TRIBUNAL SUPERIOR DE JUSTICIA DE LA CIUDAD DE MÉXICO
OFICIALÍA MAYOR
DIRECCIÓN EJECUTIVA DE PLANEACIÓN

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE LA COORDINACIÓN DE INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA PARA APOYO JUDICIAL

AGOSTO 2020

CONTROL DE EMISIÓN		
Clave del área	Acuerdo	Fecha de Autorización
TSJ-AP15	33-31/2020	01/09/2020

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

ÍNDICIE

CONTENIDO

		Página
I.	Presentación.	1
II.	Listado de procedimientos.	4
III.	Procedimientos. 1. Nombre. 2. Objetivo general. 3. Políticas y normas de operación. 4. Descripción de actividades. 5. Diagrama de flujo. 6. Formatos.	6
IV.	Validación y Autorización.	

I. PRESENTACIÓN.

Un objetivo del Poder Judicial de la Ciudad de México, es lograr la actualización y modernización de todas las áreas que lo integran, a través de estructuras administrativas y operativas que permitan la atención expedita y que contribuyan al logro de los objetivos de la Institución.

La Coordinación de Intervención Especializada para Apoyo Judicial, se constituye como una área que tiene como objetivo dar cumplimiento a los ordenamientos emitidos por las y los titulares de los Órganos Jurisdiccionales del Tribunal Superior de Justicia de la Ciudad de México, en la práctica de Evaluaciones Psicológicas con fines periciales, Asistencia Técnica Psicológica, Intervención Psicológica para Adultos, Niñas, Niños y Adolescentes, Periciales en Trabajo Social, así como Convivencias Familiares que se dan a través de los Centros de Convivencia Familiar Supervisada, facilitando la convivencia paterno/materno-filial en aquellos casos que, a juicio de los Órganos Jurisdiccionales en materia Familiar, en la Ciudad de México, no pueda realizarse de manera libre o se ponga en riesgo el interés superior de Niñas, Niños o Adolescentes.

Con ello, se otorga a las y los juzgadores sólidos elementos para la toma de decisiones, al allegar información que les brinde elementos de convicción como apoyo a sus determinaciones en la resolución de los asuntos de su competencia y, de igual manera, brindar servicios de excelencia a los justiciables, todos ellos con el propósito de auxiliar a que la administración de justicia contribuya al bienestar social. Así como realizar los Exámenes Psicotécnicos ordenados por el Consejo de la Judicatura de la Ciudad de México para las y los aspirantes a ocupar cargos de Juez del Tribunal Superior de Justicia de la Ciudad de México.

La labor propia es una alternativa de atención, apoyo y contención a las familias implicadas en los conflictos derivados por el rompimiento o fractura de los vínculos familiares detonados por la separación o divorcio de los padres, brindando además posibles soluciones que permitirán que las familias involucradas resuelvan sus conflictos a través de procesos alternativos.

Para su comprensión, el presente Manual de Procedimientos de la Coordinación de Intervención Especializada para Apoyo Judicial se integra por 4 capítulos, mismos que se describen a continuación:

- **Presentación:** Explica el contenido del Manual, así como los fines y propósitos generales que se pretenden cumplir a través de él.

- **Listado de Procedimientos:** Contiene el nombre de cada uno de los procedimientos que se desarrollan en la Coordinación de Intervención Especializada para Apoyo Judicial.

- **Procedimientos:** Está conformado por todas las actividades que se realizan en cada uno de los procedimientos que se desarrollan en la Coordinación de Intervención Especializada para Apoyo Judicial, el cual incluye nombre, objetivo general, políticas y normas de operación, descripción de actividades, diagramas de flujo y formatos.

- **Validación y Autorización:** Contiene los nombres y cargos de los funcionarios que elaboran, validan y dan visto bueno al Manual, así como la autorización por parte de los miembros del Consejo de la Judicatura de la Ciudad de México.

Por lo anterior el presente Manual de Procedimientos, es un instrumento de apoyo administrativo, en el que se hace una descripción detallada de los procedimientos y mecanismos para garantizar el correcto ejercicio de las actividades sustantivas de la Coordinación de Intervención Especializada para Apoyo Judicial y por ello la importancia de mantenerlo actualizado.

II. LISTADO DE PROCEDIMIENTOS.

Procedimientos		
No.	**Nombre**	**Clave**
1	Atención de solicitudes de evaluación psicológica sin costo, en materia Familiar y Civil.	CIEAJ -001
2	Atender las solicitudes de evaluación psicológica con pago en materia Familiar y Civil.	CIEAJ -002
3	Recepción de pagos de evaluaciones psicológicas.	CIEAJ -003
4	Atención de solicitudes de Evaluación Psicotécnica para la selección de aspirantes para ocupar el cargo de las y los Jueces en el Tribunal.	CIEAJ -004
5	Atender las solicitudes de evaluación psicológica en materia Penal, Penal de Delitos no Graves, Justicia para Adolescentes, Medidas Cautelares y Ejecución de Sentencias.	CIEAJ -005
6	Atención de solicitudes de Terapia Psicológica para Adultos.	CIEAJ -006
7	Pláticas supervisadas de Terapias para Adultos.	CIEAJ -007
8	Atención de solicitudes de Terapia Psicológica para Niñas, Niños y/o Adolescentes.	CIEAJ -008
9	Pláticas de Orientación y Sensibilización del área de Terapia para Niñas, Niños y/o Adolescentes.	CIEAJ -009
10	Atención de solicitudes de asistencias técnicas a Órganos Jurisdiccionales en materia Familiar.	CIEAJ -010
11	Asignación de cita para la práctica de pericial en trabajo social.	CIEAJ -011
12	Aplicación de pericial en trabajo social.	CIEAJ -012
13	Recepción y trámite de los oficios de las y los Operadores de Justicia en Materia Familiar para el auxilio de Regímenes de Visitas y Convivencias.	CIEAJ -013

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

LISTADO DE PROCEDIMIENTOS

Procedimientos		
No.	**Nombre**	**Clave**
14	Fase I del Programa de Revinculación Familiar.- Convivencia de Reencuentro.	CIEAJ -014
15	Fase II del Programa de Revinculación Familiar.- Convivencia Asistida.	CIEAJ -015
16	Fase III del Programa de Revinculación Familiar. - Expansión a través de la Convivencia en Espacios Semi-libres.	CIEAJ -016
17	Fase IV del Programa de Revinculación Familiar.- Independencia a través de la Entrega-Recepción.	CIEAJ -017
18	Pláticas asistidas.	CIEAJ -018
19	Impartición de talleres psicoeducativos.	CIEAJ -019
20	Asignación de salas lúdicas para las pláticas de Niñas, Niños y Adolescentes señaladas por las y los Jueces en materia Familiar de Procedimiento Escrito.	CIEAJ -020

III. PROCEDIMIENTOS.

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

PROCEDIMIENTOS

Procedimiento: CIEAJ-001	Atención de solicitudes de evaluación psicológica sin costo, en materia Familiar y Civil.
Objetivo general:	Atender las solicitudes de evaluación psicológica ordenadas por los juzgadores de los Órganos Jurisdiccionales en materia Familiar y Civil, de manera oficiosa, para allegarse de mayores elementos al momento de emitir sentencia.
Políticas y normas de operación:	

1. Las evaluaciones psicológicas se otorgarán conforme a los “Lineamientos para el Desarrollo y Aplicación de Estudios Psicológicos, Peritajes en Psicología, Exámenes Psicotécnicos, Asistencias Técnicas Psicológicas, Terapias para Adultos y Terapias para Niñas, Niños y Adolescentes en el Poder Judicial de la Ciudad de México”.

