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

**DIRECCIÓN TERRITORIAL: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

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

**NOMBRE DEL PROFESIONAL PSICOSOCIAL: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**NÚMERO DE CÉDULA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

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

**OBJETIVO:**

|  |
| --- |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. ASPECTOS TÉCNICOS   SEGUIMIENTO A LA IMPLEMENTACIÓN 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 (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 |  |

1. OBSERVACIÓN DEL CASO ACOMPAÑADO.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Número de encuentro |  | | Número de participantes |  |
| Habilidades del profesional (formulación de preguntas, presentación, disposición corporal, escucha activa, cierre, promover la elaboración, señalamiento de la afectación, conexión con la narrativa) | | | | |
|  | | | | |
| Retroalimentación de logros y aspectos a mejorar | | | | |
|  | | | | |
| 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 | |  | | |
| Lugar de trabajo | |  | | |

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

|  |
| --- |
|  |

**CONCEPTO DE SEGUIMIENTO**

|  |
| --- |
|  |

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

**FIRMA DEL PROFESIONAL PSICOSOCIAL**

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

**FIRMA DEL ENLACE PSICOSOCIAL**