	
102	/ /		/ /	
103	/ /		/ /	
104	/ /		/ /	
105	/ /		/ /	
106	/ /		/ /	
107	/ /		/ /	
108	/ /		/ /	
109	/ /		/ /	
110	/ /		/ /	
111	/ /		/ /	
112	/ /		/ /	
113	/ /		/ /	
114	/ /		/ /	
115	/ /		/ /	
116	/ /		/ /	
117	/ /		/ /	
118	/ /		/ /	
119	/ /		/ /	
120	/ /		/ /	
121	/ /		/ /	
122	/ /		/ /	
123	/ /		/ /	
124	/ /		/ /	
125	/ /		/ /	
126	/ /		/ /	
127	/ /		/ /	

**MINISTERIO DE EDUCACIÓN
PROGRAMA NACIONAL DE MOVILIZACIÓN POR LA ALFABETIZACIÓN
FORMATO DE CONTROL MENSUAL DE LA LABOR DEL COORDINADOR LOCAL**

Firman en señal de conformidad.

Página 6 de 6

Firma del Coordinador: Local _____	Firma del Sectorista: _____
Nombre del Coordinador: Local _____	Nombre del Sectorista: _____
DNI del Coordinador: Local _____	DNI del Sectorista: _____
Fecha de la firma: ____/____/____	Fecha de la firma: ____/____/____

INSTRUCCIONES PARA EL LLENADO DEL FORMATO DE CONTROL MENSUAL DE LA LABOR DEL COORDINADOR LOCAL

Este formato debe ser llenado mensualmente por los coordinadores locales y entregado al inicio de cada mes al sectorista (o sectorista adjunto o responsable de provincia según sea el caso), y éste a su vez debe enviarlo, de manera inmediata a la Dirección Técnica Ejecutiva.

Esta información sirve para controlar la marcha del programa en las diferentes regiones y distritos del país.

Existen actividades que no son recurrentes y son controladas por otras vías, no mediante este formato, como son el avance en la conformación, instalación, y éxito de los círculos de alfabetización; elaboración de los padrones de letrados, etc.

Los coordinadores locales deben hacer firmar a los supervisores y facilitadores, en cada uno de los recuadros que los solicitan y de acuerdo al lugar y fecha del evento.

El control de la información de círculos se realiza solo al inicio del formato, porque esta tarea debe concluir simultáneamente en todos los centros poblados antes de comenzar las clases; no es una tarea continua.

MINISTERIO DE EDUCACIÓN
PROGRAMA NACIONAL DE MOVILIZACIÓN POR LA ALFABETIZACIÓN
INFORME CUALITATIVO RESUMEN DEL DISTRITO, A CARGO DEL COORDINADOR LOCAL

Página 1 de 4

REGIÓN:		PROVINCIA:		DISTRITO:
APELLIDOS Y NOMBRES DEL COORDINADOR LOCAL				TELÉFONO:

I. DIFICULTADES ENCONTRADAS EN EL PROCESO DE ALFABETIZACIÓN



**MINISTERIO DE EDUCACIÓN
PROGRAMA NACIONAL DE MOVILIZACIÓN POR LA ALFABETIZACIÓN
INFORME CUALITATIVO RESUMEN DEL DISTRITO, A CARGO DEL COORDINADOR LOCAL**

II. ACCIONES TOMADAS ANTE LAS DIFICULTADES EN EL PROCESO DE ALFABETIZACIÓN



**MINISTERIO DE EDUCACIÓN
PROGRAMA NACIONAL DE MOVILIZACIÓN POR LA ALFABETIZACIÓN
INFORME CUALITATIVO RESUMEN DEL DISTRITO, A CARGO DEL COORDINADOR LOCAL**

Página 3 de 4

**III. SUGERENCIAS DE ACCIONES QUE DEBERÍAN TOMARSE, EN OTROS NIVELES DE GESTIÓN
PARA MEJORAR LA EFICACIA Y EFICIENCIA DEL PRONAMA**



**MINISTERIO DE EDUCACIÓN
PROGRAMA NACIONAL DE MOVILIZACIÓN POR LA ALFABETIZACIÓN
INFORME CUALITATIVO RESUMEN DEL DISTRITO, A CARGO DEL COORDINADOR LOCAL**

IV. OTRAS CUESTIONES QUE CONSIDERAN CONVENIENTE RESALTAR

Firma del Coordinador Local: Nombre del Coordinador Local:
DNI del Coordinador Local:
Fecha de la firma:

FORMATO N° 11 (F-11)

MINISTERIO DE EDUCACIÓN

**PROGRAMA NACIONAL DE MOVILIZACIÓN POR LA ALFABETIZACIÓN - PRONAMA
SUPERVISIÓN DEL CÍRCULO POR
ESPECIALISTA, SUPERVISOR Y COORDINADOR LOCAL**

FECHA: ____ / ____ / ____

REGIÓN :		PROVINCIA :	
DISTRITO :		CENTRO POBLADO :	
I. INFORMACIÓN GENERAL DEL CÍRCULO			OBSERVACIONES
A. NOMBRE DEL CÍRCULO :			
B. Método. Aprender y Crecer: Español _____ Quechua _____ Aimara _____ Otra metodología /(especificar) _____			
C. CUMPLIMIENTO DE DÍA Y HORARIO DE SESIONES ESTABLECIDO : Se cumplió con la sesión programada : SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Se cumplió con el horario establecido : SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
II. INFORMACIÓN DEL FACILITADOR			OBSERVACIONES
A. Nombre : _____ Facilitador designado <input type="checkbox"/> Facilitador no designado <input type="checkbox"/>			
III. INFORMACIÓN DE LOS PARTICIPANTES			OBSERVACIONES
A. Cantidad de iletrados participantes en el círculo : REAL (Asistentes) REGISTRADOS			
B. Porcentaje de asistencia : %			
IV. DOCUMENTACIÓN DEL CÍRCULO			OBSERVACIONES
Se cuenta con los documentos :	SI	NO	
- Acta de Instalación			
- Ficha de registro de participantes			
- Cronograma de sesiones del Facilitador			
- Control de Asistencia			
- Control de visitas de supervisión al círculo			
V. INFORMACIÓN DEL LOCAL Y MOBILIARIO			OBSERVACIONES
A. Tipo de local :			
B. Estado actual para dictado de sesiones Adecuado _____ Regular _____ Deficiente _____ Especificar			
C. Situación del mobiliario ¿Cuenta con pizarra?: Si _____ tipo: Normal _____ Blanca _____ No _____ ¿Cuenta con mesas y sillas, o carpetas individuales para cada participante? Si _____ No (especificar) _____			

VI. INFORMACIÓN DE EQUIPOS Y MATERIALES		NOTAS	
<p>A. Equipos existentes :</p> <p>TV..... DVD Otro..... Ninguno</p> <p>Nº de serie :</p> <p>TV DVD.....</p> <p>Otro :</p> <p>EQUIPO GENERADOR SI NO</p> <p>Marca y Nº de serie</p> <p>KIT DE ACCESORIOS SI NO</p> <p>Especificar</p>			
<p>B. MATERIALES EDUCATIVOS.</p> <p>El facilitador cuenta con su Guía Si _____ No _____</p> <p>Todos los participantes cuentan con cuadernos de trabajo Si _____ No _____</p>			
<p>C. MATERIALES DE APOYO PEDAGÓGICO.</p> <p>Se cuenta con kit de materiales: mota, tiza, plumones, papelógrafo, cinta masking tape, tablero acrílico? Si _____ No _____</p>			
<p>D. ASIGNACIÓN DE ÚTILES</p> <p>Los participantes cuentan con útiles: cuaderno A-4, lápiz con borrador, borrador blanco, tajador? Si _____ No _____</p>			
EN CUANTO A LAS SESIONES DE TRABAJO,		SI	NO
SESIÓN Nº :	TEMA TRATADO :		
A) EXISTE CORRESPONDENCIA ENTRE LA SESIÓN PROGRAMADA Y LA SESIÓN DESARROLLADA			
B) EXISTE CORRESPONDENCIA ENTRE LA SESIÓN DESARROLLADA Y EL AVANCE DE LOS PARTICIPANTES EN LOS CUADERNOS DE TRABAJO			
C) EXISTE CORRESPONDENCIA ENTRE LA METODOLOGÍA DE TRABAJO Y EL TIPO DE MATERIAL PEDAGÓGICO QUE SE UTILIZA			
EVALUACIÓN DEL NIVEL DE AVANCE OBSERVADO DE LOS PARTICIPANTES			
MUY SATISFACTORIO <input type="checkbox"/> SATISFACTORIO <input type="checkbox"/> INSATISFACTORIO <input type="checkbox"/>			
RECOMENDACIONES SUGERIDAS POR EL SUPERVISOR :			
<hr/> Firma Nombre del facilitador		<hr/> Firma Nombre del Especialista / Supervisor / Coordinador	

FORMATO N° 11 (F-11)

MINISTERIO DE EDUCACIÓN

**PROGRAMA NACIONAL DE MOVILIZACIÓN POR LA ALFABETIZACIÓN - PRONAMA
SUPERVISIÓN DEL CÍRCULO POR
ESPECIALISTA, SUPERVISOR Y COORDINADOR LOCAL**

FECHA: ____ / ____ / ____

REGIÓN :	PROVINCIA :	
DISTRITO :	CENTRO POBLADO :	
I. INFORMACIÓN GENERAL DEL CÍRCULO		OBSERVACIONES
A. NOMBRE DEL CÍRCULO :		
B. Método. Aprender y Crecer: Español _____ Quechua _____ Aimara _____ Otra metodología /(especificar) _____		
C. CUMPLIMIENTO DE DÍA Y HORARIO DE SESIONES ESTABLECIDO : Se cumplió con la sesión programada : SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Se cumplió con el horario establecido : SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
II. INFORMACIÓN DEL FACILITADOR		OBSERVACIONES
A. Nombre : _____ Facilitador designado <input type="checkbox"/> Facilitador no designado <input type="checkbox"/>		
III. INFORMACIÓN DE LOS PARTICIPANTES		OBSERVACIONES
A. Cantidad de iletrados participantes en el círculo : REAL (Asistentes) REGISTRADOS		
B. Porcentaje de asistencia : %		
IV. DOCUMENTACIÓN DEL CÍRCULO		OBSERVACIONES
Se cuenta con los documentos :	SI	NO
- Acta de Instalación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Ficha de registro de participantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Cronograma de sesiones del Facilitador	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Control de Asistencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Control de visitas de supervisión al círculo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
V. INFORMACIÓN DEL LOCAL Y MOBILIARIO		OBSERVACIONES
A. Tipo de local :		
B. Estado actual para dictado de sesiones Adecuado _____ Regular _____ Deficiente _____ Especificar		
C. Situación del mobiliario ¿Cuenta con pizarra?: Si _____ tipo: Normal _____ Blanca _____ No _____ ¿Cuenta con mesas y sillas, o carpetas individuales para cada participante? Si _____ No (especificar) _____		

