|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **PROCESO BIENESTAR INSTITUCIONAL** | | | |
| **CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA A CONSEJERÍA INDIVIDUAL** | | | |
| ***Código:*** *FO-BIN-23* | ***Versión:*** *02* | ***Fecha de aprobación:*** *15/06/2023* | ***Página:*** *1 de 1* |

**ÁREA DE DESARROLLO HUMANO Y PERMANENCIA**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **CERTIFICACION ATENCIÓN PSICOLÓGICA** | | | | | | | | | | | | | |
| Certifico haber atendido al estudiante | | |  | | | Identificado con TI | |  | CC |  | | No. |  |
| Del programa: |  | | | | | En consejería individual, el día | | | | |  | | |
| Hora inicio: |  | Hora fin: | |  | Lugar: |  | | | | | | | |
| **DATOS DEL PROFESIONAL** | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre: |  | | | | | Tarjeta profesional: |  | | | | | | |
| Teléfono: |  | | | | | Firma y sello del profesional en psicología: |  | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **PROCESO BIENESTAR INSTITUCIONAL** | | | |
| **CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA A CONSEJERÍA INDIVIDUAL** | | | |
| ***Código:*** *FO-BIN-23* | ***Versión:*** *02* | ***Fecha de aprobación:*** *15/06/2023* | ***Página:*** *1 de 1* |

**ÁREA DE DESARROLLO HUMANO Y PERMANENCIA**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **CERTIFICACION ATENCIÓN PSICOLÓGICA** | | | | | | | | | | | | | |
| Certifico haber atendido al estudiante | | |  | | | Identificado con TI | |  | CC |  | | No. |  |
| Del programa: |  | | | | | En consejería individual, el día | | | | |  | | |
| Hora inicio: |  | Hora fin: | |  | Lugar: |  | | | | | | | |
| **DATOS DEL PROFESIONAL** | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre: |  | | | | | Tarjeta profesional: |  | | | | | | |
| Teléfono: |  | | | | | Firma y sello del profesional en psicología: |  | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **PROCESO BIENESTAR INSTITUCIONAL** | | | |
| **CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA A CONSEJERÍA INDIVIDUAL** | | | |
| ***Código:*** *FO-BIN-23* | ***Versión:*** *02* | ***Fecha de aprobación:*** *15/06/2023* | ***Página:*** *1 de 1* |

**ÁREA DE DESARROLLO HUMANO Y PERMANENCIA**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **CERTIFICACION ATENCIÓN PSICOLÓGICA** | | | | | | | | | | | | | |
| Certifico haber atendido al estudiante | | |  | | | Identificado con TI | |  | CC |  | | No. |  |
| Del programa: |  | | | | | En consejería individual, el día | | | | |  | | |
| Hora inicio: |  | Hora fin: | |  | Lugar: |  | | | | | | | |
| **DATOS DEL PROFESIONAL** | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre: |  | | | | | Tarjeta profesional: |  | | | | | | |
| Teléfono: |  | | | | | Firma y sello del profesional en psicología: |  | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |