ACUERDO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PSICOLÓGICOS

Fecha: _____
Nombre del consultante: _____
Documento de identificación: _____
Número de contacto: _____
Correo electrónico: _____

---

1. Confidencialidad
Toda la información compartida durante las sesiones es confidencial, conforme a la normativa ética y legal vigente del ejercicio profesional en psicología.
La información solo podrá ser revelada en los siguientes casos:

- Existencia de riesgo inminente de daño para el consultante o terceros.
- Sospecha o confirmación de abuso infantil, violencia intrafamiliar o negligencia.
- Requerimiento por orden judicial o autoridad competente.

---

2. Naturaleza del servicio
El servicio prestado corresponde a un proceso de orientación y/o intervención psicológica basado en enfoques científicos (como terapia cognitivo-conductual u otros según el caso). No sustituye atención psiquiátrica ni médica cuando esta sea necesaria.

---

3. Duración y frecuencia de las sesiones
Las sesiones tienen una duración aproximada de 45 a 50 minutos.
La frecuencia será acordada entre terapeuta y consultante (semanal, quincenal u otra), según necesidades y evolución del proceso.

---

4. Colaboración activa
El proceso terapéutico requiere un trabajo conjunto.
Se espera participación activa del consultante, apertura al proceso y retroalimentación constante sobre avances o dificultades.

---

5. Tareas o ejercicios para casa
Se podrán asignar actividades entre sesiones con el fin de fortalecer el proceso terapéutico. Su realización favorece significativamente los resultados y será revisada en cada encuentro.

---

6. Puntualidad y asistencia
La puntualidad es fundamental.
En caso de retraso por parte del consultante, la sesión finalizará a la hora previamente establecida sin modificación en el valor.

Liliana Ruiz
Psicóloga

3213447800 nlruizg@gmail.com @ nlili.ruiz

ACUERDO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PSICOLÓGICOS

7. Cancelaciones y reprogramaciones
Las cancelaciones deben realizarse con mínimo 24 horas de anticipación.
En caso contrario, la sesión podrá ser cobrada en su totalidad.
Las excepciones serán evaluadas únicamente en situaciones de fuerza mayor o emergencia.

---

8. Uso de tecnología y condiciones de sesión

- Se recomienda mantener dispositivos móviles en silencio durante la sesión.
- En sesiones virtuales, el consultante debe procurar un espacio privado, sin interrupciones y con buena conexión.
- No está permitido grabar las sesiones sin autorización previa del terapeuta.

---

9. Pagos y políticas de paquetes: El pago deberá realizarse con al menos 24 horas de anticipación a la sesión, según el acuerdo establecido, enviar soporte de pago correspondiente.
Métodos de pago:

- Nequi: @3213447800
- Daviplata: @PLATA3213447800
- Cuenta de ahorros Nu: @NRG880

En caso de adquirir paquetes de sesiones:

- Estos tendrán una vigencia máxima de **tres (3) meses** a partir de la fecha de compra.
- Pasado este tiempo, las sesiones no tomadas perderán su vigencia.
- Se podrán contemplar excepciones únicamente bajo acuerdo previo entre terapeuta y consultante.
- No se realiza devolución de dinero.

---

10. Alcance y límites del proceso
El proceso terapéutico no garantiza resultados inmediatos, ya que estos dependen de múltiples factores, incluyendo el compromiso del consultante.
El terapeuta se compromete a brindar acompañamiento profesional ético, pero no se responsabiliza por decisiones personales tomadas fuera de sesión.

---

11. Finalización del proceso
El proceso podrá finalizar cuando:

- Se alcancen los objetivos terapéuticos.
- El consultante lo decida voluntariamente.
- El terapeuta considere pertinente la remisión a otro profesional.
- Exista incumplimiento reiterado de los acuerdos establecidos.

Liliana Ruiz
Psicóloga

3213447800 nlruizg@gmail.com @ nlili.ruiz

12. Consentimiento informado

Declaro que he leído, comprendido y aceptado las condiciones del presente acuerdo. He tenido la oportunidad de resolver mis dudas y acepto participar voluntariamente en el proceso terapéutico.

Nombre del consultante	**Nombre del profesional**
Firma del consultante	**Firma del profesional**

Lirana Ruiz
Psicóloga

3213447800 nlruizg@gmail.com @ nlili.ruiz