VI. INFORMACIÓN DE EQUIPOS Y MATERIALES		NOTAS	
<p>A. Equipos existentes : TV..... DVD Otro..... Ninguno</p> <p>Nº de serie : TV DVD..... Otro :</p> <p>EQUIPO GENERADOR SI NO</p> <p>Marca y Nº de serie</p> <p>KIT DE ACCESORIOS SI NO</p> <p>Especificar</p>			
<p>B. MATERIALES EDUCATIVOS.</p> <p>El facilitador cuenta con su Guía Si _____ No _____ Todos los participantes cuentan con cuadernos de trabajo Si _____ No _____</p>			
<p>C. MATERIALES DE APOYO PEDAGÓGICO.</p> <p>Se cuenta con kit de materiales: mota, tiza, plumones, papelógrafo, cinta masking tape, tablero acrílico? Si _____ No _____</p>			
<p>D. ASIGNACIÓN DE ÚTILES</p> <p>Los participantes cuentan con útiles: cuaderno A-4, lápiz con borrador, borrador blanco, tajador? Si _____ No _____</p>			
EN CUANTO A LAS SESIONES DE TRABAJO,		SI	NO
SESIÓN Nº :	TEMA TRATADO :		
A) EXISTE CORRESPONDENCIA ENTRE LA SESIÓN PROGRAMADA Y LA SESIÓN DESARROLLADA			
B) EXISTE CORRESPONDENCIA ENTRE LA SESIÓN DESARROLLADA Y EL AVANCE DE LOS PARTICIPANTES EN LOS CUADERNOS DE TRABAJO			
C) EXISTE CORRESPONDENCIA ENTRE LA METODOLOGÍA DE TRABAJO Y EL TIPO DE MATERIAL PEDAGÓGICO QUE SE UTILIZA			
EVALUACIÓN DEL NIVEL DE AVANCE OBSERVADO DE LOS PARTICIPANTES			
MUY SATISFACTORIO <input type="checkbox"/> SATISFACTORIO <input type="checkbox"/> INSATISFACTORIO <input type="checkbox"/>			
RECOMENDACIONES SUGERIDAS POR EL SUPERVISOR :			
_____ Firma Nombre del facilitador		_____ Firma Nombre del Especialista / Supervisor / Coordinador	

FORMATO N° 11 (F-11)

MINISTERIO DE EDUCACIÓN

**PROGRAMA NACIONAL DE MOVILIZACIÓN POR LA ALFABETIZACIÓN - PRONAMA
SUPERVISIÓN DEL CÍRCULO POR
ESPECIALISTA, SUPERVISOR Y COORDINADOR LOCAL**

FECHA: ____ / ____ / ____

REGIÓN :		PROVINCIA :	
DISTRITO :		CENTRO POBLADO :	
I. INFORMACIÓN GENERAL DEL CÍRCULO			OBSERVACIONES
A. NOMBRE DEL CÍRCULO :			
B. Método. Aprender y Crecer: Español _____ Quechua _____ Aimara _____ Otra metodología /(especificar) _____			
C. CUMPLIMIENTO DE DÍA Y HORARIO DE SESIONES ESTABLECIDO : Se cumplió con la sesión programada : SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Se cumplió con el horario establecido : SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
II. INFORMACIÓN DEL FACILITADOR			OBSERVACIONES
A. Nombre : _____ Facilitador designado <input type="checkbox"/> Facilitador no designado <input type="checkbox"/>			
III. INFORMACIÓN DE LOS PARTICIPANTES			OBSERVACIONES
A. Cantidad de iletrados participantes en el círculo : REAL (Asistentes) REGISTRADOS			
B. Porcentaje de asistencia : %			
IV. DOCUMENTACIÓN DEL CÍRCULO			OBSERVACIONES
Se cuenta con los documentos :	SI	NO	
- Acta de Instalación			
- Ficha de registro de participantes			
- Cronograma de sesiones del Facilitador			
- Control de Asistencia			
- Control de visitas de supervisión al círculo			
V. INFORMACIÓN DEL LOCAL Y MOBILIARIO			OBSERVACIONES
A. Tipo de local :			
B. Estado actual para dictado de sesiones Adecuado _____ Regular _____ Deficiente _____ Especificar			
C. Situación del mobiliario ¿Cuenta con pizarra?: Si _____ tipo: Normal _____ Blanca _____ No _____ ¿Cuenta con mesas y sillas, o carpetas individuales para cada participante? Si _____ No (especificar) _____			

VI. INFORMACIÓN DE EQUIPOS Y MATERIALES		NOTAS	
<p>A. Equipos existentes :</p> <p>TV..... DVD Otro..... Ninguno</p> <p>Nº de serie :</p> <p>TV DVD.....</p> <p>Otro :</p> <p>EQUIPO GENERADOR SI NO</p> <p>Marca y Nº de serie</p> <p>KIT DE ACCESORIOS SI NO</p> <p>Especificar</p>			
<p>B. MATERIALES EDUCATIVOS.</p> <p>El facilitador cuenta con su Guía Si _____ No _____</p> <p>Todos los participantes cuentan con cuadernos de trabajo Si _____ No _____</p>			
<p>C. MATERIALES DE APOYO PEDAGÓGICO.</p> <p>Se cuenta con kit de materiales: mota, tiza, plumones, papelógrafo, cinta masking tape, tablero acrílico? Si _____ No _____</p>			
<p>D. ASIGNACIÓN DE ÚTILES</p> <p>Los participantes cuentan con útiles: cuaderno A-4, lápiz con borrador, borrador blanco, tajador? Si _____ No _____</p>			
EN CUANTO A LAS SESIONES DE TRABAJO,		SI	NO
SESIÓN Nº :	TEMA TRATADO :		
A) EXISTE CORRESPONDENCIA ENTRE LA SESIÓN PROGRAMADA Y LA SESIÓN DESARROLLADA			
B) EXISTE CORRESPONDENCIA ENTRE LA SESIÓN DESARROLLADA Y EL AVANCE DE LOS PARTICIPANTES EN LOS CUADERNOS DE TRABAJO			
C) EXISTE CORRESPONDENCIA ENTRE LA METODOLOGÍA DE TRABAJO Y EL TIPO DE MATERIAL PEDAGÓGICO QUE SE UTILIZA			
EVALUACIÓN DEL NIVEL DE AVANCE OBSERVADO DE LOS PARTICIPANTES			
MUY SATISFACTORIO <input type="checkbox"/> SATISFACTORIO <input type="checkbox"/> INSATISFACTORIO <input type="checkbox"/>			
RECOMENDACIONES SUGERIDAS POR EL SUPERVISOR :			
<hr/> Firma Nombre del facilitador		<hr/> Firma Nombre del Especialista / Supervisor / Coordinador	

FORMATO N° 11 (F-11)

MINISTERIO DE EDUCACIÓN

**PROGRAMA NACIONAL DE MOVILIZACIÓN POR LA ALFABETIZACIÓN - PRONAMA
SUPERVISIÓN DEL CÍRCULO POR
ESPECIALISTA, SUPERVISOR Y COORDINADOR LOCAL**

FECHA: ____ / ____ / ____

REGIÓN :	PROVINCIA :	
DISTRITO :	CENTRO POBLADO :	
I. INFORMACIÓN GENERAL DEL CÍRCULO		OBSERVACIONES
A. NOMBRE DEL CÍRCULO :		
B. Método. Aprender y Crecer: Español _____ Quechua _____ Aimara _____ Otra metodología /(especificar) _____		
C. CUMPLIMIENTO DE DÍA Y HORARIO DE SESIONES ESTABLECIDO : Se cumplió con la sesión programada : SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Se cumplió con el horario establecido : SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
II. INFORMACIÓN DEL FACILITADOR		OBSERVACIONES
A. Nombre : _____ Facilitador designado <input type="checkbox"/> Facilitador no designado <input type="checkbox"/>		
III. INFORMACIÓN DE LOS PARTICIPANTES		OBSERVACIONES
A. Cantidad de iletrados participantes en el círculo : REAL (Asistentes) REGISTRADOS		
B. Porcentaje de asistencia : %		
IV. DOCUMENTACIÓN DEL CÍRCULO		OBSERVACIONES
Se cuenta con los documentos :	SI	NO
- Acta de Instalación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Ficha de registro de participantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Cronograma de sesiones del Facilitador	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Control de Asistencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Control de visitas de supervisión al círculo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
V. INFORMACIÓN DEL LOCAL Y MOBILIARIO		OBSERVACIONES
A. Tipo de local :		
B. Estado actual para dictado de sesiones Adecuado _____ Regular _____ Deficiente _____ Especificar		
C. Situación del mobiliario ¿Cuenta con pizarra?: Si _____ tipo: Normal _____ Blanca _____ No _____ ¿Cuenta con mesas y sillas, o carpetas individuales para cada participante? Si _____ No (especificar) _____		

FORMATO N° 11 (F-11)

MINISTERIO DE EDUCACIÓN

**PROGRAMA NACIONAL DE MOVILIZACIÓN POR LA ALFABETIZACIÓN - PRONAMA
SUPERVISIÓN DEL CÍRCULO POR
ESPECIALISTA, SUPERVISOR Y COORDINADOR LOCAL**

FECHA: ___ / ___ / ___

REGIÓN :		PROVINCIA :	
DISTRITO :		CENTRO POBLADO :	
I. INFORMACIÓN GENERAL DEL CÍRCULO			OBSERVACIONES
A. NOMBRE DEL CÍRCULO :			
B. Método. Aprender y Crecer: Español _____ Quechua _____ Aimara _____ Otra metodología / (especificar) _____			
C. CUMPLIMIENTO DE DÍA Y HORARIO DE SESIONES ESTABLECIDO : Se cumplió con la sesión programada : SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Se cumplió con el horario establecido : SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
II. INFORMACIÓN DEL FACILITADOR			OBSERVACIONES
A. Nombre : _____ Facilitador designado <input type="checkbox"/> Facilitador no designado <input type="checkbox"/>			
III. INFORMACIÓN DE LOS PARTICIPANTES			OBSERVACIONES
A. Cantidad de iletrados participantes en el círculo : REAL (Asistentes) REGISTRADOS			
B. Porcentaje de asistencia : %			
IV. DOCUMENTACIÓN DEL CÍRCULO			OBSERVACIONES
Se cuenta con los documentos :	SI	NO	
- Acta de Instalación			
- Ficha de registro de participantes			
- Cronograma de sesiones del Facilitador			
- Control de Asistencia			
- Control de visitas de supervisión al círculo			
V. INFORMACIÓN DEL LOCAL Y MOBILIARIO			OBSERVACIONES
A. Tipo de local :			
B. Estado actual para dictado de sesiones Adecuado _____ Regular _____ Deficiente _____ Especificar			
C. Situación del mobiliario ¿Cuenta con pizarra?: Si _____ tipo: Normal _____ Blanca _____ No _____ ¿Cuenta con mesas y sillas, o carpetas individuales para cada participante? Si _____ No (especificar) _____			

VI. INFORMACIÓN DE EQUIPOS Y MATERIALES		NOTAS	
<p>A. Equipos existentes :</p> <p>TV..... DVD Otro..... Ninguno</p> <p>Nº de serie :</p> <p>TV DVD.....</p> <p>Otro :</p> <p>EQUIPO GENERADOR SI NO</p> <p>Marca y Nº de serie</p> <p>KIT DE ACCESORIOS SI NO</p> <p>Especificar</p>			
<p>B. MATERIALES EDUCATIVOS.</p> <p>El facilitador cuenta con su Guía Si _____ No _____</p> <p>Todos los participantes cuentan con cuadernos de trabajo Si _____ No _____</p>			
<p>C. MATERIALES DE APOYO PEDAGÓGICO.</p> <p>Se cuenta con kit de materiales: mota, tiza, plumones, papelógrafo, cinta masking tape, tablero acrílico? Si _____ No _____</p>			
<p>D. ASIGNACIÓN DE ÚTILES</p> <p>Los participantes cuentan con útiles: cuaderno A-4, lápiz con borrador, borrador blanco, tajador? Si _____ No _____</p>			
EN CUANTO A LAS SESIONES DE TRABAJO,		SI	NO
SESIÓN Nº :	TEMA TRATADO :		
A) EXISTE CORRESPONDENCIA ENTRE LA SESIÓN PROGRAMADA Y LA SESIÓN DESARROLLADA			
B) EXISTE CORRESPONDENCIA ENTRE LA SESIÓN DESARROLLADA Y EL AVANCE DE LOS PARTICIPANTES EN LOS CUADERNOS DE TRABAJO			
C) EXISTE CORRESPONDENCIA ENTRE LA METODOLOGÍA DE TRABAJO Y EL TIPO DE MATERIAL PEDAGÓGICO QUE SE UTILIZA			
EVALUACIÓN DEL NIVEL DE AVANCE OBSERVADO DE LOS PARTICIPANTES			
MUY SATISFACTORIO <input type="checkbox"/> SATISFACTORIO <input type="checkbox"/> INSATISFACTORIO <input type="checkbox"/>			
RECOMENDACIONES SUGERIDAS POR EL SUPERVISOR :			
<hr/> Firma Nombre del facilitador		<hr/> Firma Nombre del Especialista / Supervisor / Coordinador	

