

Lista de verificación del portafolio de evidencias

Nombre del candidato:					
Clave y Centro de Evaluación:					
Código y estándar de competencias: EC1417 Prestación de servicio auxiliar de quiropodia					
Folio del lote:	Folio del proceso:	Fecha de elaboración:	Día:	Mes:	Año
Documento	Cumple/Firmado	Observaciones al documento			



Ficha de Registro

Sí No

Este documento se debe integrar al portafolio, en caso de que el candidato haya decidido hacer públicos sus datos personales se deberá anexar copia de su identificación oficial y de su CURP



Diagnóstico

Sí No

Fecha de aplicación: ____/____/____



Plan de evaluación

Sí No

Fecha de elaboración: ____/____/____



Instrumentos de Evaluación integrados

Sí No

Fecha de aplicación: ____/____/____



Evidencias

Sí No

Las evidencias deben estar en orden conforme al listado de evidencias que se encuentra en el portafolio de evidencias, con nombre y firma al calce de forma autógrafa



Cédula de evaluación

Sí No

Fecha de elaboración: ____/____/____

Observaciones Generales

Nombre y firma del Coordinador del Centro de Evaluación

Nombre y firma del Evaluador

Este documento representa el cumplimiento de la integración del portafolio de evidencias que contribuye al aseguramiento de la calidad y es responsabilidad de quienes lo firman. Para efectos de auditoría deberá estar perfectamente validado e integrado, en caso contrario, se corre el riesgo de ser penalizado con la suspensión de los prestadores de servicios encargados.

Portafolio de Evidencias

Nombre completo del Candidato(a):

EC1417 Prestación de servicio auxiliar de quiropodia

Nombre del evaluador (a):

No. de cédula de acreditación/Denominación del Centro de Evaluación:

Índice

1. Datos del Candidato(a).

- ✓ Ficha de Referencia del Candidato(a) firmada
 - (En caso de haber aceptado hacer públicos sus datos favor de enviar copia de su identificación oficial y copia de su CURP)
- ✓ Diagnóstico del candidato(a).
- ✓ Tríptico de derechos y obligaciones (acuse de recibido)

2. Recopilación de evidencias.

- ✓ Plan de Evaluación Acordado con el Candidato(a)
(Acuse de recibido)
- ✓ Instrumento de Evaluación Aplicado al Candidato(a) (únicamente en el caso de que los resultados hayan sido registrados en el IEC impreso)
- ✓ Evidencias complementarias (si y solo si el IEC lo establece como requerimiento adicional: fotografías, videos, documentos, etc.).
- ✓ Evidencia histórica y reporte de comprobación correspondiente (aplica si y solo si para la emisión del juicio de competencia se tomó como referente evidencia histórica).

3. Cierre de la evaluación.

- ✓ Cédula de Evaluación del Candidato(a)
(Acuse de recibido)
- ✓ Encuesta de satisfacción del candidato(a)

1. Datos del Candidato(a)

Fecha:	Día:	Mes:	Año:
---------------	-------------	-------------	-------------

DATOS GENERALES

Código: EC1417	Estándar de competencia: Prestación de servicio auxiliar de quiropodia	Nivel Dos
--------------------------	--	---------------------

Este diagnóstico tiene el propósito de identificar las posibilidades de éxito del candidato(a) al realizar un proceso de evaluación en competencia laboral.

Instrucciones para el candidato(a):

Lea cuidadosamente los siguientes reactivos y únicamente responda aquellas opciones que están numeradas.

Si usted realiza o ha realizado la actividad descrita marque "✓" en la casilla correspondiente a "SI", de lo contrario márquela en la casilla "NO".

Las secciones sombreadas no requieren respuesta, indican una instrucción para los reactivos siguientes.

Si usted cuenta con alguna evidencia física generada con anterioridad, que se relacione con alguno(s) de los reactivos, infórmelo al evaluador.