2. Las evaluaciones psicológicas requeridas con oficio por los Órganos Jurisdiccionales en materia Familiar y Civil, que sean ordenadas por Usía para allegarse de mayores elementos, es decir, de manera oficiosa, serán realizadas sin costo y atendidas por la Subdirección de Evaluación Psicológica.

3. Se clasificarán los oficios en materia Familiar y Civil, revisando que las solicitudes de los mismos requieran el servicio de evaluaciones psicológicas sin pago, y que cuenten con todos los datos necesarios, como son: número de expediente, número de juzgado, tipo de juicio, nombre de las partes del juicio, autos o se indique en el oficio que sea una evaluación psicológica solicitada por el Órgano Jurisdiccional, de manera oficiosa, para contar con mayores elementos de convicción, y nombre completo de las personas a evaluar; así como en casos de evaluaciones de niñas, niños y/o adolescentes, o personas con alguna discapacidad en la que sea necesario, persona que detente su guarda y custodia, o se le haya otorgado los cuidados y atenciones, aclarando que éste último dato, no es indispensable para dar trámite a la solicitud. Cuando los oficios no cuenten con los datos necesarios

para poder llevar a cabo la evaluación psicológica se dará contestación al oficio indicando al Órgano Jurisdiccional los datos que hacen falta.

4. Las solicitudes en las que, no se envíen los datos requeridos para evaluar, después de un año, se darán por canceladas, y en caso de requerirlas nuevamente, el Órgano Jurisdiccional deberá solicitarlo con un nuevo oficio, lo que se hará del conocimiento de dicha autoridad mediante el oficio respectivo.

5. Los Órganos Jurisdiccionales en materia Familiar y Civil, que requieran el servicio de evaluación psicológica y derivado de éste, la terapia necesaria, se hará de su conocimiento que primero se realizará la(s) evaluación(es) psicológica(s) y con base a los resultados de ésta(s), sugerir al Órgano Jurisdiccional la conveniencia e institución para terapia psicológica. En los casos en que el Órgano Jurisdiccional considere que esta terapia debe llevarse a cabo en la Coordinación de Intervención Especializada para Apoyo Judicial, deberá solicitarlo por oficio nuevamente.

6. En el caso en que las solicitudes de los Órganos Jurisdiccionales no correspondan a la materia de Psicología, se informará que, en esta Coordinación de Intervención Especializada para Apoyo Judicial, no se cuenta con las o los profesionistas en mención.

7. En los casos de los exhortos o de las peticiones, de los Órganos Jurisdiccionales de otros Estados de la República Mexicana, se atenderán siempre y cuando las personas a evaluar radiquen en la Ciudad de México. Las y los peritos en materia de Psicología no podrán trasladarse a ninguno de los estados de la República Mexicana, debido a que no se cuenta con partida presupuestal para tales efectos.

8. Los expedientes nuevos se abrirán por juzgado y tipo de evaluación psicológica y no por persona. Las evaluaciones psicológicas que no cuenten con antecedentes

en la Subdirección de Evaluación Psicológica, se les abrirá un expediente nuevo, se le asignará un número de registro interno el cual es generado automáticamente por el sistema y consta de dos letras que representan a la Subdirección de Evaluación Psicológica, seguidas de un guion, número consecutivo, guion y año del ejercicio. Ejemplo: SE-0001-2017.

9. Las solicitudes de evaluación psicológica que ya tengan antecedente en la Subdirección de Evaluación Psicológica, se anexarán al expediente anterior respetando el número de registro que tenía asignado, siempre y cuando corresponda al mismo tipo de requerimiento, es decir que sea del mismo tipo y juzgado.

10. El día de la evaluación psicológica el personal de psicología asignado recibirá en el horario acordado a la usuaria o el usuario, quien deberá presentar identificación oficial vigente (INE, Cédula Profesional y/o Pasaporte), que lo identifique para poder llevar a cabo las evaluaciones. Los niños, niñas y/o adolescentes, así como las personas con alguna discapacidad que lo requieran, tendrán que ser presentados por la persona que detenta su guarda y custodia, o quien cuente con sus cuidados y/o atenciones.

11. En los casos en que, la persona que detenta la guarda y custodia, ya sea definitiva o provisional, o en su caso por quien autorice el Órgano Jurisdiccional para tal efecto por motivos de fuerza mayor, no pueda acudir, otro familiar de la niña, niño y/o adolescente, o persona con alguna discapacidad, podrán presentarlos con una carta de la primera persona mencionada, explicando los motivos por los que no puede presentarse, así como las identificaciones correspondientes, es decir, de la persona que presenta y de quien se evaluará.

12. En caso de que la persona a evaluar requiera de más tiempo para concluir con la evaluación, la psicóloga o el psicólogo le solicitará autorización a la Subdirección de Evaluación para asignar otra cita para concluir con el mismo.

13. La psicóloga o el psicólogo asignado entregará el informe de la o las evaluaciones en sobre cerrado a la autoridad judicial a través de la Subdirección de Evaluación Psicológica para su envío.

14. Con base en las evaluaciones psicológicas que se realicen sin costo, se dará contestación a interrogantes del ámbito de la competencia psicológica establecidas por los Órganos Jurisdiccionales; no así a los cuestionarios ofrecidos por las partes.

15. Las citas para realizar las evaluaciones psicológicas se otorgarán a la usuaria o el usuario, el día que se indique para el llenado de formularios, las cuales se harán del conocimiento al Órgano Jurisdiccional, en el momento procesal oportuno.

16. Las fechas para realizar las evaluaciones psicológicas dependerán de la carga laboral de la Subdirección de Evaluación Psicológica, la cual depende de la cantidad de solicitudes y número de psicólogas y psicólogos adscritos a la misma.

17. En el caso del llenado de formularios para la evaluación psicológica de niños, niñas y/o adolescentes sólo deberán presentarse las o los adultos que detenten la guarda y custodia, a quienes se les informarán las fechas de las citas correspondientes.

18. El envío de oficios, informes y documentación que tramitan las diversas áreas de la Coordinación de Intervención Especializada para Apoyo Judicial, así como la recepción de los correspondientes acuses, se realizará a través del personal administrativo de la Subdirección Administrativa.

19. De presentarse algún caso en el cual la usuaria o el usuario, muestren algún tipo de discapacidad (auditiva, visual, motriz, intelectual u otras), que hablen otro idioma o dialecto que impida establecer la comunicación directa con ellos, se solicitará el apoyo especializado correspondiente.