FORMATO N° 11 (F-11)

MINISTERIO DE EDUCACIÓN

**PROGRAMA NACIONAL DE MOVILIZACIÓN POR LA ALFABETIZACIÓN - PRONAMA
SUPERVISIÓN DEL CÍRCULO POR
ESPECIALISTA, SUPERVISOR Y COORDINADOR LOCAL**

FECHA: ____ / ____ / ____

REGIÓN :		PROVINCIA :	
DISTRITO :		CENTRO POBLADO :	
I. INFORMACIÓN GENERAL DEL CÍRCULO			OBSERVACIONES
A. NOMBRE DEL CÍRCULO :			
B. Método. Aprender y Crecer: Español _____ Quechua _____ Aimara _____ Otra metodología /(especificar) _____			
C. CUMPLIMIENTO DE DÍA Y HORARIO DE SESIONES ESTABLECIDO : Se cumplió con la sesión programada : SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Se cumplió con el horario establecido : SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
II. INFORMACIÓN DEL FACILITADOR			OBSERVACIONES
A. Nombre : _____ Facilitador designado <input type="checkbox"/> Facilitador no designado <input type="checkbox"/>			
III. INFORMACIÓN DE LOS PARTICIPANTES			OBSERVACIONES
A. Cantidad de iletrados participantes en el círculo : REAL (Asistentes) REGISTRADOS			
B. Porcentaje de asistencia : %			
IV. DOCUMENTACIÓN DEL CÍRCULO			OBSERVACIONES
Se cuenta con los documentos :	SI	NO	
- Acta de Instalación			
- Ficha de registro de participantes			
- Cronograma de sesiones del Facilitador			
- Control de Asistencia			
- Control de visitas de supervisión al círculo			
V. INFORMACIÓN DEL LOCAL Y MOBILIARIO			OBSERVACIONES
A. Tipo de local :			
B. Estado actual para dictado de sesiones Adecuado _____ Regular _____ Deficiente _____ Especificar			
C. Situación del mobiliario ¿Cuenta con pizarra?: Si _____ tipo: Normal _____ Blanca _____ No _____ ¿Cuenta con mesas y sillas, o carpetas individuales para cada participante? Si _____ No (especificar) _____			

VI. INFORMACIÓN DE EQUIPOS Y MATERIALES		NOTAS	
<p>A. Equipos existentes :</p> <p>TV..... DVD Otro..... Ninguno</p> <p>Nº de serie :</p> <p>TV DVD.....</p> <p>Otro :</p> <p>EQUIPO GENERADOR SI NO</p> <p>Marca y Nº de serie</p> <p>KIT DE ACCESORIOS SI NO</p> <p>Especificar</p>			
<p>B. MATERIALES EDUCATIVOS.</p> <p>El facilitador cuenta con su Guía Si _____ No _____</p> <p>Todos los participantes cuentan con cuadernos de trabajo Si _____ No _____</p>			
<p>C. MATERIALES DE APOYO PEDAGÓGICO.</p> <p>Se cuenta con kit de materiales: mota, tiza, plumones, papelógrafo, cinta masking tape, tablero acrílico? Si _____ No _____</p>			
<p>D. ASIGNACIÓN DE ÚTILES</p> <p>Los participantes cuentan con útiles: cuaderno A-4, lápiz con borrador, borrador blanco, tajador? Si _____ No _____</p>			
EN CUANTO A LAS SESIONES DE TRABAJO,		SI	NO
SESIÓN Nº :	TEMA TRATADO :		
A) EXISTE CORRESPONDENCIA ENTRE LA SESIÓN PROGRAMADA Y LA SESIÓN DESARROLLADA			
B) EXISTE CORRESPONDENCIA ENTRE LA SESIÓN DESARROLLADA Y EL AVANCE DE LOS PARTICIPANTES EN LOS CUADERNOS DE TRABAJO			
C) EXISTE CORRESPONDENCIA ENTRE LA METODOLOGÍA DE TRABAJO Y EL TIPO DE MATERIAL PEDAGÓGICO QUE SE UTILIZA			
EVALUACIÓN DEL NIVEL DE AVANCE OBSERVADO DE LOS PARTICIPANTES			
MUY SATISFACTORIO <input type="checkbox"/> SATISFACTORIO <input type="checkbox"/> INSATISFACTORIO <input type="checkbox"/>			
RECOMENDACIONES SUGERIDAS POR EL SUPERVISOR :			
_____ Firma Nombre del facilitador		_____ Firma Nombre del Especialista / Supervisor / Coordinador	

FORMATO N° 11 (F-11)

MINISTERIO DE EDUCACIÓN

**PROGRAMA NACIONAL DE MOVILIZACIÓN POR LA ALFABETIZACIÓN - PRONAMA
SUPERVISIÓN DEL CÍRCULO POR
ESPECIALISTA, SUPERVISOR Y COORDINADOR LOCAL**

FECHA: ____ / ____ / ____

REGIÓN :	PROVINCIA :	
DISTRITO :	CENTRO POBLADO :	
I. INFORMACIÓN GENERAL DEL CÍRCULO		OBSERVACIONES
A. NOMBRE DEL CÍRCULO :		
B. Método. Aprender y Crecer: Español _____ Quechua _____ Aimara _____ Otra metodología /(especificar) _____		
C. CUMPLIMIENTO DE DÍA Y HORARIO DE SESIONES ESTABLECIDO : Se cumplió con la sesión programada : SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Se cumplió con el horario establecido : SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
II. INFORMACIÓN DEL FACILITADOR		OBSERVACIONES
A. Nombre : _____ Facilitador designado <input type="checkbox"/> Facilitador no designado <input type="checkbox"/>		
III. INFORMACIÓN DE LOS PARTICIPANTES		OBSERVACIONES
A. Cantidad de iletrados participantes en el círculo : REAL (Asistentes) REGISTRADOS		
B. Porcentaje de asistencia : %		
IV. DOCUMENTACIÓN DEL CÍRCULO		OBSERVACIONES
Se cuenta con los documentos :	SI	NO
- Acta de Instalación		
- Ficha de registro de participantes		
- Cronograma de sesiones del Facilitador		
- Control de Asistencia		
- Control de visitas de supervisión al círculo		
V. INFORMACIÓN DEL LOCAL Y MOBILIARIO		OBSERVACIONES
A. Tipo de local :		
B. Estado actual para dictado de sesiones Adecuado _____ Regular _____ Deficiente _____ Especificar		
C. Situación del mobiliario ¿Cuenta con pizarra?: Si _____ tipo: Normal _____ Blanca _____ No _____ ¿Cuenta con mesas y sillas, o carpetas individuales para cada participante? Si _____ No (especificar) _____		

FORMATO N° 11 (F-11)

MINISTERIO DE EDUCACIÓN

**PROGRAMA NACIONAL DE MOVILIZACIÓN POR LA ALFABETIZACIÓN - PRONAMA
SUPERVISIÓN DEL CÍRCULO POR
ESPECIALISTA, SUPERVISOR Y COORDINADOR LOCAL**

FECHA: ___ / ___ / ___

REGIÓN :	PROVINCIA :	
DISTRITO :	CENTRO POBLADO :	
I. INFORMACIÓN GENERAL DEL CÍRCULO		OBSERVACIONES
A. NOMBRE DEL CÍRCULO :		
B. Método. Aprender y Crecer: Español _____ Quechua _____ Aimara _____ Otra metodología /(especificar) _____		
C. CUMPLIMIENTO DE DÍA Y HORARIO DE SESIONES ESTABLECIDO : Se cumplió con la sesión programada : SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Se cumplió con el horario establecido : SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
II. INFORMACIÓN DEL FACILITADOR		OBSERVACIONES
A. Nombre : _____ Facilitador designado <input type="checkbox"/> Facilitador no designado <input type="checkbox"/>		
III. INFORMACIÓN DE LOS PARTICIPANTES		OBSERVACIONES
A. Cantidad de iletrados participantes en el círculo : REAL (Asistentes) REGISTRADOS		
B. Porcentaje de asistencia : %		
IV. DOCUMENTACIÓN DEL CÍRCULO		OBSERVACIONES
Se cuenta con los documentos :	SI	NO
- Acta de Instalación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Ficha de registro de participantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Cronograma de sesiones del Facilitador	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Control de Asistencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Control de visitas de supervisión al círculo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
V. INFORMACIÓN DEL LOCAL Y MOBILIARIO		OBSERVACIONES
A. Tipo de local : B. Estado actual para dictado de sesiones Adecuado _____ Regular _____ Deficiente _____ Especificar		
C. Situación del mobiliario ¿Cuenta con pizarra?: Si _____ tipo: Normal _____ Blanca _____ No _____ ¿Cuenta con mesas y sillas, o carpetas individuales para cada participante? Si _____ No (especificar) _____		

FORMATO N° 11 (F-11)

MINISTERIO DE EDUCACIÓN

**PROGRAMA NACIONAL DE MOVILIZACIÓN POR LA ALFABETIZACIÓN - PRONAMA
SUPERVISIÓN DEL CÍRCULO POR
ESPECIALISTA, SUPERVISOR Y COORDINADOR LOCAL**

FECHA: ____ / ____ / ____

REGIÓN :	PROVINCIA :	
DISTRITO :	CENTRO POBLADO :	
I. INFORMACIÓN GENERAL DEL CÍRCULO		OBSERVACIONES
A. NOMBRE DEL CÍRCULO :		
B. Método. Aprender y Crecer: Español _____ Quechua _____ Aimara _____ Otra metodología / (especificar) _____		
C. CUMPLIMIENTO DE DÍA Y HORARIO DE SESIONES ESTABLECIDO : Se cumplió con la sesión programada : SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Se cumplió con el horario establecido : SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
II. INFORMACIÓN DEL FACILITADOR		OBSERVACIONES
A. Nombre : _____ Facilitador designado <input type="checkbox"/> Facilitador no designado <input type="checkbox"/>		
III. INFORMACIÓN DE LOS PARTICIPANTES		OBSERVACIONES
A. Cantidad de iletrados participantes en el círculo : REAL (Asistentes) REGISTRADOS		
B. Porcentaje de asistencia : %		
IV. DOCUMENTACIÓN DEL CÍRCULO		OBSERVACIONES
Se cuenta con los documentos :	SI	NO
- Acta de Instalación		
- Ficha de registro de participantes		
- Cronograma de sesiones del Facilitador		
- Control de Asistencia		
- Control de visitas de supervisión al círculo		
V. INFORMACIÓN DEL LOCAL Y MOBILIARIO		OBSERVACIONES
A. Tipo de local :		
B. Estado actual para dictado de sesiones Adecuado _____ Regular _____ Deficiente _____ Especificar		
C. Situación del mobiliario ¿Cuenta con pizarra?: Si _____ tipo: Normal _____ Blanca _____ No _____ ¿Cuenta con mesas y sillas, o carpetas individuales para cada participante? Si _____ No (especificar) _____		

