

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,
DIRECTOR, RECTOR O COORDINADOR:

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 SAP:

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:

TELÉFONO:

EMAIL:

IV. RELACIÓN INTERINSTITUCIONAL

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

V. COMPROMISOS PACTADOS

Único espacio para diligenciar junto con el SAP

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 SAP :

CARGO: DEPENDENCIA:

TELÉFONO: EMAIL:

VI. FIRMAS Y SELLOS

Firma

Firma

Nombre Representante Legal, Director,
Rector o Coordinador de la Institución

Nombre Director(a) SAP

C.C.

C.C.

Ciudad, Fecha y Hora: _____