**Formato verificación kit del profesional Estrategia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Entidad/Operador\_: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Individual: \_\_ Grupal: \_\_ étnico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Cargo del profesional al que se revisa el Kit\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Para uso del seguimiento, la supervisión o su apoyo**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| MATERIAL (Digite previamente los materiales que debe contemplar el kit del profesional psicosocial según lo estipule es El Contrato, Convenio y/o Alianza a través de la cual se desarrolla la Estrategia a la que se le va a realizar seguimiento). | | | CANTIDAD | | OBSERVACIONES EN CUANTO CALIDAD Y CARACTERÍSTICAS | | |
|  | | |  | |  | | |
|  | | |  | |  | | |
| Incluya las casillas que requiera según lo contratado o estipulado que debe contener el kit del profesional psicosocial. | | |  | |  | | |
| **KIT COMPLETO** | | | SI | | NO | | |
| **DESCRIPCIÓN FALTANTES** | | | | | **CANTIDAD** | | |
|  | | | | |  | | |
| OBSERVACIONES GENERALES | | | | | | | |
| CARGO DE QUIEN VERIFICA | NOMBRE | FIRMA | | CÚDULA | TELÉFONO | FECHA | LUGAR Y HORA |
|  |  |  | |  |  |  |  |
| PROFESIONAL PSICOSOCIAL |  |  | |  |  |  |  |

**CONTROL DE CAMBIOS**.

| **Versión** | **Fecha** | **Descripción de la modificación** |
| --- | --- | --- |
| V1 | 24/08/2017 | Creación del formato. |
| V2 | 17/10/2018 | Actualización por cambio del nombre del procedimiento al que está asociado de: “Estrategia de Recuperación Emocional a Nivel Grupal ERE-G” a “Procedimiento Estrategias de Recuperación Emocional Grupales”. |
| V3 | 13/09/2019 | Modificación del formato por cambio de imagen institucional. |