VI. INFORMACIÓN DE EQUIPOS Y MATERIALES		NOTAS	
A. Equipos existentes : TV..... DVD Otro..... Ninguno Nº de serie : TV DVD..... Otro : EQUIPO GENERADOR SI NO Marca y Nº de serie KIT DE ACCESORIOS SI NO Especificar			
B. MATERIALES EDUCATIVOS. El facilitador cuenta con su Guía Si _____ No _____ Todos los participantes cuentan con cuadernos de trabajo Si _____ No _____			
C. MATERIALES DE APOYO PEDAGÓGICO. Se cuenta con kit de materiales: mota, tiza, plumones, papelógrafo, cinta masking tape, tablero acrílico? Si _____ No _____			
D. ASIGNACIÓN DE ÚTILES Los participantes cuentan con útiles: cuaderno A-4, lápiz con borrador, borrador blanco, tajador? Si _____ No _____			
EN CUANTO A LAS SESIONES DE TRABAJO,		SI	NO
SESIÓN Nº :	TEMA TRATADO :		
A) EXISTE CORRESPONDENCIA ENTRE LA SESIÓN PROGRAMADA Y LA SESIÓN DESARROLLADA			
B) EXISTE CORRESPONDENCIA ENTRE LA SESIÓN DESARROLLADA Y EL AVANCE DE LOS PARTICIPANTES EN LOS CUADERNOS DE TRABAJO			
C) EXISTE CORRESPONDENCIA ENTRE LA METODOLOGÍA DE TRABAJO Y EL TIPO DE MATERIAL PEDAGÓGICO QUE SE UTILIZA			
EVALUACIÓN DEL NIVEL DE AVANCE OBSERVADO DE LOS PARTICIPANTES			
MUY SATISFACTORIO <input type="checkbox"/> SATISFACTORIO <input type="checkbox"/> INSATISFACTORIO <input type="checkbox"/>			
RECOMENDACIONES SUGERIDAS POR EL SUPERVISOR :			
_____ Firma Nombre del facilitador		_____ Firma Nombre del Especialista / Supervisor / Coordinador	

FORMATO N° 11 (F-11)

MINISTERIO DE EDUCACIÓN

**PROGRAMA NACIONAL DE MOVILIZACIÓN POR LA ALFABETIZACIÓN - PRONAMA
SUPERVISIÓN DEL CÍRCULO POR
ESPECIALISTA, SUPERVISOR Y COORDINADOR LOCAL**

FECHA: ____ / ____ / ____

REGIÓN :		PROVINCIA :	
DISTRITO :		CENTRO POBLADO :	
I. INFORMACIÓN GENERAL DEL CÍRCULO			OBSERVACIONES
A. NOMBRE DEL CÍRCULO :			
B. Método. Aprender y Crecer: Español _____ Quechua _____ Aimara _____ Otra metodología /(especificar) _____			
C. CUMPLIMIENTO DE DÍA Y HORARIO DE SESIONES ESTABLECIDO : Se cumplió con la sesión programada : SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Se cumplió con el horario establecido : SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
II. INFORMACIÓN DEL FACILITADOR			OBSERVACIONES
A. Nombre : _____ Facilitador designado <input type="checkbox"/> Facilitador no designado <input type="checkbox"/>			
III. INFORMACIÓN DE LOS PARTICIPANTES			OBSERVACIONES
A. Cantidad de iletrados participantes en el círculo : REAL (Asistentes) REGISTRADOS			
B. Porcentaje de asistencia : %			
IV. DOCUMENTACIÓN DEL CÍRCULO			OBSERVACIONES
Se cuenta con los documentos :	SI	NO	
- Acta de Instalación			
- Ficha de registro de participantes			
- Cronograma de sesiones del Facilitador			
- Control de Asistencia			
- Control de visitas de supervisión al círculo			
V. INFORMACIÓN DEL LOCAL Y MOBILIARIO			OBSERVACIONES
A. Tipo de local :			
B. Estado actual para dictado de sesiones Adecuado _____ Regular _____ Deficiente _____ Especificar			
C. Situación del mobiliario ¿Cuenta con pizarra?: Si _____ tipo: Normal _____ Blanca _____ No _____ ¿Cuenta con mesas y sillas, o carpetas individuales para cada participante? Si _____ No (especificar) _____			

VI. INFORMACIÓN DE EQUIPOS Y MATERIALES		NOTAS	
<p>A. Equipos existentes :</p> <p>TV..... DVD Otro..... Ninguno</p> <p>Nº de serie :</p> <p>TV DVD.....</p> <p>Otro :</p> <p>EQUIPO GENERADOR SI NO</p> <p>Marca y Nº de serie</p> <p>KIT DE ACCESORIOS SI NO</p> <p>Especificar</p>			
<p>B. MATERIALES EDUCATIVOS.</p> <p>El facilitador cuenta con su Guía Si _____ No _____</p> <p>Todos los participantes cuentan con cuadernos de trabajo Si _____ No _____</p>			
<p>C. MATERIALES DE APOYO PEDAGÓGICO.</p> <p>Se cuenta con kit de materiales: mota, tiza, plumones, papelógrafo, cinta masking tape, tablero acrílico? Si _____ No _____</p>			
<p>D. ASIGNACIÓN DE ÚTILES</p> <p>Los participantes cuentan con útiles: cuaderno A-4, lápiz con borrador, borrador blanco, tajador? Si _____ No _____</p>			
EN CUANTO A LAS SESIONES DE TRABAJO,		SI	NO
SESIÓN Nº :	TEMA TRATADO :		
A) EXISTE CORRESPONDENCIA ENTRE LA SESIÓN PROGRAMADA Y LA SESIÓN DESARROLLADA			
B) EXISTE CORRESPONDENCIA ENTRE LA SESIÓN DESARROLLADA Y EL AVANCE DE LOS PARTICIPANTES EN LOS CUADERNOS DE TRABAJO			
C) EXISTE CORRESPONDENCIA ENTRE LA METODOLOGÍA DE TRABAJO Y EL TIPO DE MATERIAL PEDAGÓGICO QUE SE UTILIZA			
EVALUACIÓN DEL NIVEL DE AVANCE OBSERVADO DE LOS PARTICIPANTES			
MUY SATISFACTORIO <input type="checkbox"/> SATISFACTORIO <input type="checkbox"/> INSATISFACTORIO <input type="checkbox"/>			
RECOMENDACIONES SUGERIDAS POR EL SUPERVISOR :			
<hr/> Firma Nombre del facilitador		<hr/> Firma Nombre del Especialista / Supervisor / Coordinador	

FORMATO N° 11 (F-11)

MINISTERIO DE EDUCACIÓN

**PROGRAMA NACIONAL DE MOVILIZACIÓN POR LA ALFABETIZACIÓN - PRONAMA
SUPERVISIÓN DEL CÍRCULO POR
ESPECIALISTA, SUPERVISOR Y COORDINADOR LOCAL**

FECHA: ____ / ____ / ____

REGIÓN :		PROVINCIA :	
DISTRITO :		CENTRO POBLADO :	
I. INFORMACIÓN GENERAL DEL CÍRCULO			OBSERVACIONES
A. NOMBRE DEL CÍRCULO :			
B. Método. Aprender y Crecer: Español _____ Quechua _____ Aimara _____ Otra metodología /(especificar) _____			
C. CUMPLIMIENTO DE DÍA Y HORARIO DE SESIONES ESTABLECIDO : Se cumplió con la sesión programada : SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Se cumplió con el horario establecido : SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
II. INFORMACIÓN DEL FACILITADOR			OBSERVACIONES
A. Nombre : _____ Facilitador designado <input type="checkbox"/> Facilitador no designado <input type="checkbox"/>			
III. INFORMACIÓN DE LOS PARTICIPANTES			OBSERVACIONES
A. Cantidad de iletrados participantes en el círculo : REAL (Asistentes) REGISTRADOS			
B. Porcentaje de asistencia : %			
IV. DOCUMENTACIÓN DEL CÍRCULO			OBSERVACIONES
Se cuenta con los documentos :	SI	NO	
- Acta de Instalación			
- Ficha de registro de participantes			
- Cronograma de sesiones del Facilitador			
- Control de Asistencia			
- Control de visitas de supervisión al círculo			
V. INFORMACIÓN DEL LOCAL Y MOBILIARIO			OBSERVACIONES
A. Tipo de local :			
B. Estado actual para dictado de sesiones Adecuado _____ Regular _____ Deficiente _____ Especificar			
C. Situación del mobiliario ¿Cuenta con pizarra?: Si _____ tipo: Normal _____ Blanca _____ No _____ ¿Cuenta con mesas y sillas, o carpetas individuales para cada participante? Si _____ No (especificar) _____			

VI. INFORMACIÓN DE EQUIPOS Y MATERIALES		NOTAS	
<p>A. Equipos existentes :</p> <p>TV..... DVD Otro..... Ninguno</p> <p>Nº de serie :</p> <p>TV DVD.....</p> <p>Otro :</p> <p>EQUIPO GENERADOR SI NO</p> <p>Marca y Nº de serie</p> <p>KIT DE ACCESORIOS SI NO</p> <p>Especificar</p>			
<p>B. MATERIALES EDUCATIVOS.</p> <p>El facilitador cuenta con su Guía Si _____ No _____</p> <p>Todos los participantes cuentan con cuadernos de trabajo Si _____ No _____</p>			
<p>C. MATERIALES DE APOYO PEDAGÓGICO.</p> <p>Se cuenta con kit de materiales: mota, tiza, plumones, papelógrafo, cinta masking tape, tablero acrílico? Si _____ No _____</p>			
<p>D. ASIGNACIÓN DE ÚTILES</p> <p>Los participantes cuentan con útiles: cuaderno A-4, lápiz con borrador, borrador blanco, tajador? Si _____ No _____</p>			
EN CUANTO A LAS SESIONES DE TRABAJO,		SI	NO
SESIÓN Nº :	TEMA TRATADO :		
A) EXISTE CORRESPONDENCIA ENTRE LA SESIÓN PROGRAMADA Y LA SESIÓN DESARROLLADA			
B) EXISTE CORRESPONDENCIA ENTRE LA SESIÓN DESARROLLADA Y EL AVANCE DE LOS PARTICIPANTES EN LOS CUADERNOS DE TRABAJO			
C) EXISTE CORRESPONDENCIA ENTRE LA METODOLOGÍA DE TRABAJO Y EL TIPO DE MATERIAL PEDAGÓGICO QUE SE UTILIZA			
EVALUACIÓN DEL NIVEL DE AVANCE OBSERVADO DE LOS PARTICIPANTES			
MUY SATISFACTORIO <input type="checkbox"/> SATISFACTORIO <input type="checkbox"/> INSATISFACTORIO <input type="checkbox"/>			
RECOMENDACIONES SUGERIDAS POR EL SUPERVISOR :			
<hr/> Firma Nombre del facilitador		<hr/> Firma Nombre del Especialista / Supervisor / Coordinador	

FORMATO N° 11 (F-11)

MINISTERIO DE EDUCACIÓN

**PROGRAMA NACIONAL DE MOVILIZACIÓN POR LA ALFABETIZACIÓN - PRONAMA
SUPERVISIÓN DEL CÍRCULO POR
ESPECIALISTA, SUPERVISOR Y COORDINADOR LOCAL**

FECHA: ____ / ____ / ____

REGIÓN :		PROVINCIA :	
DISTRITO :		CENTRO POBLADO :	
I. INFORMACIÓN GENERAL DEL CÍRCULO			OBSERVACIONES
A. NOMBRE DEL CÍRCULO :			
B. Método. Aprender y Crecer: Español _____ Quechua _____ Aimara _____ Otra metodología /(especificar) _____			
C. CUMPLIMIENTO DE DÍA Y HORARIO DE SESIONES ESTABLECIDO : Se cumplió con la sesión programada : SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Se cumplió con el horario establecido : SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
II. INFORMACIÓN DEL FACILITADOR			OBSERVACIONES
A. Nombre : _____ Facilitador designado <input type="checkbox"/> Facilitador no designado <input type="checkbox"/>			
III. INFORMACIÓN DE LOS PARTICIPANTES			OBSERVACIONES
A. Cantidad de iletrados participantes en el círculo : REAL (Asistentes) REGISTRADOS			
B. Porcentaje de asistencia : %			
IV. DOCUMENTACIÓN DEL CÍRCULO			OBSERVACIONES
Se cuenta con los documentos :	SI	NO	
- Acta de Instalación			
- Ficha de registro de participantes			
- Cronograma de sesiones del Facilitador			
- Control de Asistencia			
- Control de visitas de supervisión al círculo			
V. INFORMACIÓN DEL LOCAL Y MOBILIARIO			OBSERVACIONES
A. Tipo de local :			
B. Estado actual para dictado de sesiones Adecuado _____ Regular _____ Deficiente _____ Especificar			
C. Situación del mobiliario ¿Cuenta con pizarra?: Si _____ tipo: Normal _____ Blanca _____ No _____ ¿Cuenta con mesas y sillas, o carpetas individuales para cada participante? Si _____ No (especificar) _____			

