**FECHA:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**DIRECCION TERRITORIAL:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**CIUDAD:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**NOMBRE COMPLETO DEL PSICOSOCIAL:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**NUMERO DE CEDULA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**NOMBRE DEL ENLACE NACIONAL: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**OBJETIVO:**

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
| **ASPECTOS TECNICOS** |
| **Actividades/productos** | **SEGUIMIENTO** |
|  | **SEGUIMIENTO A LA IMPLEMENTACION CON EL PROFESIONAL** |
| **Lugares de la Implementación** |  |
| **Convocatoria (uso de base de datos, retroalimentación de respuesta de asistencia y no asistencia, respuesta territorial, dificultades)** |  |
| **Aprendizajes( Dificultades encontradas en el momento de atención de algunos casos)** |  |
| **Dificultades en la implementación técnica/ fortalezas**  |  |
| **Propuestas, recomendaciones del profesional para mejoramiento de la estrategia** |  |
| **Estado emocional del profesional** |  |

**ll. OBSERVACION DEL CASO ACOMPAÑADO.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Numero de encuentro** |  | **Número de participantes** |  |
| **habilidades del profesional ( formulación de preguntas, presentificacion, disposición corporal, escucha activa, cierre, promover la elaboración, señalamiento de la afectación, conexión de la narrativa)** |
|  |
| **Retroalimentación de logros y aspectos a mejorar (que le dijo al profesional)** |
|  |
| **ASPECTOS ADMINISTRATIVOS** |
|  | **SEGUIMIENTO / CUMPLIMIENTO SEGÚN PROCEDIMIENTO/CUMPLIMIENTO SEGUN PROCEDIMIENTO ASPECTOS A MEJORAR** |
| **Diligenciamiento de formatos(base de datos, informe mensual, formatos de asistencia)** |  |
| **Tiempos de entrega** |  |
|  |  |
| **Sede** |  |

**OBSERVACIONES (**evaluación, concepto final**)**

|  |
| --- |
|  |

**CONCEPTO DE SEGUIMIENTO**

|  |
| --- |
|  |

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**FIRMA DEL PROFESIONAL PSICOSOCIAL**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **FIRMA DEL ENLACE PSICOSOCIAL**

**FECHA DE LA PROXIMA REUNION\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**