

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:

## III. DEMANDA DEL SERVICIO

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

ASESORÍA Y  
ORIENTACIÓN:☐INTERVENCIÓN  
PSICOLÓGICA:☐

PSICOTERAPIA:

☐EVALUACIÓN  
PSICOLÓGICA☐ORIENTACIÓN  
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:

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

## 4. TARIFA ESTABLECIDA:

## 5. TIEMPO DE DURACIÓN DEL COMPROMISO:

## 6. OBSERVACIONES GENERALES:

## 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: \_\_\_\_\_