VI. INFORMACIÓN DE EQUIPOS Y MATERIALES		NOTAS	
A. Equipos existentes : TV..... DVD Otro..... Ninguno Nº de serie : TV DVD..... Otro : EQUIPO GENERADOR SI NO Marca y Nº de serie KIT DE ACCESORIOS SI NO Especificar			
B. MATERIALES EDUCATIVOS. El facilitador cuenta con su Guía Si _____ No _____ Todos los participantes cuentan con cuadernos de trabajo Si _____ No _____			
C. MATERIALES DE APOYO PEDAGÓGICO. Se cuenta con kit de materiales: mota, tiza, plumones, papelógrafo, cinta masking tape, tablero acrílico? Si _____ No _____			
D. ASIGNACIÓN DE ÚTILES Los participantes cuentan con útiles: cuaderno A-4, lápiz con borrador, borrador blanco, tajador? Si _____ No _____			
EN CUANTO A LAS SESIONES DE TRABAJO,		SI	NO
SESIÓN Nº :	TEMA TRATADO :		
A) EXISTE CORRESPONDENCIA ENTRE LA SESIÓN PROGRAMADA Y LA SESIÓN DESARROLLADA			
B) EXISTE CORRESPONDENCIA ENTRE LA SESIÓN DESARROLLADA Y EL AVANCE DE LOS PARTICIPANTES EN LOS CUADERNOS DE TRABAJO			
C) EXISTE CORRESPONDENCIA ENTRE LA METODOLOGÍA DE TRABAJO Y EL TIPO DE MATERIAL PEDAGÓGICO QUE SE UTILIZA			
EVALUACIÓN DEL NIVEL DE AVANCE OBSERVADO DE LOS PARTICIPANTES			
MUY SATISFACTORIO <input type="checkbox"/> SATISFACTORIO <input type="checkbox"/> INSATISFACTORIO <input type="checkbox"/>			
RECOMENDACIONES SUGERIDAS POR EL SUPERVISOR :			
_____ Firma Nombre del facilitador		_____ Firma Nombre del Especialista / Supervisor / Coordinador	

FORMATO N° 11 (F-11)

MINISTERIO DE EDUCACIÓN

**PROGRAMA NACIONAL DE MOVILIZACIÓN POR LA ALFABETIZACIÓN - PRONAMA
SUPERVISIÓN DEL CÍRCULO POR
ESPECIALISTA, SUPERVISOR Y COORDINADOR LOCAL**

FECHA: ____ / ____ / ____

REGIÓN :	PROVINCIA :	
DISTRITO :	CENTRO POBLADO :	
I. INFORMACIÓN GENERAL DEL CÍRCULO		OBSERVACIONES
A. NOMBRE DEL CÍRCULO :		
B. Método. Aprender y Crecer: Español _____ Quechua _____ Aimara _____ Otra metodología /(especificar) _____		
C. CUMPLIMIENTO DE DÍA Y HORARIO DE SESIONES ESTABLECIDO : Se cumplió con la sesión programada : SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Se cumplió con el horario establecido : SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
II. INFORMACIÓN DEL FACILITADOR		OBSERVACIONES
A. Nombre : _____ Facilitador designado <input type="checkbox"/> Facilitador no designado <input type="checkbox"/>		
III. INFORMACIÓN DE LOS PARTICIPANTES		OBSERVACIONES
A. Cantidad de iletrados participantes en el círculo : REAL (Asistentes) REGISTRADOS		
B. Porcentaje de asistencia : %		
IV. DOCUMENTACIÓN DEL CÍRCULO		OBSERVACIONES
Se cuenta con los documentos :	SI	NO
- Acta de Instalación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Ficha de registro de participantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Cronograma de sesiones del Facilitador	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Control de Asistencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Control de visitas de supervisión al círculo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
V. INFORMACIÓN DEL LOCAL Y MOBILIARIO		OBSERVACIONES
A. Tipo de local :		
B. Estado actual para dictado de sesiones Adecuado _____ Regular _____ Deficiente _____ Especificar		
C. Situación del mobiliario ¿Cuenta con pizarra?: Si _____ tipo: Normal _____ Blanca _____ No _____ ¿Cuenta con mesas y sillas, o carpetas individuales para cada participante? Si _____ No (especificar) _____		

VI. INFORMACIÓN DE EQUIPOS Y MATERIALES		NOTAS	
<p>A. Equipos existentes :</p> <p>TV..... DVD Otro..... Ninguno</p> <p>Nº de serie :</p> <p>TV DVD.....</p> <p>Otro :</p> <p>EQUIPO GENERADOR SI NO</p> <p>Marca y Nº de serie</p> <p>KIT DE ACCESORIOS SI NO</p> <p>Especificar</p>			
<p>B. MATERIALES EDUCATIVOS.</p> <p>El facilitador cuenta con su Guía Si _____ No _____</p> <p>Todos los participantes cuentan con cuadernos de trabajo Si _____ No _____</p>			
<p>C. MATERIALES DE APOYO PEDAGÓGICO.</p> <p>Se cuenta con kit de materiales: mota, tiza, plumones, papelógrafo, cinta masking tape, tablero acrílico? Si _____ No _____</p>			
<p>D. ASIGNACIÓN DE ÚTILES</p> <p>Los participantes cuentan con útiles: cuaderno A-4, lápiz con borrador, borrador blanco, tajador? Si _____ No _____</p>			
EN CUANTO A LAS SESIONES DE TRABAJO,		SI	NO
SESIÓN Nº :	TEMA TRATADO :		
A) EXISTE CORRESPONDENCIA ENTRE LA SESIÓN PROGRAMADA Y LA SESIÓN DESARROLLADA			
B) EXISTE CORRESPONDENCIA ENTRE LA SESIÓN DESARROLLADA Y EL AVANCE DE LOS PARTICIPANTES EN LOS CUADERNOS DE TRABAJO			
C) EXISTE CORRESPONDENCIA ENTRE LA METODOLOGÍA DE TRABAJO Y EL TIPO DE MATERIAL PEDAGÓGICO QUE SE UTILIZA			
EVALUACIÓN DEL NIVEL DE AVANCE OBSERVADO DE LOS PARTICIPANTES			
MUY SATISFACTORIO <input type="checkbox"/> SATISFACTORIO <input type="checkbox"/> INSATISFACTORIO <input type="checkbox"/>			
RECOMENDACIONES SUGERIDAS POR EL SUPERVISOR :			
_____ Firma Nombre del facilitador		_____ Firma Nombre del Especialista / Supervisor / Coordinador	

FORMATO N° 11 (F-11)

MINISTERIO DE EDUCACIÓN

**PROGRAMA NACIONAL DE MOVILIZACIÓN POR LA ALFABETIZACIÓN - PRONAMA
SUPERVISIÓN DEL CÍRCULO POR
ESPECIALISTA, SUPERVISOR Y COORDINADOR LOCAL**

FECHA: ____ / ____ / ____

REGIÓN :		PROVINCIA :	
DISTRITO :		CENTRO POBLADO :	
I. INFORMACIÓN GENERAL DEL CÍRCULO			OBSERVACIONES
A. NOMBRE DEL CÍRCULO :			
B. Método. Aprender y Crecer: Español _____ Quechua _____ Aimara _____ Otra metodología /(especificar) _____			
C. CUMPLIMIENTO DE DÍA Y HORARIO DE SESIONES ESTABLECIDO : Se cumplió con la sesión programada : SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Se cumplió con el horario establecido : SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
II. INFORMACIÓN DEL FACILITADOR			OBSERVACIONES
A. Nombre : _____ Facilitador designado <input type="checkbox"/> Facilitador no designado <input type="checkbox"/>			
III. INFORMACIÓN DE LOS PARTICIPANTES			OBSERVACIONES
A. Cantidad de iletrados participantes en el círculo : REAL (Asistentes) REGISTRADOS			
B. Porcentaje de asistencia : %			
IV. DOCUMENTACIÓN DEL CÍRCULO			OBSERVACIONES
Se cuenta con los documentos :	SI	NO	
- Acta de Instalación			
- Ficha de registro de participantes			
- Cronograma de sesiones del Facilitador			
- Control de Asistencia			
- Control de visitas de supervisión al círculo			
V. INFORMACIÓN DEL LOCAL Y MOBILIARIO			OBSERVACIONES
A. Tipo de local :			
B. Estado actual para dictado de sesiones Adecuado _____ Regular _____ Deficiente _____ Especificar			
C. Situación del mobiliario ¿Cuenta con pizarra?: Si _____ tipo: Normal _____ Blanca _____ No _____ ¿Cuenta con mesas y sillas, o carpetas individuales para cada participante? Si _____ No (especificar) _____			

FORMATO N° 11 (F-11)

MINISTERIO DE EDUCACIÓN

**PROGRAMA NACIONAL DE MOVILIZACIÓN POR LA ALFABETIZACIÓN - PRONAMA
SUPERVISIÓN DEL CÍRCULO POR
ESPECIALISTA, SUPERVISOR Y COORDINADOR LOCAL**

FECHA: ____ / ____ / ____

REGIÓN :	PROVINCIA :	
DISTRITO :	CENTRO POBLADO :	
I. INFORMACIÓN GENERAL DEL CÍRCULO		OBSERVACIONES
A. NOMBRE DEL CÍRCULO :		
B. Método. Aprender y Crecer: Español _____ Quechua _____ Aimara _____ Otra metodología /(especificar) _____		
C. CUMPLIMIENTO DE DÍA Y HORARIO DE SESIONES ESTABLECIDO : Se cumplió con la sesión programada : SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Se cumplió con el horario establecido : SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
II. INFORMACIÓN DEL FACILITADOR		OBSERVACIONES
A. Nombre : _____ Facilitador designado <input type="checkbox"/> Facilitador no designado <input type="checkbox"/>		
III. INFORMACIÓN DE LOS PARTICIPANTES		OBSERVACIONES
A. Cantidad de iletrados participantes en el círculo : REAL (Asistentes) REGISTRADOS		
B. Porcentaje de asistencia : %		
IV. DOCUMENTACIÓN DEL CÍRCULO		OBSERVACIONES
Se cuenta con los documentos :	SI	NO
- Acta de Instalación		
- Ficha de registro de participantes		
- Cronograma de sesiones del Facilitador		
- Control de Asistencia		
- Control de visitas de supervisión al círculo		
V. INFORMACIÓN DEL LOCAL Y MOBILIARIO		OBSERVACIONES
A. Tipo de local : B. Estado actual para dictado de sesiones Adecuado _____ Regular _____ Deficiente _____ Especificar		
C. Situación del mobiliario ¿Cuenta con pizarra?: Si _____ tipo: Normal _____ Blanca _____ No _____ ¿Cuenta con mesas y sillas, o carpetas individuales para cada participante? Si _____ No (especificar) _____		

FORMATO N° 11 (F-11)

MINISTERIO DE EDUCACIÓN

**PROGRAMA NACIONAL DE MOVILIZACIÓN POR LA ALFABETIZACIÓN - PRONAMA
SUPERVISIÓN DEL CÍRCULO POR
ESPECIALISTA, SUPERVISOR Y COORDINADOR LOCAL**