CRITERIOS DE DESEMPEÑO

Al requisitar la hoja de datos del cliente y obtener la información del cliente, usted recaba la siguiente información:

		Sí	No
1.	Datos generales		
2.	El motivo de la visita		
3.	Antecedentes heredo familiares y antecedentes personales patológicos y no patológicos		
4.	Información del tipo y número de calzado que usa con frecuencia		
5.	Información sobre el tipo de actividad laboral/deportiva que realiza		
6.	Presentación de factores alérgicos cutáneos		
7.	Turna la información recabada al podólogo responsable		

Para proporcionar la comodidad al pie sano, usted:

8.	Inicia el servicio de quiropodia		
9.	Limpiamos los canales ungueales y los bordes distales de los dedos del pie del cliente		
10.	Realiza el corte de uña		
11.	Pule las uñas del pie del cliente		
12.	Pule la epidermis del pie del cliente		
13.	Exfolia la zona dorsal del pie del cliente		
14.	Exfolia la zona plantar del pie del cliente		
15.	Realiza la asepsia posterior al corte de uñas y exfoliación		
16.	Revisa la zona dorsal del pie del cliente		
17.	Revisa la zona plantar del pie del cliente		
18.	Aplica masaje manual al pie del cliente		
19.	Aplica masaje mecánico al pie del cliente		
20.	Finaliza el servicio de quiropodia		
21.	Prepara el gabinete a utilizar para el servicio de quiropodia		

CRITERIOS DE DESEMPEÑO		Sí	No
Cuando ofrece recomendaciones sobre el tipo de calzado, usted:			
22.	Explica al cliente cual es el calzado adecuado de acuerdo a su tipo de pie		
23.	Explica al cliente las características que debe cubrir su calzado de acuerdo con su tipo de pie para prevenir lesiones		
24.	Explica al cliente las características que debe cubrir su calzado de acuerdo con su actividad laboral para prevenir lesiones		
25.	Explica al cliente las características que debe cubrir su calzado de acuerdo con sus actividades deportivas para prevenir lesiones		
26.	Recomienda el calzado de acuerdo con la edad y sexo del cliente		
Para el desarrollo de la evaluación, usted puede demostrar los siguientes conocimientos:			
27.	Técnicas de esterilización		
28.	Conceptos básicos de anatomía del pie		
29.	Sustancias antisépticas, reblandecedoras y lubricantes		
30.	Material protector e instrumental para quiropodia		
31.	Tipos de pie		
32.	Componentes normales de un calzado		

RESULTADOS DEL ANÁLISIS DEL DIAGNÓSTICO	
<p>Evaluador: Deberá calcular el resultado del diagnóstico en porcentaje, dividiendo el número de respuestas afirmativas entre el total de reactivos y multiplicado por 100.</p> <p>La diferencia del resultado, que son los reactivos negativos, deberá ser retroalimentada por el evaluador.</p>	
Marque con una (✓) el resultado del diagnóstico:	Favorable al proceso de evaluación, si las respuestas afirmativas son igual o mayor al 85%, sobre el total de respuestas
	No Favorable al proceso de evaluación, si las respuestas afirmativas son igual o menor al 84.9%, sobre el total de respuestas

Nombre y firma del candidato

Nombre y firma del evaluador

2. Recopilación de Evidencias

Plan de Evaluación

Evaluador:	Nombre completo
Centro de Evaluación:	Clave de la Cédula de Evaluación/Denominación del Centro de Evaluación
Fecha:	Día - Mes - Año en que se acordó del Plan de Evaluación
Estándar de Competencia:	EC1417 Prestación de servicio auxiliar de quiropodia
Candidato(a):	Nombre completo

Resultado del Diagnóstico:	Resultado numérico del diagnóstico aplicado (%):	Favorable <input type="checkbox"/>	No favorable <input type="checkbox"/>
Se sugirió capacitación:	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	

No.	Actividades del candidato y forma de desarrollo	Fecha (dd/mm/aaaa)
Desempeños (acciones) a evaluarse con Técnica de Campo e instrumento Guías de Observación:		
1.	Obtendrá información del cliente: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Preguntando sus datos generales, ▪ Preguntando el motivo de la visita, ▪ Preguntando antecedentes heredo familiares y antecedentes personales patológicos y no patológicos, ▪ Obteniendo la información del tipo y número de calzado que usa con frecuencia, ▪ Obteniendo información sobre el tipo de actividad laboral/deportiva que realiza, ▪ Preguntando si presenta factores alérgicos cutáneos, ▪ Turnando la información recabada al podólogo responsable, y ▪ Solicitando verbalmente la autorización al podólogo responsable para realizar el servicio de quiropodia. 	
2.	Iniciará el servicio de quiropodia: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Colocándose el cubre boca y los guantes, ▪ Seleccionando las sustancias a utilizar, ▪ Aplicando las medidas de seguridad e higiene, ▪ Realizando la asepsia del pie, y ▪ Aplicando el reblandecedor en el área a tratar. 	
3.	Limpiará los canales ungueales y los bordes distales de los dedos del pie del cliente: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Retirando con el guiador y cucharilla las impurezas del canal ungueal, y ▪ Respetando el borde distal para evitar lesiones. 	
4.	Realizará el corte de uña: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Cortando la uña con el alicate y guiador, y ▪ Respetando la anatomía de la uña en el pie sano 	
5.	Pulirá las uñas del pie del cliente: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Utilizando una fresa para lograr bordes ungueales con contorno regular, y ▪ Respetando el límite de la uña para evitar lesiones/infecciones. 	
6.	Pulirá la epidermis del pie del cliente: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Utilizando el pulidor/micromotor para pulir el área tratada, y ▪ Palpando el pie para identificar posibles asperezas 	
7.	Exfoliará la zona dorsal del pie del cliente: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Puliendo las callosidades con pulidor/micromotor, y ▪ Respetando los límites de la epidermis 	
8.	Exfoliará la zona plantar del pie del cliente: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Puliendo las callosidades con pulidor/micromotor, y ▪ Respetando los límites de la epidermis 	
9.	Realizará la asepsia posterior al corte de uñas y exfoliación: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Aplicando un antiséptico en todo el pie con un atomizador, ▪ Retirando los residuos, ▪ Secando el pie con toalla desechable, y ▪ Solicitando al podólogo responsable la revisión del servicio realizado 	

Plan de Evaluación

No.	Actividades del candidato y forma de desarrollo	Fecha (dd/mm/aaaa)
10.	Revisará la zona dorsal del pie del cliente: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Verificando que la zona dorsal exfoliada quede libre de callosidades, ▪ Verificando que la zona exfoliada muestre una superficie regular, y ▪ Verificando que el área tratada no presente sangrados ni enrojecimiento 	
11.	Revisará la zona plantar del pie del cliente: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Verificando que la zona plantar exfoliada quede libre de callosidades, ▪ Verificando que la zona exfoliada muestre una superficie regular, y ▪ Verificando que el área tratada no presente sangrados ni enrojecimiento 	
12.	Aplicará masaje manual al pie del cliente: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Utilizando lubricante, ▪ Deslizando las manos circularmente, ▪ Realizando movimientos de tracción, y ▪ Realizando movimientos de presión 	
13.	Aplicará masaje mecánico al pie del cliente: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Utilizando vibrador, ▪ Evitando que la piel del cliente tenga contacto directo con el vibrador, y ▪ Colocando material protector 	
14.	Finalizará el servicio de quiropodia: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Depositando en el contenedor los desechos del servicio, ▪ Depositando el instrumental utilizado en un contenedor para pasar al área de CEYE, y ▪ Dando aviso al podólogo responsable del término del servicio para su revisión correspondiente. 	
Productos (evidencia física) a evaluarse con Técnica de Gabinete e instrumento Listas de Cotejo:		
15.	Presentará la hoja de datos de la cliente requisitada: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Indica la fecha de elaboración, ▪ Indica el nombre completo del cliente, edad, sexo, ocupación, dirección y teléfono, ▪ Indica el motivo de la visita, ▪ Contiene resumen de resultados previos y actuales de estudios de laboratorio y gabinete, ▪ Contiene tipo y número de calzado que utiliza con frecuencia, ▪ Contiene tipo de actividad laboral/deportiva que realiza, ▪ Contiene la rúbrica/firma/huella de conformidad del cliente, y ▪ Está integrada al expediente del cliente. 	
16.	Presentará el gabinete a utilizar para el servicio de quiropodia: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Está libre de polvo y basura, ▪ Muestra el instrumental esterilizado en sobres/paquetes, y ▪ Muestra las sustancias a utilizar identificadas por su nombre. 	
Conocimientos (temas) a evaluarse con Técnica de Gabinete y con instrumentos Cuestionarios		
17.	Técnicas de esterilización	
18.	Conceptos básicos de anatomía del pie	
19.	Sustancias antisépticas, reblandecedoras y lubricantes	
20.	Material protector e instrumental para quiropodia	
21.	Tipos de pie	
22.	Componentes normales de un calzado	
Actitudes, hábitos y valores (acciones o productos) a evaluarse con Guías de Observación o Lista de Cotejo		
23.	Limpieza: <ul style="list-style-type: none"> ▪ La manera en que se presenta con uniforme limpio, gorro, guantes, cubrebocas con pelo recogido 	