No.	Área.	Descripción de la actividad.	Documentos y/o sistemas de apoyo.
1	Coordinación de Intervención Especializada para Apoyo Judicial (Oficialía de Partes)	Envía listado y oficios a la Subdirección de Evaluación Psicológica para atender las solicitudes de evaluación psicológica de los Órganos Jurisdiccionales.	
2	Subdirección de Evaluación Psicológica	Recibe y revisa los oficios relativos a las solicitudes de evaluación psicológica en materia Familiar y/o Civil, y los turna al personal administrativo de la Jefatura de Unidad Departamental de Evaluación Psicológica.	
3	Jefatura de Unidad Departamental de Evaluación Psicológica (Personal administrativo)	Recibe, analiza y valida si las solicitudes de evaluación psicológica cuentan con todos los datos para realizar la evaluación psicológica. **¿Cuenta con los datos?** **No.** Continúa en la actividad no. 4 **Si.** Continúa en la actividad no. 10	
4		Elabora oficio solicitando al Órgano Jurisdiccional envíe los datos faltantes para poder llevar a cabo la evaluación psicológica y lo entrega a la Jefatura de Unidad Departamental de Evaluación Psicológica, para su revisión.	• Oficio
5	Jefatura de Unidad Departamental de Evaluación Psicológica	Recibe, revisa y entrega el oficio a la Subdirección de Evaluación Psicológica, para su firma.	
6	Subdirección de Evaluación Psicológica	Recibe, revisa, firma y devuelve el oficio al personal administrativo de la Jefatura de Unidad Departamental de Evaluación Psicológica, para su trámite de envío.	

No.	Área.	Descripción de la actividad.	Documentos y/o sistemas de apoyo.
7	Jefatura de Unidad Departamental de Evaluación Psicológica (Personal administrativo)	Recibe el oficio solicitando los datos faltantes para poder llevar a cabo la evaluación psicológica y realiza su trámite de envío al Órgano Jurisdiccional.	
8	Órgano Jurisdiccional (Oficialía de Partes)	Recibe, acusa el oficio y lo devuelve.	
9 10	Jefatura de Unidad Departamental de Evaluación Psicológica (Personal administrativo)	Recibe, captura en base de datos y archiva el acuse del oficio. (Regresa a la actividad no. 2) Captura en el sistema las solicitudes de evaluación psicológica ordenadas por los Órganos Jurisdiccionales y las entrega a la Subdirección de Evaluación Psicológica.	• Base de datos • Sistema
11	Subdirección de Evaluación Psicológica	Recibe, asigna o vincula número de registro interno a las solicitudes de evaluaciones psicológicas y las devuelve al personal administrativo de la Jefatura de Unidad Departamental de Evaluación Psicológica.	• Sistema
12	Jefatura de Unidad Departamental de Evaluación Psicológica (Personal administrativo)	Recibe las solicitudes de evaluación psicológica, elabora el expediente y entrega a la Jefatura de Unidad Departamental de Evaluación Psicológica.	• Expediente
13	Jefatura de Unidad Departamental de Evaluación Psicológica	Recibe y revisa el expediente de evaluación psicológica. **¿Requiere realizar formularios?** **Sí.** Continúa en la actividad no. 14 **No.** Continúa en la actividad no. 37	

No.	Área.	Descripción de la actividad.	Documentos y/o sistemas de apoyo.
14	Jefatura de Unidad Departamental de Evaluación Psicológica	Programa día y horario en que las y los usuarios tendrán que presentarse a llenar los formularios, y entrega el expediente de evaluación psicológica al personal administrativo de la Jefatura de Unidad Departamental de Evaluación Psicológica.	• Sistema
15	Jefatura de Unidad Departamental de Evaluación Psicológica (Personal administrativo)	Recibe el expediente, genera en el sistema e imprime el oficio indicando al Órgano Jurisdiccional, la fecha, hora y lugar en que las y los usuarios tendrán que presentarse a llenar formularios, y lo entrega con expediente a la Jefatura de Unidad Departamental de Evaluación Psicológica, para su revisión.	• Sistema
16	Jefatura de Unidad Departamental de Evaluación Psicológica	Recibe oficio con expediente, revisa el oficio y lo entrega con expediente a la Subdirección de Evaluación Psicológica, para su firma.	
17	Subdirección de Evaluación Psicológica	Recibe oficio con expediente, firma el oficio y lo devuelve con expediente al personal administrativo de la Jefatura de Unidad Departamental de Evaluación Psicológica, para su trámite de envío.	
18	Jefatura de Unidad Departamental de Evaluación Psicológica (Personal administrativo)	Recibe oficio con expediente y realiza trámite de envío del oficio al Órgano Jurisdiccional, indicando la fecha, hora y lugar en que las y los usuarios tendrán que presentarse para el llenado de formularios.	
19	Órgano Jurisdiccional (Oficialía de Partes)	Recibe, acusa el oficio y lo devuelve.	
20	Jefatura de Unidad Departamental de Evaluación Psicológica (Personal administrativo)	Recibe y archiva en el expediente el acuse del oficio, y lo entrega a la Jefatura de Unidad Departamental de Evaluación Psicológica.	• Expediente

No.	Área.	Descripción de la actividad.	Documentos y/o sistemas de apoyo.
21	Jefatura de Unidad Departamental de Evaluación Psicológica	Recibe el expediente y espera a que las y los usuarios acudan a la Subdirección de Evaluación Psicológica para el llenado de formularios. **¿Acude la o el usuaria(o) a llenar formularios?** **No.** Continúa en la actividad no. 22 **Sí.** Continúa en la actividad no. 29	
22		Captura en el sistema la inasistencia de la o el usuario(a) y entrega el expediente al personal administrativo de la Jefatura de Unidad Departamental de Evaluación Psicológica.	• Sistema
23	Jefatura de Unidad Departamental de Evaluación Psicológica (Personal administrativo)	Recibe el expediente, genera en el sistema e imprime el oficio de inasistencia al llenado de formularios de la o el usuaria(o) y lo entrega a la Jefatura de Unidad Departamental de Evaluación Psicológica, para su revisión.	• Sistema • Oficio
24	Jefatura de Unidad Departamental de Evaluación Psicológica	Recibe, revisa y entrega el oficio a la Subdirección de Evaluación Psicológica, para su firma.	
25	Subdirección de Evaluación Psicológica	Recibe, firma y devuelve el oficio al personal administrativo de la Jefatura de Unidad Departamental de Evaluación Psicológica, para su trámite de envío.	
26	Jefatura de Unidad Departamental de Evaluación Psicológica (Personal administrativo)	Recibe oficio de inasistencia al llenado de formularios de la usuaria o el usuario y realiza trámite de envío del oficio al Órgano Jurisdiccional.	
27	Órgano Jurisdiccional (Oficialía de Partes)	Recibe, acusa el oficio y lo devuelve.	