FECHA: ____ / ____ / ____

REGIÓN :		PROVINCIA :	
DISTRITO :		CENTRO POBLADO :	
I. INFORMACIÓN GENERAL DEL CÍRCULO			OBSERVACIONES
A. NOMBRE DEL CÍRCULO :			
B. Método. Aprender y Crecer: Español _____ Quechua _____ Aimara _____ Otra metodología /(especificar) _____			
C. CUMPLIMIENTO DE DÍA Y HORARIO DE SESIONES ESTABLECIDO : Se cumplió con la sesión programada : SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Se cumplió con el horario establecido : SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
II. INFORMACIÓN DEL FACILITADOR			OBSERVACIONES
A. Nombre : _____ Facilitador designado <input type="checkbox"/> Facilitador no designado <input type="checkbox"/>			
III. INFORMACIÓN DE LOS PARTICIPANTES			OBSERVACIONES
A. Cantidad de iletrados participantes en el círculo : REAL (Asistentes) REGISTRADOS			
B. Porcentaje de asistencia : %			
IV. DOCUMENTACIÓN DEL CÍRCULO			OBSERVACIONES
Se cuenta con los documentos :	SI	NO	
- Acta de Instalación			
- Ficha de registro de participantes			
- Cronograma de sesiones del Facilitador			
- Control de Asistencia			
- Control de visitas de supervisión al círculo			
V. INFORMACIÓN DEL LOCAL Y MOBILIARIO			OBSERVACIONES
A. Tipo de local :			
B. Estado actual para dictado de sesiones Adecuado _____ Regular _____ Deficiente _____ Especificar			
C. Situación del mobiliario ¿Cuenta con pizarra?: Si _____ tipo: Normal _____ Blanca _____ No _____ ¿Cuenta con mesas y sillas, o carpetas individuales para cada participante? Si _____ No (especificar) _____			

VI. INFORMACIÓN DE EQUIPOS Y MATERIALES		NOTAS	
<p>A. Equipos existentes :</p> <p>TV..... DVD Otro..... Ninguno</p> <p>Nº de serie :</p> <p>TV DVD.....</p> <p>Otro :</p> <p>EQUIPO GENERADOR SI NO</p> <p>Marca y Nº de serie</p> <p>KIT DE ACCESORIOS SI NO</p> <p>Especificar</p>			
<p>B. MATERIALES EDUCATIVOS.</p> <p>El facilitador cuenta con su Guía Si _____ No _____</p> <p>Todos los participantes cuentan con cuadernos de trabajo Si _____ No _____</p>			
<p>C. MATERIALES DE APOYO PEDAGÓGICO.</p> <p>Se cuenta con kit de materiales: mota, tiza, plumones, papelógrafo, cinta masking tape, tablero acrílico? Si _____ No _____</p>			
<p>D. ASIGNACIÓN DE ÚTILES</p> <p>Los participantes cuentan con útiles: cuaderno A-4, lápiz con borrador, borrador blanco, tajador? Si _____ No _____</p>			
EN CUANTO A LAS SESIONES DE TRABAJO,		SI	NO
SESIÓN Nº :	TEMA TRATADO :		
A) EXISTE CORRESPONDENCIA ENTRE LA SESIÓN PROGRAMADA Y LA SESIÓN DESARROLLADA			
B) EXISTE CORRESPONDENCIA ENTRE LA SESIÓN DESARROLLADA Y EL AVANCE DE LOS PARTICIPANTES EN LOS CUADERNOS DE TRABAJO			
C) EXISTE CORRESPONDENCIA ENTRE LA METODOLOGÍA DE TRABAJO Y EL TIPO DE MATERIAL PEDAGÓGICO QUE SE UTILIZA			
EVALUACIÓN DEL NIVEL DE AVANCE OBSERVADO DE LOS PARTICIPANTES			
MUY SATISFACTORIO <input type="checkbox"/> SATISFACTORIO <input type="checkbox"/> INSATISFACTORIO <input type="checkbox"/>			
RECOMENDACIONES SUGERIDAS POR EL SUPERVISOR :			
_____ Firma Nombre del facilitador		_____ Firma Nombre del Especialista / Supervisor / Coordinador	

FORMATO N° 11 (F-11)

MINISTERIO DE EDUCACIÓN

**PROGRAMA NACIONAL DE MOVILIZACIÓN POR LA ALFABETIZACIÓN - PRONAMA
SUPERVISIÓN DEL CÍRCULO POR
ESPECIALISTA, SUPERVISOR Y COORDINADOR LOCAL**

FECHA: ____ / ____ / ____

REGIÓN :		PROVINCIA :	
DISTRITO :		CENTRO POBLADO :	
I. INFORMACIÓN GENERAL DEL CÍRCULO			OBSERVACIONES
A. NOMBRE DEL CÍRCULO :			
B. Método. Aprender y Crecer: Español _____ Quechua _____ Aimara _____ Otra metodología /(especificar) _____			
C. CUMPLIMIENTO DE DÍA Y HORARIO DE SESIONES ESTABLECIDO : Se cumplió con la sesión programada : SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Se cumplió con el horario establecido : SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
II. INFORMACIÓN DEL FACILITADOR			OBSERVACIONES
A. Nombre : _____ Facilitador designado <input type="checkbox"/> Facilitador no designado <input type="checkbox"/>			
III. INFORMACIÓN DE LOS PARTICIPANTES			OBSERVACIONES
A. Cantidad de iletrados participantes en el círculo : REAL (Asistentes) REGISTRADOS			
B. Porcentaje de asistencia : %			
IV. DOCUMENTACIÓN DEL CÍRCULO			OBSERVACIONES
Se cuenta con los documentos :	SI	NO	
- Acta de Instalación			
- Ficha de registro de participantes			
- Cronograma de sesiones del Facilitador			
- Control de Asistencia			
- Control de visitas de supervisión al círculo			
V. INFORMACIÓN DEL LOCAL Y MOBILIARIO			OBSERVACIONES
A. Tipo de local :			
B. Estado actual para dictado de sesiones Adecuado _____ Regular _____ Deficiente _____ Especificar			
C. Situación del mobiliario ¿Cuenta con pizarra?: Si _____ tipo: Normal _____ Blanca _____ No _____ ¿Cuenta con mesas y sillas, o carpetas individuales para cada participante? Si _____ No (especificar) _____			

VI. INFORMACIÓN DE EQUIPOS Y MATERIALES		NOTAS	
A. Equipos existentes : TV..... DVD Otro..... Ninguno Nº de serie : TV DVD..... Otro : EQUIPO GENERADOR SI NO Marca y Nº de serie KIT DE ACCESORIOS SI NO Especificar			
B. MATERIALES EDUCATIVOS. El facilitador cuenta con su Guía Si _____ No _____ Todos los participantes cuentan con cuadernos de trabajo Si _____ No _____			
C. MATERIALES DE APOYO PEDAGÓGICO. Se cuenta con kit de materiales: mota, tiza, plumones, papelógrafo, cinta masking tape, tablero acrílico? Si _____ No _____			
D. ASIGNACIÓN DE ÚTILES Los participantes cuentan con útiles: cuaderno A-4, lápiz con borrador, borrador blanco, tajador? Si _____ No _____			
EN CUANTO A LAS SESIONES DE TRABAJO,		SI	NO
SESIÓN Nº :	TEMA TRATADO :		
A) EXISTE CORRESPONDENCIA ENTRE LA SESIÓN PROGRAMADA Y LA SESIÓN DESARROLLADA			
B) EXISTE CORRESPONDENCIA ENTRE LA SESIÓN DESARROLLADA Y EL AVANCE DE LOS PARTICIPANTES EN LOS CUADERNOS DE TRABAJO			
C) EXISTE CORRESPONDENCIA ENTRE LA METODOLOGÍA DE TRABAJO Y EL TIPO DE MATERIAL PEDAGÓGICO QUE SE UTILIZA			
EVALUACIÓN DEL NIVEL DE AVANCE OBSERVADO DE LOS PARTICIPANTES			
MUY SATISFACTORIO <input type="checkbox"/> SATISFACTORIO <input type="checkbox"/> INSATISFACTORIO <input type="checkbox"/>			
RECOMENDACIONES SUGERIDAS POR EL SUPERVISOR :			
_____ Firma Nombre del facilitador		_____ Firma Nombre del Especialista / Supervisor / Coordinador	

FORMATO N° 11 (F-11)

MINISTERIO DE EDUCACIÓN

**PROGRAMA NACIONAL DE MOVILIZACIÓN POR LA ALFABETIZACIÓN - PRONAMA
SUPERVISIÓN DEL CÍRCULO POR
ESPECIALISTA, SUPERVISOR Y COORDINADOR LOCAL**

FECHA: ____ / ____ / ____

REGIÓN :	PROVINCIA :	
DISTRITO :	CENTRO POBLADO :	
I. INFORMACIÓN GENERAL DEL CÍRCULO		OBSERVACIONES
A. NOMBRE DEL CÍRCULO :		
B. Método. Aprender y Crecer: Español _____ Quechua _____ Aimara _____ Otra metodología /(especificar) _____		
C. CUMPLIMIENTO DE DÍA Y HORARIO DE SESIONES ESTABLECIDO : Se cumplió con la sesión programada : SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Se cumplió con el horario establecido : SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
II. INFORMACIÓN DEL FACILITADOR		OBSERVACIONES
A. Nombre : _____ Facilitador designado <input type="checkbox"/> Facilitador no designado <input type="checkbox"/>		
III. INFORMACIÓN DE LOS PARTICIPANTES		OBSERVACIONES
A. Cantidad de iletrados participantes en el círculo : REAL (Asistentes) REGISTRADOS		
B. Porcentaje de asistencia : %		
IV. DOCUMENTACIÓN DEL CÍRCULO		OBSERVACIONES
Se cuenta con los documentos :	SI	NO
- Acta de Instalación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Ficha de registro de participantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Cronograma de sesiones del Facilitador	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Control de Asistencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Control de visitas de supervisión al círculo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
V. INFORMACIÓN DEL LOCAL Y MOBILIARIO		OBSERVACIONES
A. Tipo de local :		
B. Estado actual para dictado de sesiones Adecuado _____ Regular _____ Deficiente _____ Especificar		
C. Situación del mobiliario ¿Cuenta con pizarra?: Si _____ tipo: Normal _____ Blanca _____ No _____ ¿Cuenta con mesas y sillas, o carpetas individuales para cada participante? Si _____ No (especificar) _____		

FORMATO N° 11 (F-11)

MINISTERIO DE EDUCACIÓN

**PROGRAMA NACIONAL DE MOVILIZACIÓN POR LA ALFABETIZACIÓN - PRONAMA
SUPERVISIÓN DEL CÍRCULO POR
ESPECIALISTA, SUPERVISOR Y COORDINADOR LOCAL**

FECHA: ____ / ____ / ____

REGIÓN :		PROVINCIA :	
DISTRITO :		CENTRO POBLADO :	
I. INFORMACIÓN GENERAL DEL CÍRCULO			OBSERVACIONES
A. NOMBRE DEL CÍRCULO :			
B. Método. Aprender y Crecer: Español _____ Quechua _____ Aimara _____ Otra metodología /(especificar) _____			
C. CUMPLIMIENTO DE DÍA Y HORARIO DE SESIONES ESTABLECIDO : Se cumplió con la sesión programada : SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Se cumplió con el horario establecido : SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
II. INFORMACIÓN DEL FACILITADOR			OBSERVACIONES
A. Nombre : _____ Facilitador designado <input type="checkbox"/> Facilitador no designado <input type="checkbox"/>			
III. INFORMACIÓN DE LOS PARTICIPANTES			OBSERVACIONES
A. Cantidad de iletrados participantes en el círculo : REAL (Asistentes) REGISTRADOS			
B. Porcentaje de asistencia : %			
IV. DOCUMENTACIÓN DEL CÍRCULO			OBSERVACIONES
Se cuenta con los documentos :	SI	NO	
- Acta de Instalación			
- Ficha de registro de participantes			
- Cronograma de sesiones del Facilitador			
- Control de Asistencia			
- Control de visitas de supervisión al círculo			
V. INFORMACIÓN DEL LOCAL Y MOBILIARIO			OBSERVACIONES
A. Tipo de local :			
B. Estado actual para dictado de sesiones Adecuado _____ Regular _____ Deficiente _____ Especificar			
C. Situación del mobiliario ¿Cuenta con pizarra?: Si _____ tipo: Normal _____ Blanca _____ No _____ ¿Cuenta con mesas y sillas, o carpetas individuales para cada participante? Si _____ No (especificar) _____			

