|  |
| --- |
| Fecha de Entrega |
| 12/05/2023 |

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre Completo** |  |
| **Correo electrónico** |  |
| **Teléfono** |  |
| **Propuesta económica** |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Sí** | **No** | **REQUISITOS DE EXPERIENCIA** | **OBSERVACIONES** |
|  |  | Licenciatura en Psicología (título y cédula profesional) |  |
|  |  | Maestría o especialidad en psicoterapia, psicología clínica, psicología clínica y de la salud, psicología clínica y de la salud mental o afines (título y cédula profesional) |  |
|  |  | Con cursos o diplomados en el Área Clínica y/o Psicoterapia. |  |
|  |  | Experiencia comprobable en intervención en diagnóstico clínico, aplicación e interpretación de test y evaluación clínica. |  |
|  |  | Un mínimo de 2 años de experiencia institucional en enfoques de terapia breve basada en soluciones o terapia cognitivo conductual para terapeutas postulados para sesiones individuales con adulto o niñez y adolescentes; y enfoque sistémico o cognitivo conductual para terapeutas propuestos para sesiones de terapia de pareja o familiar. |  |
| **Sí** | **No** | **DOCUMENTACIÓN** | **OBSERVACIONES** |
|  |  | CV con referencia profesionales (máximo 3 cuartillas) |  |
|  |  | Copia de la identificación oficial. |  |
|  |  | La propuesta económica en donde se presente el costo por sesión terapéutica desglosando los impuestos, así como la ubicación de física de su consultorio o espacio en donde impartiría la terapia. **Tope Máximo por sesión con impuestos incluidos:**  **Consulta en pareja o familia: $600.00**  **Consulta terapéutica individual adultos $550.00**  **Consulta terapéutica individual niños, niñas y adolescentes $600.00** |  |
|  |  | Título y cédula profesional de licenciatura y maestría o especialidad. |  |
|  |  | Constancia de situación fiscal en donde conste que puede expedir recibos de honorarios. |  |
|  |  | Opinión del cumplimiento de obligaciones fiscales en sentido positivo. |  |
|  |  | Certificaciones o diplomas recibidos en la materia. |  |
|  |  | Comprobante de domicilio del consultorio u oficina en donde se llevarán a cabo las terapias. |  |
|  |  | CUP-05 “Cuestionario terapeutas externos”. |  |
|  |  | Carta intención firmada en la que establezca que es su intención participar en la presente convocatoria, que cuenta con la capacidad y materiales necesarios para llevar a cabo las funciones y que se sujetará a las reglas y procedimientos de FICOSEC, así como de INSYDE. |  |

Atentamente:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre y firma