No.	Área.	Descripción de la actividad.	Documentos y/o sistemas de apoyo.
28	Jefatura de Unidad Departamental de Evaluación Psicológica (Personal administrativo)	Recibe y archiva el acuse del oficio en el expediente. (Continúa en la actividad no. 74)	• Expediente
29	Jefatura de Unidad Departamental de Evaluación Psicológica	Entrega a la usuaria o el usuario los formularios para su llenado.	
30	Usuaria o Usuario	Recibe, requisita, firma y devuelve los formularios a la Jefatura de Unidad Departamental de Evaluación Psicológica.	• Formatos DEIP-SE-01 DEIP-SE-02
31 32 33 34	Jefatura de Unidad Departamental de Evaluación Psicológica	Recibe, revisa y archiva los formularios en el expediente que corresponda. Designa y captura en el sistema la psicóloga o el psicólogo, día y horario de evaluación psicológica. Elabora e imprime la cita de evaluación psicológica sin costo. Entrega a la usuaria o el usuario la cita de evaluación psicológica.	• Expediente • Sistema • Formato DEIP-SE-03
35	Usuaria o Usuario	Recibe, firma y devuelve a la Jefatura de Unidad Departamental de Evaluación Psicológica, el acuse de la cita de la evaluación psicológica.	
36	Jefatura de Unidad Departamental de Evaluación Psicológica	Recibe y archiva acuse de la cita de evaluación psicológica en expediente.	• Expediente

No.	Área.	Descripción de la actividad.	Documentos y/o sistemas de apoyo.
37	Jefatura de Unidad Departamental de Evaluación Psicológica	Entrega expediente al personal administrativo de la Jefatura de Unidad Departamental de Evaluación Psicológica para que elabore el oficio indicando al Órgano Jurisdiccional la fecha hora y lugar en que la usuaria o el usuario tendrá que presentarse a la evaluación psicológica.	
38	Jefatura de Unidad Departamental de Evaluación Psicológica (Personal administrativo)	Recibe expediente, genera en el sistema e imprime el oficio indicando al Órgano Jurisdiccional la fecha hora y lugar en que la usuaria o el usuario tendrá que presentarse a la evaluación psicológica, y lo entrega con expediente a la Jefatura de Unidad Departamental de Evaluación Psicológica, para su revisión.	• Sistema • Oficio
39	Jefatura de Unidad Departamental de Evaluación Psicológica	Recibe oficio con expediente, revisa el oficio y lo entrega con expediente a la Subdirección de Evaluación Psicológica, para su firma.	
40	Subdirección de Evaluación Psicológica	Recibe oficio con expediente, firma el oficio y lo devuelve con expediente al personal administrativo de la Jefatura de Unidad Departamental de Evaluación Psicológica, para su trámite de envío.	
41	Jefatura de Unidad Departamental de Evaluación Psicológica (Personal administrativo)	Recibe el oficio con expediente y realiza el trámite de envío del oficio al Órgano Jurisdiccional, indicando la fecha, hora y lugar en que la usuaria o el usuario tendrá que presentarse a la evaluación psicológica.	
42	Órgano Jurisdiccional (Oficialía de Partes)	Recibe, acusa el oficio, y lo devuelve.	

No.	Área.	Descripción de la actividad.	Documentos y/o sistemas de apoyo.
43	Jefatura de Unidad Departamental de Evaluación Psicológica (Personal administrativo)	Recibe y archiva acuse del oficio en el expediente, y lo entrega a la psicóloga asignada o el psicólogo asignado.	• Expediente
44	Subdirección de Evaluación Psicológica (Psicóloga o Psicólogo)	Recibe expediente, verifica y analiza los datos de las personas a evaluar, así como el objetivo pericial, y establece en el sistema la metodología a aplicar, previamente a la fecha de evaluación psicológica.	• Sistema
45		Solicita, a través del sistema, la autorización a la Subdirección de Evaluación Psicológica, para la implementación de la metodología sugerida.	• Sistema
46	Subdirección de Evaluación Psicológica	Recibe, a través del sistema, la solicitud de autorización de la metodología para el caso en concreto. **¿Autoriza la metodología?** **No.** Continúa en la actividad no. 47 **Sí.** Continúa en la actividad no. 48	• Sistema
47		Rechaza, a través del sistema, la metodología e indica cual es la que se va a utilizar. (Regresa a la actividad no. 44)	• Sistema
48		Envía, a través del sistema, la confirmación de autorización de la metodología a la psicóloga o el psicólogo.	• Sistema
49	Subdirección de Evaluación Psicológica (Psicóloga o Psicólogo)	Recibe, a través del sistema, la confirmación de autorización de la metodología.	• Sistema

No.	Área.	Descripción de la actividad.	Documentos y/o sistemas de apoyo.
50	Subdirección de Evaluación Psicológica (Psicóloga o Psicólogo)	Espera a la usuaria o el usuario a evaluar el día programado. **¿Acude la o el usuaria(o) a evaluación?** **No.** Continúa en la actividad no. 51 **Sí.** Continúa en la actividad no. 59	
51		Captura la inasistencia de la o el usuaria(o) en el sistema y genera e imprime oficio mediante el cual se informa que no se presentó la usuaria el usuario a la evaluación psicológica ordenada.	• Sistema • Oficio
52		Entrega a la Subdirección de Evaluación Psicológica, oficio con expediente de inasistencia de la usuaria o el usuario para su firma.	
53	Subdirección de Evaluación Psicológica	Recibe oficio con expediente, firma el oficio de inasistencia y lo devuelve con expediente a la psicóloga o el psicólogo, para su trámite de envío.	
54	Subdirección de Evaluación Psicológica (Psicóloga o Psicólogo)	Recibe oficio de inasistencia con expediente y entrega el oficio al personal administrativo de la Jefatura de Unidad Departamental de Evaluación Psicológica, para su trámite de envío.	
55	Jefatura de Unidad Departamental de Evaluación Psicológica (Personal administrativo)	Recibe el oficio de inasistencia y realiza su trámite de envío al Órgano Jurisdiccional.	
56	Órgano Jurisdiccional (Oficialía de Partes)	Recibe, acusa el oficio, y lo devuelve.	

No.	Área.	Descripción de la actividad.	Documentos y/o sistemas de apoyo.
57	Jefatura de Unidad Departamental de Evaluación Psicológica (Personal administrativo)	Recibe el acuse del oficio de inasistencia y lo entrega a la psicóloga o el psicólogo.	
58	Subdirección de Evaluación Psicológica (Psicóloga o Psicólogo)	Recibe y archiva el acuse del oficio en el expediente. (Continúa en la actividad no. 74)	• Expediente
59		Captura en el sistema la asistencia de la usuaria o el usuario.	• Sistema
60		Realiza la evaluación psicológica ordenada.	
61		Califica y/o interpreta las pruebas psicológicas aplicadas, las integra y archiva en el expediente de la usuaria o el usuario.	• Prueba psciológicas
62		Elabora, carga en el sistema e imprime el Informe de Evaluación Psicológica, y remite a la Subdirección de Evaluación Psicológica, para su revisión.	• Sistema • Informe de Evaluación Psicológica
63	Subdirección de Evaluación Psicológica	Recibe y revisa el Informe de Evaluación Psicológica para su autorización. **¿Autoriza el Informe de Evaluación Psicológica?** **No.** Continúa en la actividad no. 64 **Sí.** Continúa en la actividad no. 65	
64		Envía a la psicóloga o el psicólogo las observaciones del Informe de Evaluación Psicológica para su atención. (Regresa a la actividad no. 62)	
65		Autoriza el Informe de Evaluación Psicológica para su envío al Órgano Jurisdiccional.	• Sistema