VI. INFORMACIÓN DE EQUIPOS Y MATERIALES		NOTAS	
A. Equipos existentes : TV..... DVD Otro..... Ninguno Nº de serie : TV DVD..... Otro : EQUIPO GENERADOR SI NO Marca y Nº de serie KIT DE ACCESORIOS SI NO Especificar			
B. MATERIALES EDUCATIVOS. El facilitador cuenta con su Guía Si _____ No _____ Todos los participantes cuentan con cuadernos de trabajo Si _____ No _____			
C. MATERIALES DE APOYO PEDAGÓGICO. Se cuenta con kit de materiales: mota, tiza, plumones, papelógrafo, cinta masking tape, tablero acrílico? Si _____ No _____			
D. ASIGNACIÓN DE ÚTILES Los participantes cuentan con útiles: cuaderno A-4, lápiz con borrador, borrador blanco, tajador? Si _____ No _____			
EN CUANTO A LAS SESIONES DE TRABAJO,		SI	NO
SESIÓN Nº :	TEMA TRATADO :		
A) EXISTE CORRESPONDENCIA ENTRE LA SESIÓN PROGRAMADA Y LA SESIÓN DESARROLLADA			
B) EXISTE CORRESPONDENCIA ENTRE LA SESIÓN DESARROLLADA Y EL AVANCE DE LOS PARTICIPANTES EN LOS CUADERNOS DE TRABAJO			
C) EXISTE CORRESPONDENCIA ENTRE LA METODOLOGÍA DE TRABAJO Y EL TIPO DE MATERIAL PEDAGÓGICO QUE SE UTILIZA			
EVALUACIÓN DEL NIVEL DE AVANCE OBSERVADO DE LOS PARTICIPANTES			
MUY SATISFACTORIO <input type="checkbox"/> SATISFACTORIO <input type="checkbox"/> INSATISFACTORIO <input type="checkbox"/>			
RECOMENDACIONES SUGERIDAS POR EL SUPERVISOR :			
_____ Firma Nombre del facilitador		_____ Firma Nombre del Especialista / Supervisor / Coordinador	

FORMATO N° 11 (F-11)

MINISTERIO DE EDUCACIÓN

**PROGRAMA NACIONAL DE MOVILIZACIÓN POR LA ALFABETIZACIÓN - PRONAMA
SUPERVISIÓN DEL CÍRCULO POR
ESPECIALISTA, SUPERVISOR Y COORDINADOR LOCAL**

FECHA: ____ / ____ / ____

REGIÓN :		PROVINCIA :	
DISTRITO :		CENTRO POBLADO :	
I. INFORMACIÓN GENERAL DEL CÍRCULO			OBSERVACIONES
A. NOMBRE DEL CÍRCULO :			
B. Método. Aprender y Crecer: Español _____ Quechua _____ Aimara _____ Otra metodología /(especificar) _____			
C. CUMPLIMIENTO DE DÍA Y HORARIO DE SESIONES ESTABLECIDO : Se cumplió con la sesión programada : SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Se cumplió con el horario establecido : SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
II. INFORMACIÓN DEL FACILITADOR			OBSERVACIONES
A. Nombre : _____ Facilitador designado <input type="checkbox"/> Facilitador no designado <input type="checkbox"/>			
III. INFORMACIÓN DE LOS PARTICIPANTES			OBSERVACIONES
A. Cantidad de iletrados participantes en el círculo : REAL (Asistentes) REGISTRADOS			
B. Porcentaje de asistencia : %			
IV. DOCUMENTACIÓN DEL CÍRCULO			OBSERVACIONES
Se cuenta con los documentos :	SI	NO	
- Acta de Instalación			
- Ficha de registro de participantes			
- Cronograma de sesiones del Facilitador			
- Control de Asistencia			
- Control de visitas de supervisión al círculo			
V. INFORMACIÓN DEL LOCAL Y MOBILIARIO			OBSERVACIONES
A. Tipo de local :			
B. Estado actual para dictado de sesiones Adecuado _____ Regular _____ Deficiente _____ Especificar			
C. Situación del mobiliario ¿Cuenta con pizarra?: Si _____ tipo: Normal _____ Blanca _____ No _____ ¿Cuenta con mesas y sillas, o carpetas individuales para cada participante? Si _____ No (especificar) _____			

VI. INFORMACIÓN DE EQUIPOS Y MATERIALES		NOTAS	
<p>A. Equipos existentes :</p> <p>TV..... DVD Otro..... Ninguno</p> <p>Nº de serie :</p> <p>TV DVD.....</p> <p>Otro :</p> <p>EQUIPO GENERADOR SI NO</p> <p>Marca y Nº de serie</p> <p>KIT DE ACCESORIOS SI NO</p> <p>Especificar</p>			
<p>B. MATERIALES EDUCATIVOS.</p> <p>El facilitador cuenta con su Guía Si _____ No _____</p> <p>Todos los participantes cuentan con cuadernos de trabajo Si _____ No _____</p>			
<p>C. MATERIALES DE APOYO PEDAGÓGICO.</p> <p>Se cuenta con kit de materiales: mota, tiza, plumones, papelógrafo, cinta masking tape, tablero acrílico? Si _____ No _____</p>			
<p>D. ASIGNACIÓN DE ÚTILES</p> <p>Los participantes cuentan con útiles: cuaderno A-4, lápiz con borrador, borrador blanco, tajador? Si _____ No _____</p>			
EN CUANTO A LAS SESIONES DE TRABAJO,		SI	NO
SESIÓN Nº :	TEMA TRATADO :		
A) EXISTE CORRESPONDENCIA ENTRE LA SESIÓN PROGRAMADA Y LA SESIÓN DESARROLLADA			
B) EXISTE CORRESPONDENCIA ENTRE LA SESIÓN DESARROLLADA Y EL AVANCE DE LOS PARTICIPANTES EN LOS CUADERNOS DE TRABAJO			
C) EXISTE CORRESPONDENCIA ENTRE LA METODOLOGÍA DE TRABAJO Y EL TIPO DE MATERIAL PEDAGÓGICO QUE SE UTILIZA			
EVALUACIÓN DEL NIVEL DE AVANCE OBSERVADO DE LOS PARTICIPANTES			
MUY SATISFACTORIO <input type="checkbox"/> SATISFACTORIO <input type="checkbox"/> INSATISFACTORIO <input type="checkbox"/>			
RECOMENDACIONES SUGERIDAS POR EL SUPERVISOR :			
<hr/> Firma Nombre del facilitador		<hr/> Firma Nombre del Especialista / Supervisor / Coordinador	

FORMATO N° 11 (F-11)

MINISTERIO DE EDUCACIÓN

**PROGRAMA NACIONAL DE MOVILIZACIÓN POR LA ALFABETIZACIÓN - PRONAMA
SUPERVISIÓN DEL CÍRCULO POR
ESPECIALISTA, SUPERVISOR Y COORDINADOR LOCAL**

FECHA: ____ / ____ / ____

REGIÓN :		PROVINCIA :	
DISTRITO :		CENTRO POBLADO :	
I. INFORMACIÓN GENERAL DEL CÍRCULO			OBSERVACIONES
A. NOMBRE DEL CÍRCULO :			
B. Método. Aprender y Crecer: Español _____ Quechua _____ Aimara _____ Otra metodología /(especificar) _____			
C. CUMPLIMIENTO DE DÍA Y HORARIO DE SESIONES ESTABLECIDO : Se cumplió con la sesión programada : SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Se cumplió con el horario establecido : SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
II. INFORMACIÓN DEL FACILITADOR			OBSERVACIONES
A. Nombre : _____ Facilitador designado <input type="checkbox"/> Facilitador no designado <input type="checkbox"/>			
III. INFORMACIÓN DE LOS PARTICIPANTES			OBSERVACIONES
A. Cantidad de iletrados participantes en el círculo : REAL (Asistentes) REGISTRADOS			
B. Porcentaje de asistencia : %			
IV. DOCUMENTACIÓN DEL CÍRCULO			OBSERVACIONES
Se cuenta con los documentos :	SI	NO	
- Acta de Instalación			
- Ficha de registro de participantes			
- Cronograma de sesiones del Facilitador			
- Control de Asistencia			
- Control de visitas de supervisión al círculo			
V. INFORMACIÓN DEL LOCAL Y MOBILIARIO			OBSERVACIONES
A. Tipo de local :			
B. Estado actual para dictado de sesiones Adecuado _____ Regular _____ Deficiente _____ Especificar			
C. Situación del mobiliario ¿Cuenta con pizarra?: Si _____ tipo: Normal _____ Blanca _____ No _____ ¿Cuenta con mesas y sillas, o carpetas individuales para cada participante? Si _____ No (especificar) _____			

FORMATO N° 11 (F-11)

MINISTERIO DE EDUCACIÓN

**PROGRAMA NACIONAL DE MOVILIZACIÓN POR LA ALFABETIZACIÓN - PRONAMA
SUPERVISIÓN DEL CÍRCULO POR
ESPECIALISTA, SUPERVISOR Y COORDINADOR LOCAL**

FECHA: ____ / ____ / ____

REGIÓN :	PROVINCIA :	
DISTRITO :	CENTRO POBLADO :	
I. INFORMACIÓN GENERAL DEL CÍRCULO		OBSERVACIONES
A. NOMBRE DEL CÍRCULO :		
B. Método. Aprender y Crecer: Español _____ Quechua _____ Aimara _____ Otra metodología /(especificar) _____		
C. CUMPLIMIENTO DE DÍA Y HORARIO DE SESIONES ESTABLECIDO : Se cumplió con la sesión programada : SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Se cumplió con el horario establecido : SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
II. INFORMACIÓN DEL FACILITADOR		OBSERVACIONES
A. Nombre : _____ Facilitador designado <input type="checkbox"/> Facilitador no designado <input type="checkbox"/>		
III. INFORMACIÓN DE LOS PARTICIPANTES		OBSERVACIONES
A. Cantidad de iletrados participantes en el círculo : REAL (Asistentes) REGISTRADOS		
B. Porcentaje de asistencia : %		
IV. DOCUMENTACIÓN DEL CÍRCULO		OBSERVACIONES
Se cuenta con los documentos :	SI	NO
- Acta de Instalación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Ficha de registro de participantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Cronograma de sesiones del Facilitador	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Control de Asistencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Control de visitas de supervisión al círculo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
V. INFORMACIÓN DEL LOCAL Y MOBILIARIO		OBSERVACIONES
A. Tipo de local :		
B. Estado actual para dictado de sesiones Adecuado _____ Regular _____ Deficiente _____ Especificar		
C. Situación del mobiliario ¿Cuenta con pizarra?: Si _____ tipo: Normal _____ Blanca _____ No _____ ¿Cuenta con mesas y sillas, o carpetas individuales para cada participante? Si _____ No (especificar) _____		

