



Informe del Supervisor sexto mes

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

Página 1 de 4

REGIÓN:	PROVINCIA:	DISTRITO:	
APELLIDOS Y NOMBRES DEL SUPERVISOR:			
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 EDUCACIÓN
PROGRAMA NACIONAL DE MOVILIZACIÓN POR LA ALFABETIZACIÓN
FORMATO DE CONTROL MENSUAL DE LA LABOR DEL SUPERVISOR

I. SUPERVISIÓN DE CÍRCULOS

	Nombre del círculo	Centro Poblado	Distrito	Apellidos y nombre (Facilitador)	Firma (Facilitador)	Fecha (dd/mm/aa)
26						/ /
27						/ /
28						/ /
29						/ /
30						/ /
31						/ /
32						/ /
33						/ /
34						/ /
35						/ /
36						/ /
37						/ /
38						/ /
39						/ /
40						/ /
41						/ /
42						/ /
43						/ /
44						/ /
45						/ /
46						/ /
47						/ /
48						/ /
49						/ /
50						/ /

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

II. REUNIONES Y CAPACITACIÓN CON FACILITADORES A SU CARGO

APELLIDOS Y NOMBRES FACILITADORES	FECHA REUNIÓN 1 (dd/mm/aa)	FIRMA DEL FACILITADOR QUE ASISTIÓ	FECHA REUNIÓN 2 (dd/mm/aa)	FIRMA DEL FACILITADOR QUE ASISTIÓ
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	/ /		/ /	

MINISTERIO DE EDUCACIÓN
PROGRAMA NACIONAL DE MOVILIZACIÓN POR LA ALFABETIZACIÓN
FORMATO DE CONTROL MENSUAL DE LA LABOR DEL SUPERVISOR

Firman en señal de conformidad.

Página 4 de 4

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

INSTRUCCIONES PARA EL LLENADO DEL FORMATO DE CONTROL MENSUAL DE LA LABOR DEL SUPERVISOR

Este formato debe ser llenado mensualmente por los supervisores y entregado al inicio de cada mes al coordinador local, quienes deben remitirlo 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 literados, etc.

Los supervisores deben hacer firmar a los 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 SOBRE EL ESTADO DE LOS CÍRCULOS, A CARGO DEL SUPERVISOR

Página 1 de 2

REGIÓN:		PROVINCIA:		DISTRITO:
APELLIDOS Y NOMBRES DEL SUPERVISOR:				TELÉFONO:

I. DIFICULTADES ENCONTRADAS EN EL PROCESO DE ALFABETIZACIÓN

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



**MINISTERIO DE EDUCACIÓN
PROGRAMA NACIONAL DE MOVILIZACIÓN POR LA ALFABETIZACIÓN
INFORME CUALITATIVO SOBRE EL ESTADO DE LOS CÍRCULOS, A CARGO DEL SUPERVISOR**

Página 2 de 2

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

IV. OTRAS CUESTIONES QUE CONSIDERAN CONVENIENTE RESALTAR

Firma del Supervisor:

Nombre del Supervisor:

DNI del Supervisor:

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 : 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 : 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	<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	
A. Equipos existentes : TV..... DVD Otro..... Ninguno N° de serie : TV DVD..... Otro : EQUIPO GENERADOR SI NO Marca y N° 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 N° :	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 N° de serie : TV DVD..... Otro : EQUIPO GENERADOR SI NO Marca y N° 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 N° :	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 : 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 : 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 : 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 : 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 : 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 : 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 : 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 : 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	
A. Equipos existentes : TV..... DVD Otro..... Ninguno N° de serie : TV DVD..... Otro : EQUIPO GENERADOR SI NO Marca y N° 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 N° :	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 : 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	<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	<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	
A. Equipos existentes : TV..... DVD Otro..... Ninguno N° de serie : TV DVD..... Otro : EQUIPO GENERADOR SI NO Marca y N° 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 N° :	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 : 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	<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	
A. Equipos existentes : TV..... DVD Otro..... Ninguno N° de serie : TV DVD..... Otro : EQUIPO GENERADOR SI NO Marca y N° 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 N° :	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		_____ Firma	
Nombre del facilitador		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 : 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	<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	
A. Equipos existentes : TV..... DVD Otro..... Ninguno N° de serie : TV DVD..... Otro : EQUIPO GENERADOR SI NO Marca y N° 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 N° :	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		_____ Firma	
Nombre del facilitador		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 : 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	<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	
A. Equipos existentes : TV..... DVD Otro..... Ninguno N° de serie : TV DVD..... Otro : EQUIPO GENERADOR SI NO Marca y N° 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 N° :	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 N° de serie : TV DVD..... Otro : EQUIPO GENERADOR SI NO Marca y N° 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 N° :	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	
A. Equipos existentes : TV..... DVD Otro..... Ninguno N° de serie : TV DVD..... Otro : EQUIPO GENERADOR SI NO Marca y N° 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 N° :	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 : 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	
A. Equipos existentes : TV..... DVD Otro..... Ninguno N° de serie : TV DVD..... Otro : EQUIPO GENERADOR SI NO Marca y N° 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 N° :	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		_____ Firma	
Nombre del facilitador		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 : 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 : 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	