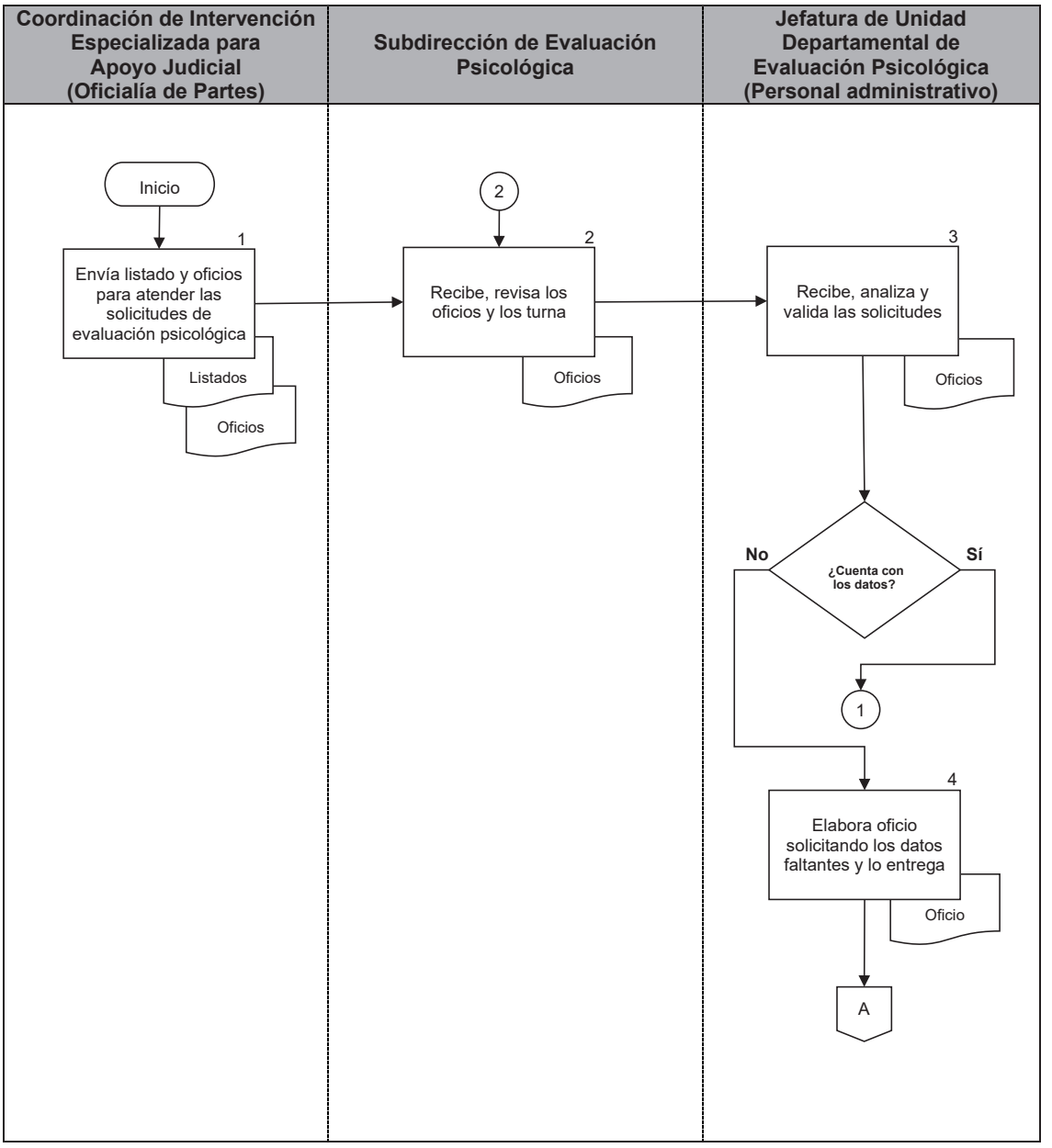
No.	Área.	Descripción de la actividad.	Documentos y/o sistemas de apoyo.
66	Subdirección de Evaluación Psicológica (Psicóloga o Psicólogo)	Recibe autorización, imprime y firma Informe de Evaluación Psicológica.	• Sistema • Informe de Evaluación Psicológica
67		Genera e imprime oficio indicando al Órgano Jurisdiccional que envía el Informe de la Evaluación Psicológica ordenada y entrega con el expediente a la Subdirección de Evaluación Psicológica.	• Sistema • oficio
68	Subdirección de Evaluación Psicológica	Recibe oficio con expediente, firma el oficio y lo devuelve con expediente a la psicóloga o psicólogo.	
69	Subdirección de Evaluación Psicológica (Psicóloga o Psicólogo)	Recibe oficio con expediente y los entrega al personal administrativo de la Subdirección de Evaluación Psicológica.	
70	Subdirección de Evaluación Psicológica (Personal administrativo)	Recibe oficio con expediente y realiza trámite de envío del oficio al Órgano Jurisdiccional en el que se adjunta el informe.	
71	Órgano Jurisdiccional (Oficialía de Partes)	Recibe, acusa el oficio y lo devuelve.	
72	Subdirección de Evaluación Psicológica (Personal administrativo)	Recibe y archiva en el expediente el acuse del oficio.	• Expediente
73		Captura en el sistema el cierre de evaluación psicológica ordenada.	• Sistema
74		Guarda expediente hasta que concluya su periodo de archivo en trámite.	
75		Envía expediente al Archivo Judicial.	

