

FICHA DE REDES INTERINSTITUCIONALES  
SERVICIO DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA SAPs

Código: PS-BO-F-020

Versión: 02

Emisión: 28 - 06 - 2018

Página 1 de 3

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO:

DD	MM	AA

## I. IDENTIFICACIÓN DE LA INSTITUCIÓN

1. NOMBRE:

2. DIRECCIÓN:

3. TELÉFONO:

4. EMAIL:

5. DESCRIPCIÓN DE LA INSTITUCIÓN (Misión u Objetivos):

  
  
  
  

6. CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN:

  
  
  

7. AL INTERIOR DE LA INSTITUCIÓN CUENTAN CON SERVICIO DE PSICOLOGÍA?

SI

NO

TIPO DE SERVICIO:

8. NOMBRE REPRESENTANTE LEGAL:

CARGO:

DEPENDENCIA:

TELÉFONO:

EMAIL:

## II. IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA QUE HACE EL CONTACTO

1. NOMBRE:

CARGO:

DEPENDENCIA:

TELÉFONO:

EMAIL:

2. COMO TUVO INFORMACIÓN DE LA ATENCIÓN DEL SAPs:

FICHA DE REDES INTERINSTITUCIONALES  
SERVICIO DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA SAPs

Código: PS-BO-F-020

Versión: 02

Emisión: 28 - 06 - 2018

Página 2 de 3

## III. DEMANDA DEL SERVICIO

## 1. TIPO(S) DE SERVICIO(S) QUE SOLICITAN:

ASESORÍA Y  
ORIENTACIÓN:INTERVENCIÓN  
PSICOLÓGICA:

PSICOTERAPIA:

EVALUACIÓN  
PSICOLÓGICAORIENTACIÓN  
PROFESIONAL Y  
VOCACIONAL:

## 2. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN POR LA QUE SOLICITAN EL(LOS) SERVICIO(S):


## 3. PERSONAS QUE HARÍAN PARTE DEL SISTEMA CONSULTANTE:


## 4. MANEJO DE REMISIÓN, SEGUIMIENTO Y CIERRE DE CASOS REMITIDOS:


## IV. RELACIÓN INTERINSTITUCIONAL

## 1. QUE SERVICIOS PUEDE BRINDAR EN CONTRAPRESTACIÓN AL APOYO RECIBIDO POR EL SAPs:


V. COMPROMISOS PACTADOS  
Único espacio para diligenciar junto con el SAPs

## 1. TIPO DE SERVICIO QUE SE BRINDARÁ:

--	--	--	--	--

## 2. POBLACIÓN QUE SE ATENDERÁ:

--	--	--	--	--

FICHA DE REDES INTERINSTITUCIONALES  
SERVICIO DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA SAPs

Código: PS-BO-F-020

Versión: 02

Emisión: 28 - 06 - 2018

Página 3 de 3

**3. TERMINOS DE LA DEVOLUCIÓN DE LA INFORMACIÓN QUE SE SEGUIRÁ:**

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

**4. TARIFA ESTABLECIDA:**

**5. TIEMPO DE DURACIÓN DEL COMPROMISO:**

**6. OBSERVACIONES GENERALES:**

<input type="text"/>

**7. RESPONSABLE DEL COMPROMISO CON EL SAPs :**

**CARGO:**

**DEPENDENCIA:**

**TELÉFONO:**

**EMAIL:**

**VI. FIRMAS Y SELLOS**

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Firma

Nombre Representante Legal Institución

Nombre Director(a) SAPs

\_\_\_\_\_  
C.C.

\_\_\_\_\_  
C.C.

Ciudad, Fecha y Hora: \_\_\_\_\_