

Fecha de Supervisión		Hora de Inicio:		Hora de finalización:		Nombre del Coordinador	
Seguimiento a :	Formador		Profesional Psicosocial		Nombre del profesional al que se le hace la visita		
Edades:	3-5 Años		6-9 Años		10-12 años		13-15 años
							16-17 años
Departamento:		Municipio:		I.E.			
Formato Listado de Asistencia	SI		NO		Número de Usuarios en Clase:	N° Hombres	N° Mujeres
Presenta Plan de Clase	SI		NO		La sesión de clase es acorde con el plan clase	SI	NO
Tiene el directorio de padres	SI		NO		El formador o profesional psicosocial se presenta en la indumentaria adecuada a las clases	SI	NO
Dominio del Grupo	SI		NO		Dominio del Tema	SI	NO
Uso Adecuado de Escenario y Materiales	SI		NO		Por qué ?		
Formato de Póliza	SI		NO		Conoce la ruta de Emergencia	SI	NO
Visita							
Observaciones del Coordinador:							

Firma del Coordinador	
C.C. No.	
No. de Telefono	

Firma del encuestado	
Nombre Completo del encuestado	
C.C. No.	
No. de Telefono	

Firma Directivo Docente y/o Lider Comunitario	
Nombre Completo del DD y/o LC:	
C.C. No.	
No. de Telefono	