FIN DEL PROCEDIMIENTO

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

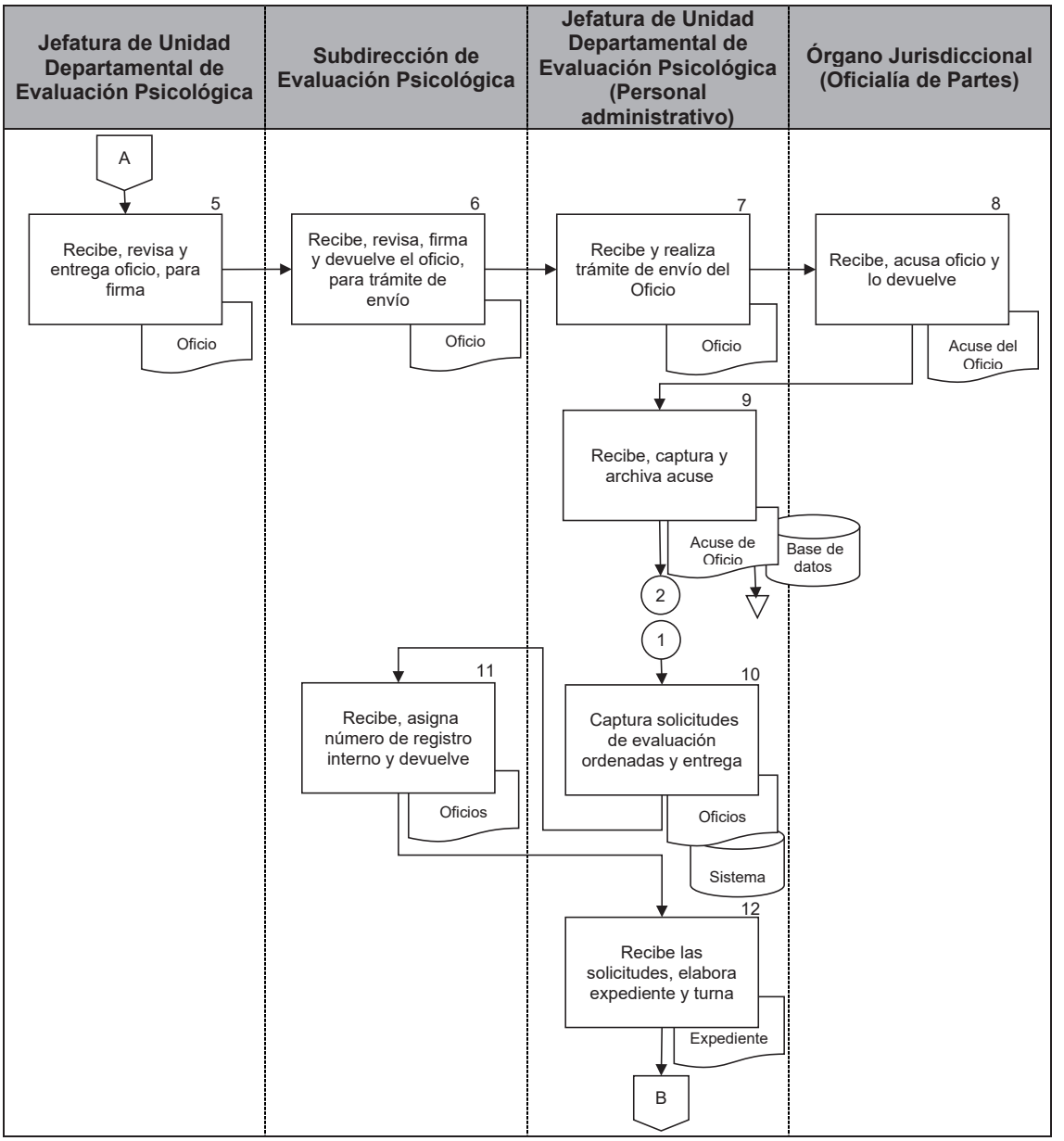
PROCEDIMIENTOS



PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

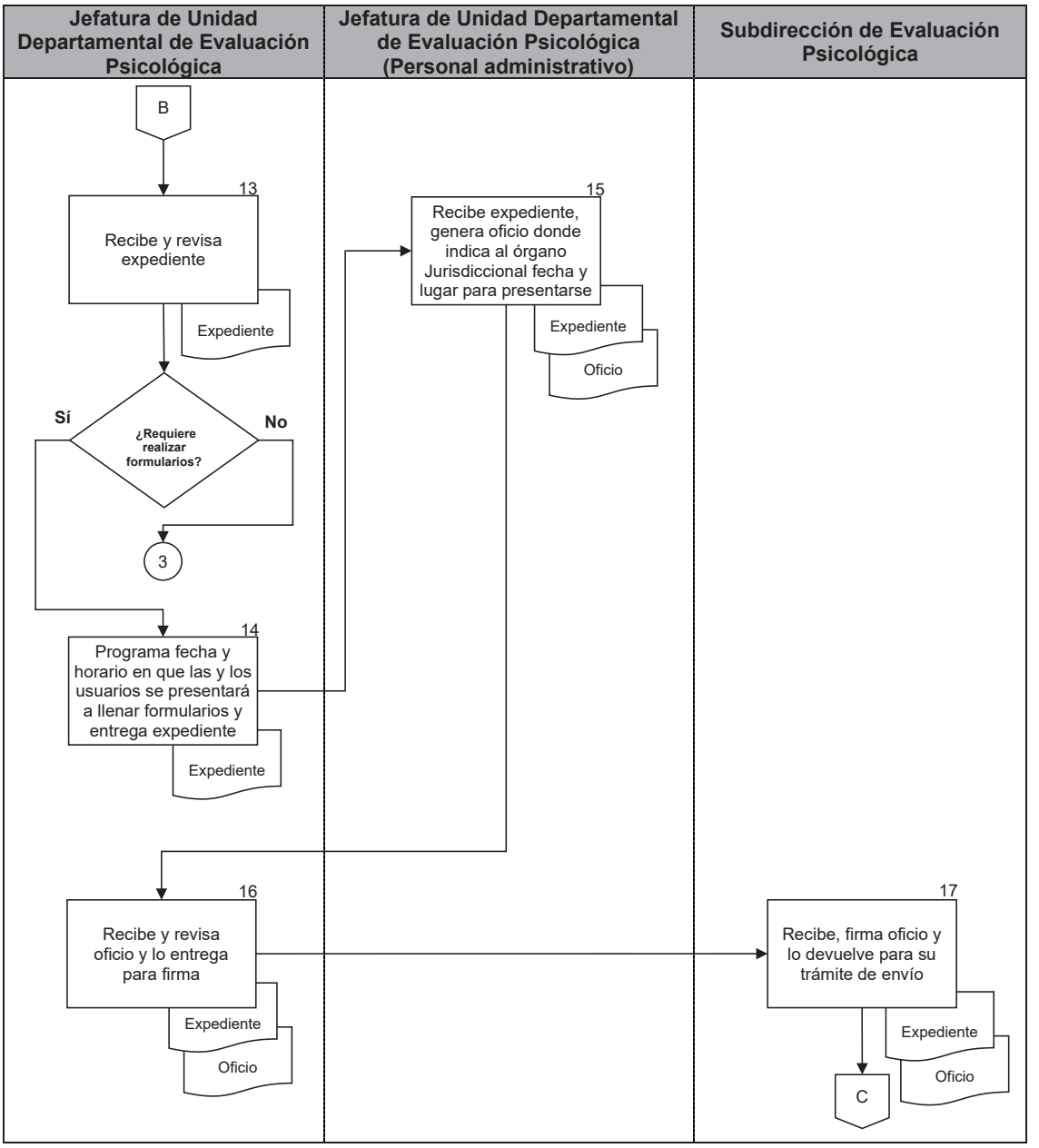
PROCEDIMIENTOS



PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

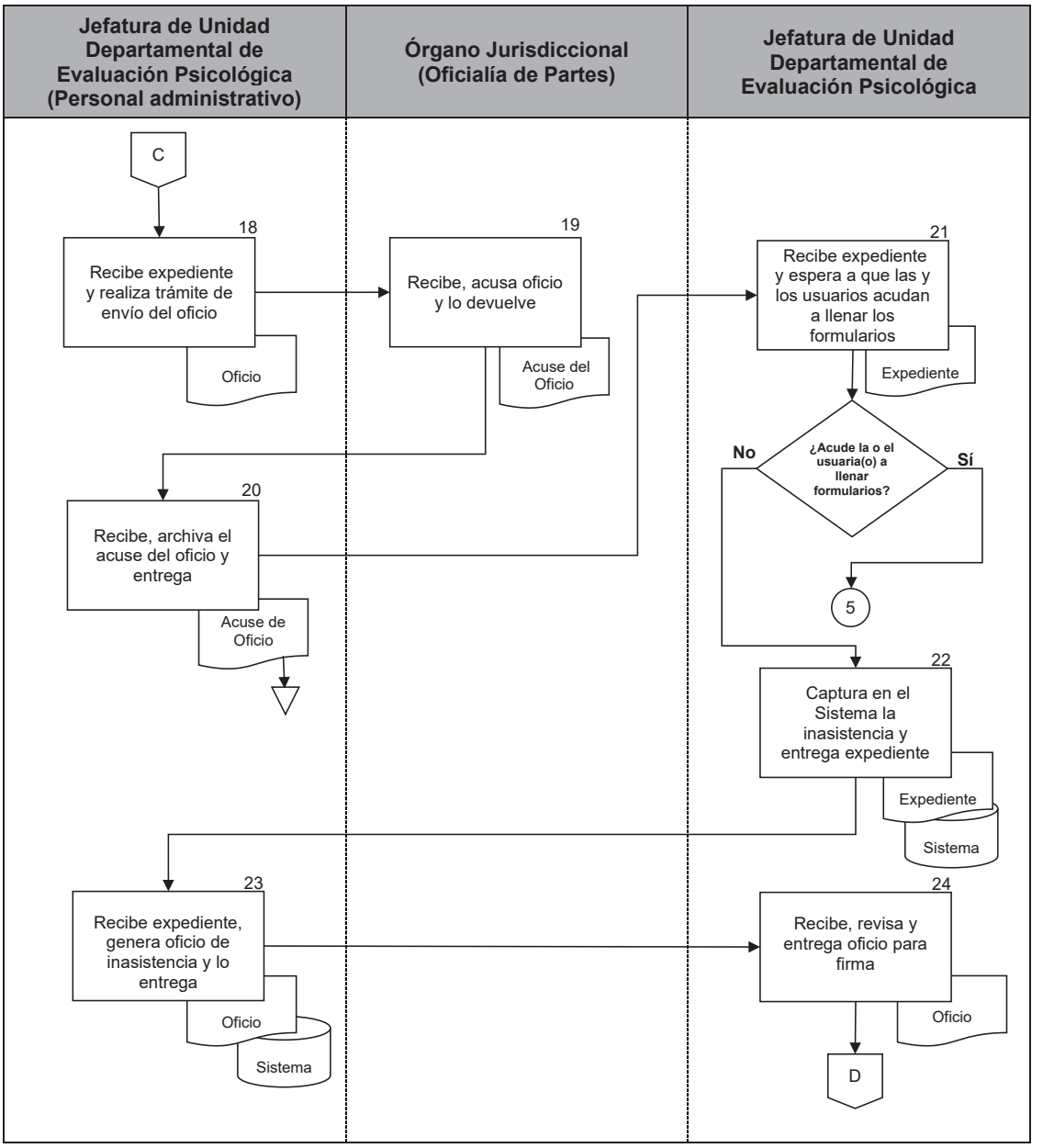
PROCEDIMIENTOS



PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

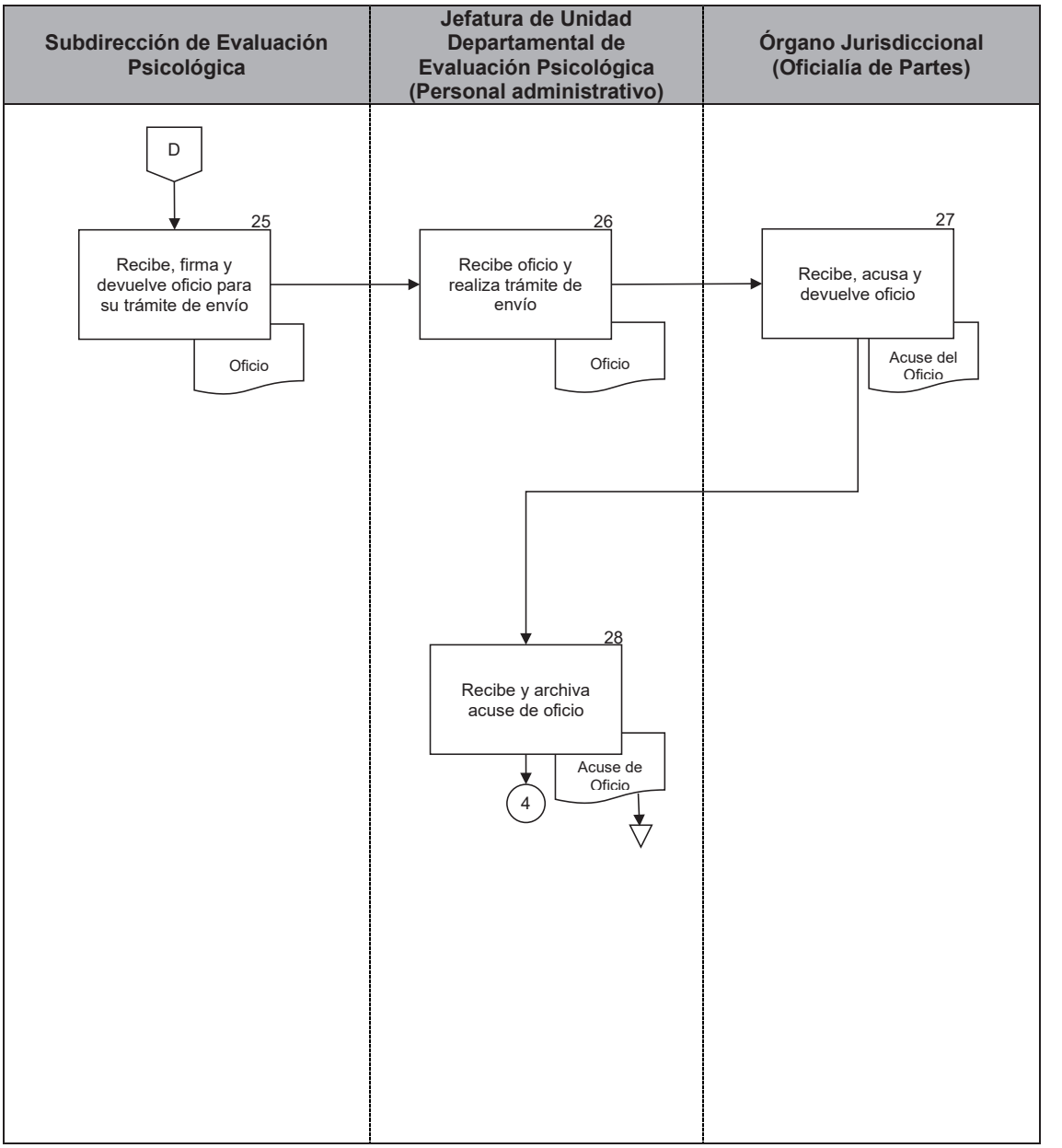
PROCEDIMIENTOS



PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