Plan de Evaluación

Requerimientos para el desarrollo de la evaluación	
Requerimientos:	<ul style="list-style-type: none"> Es necesario contar como mínimo con el siguiente equipo para poder poner en práctica este EC: gabinete de trabajo, sillón, micromotor, esterilizador de calor seco o húmedo, vibrador eléctrico, porta lija y fresa metálica o de pasta. Es necesario contar como mínimo con el siguiente instrumental para poder realizar el servicio de quiropodia: alicatas recto y curvo, guiador o estilete y gubia. Es necesario contar como mínimo con los siguientes materiales para poder poner en práctica este EC: sustancias antisépticas, reblandecedoras y lubricantes, guantes, bata, cubre boca, material protector.
Detalles de la práctica:	<ul style="list-style-type: none"> Para demostrar la competencia en este EC, se recomienda que se lleve en el lugar de trabajo y durante su jornada laboral, sin embargo, puede realizarse de manera simulada si el sitio para la evaluación cuenta con la estructura para llevar a cabo el desarrollo de todos los criterios de evaluación referidos en el EC.
Responsable de proveer los insumos:	Evaluador, Candidato o Ambos
Tiempo estimado para la evaluación:	1 hora en gabinete y 2 horas en campo, totalizando 3 horas

Aspectos para obtener un juicio de competente:	
Cantidad	Requerimiento
Primero:	La suma total del peso relativo de los pesos del IEC que se aplique sea igual o mayor a: 90.98 .
Segundo:	Existe al menos un reactivo cumplido para cada criterio de evaluación, aplica solo para reactivos de Producto y Desempeño

Acuerdo para el desarrollo de la Evaluación		
Lugar:	Fecha:	Horario:
Dónde se evaluará, nombre del lugar de evaluación, y teléfonos	Día/mes/año	Hora de la evaluación

Acuerdo para la presentación de resultados de la evaluación (no debe ser mayor a cinco días hábiles posterior a la evaluación):		
Lugar:	Fecha:	Horario:
Dónde se entregarán los resultados, nombre del lugar, y teléfonos	Día/mes/año	Hora de la entrega de resultados

Con la firma del presente confirmo que:

- Se me proporcionó la información suficiente y detallada respecto a los desempeños, productos y conocimientos a demostrar durante la evaluación, así como los lugares, fechas y horarios en que se realizará.
- Se me proporcionó y explicó el tríptico de derechos y obligaciones de los usuarios del Sistema Nacional de Competencias.

Notas Importantes:

- La emisión del certificado, deberá realizarse en un período estimado de 90 días naturales a partir de la entrega de resultados al candidato.
- Previo a la solicitud del certificado, el proceso de evaluación será revisado por un Grupo de Dictamen, para asegurar que el evaluador trabajó en apego a la normatividad establecida por el CONOCER y a lo solicitado en el Estándar de Competencia.
- En caso de que el Grupo de Dictamen determine que el evaluador NO se apegó a la normatividad el proceso de evaluación tendrá que reponerse al candidato, sin costo (para el candidato) y con un evaluador distinto.
- Sí el Grupo de Dictamen Ratifica el juicio dado por el evaluador, el CE/Ei se pondrá en contacto con el candidato para indicarle los trámites correspondientes ante la ECE/OC para la emisión del Certificado de competencia.



Plan de Evaluación

Nombre y firma del Evaluador

Nombre y firma del Candidato(a)

Estoy de acuerdo

***Se deberá entregar copia de este documento al candidato**



A continuación, se listan las evidencias que se deben presentar y cumplir cada uno de los puntos