VI. INFORMACIÓN DE EQUIPOS Y MATERIALES		NOTAS	
<p>A. Equipos existentes :</p> <p>TV..... DVD Otro..... Ninguno</p> <p>Nº de serie :</p> <p>TV DVD.....</p> <p>Otro :</p> <p>EQUIPO GENERADOR SI NO</p> <p>Marca y Nº de serie</p> <p>KIT DE ACCESORIOS SI NO</p> <p>Especificar</p>			
<p>B. MATERIALES EDUCATIVOS.</p> <p>El facilitador cuenta con su Guía Si _____ No _____</p> <p>Todos los participantes cuentan con cuadernos de trabajo Si _____ No _____</p>			
<p>C. MATERIALES DE APOYO PEDAGÓGICO.</p> <p>Se cuenta con kit de materiales: mota, tiza, plumones, papelógrafo, cinta masking tape, tablero acrílico? Si _____ No _____</p>			
<p>D. ASIGNACIÓN DE ÚTILES</p> <p>Los participantes cuentan con útiles: cuaderno A-4, lápiz con borrador, borrador blanco, tajador? Si _____ No _____</p>			
EN CUANTO A LAS SESIONES DE TRABAJO,		SI	NO
SESIÓN Nº :	TEMA TRATADO :		
A) EXISTE CORRESPONDENCIA ENTRE LA SESIÓN PROGRAMADA Y LA SESIÓN DESARROLLADA			
B) EXISTE CORRESPONDENCIA ENTRE LA SESIÓN DESARROLLADA Y EL AVANCE DE LOS PARTICIPANTES EN LOS CUADERNOS DE TRABAJO			
C) EXISTE CORRESPONDENCIA ENTRE LA METODOLOGÍA DE TRABAJO Y EL TIPO DE MATERIAL PEDAGÓGICO QUE SE UTILIZA			
EVALUACIÓN DEL NIVEL DE AVANCE OBSERVADO DE LOS PARTICIPANTES			
MUY SATISFACTORIO <input type="checkbox"/> SATISFACTORIO <input type="checkbox"/> INSATISFACTORIO <input type="checkbox"/>			
RECOMENDACIONES SUGERIDAS POR EL SUPERVISOR :			
<hr/> Firma Nombre del facilitador		<hr/> Firma Nombre del Especialista / Supervisor / Coordinador	

FORMATO N° 11 (F-11)

MINISTERIO DE EDUCACIÓN

**PROGRAMA NACIONAL DE MOVILIZACIÓN POR LA ALFABETIZACIÓN - PRONAMA
SUPERVISIÓN DEL CÍRCULO POR
ESPECIALISTA, SUPERVISOR Y COORDINADOR LOCAL**

FECHA: ____ / ____ / ____

REGIÓN :		PROVINCIA :	
DISTRITO :		CENTRO POBLADO :	
I. INFORMACIÓN GENERAL DEL CÍRCULO			OBSERVACIONES
A. NOMBRE DEL CÍRCULO :			
B. Método. Aprender y Crecer: Español _____ Quechua _____ Aimara _____ Otra metodología /(especificar) _____			
C. CUMPLIMIENTO DE DÍA Y HORARIO DE SESIONES ESTABLECIDO : Se cumplió con la sesión programada : SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Se cumplió con el horario establecido : SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
II. INFORMACIÓN DEL FACILITADOR			OBSERVACIONES
A. Nombre : _____ Facilitador designado <input type="checkbox"/> Facilitador no designado <input type="checkbox"/>			
III. INFORMACIÓN DE LOS PARTICIPANTES			OBSERVACIONES
A. Cantidad de iletrados participantes en el círculo : REAL (Asistentes) REGISTRADOS			
B. Porcentaje de asistencia : %			
IV. DOCUMENTACIÓN DEL CÍRCULO			OBSERVACIONES
Se cuenta con los documentos :	SI	NO	
- Acta de Instalación			
- Ficha de registro de participantes			
- Cronograma de sesiones del Facilitador			
- Control de Asistencia			
- Control de visitas de supervisión al círculo			
V. INFORMACIÓN DEL LOCAL Y MOBILIARIO			OBSERVACIONES
A. Tipo de local :			
B. Estado actual para dictado de sesiones Adecuado _____ Regular _____ Deficiente _____ Especificar			
C. Situación del mobiliario ¿Cuenta con pizarra?: Si _____ tipo: Normal _____ Blanca _____ No _____ ¿Cuenta con mesas y sillas, o carpetas individuales para cada participante? Si _____ No (especificar) _____			

FORMATO N° 11 (F-11)

MINISTERIO DE EDUCACIÓN

**PROGRAMA NACIONAL DE MOVILIZACIÓN POR LA ALFABETIZACIÓN - PRONAMA
SUPERVISIÓN DEL CÍRCULO POR
ESPECIALISTA, SUPERVISOR Y COORDINADOR LOCAL**

FECHA: ____ / ____ / ____

REGIÓN :		PROVINCIA :	
DISTRITO :		CENTRO POBLADO :	
I. INFORMACIÓN GENERAL DEL CÍRCULO			OBSERVACIONES
A. NOMBRE DEL CÍRCULO :			
B. Método. Aprender y Crecer: Español _____ Quechua _____ Aimara _____ Otra metodología / (especificar) _____			
C. CUMPLIMIENTO DE DÍA Y HORARIO DE SESIONES ESTABLECIDO : Se cumplió con la sesión programada : SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Se cumplió con el horario establecido : SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
II. INFORMACIÓN DEL FACILITADOR			OBSERVACIONES
A. Nombre : _____ Facilitador designado <input type="checkbox"/> Facilitador no designado <input type="checkbox"/>			
III. INFORMACIÓN DE LOS PARTICIPANTES			OBSERVACIONES
A. Cantidad de iletrados participantes en el círculo : REAL (Asistentes) REGISTRADOS			
B. Porcentaje de asistencia : %			
IV. DOCUMENTACIÓN DEL CÍRCULO			OBSERVACIONES
Se cuenta con los documentos :	SI	NO	
- Acta de Instalación			
- Ficha de registro de participantes			
- Cronograma de sesiones del Facilitador			
- Control de Asistencia			
- Control de visitas de supervisión al círculo			
V. INFORMACIÓN DEL LOCAL Y MOBILIARIO			OBSERVACIONES
A. Tipo de local :			
B. Estado actual para dictado de sesiones Adecuado _____ Regular _____ Deficiente _____ Especificar			
C. Situación del mobiliario ¿Cuenta con pizarra?: Si _____ tipo: Normal _____ Blanca _____ No _____ ¿Cuenta con mesas y sillas, o carpetas individuales para cada participante? Si _____ No (especificar) _____			

VI. INFORMACIÓN DE EQUIPOS Y MATERIALES		NOTAS	
A. Equipos existentes : TV..... DVD Otro..... Ninguno Nº de serie : TV DVD..... Otro : EQUIPO GENERADOR SI NO Marca y Nº de serie KIT DE ACCESORIOS SI NO Especificar			
B. MATERIALES EDUCATIVOS. El facilitador cuenta con su Guía Si _____ No _____ Todos los participantes cuentan con cuadernos de trabajo Si _____ No _____			
C. MATERIALES DE APOYO PEDAGÓGICO. Se cuenta con kit de materiales: mota, tiza, plumones, papelógrafo, cinta masking tape, tablero acrílico? Si _____ No _____			
D. ASIGNACIÓN DE ÚTILES Los participantes cuentan con útiles: cuaderno A-4, lápiz con borrador, borrador blanco, tajador? Si _____ No _____			
EN CUANTO A LAS SESIONES DE TRABAJO,		SI	NO
SESIÓN Nº :	TEMA TRATADO :		
A) EXISTE CORRESPONDENCIA ENTRE LA SESIÓN PROGRAMADA Y LA SESIÓN DESARROLLADA			
B) EXISTE CORRESPONDENCIA ENTRE LA SESIÓN DESARROLLADA Y EL AVANCE DE LOS PARTICIPANTES EN LOS CUADERNOS DE TRABAJO			
C) EXISTE CORRESPONDENCIA ENTRE LA METODOLOGÍA DE TRABAJO Y EL TIPO DE MATERIAL PEDAGÓGICO QUE SE UTILIZA			
EVALUACIÓN DEL NIVEL DE AVANCE OBSERVADO DE LOS PARTICIPANTES			
MUY SATISFACTORIO <input type="checkbox"/> SATISFACTORIO <input type="checkbox"/> INSATISFACTORIO <input type="checkbox"/>			
RECOMENDACIONES SUGERIDAS POR EL SUPERVISOR :			
_____ Firma Nombre del facilitador		_____ Firma Nombre del Especialista / Supervisor / Coordinador	

FORMATO N° 11 (F-11)

MINISTERIO DE EDUCACIÓN

**PROGRAMA NACIONAL DE MOVILIZACIÓN POR LA ALFABETIZACIÓN - PRONAMA
SUPERVISIÓN DEL CÍRCULO POR
ESPECIALISTA, SUPERVISOR Y COORDINADOR LOCAL**

FECHA: ____ / ____ / ____

REGIÓN :		PROVINCIA :	
DISTRITO :		CENTRO POBLADO :	
I. INFORMACIÓN GENERAL DEL CÍRCULO			OBSERVACIONES
A. NOMBRE DEL CÍRCULO :			
B. Método. Aprender y Crecer: Español _____ Quechua _____ Aimara _____ Otra metodología /(especificar) _____			
C. CUMPLIMIENTO DE DÍA Y HORARIO DE SESIONES ESTABLECIDO : Se cumplió con la sesión programada : SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Se cumplió con el horario establecido : SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
II. INFORMACIÓN DEL FACILITADOR			OBSERVACIONES
A. Nombre : _____ Facilitador designado <input type="checkbox"/> Facilitador no designado <input type="checkbox"/>			
III. INFORMACIÓN DE LOS PARTICIPANTES			OBSERVACIONES
A. Cantidad de iletrados participantes en el círculo : REAL (Asistentes) REGISTRADOS			
B. Porcentaje de asistencia : %			
IV. DOCUMENTACIÓN DEL CÍRCULO			OBSERVACIONES
Se cuenta con los documentos :	SI	NO	
- Acta de Instalación			
- Ficha de registro de participantes			
- Cronograma de sesiones del Facilitador			
- Control de Asistencia			
- Control de visitas de supervisión al círculo			
V. INFORMACIÓN DEL LOCAL Y MOBILIARIO			OBSERVACIONES
A. Tipo de local :			
B. Estado actual para dictado de sesiones Adecuado _____ Regular _____ Deficiente _____ Especificar			
C. Situación del mobiliario ¿Cuenta con pizarra?: Si _____ tipo: Normal _____ Blanca _____ No _____ ¿Cuenta con mesas y sillas, o carpetas individuales para cada participante? Si _____ No (especificar) _____			

VI. INFORMACIÓN DE EQUIPOS Y MATERIALES		NOTAS	
<p>A. Equipos existentes :</p> <p>TV..... DVD Otro..... Ninguno</p> <p>Nº de serie :</p> <p>TV DVD.....</p> <p>Otro :</p> <p>EQUIPO GENERADOR SI NO</p> <p>Marca y Nº de serie</p> <p>KIT DE ACCESORIOS SI NO</p> <p>Especificar</p>			
<p>B. MATERIALES EDUCATIVOS.</p> <p>El facilitador cuenta con su Guía Si _____ No _____</p> <p>Todos los participantes cuentan con cuadernos de trabajo Si _____ No _____</p>			
<p>C. MATERIALES DE APOYO PEDAGÓGICO.</p> <p>Se cuenta con kit de materiales: mota, tiza, plumones, papelógrafo, cinta masking tape, tablero acrílico? Si _____ No _____</p>			
<p>D. ASIGNACIÓN DE ÚTILES</p> <p>Los participantes cuentan con útiles: cuaderno A-4, lápiz con borrador, borrador blanco, tajador? Si _____ No _____</p>			
EN CUANTO A LAS SESIONES DE TRABAJO,		SI	NO
SESIÓN Nº :	TEMA TRATADO :		
A) EXISTE CORRESPONDENCIA ENTRE LA SESIÓN PROGRAMADA Y LA SESIÓN DESARROLLADA			
B) EXISTE CORRESPONDENCIA ENTRE LA SESIÓN DESARROLLADA Y EL AVANCE DE LOS PARTICIPANTES EN LOS CUADERNOS DE TRABAJO			
C) EXISTE CORRESPONDENCIA ENTRE LA METODOLOGÍA DE TRABAJO Y EL TIPO DE MATERIAL PEDAGÓGICO QUE SE UTILIZA			
EVALUACIÓN DEL NIVEL DE AVANCE OBSERVADO DE LOS PARTICIPANTES			
MUY SATISFACTORIO <input type="checkbox"/> SATISFACTORIO <input type="checkbox"/> INSATISFACTORIO <input type="checkbox"/>			
RECOMENDACIONES SUGERIDAS POR EL SUPERVISOR :			
_____ Firma Nombre del facilitador		_____ Firma Nombre del Especialista / Supervisor / Coordinador	