



ACTA DE SUPERVISIÓN

FECHA	HORA INICIO	HORA TÉRMINO

CÓDIGO DE PROYECTO

MEDIO DE SUPERVISIÓN (marque con una X)	
PRESENCIAL	REMOTA:
	LLAMADA TELEFÓNICA <input style="width: 40px; height: 20px;" type="checkbox"/>
	VIDEOLLAMADA <input style="width: 40px; height: 20px;" type="checkbox"/>
	OTRA: <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>

PROGRAMA:	
NOMBRE DEL ORGANISMO EJECUTOR:	
ENTREVISTA O REUNIÓN CON:	
NOMBRE DEL ADL/ SSSYO /GESTOR/ ATE / SUPERVISOR:	
LUGAR DE SUPERVISIÓN (marque con una X)	<input type="checkbox"/> Oficina FOSIS
	<input type="checkbox"/> Oficina equipo ejecutor
	<input type="checkbox"/> Terreno (domicilio particular, comunidad, institución)
	<input type="checkbox"/> Otro (especificar)

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD QUE SUPERVISA:			
Etapa/Fase de la intervención			
Tipo de actividad (marque con una X):			
Reunión de inicio	<input type="checkbox"/>	Asistencia a talleres – capacitaciones – sesiones de formación	<input type="checkbox"/>
Reunión cierre de etapa/ fase e inicio de etapa/fase siguiente	<input type="checkbox"/>	Visita a personas – familias – comunidad	<input type="checkbox"/>
Inducción metodológica	<input type="checkbox"/>	Asistencia a Hito comunicacional	<input type="checkbox"/>
Entrega de listados predeterminados	<input type="checkbox"/>	Otra (especificar):	<input type="checkbox"/>
Reunión mesa territorial - IRAL	<input type="checkbox"/>		
Contenidos que se abordan y detalle de la actividad:			
Resultados obtenidos:		Obstáculos que pudieron surgir y cómo se resolvió:	

ACTA DE SUPERVISIÓN

Compromisos y Acuerdos (si corresponde):	Temas pendientes de trabajo para próxima supervisión:
-------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------

ESTADO DE EJECUCIÓN	
AL DÍA	
CON RETRASO	
NO CORRESPONDE	

FIRMA ADL/ SSSYO /GESTOR/ ATE / SUPERVISOR:

NOMBRE, CARGO Y FIRMA

NOMBRE, CARGO Y FIRMA

NOMBRE, CARGO Y FIRMA