

Logo del OEC	EXAMINACIÓN DE COMPETENCIA	Código
		Versión 1.1
		Fecha de emisión
		Fecha de Revisión
		File:C009

VERIFICACIÓN DEL LUGAR DE EXAMINACIÓN				Datos del contenido del examen	
1. Verificación de Seguridades de la(s) Examinación(es)	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	Nombre del perfil
2. Verificación de funcionamiento de maquinaria y equipos requeridos para la examinación	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	Fecha de Creación: (DD-MM-AA)
3. Verificación de funcionamiento de herramientas y materiales requeridas para la examinación	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	Fecha de Revisión: (DD-MM-AA)
				Versión:	

DATOS DEL CANDIDATO		DATOS DEL EXAMINADOR		DATOS DE LA EXAMINACIÓN	
NOMBRE:		NOMBRE:		LUGAR:	
# EXPEDIENTE:		# EXPEDIENTE:		FECHA:	

PARTE I - EXAMINACIÓN DE DESTREZAS

Descripción de la actividad observada:	
Tiempo asignado para la actividad:	

A. Elementos de competencia	B. Criterios de desempeño	C. Método de verificación y actividad a realizar. (p.ej. observación, examen escrito, producto, etc.)	D. Información. (p.ej. Anexos como: hojas de cálculo, informes, planos, datos, normas, etc.)	E. Medios y materiales de producción que se deben utilizar. (p.ej. materiales, equipos, herramientas, maquinaria, etc.)	F. Resultado/s esperado/s de la/s actividad/es, siguiendo los procesos, procedimientos y métodos aplicables. (¿Cuál es el producto esperado? ¿Qué métodos de ejecución, Normas de seguridad, etc., debe seguir?)	Resultado de la/s destreza/s evaluada/s Cumple (C) / No cumple (NC)
<p>(Marque con una "X" el resultado)</p> <p>¿Logró los resultados esperados de la/s actividad/es, siguiendo los procesos, métodos y procedimientos, con lo medios y materiales correctos?</p>						
						SI
						NO