EC1417 Prestación de servicio auxiliar de quiropodia	
LISTA DE EVIDENCIAS INTEGRADAS (Favor de identificar las evidencias con el número y nombre correspondiente)	
1.	<p>La hoja de datos de la cliente requisitada:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Indica la fecha de elaboración, ▪ Indica el nombre completo del cliente, edad, sexo, ocupación, dirección y teléfono, ▪ Indica el motivo de la visita, ▪ Contiene resumen de resultados previos y actuales de estudios de laboratorio y gabinete, ▪ Contiene tipo y número de calzado que utiliza con frecuencia, ▪ Contiene tipo de actividad laboral/deportiva que realiza, ▪ Contiene la rúbrica/firma/huella de conformidad del cliente, y ▪ Está integrada al expediente del cliente.
2.	<p>El gabinete a utilizar para el servicio de quiropodia presentado por el candidato (a) (fotografía):</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Está libre de polvo y basura, ▪ Muestra el instrumental esterilizado en sobres/paquetes, y ▪ Muestra las sustancias a utilizar identificadas por su nombre.
3.	<p>* Fotografías o videos cortos (20 a 30 segundos) de los desempeños solicitados en las guías de observación del instrumento de evaluación (se sugiere 4 fotografías por hoja tamaño carta escaneada) describiendo al pie de esta el momento que representa. <u>MUY IMPORTANTE:</u></p> <p>En las fotografías que se solicitan, deberán aparecer el candidato, los participantes principalmente y sí es el caso, el evaluador, en las distintas situaciones que se mencionan en las guías de observación de los instrumentos de evaluación.</p> <p>Las evidencias integradas en el portafolio de evidencias deberán contener el nombre y firma de manera autógrafa del candidato(a).</p>

Se presentan evidencias históricas y/o adicionales (no obligatorias)	Sí	No

En caso de presentar evidencias históricas deberá integrar el

“Reporte de autenticación y validación de evidencia histórica”

3. Cierre de la Evaluación

Cédula de Evaluación

Evaluador:	Nombre completo del Evaluador
Centro de Evaluación:	Clave de la Cédula de Evaluación/Denominación del Centro de Evaluación
Candidato(a):	Nombre completo
Estándar de Competencia:	EC1417 Prestación de servicio auxiliar de quiropodia
Fecha:	Día – Mes – Año de la presentación de los resultados de la evaluación

RESULTADO DE LA EVALUACIÓN	
Mejores prácticas:	Describa, en su caso, los resultados sobresalientes del Candidato(a) presentados en la evaluación.
Áreas de oportunidad:	Describa, en su caso, los resultados del Candidato(a) donde podría mejorar sus actividades y que requieren de un punto de atención para la mejora.
Criterios de Evaluación que no se cubrieron:	Anote el o los componentes del EC, con su referencia a conocimientos, productos, desempeños y las evidencias que no demostró satisfactoriamente.
Recomendaciones:	Anote las recomendaciones de capacitación con base en competencias y la identificación de estándares en los que pudiera evaluarse y certificarse el Candidato(a).

JUICIO DE EVALUACIÓN

Evaluador
Nombre y Firma

Candidato(a)
Nombre y Firma

*Se debe entregar copia al candidato

Estoy de acuerdo con el juicio de evaluación y satisfecho con los comentarios emitido: Sí No

Notas:	<ul style="list-style-type: none"> El Juicio de Competencia emitido, está sujeto a la ratificación del Grupo de Dictamen El candidato realizará el trámite para la emisión del certificado sí y sólo sí su juicio de competencia resulta ser Competente y es ratificado por el grupo de dictamen
---------------	--

Contacto, sugerencias o quejas: buzon_daoce@conalep.edu.mx

Comentarios del candidato:	Para uso libre y exclusivo del candidato
-----------------------------------	--

Anexo IV
F03-MO-COSU-05 Encuesta de satisfacción del proceso de evaluación





La encuesta debe contener reactivos relacionados con la atención y tiempos del servicio en cuanto al procedimiento de evaluación, el presente formato es sugerido.

Encuesta de Satisfacción del Proceso de Evaluación de Competencia

SU OPINIÓN ES MUY IMPORTANTE

Nombre y firma del Candidato:	
--------------------------------------	--

Conteste las siguientes preguntas marcando con una **X** la opción que considere adecuada al servicio recibido, conforme a la siguiente escala de evaluación:

		Totalmente desacuerdo	Parcialmente en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
					
1.	¿La presentación del Estándar de Competencia y la aplicación del diagnóstico, fue realizada sin costo para usted?				
2.	¿La información proporcionada fue suficiente para iniciar sin dudas su proceso de evaluación?				
3.	¿Recibió un trato digno y respetuoso durante las etapas del proceso de evaluación?				
4.	¿Fue condicionada a tomar un curso de capacitación previo a la evaluación?				
5.	¿Le presentaron, explicaron y acordaron el Plan de Evaluación previo a la evaluación?				
6.	¿Recibió retroalimentación detallada de las etapas y resultados de su evaluación?				
7.	¿El evaluador atendió todas sus dudas?				
8.	¿En caso de haber resultado competente, le informaron los tiempos de entrega del certificado?				



www.conocer.gob.mx

Llama al 01 800 288 2666