**Sistema Interinstitucional de Canalización a Trabajo Social (SICATS)**
**Dirección de Trabajo Social y Vinculación**

**De:** _____ (Nombre de la Institución) _____ (Responsable de Trabajo Social)

**Para:** _____ (Nombre de la Institución) _____ (Responsable de Trabajo Social)

Trabajadora social que canalizó el caso: _____

Servicio o programa: _____

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Nº de Contracanalización** | | En respuesta a la canalización N° | |
| Fecha | | | |

| **Datos del Usuario** | | | |
|---|---|---|---|
| Nombre | | | |
| | Apellido paterno | Apellido materno | Nombres |

| **1. RESOLUCIÓN O AVANCES DE LA ATENCIÓN:** | | | |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| **2. RESPONSABLE DEL CASO:** | | | |
| **TELÉFONO:** | | **EXT:** | |

Caso Abierto ☐ Caso Cerrado ☐

ATENTAMENTE

_____
Jefe o Responsable de Trabajo Social