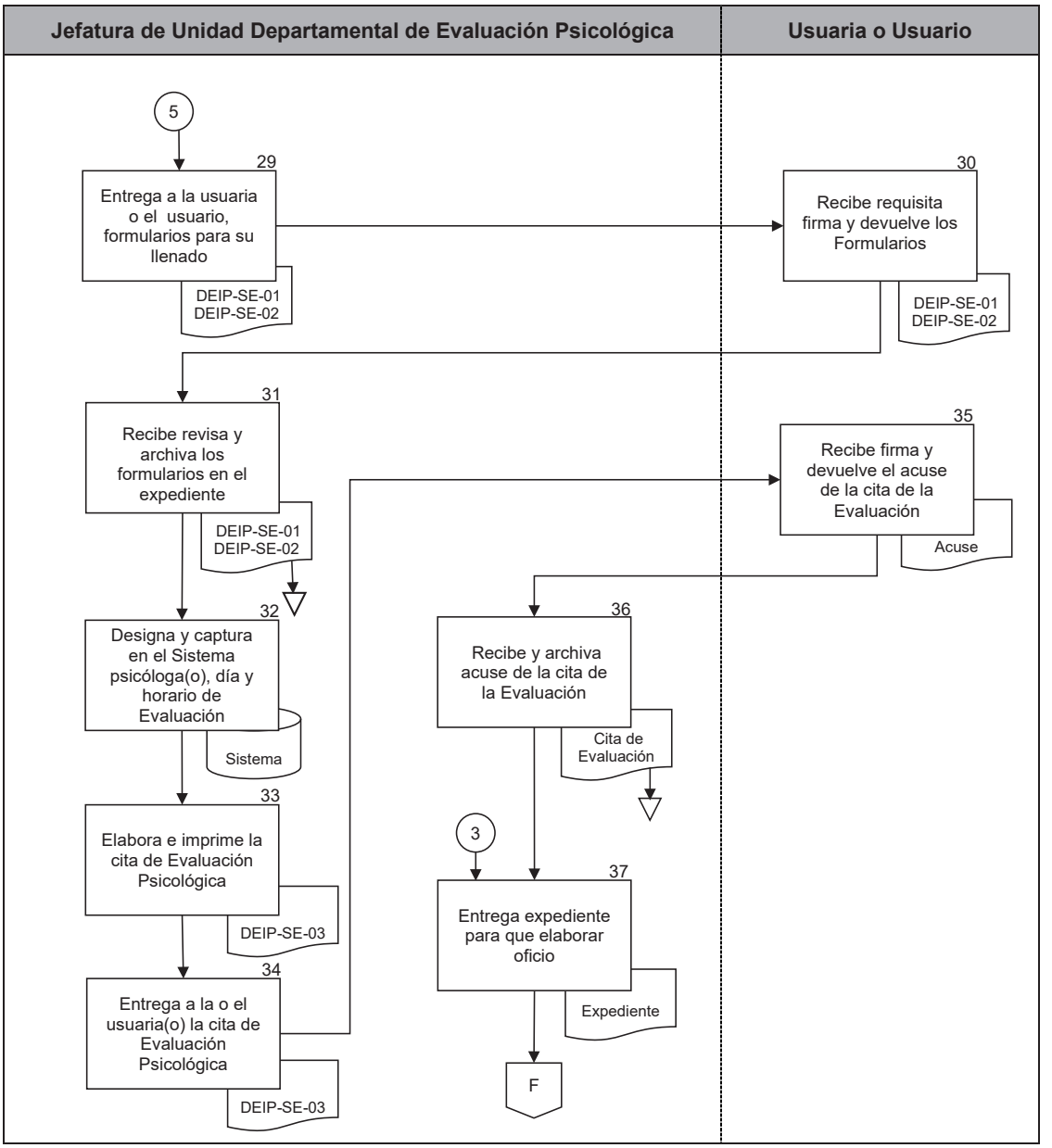
PROCEDIMIENTOS



PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

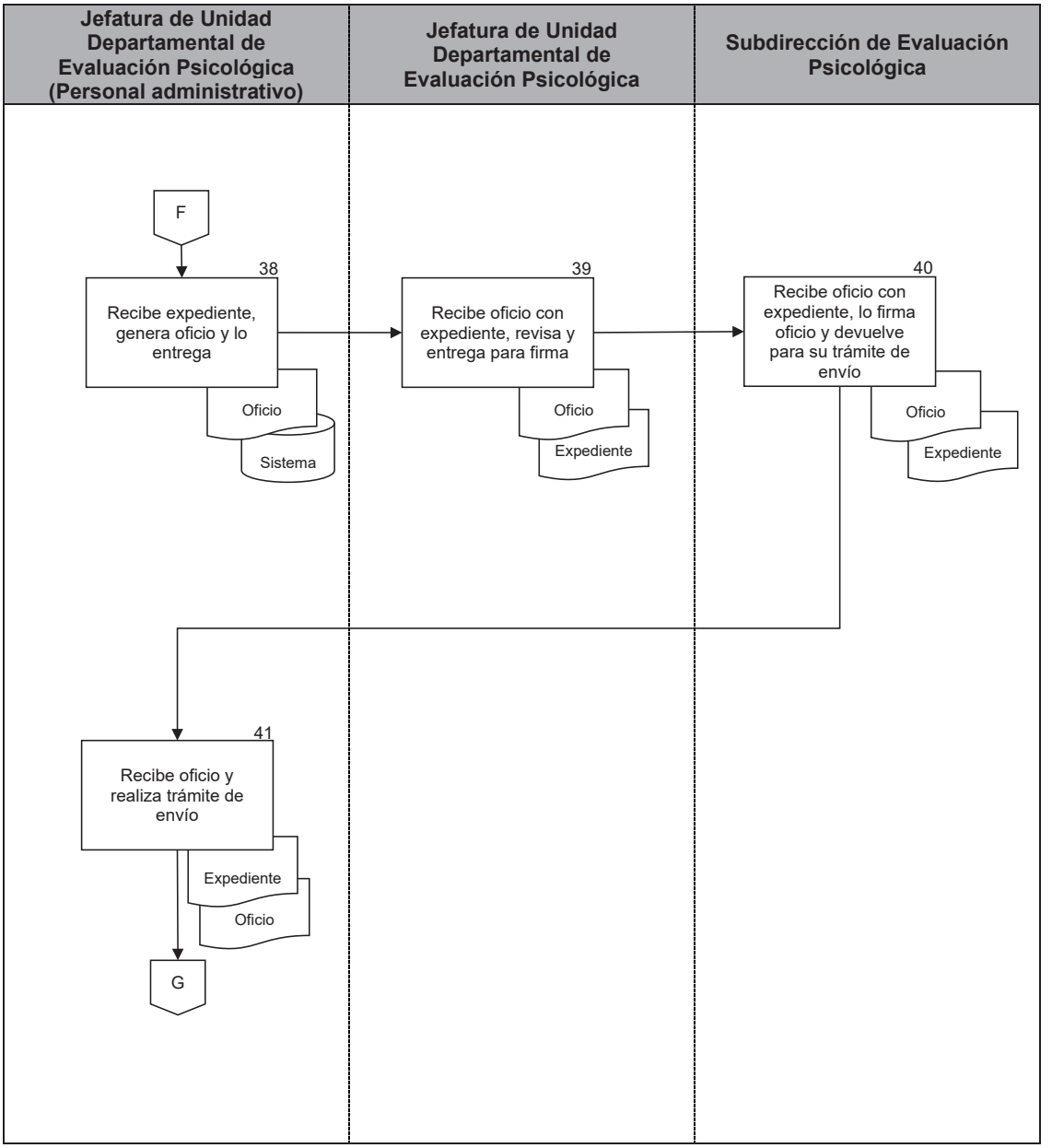
PROCEDIMIENTOS



PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

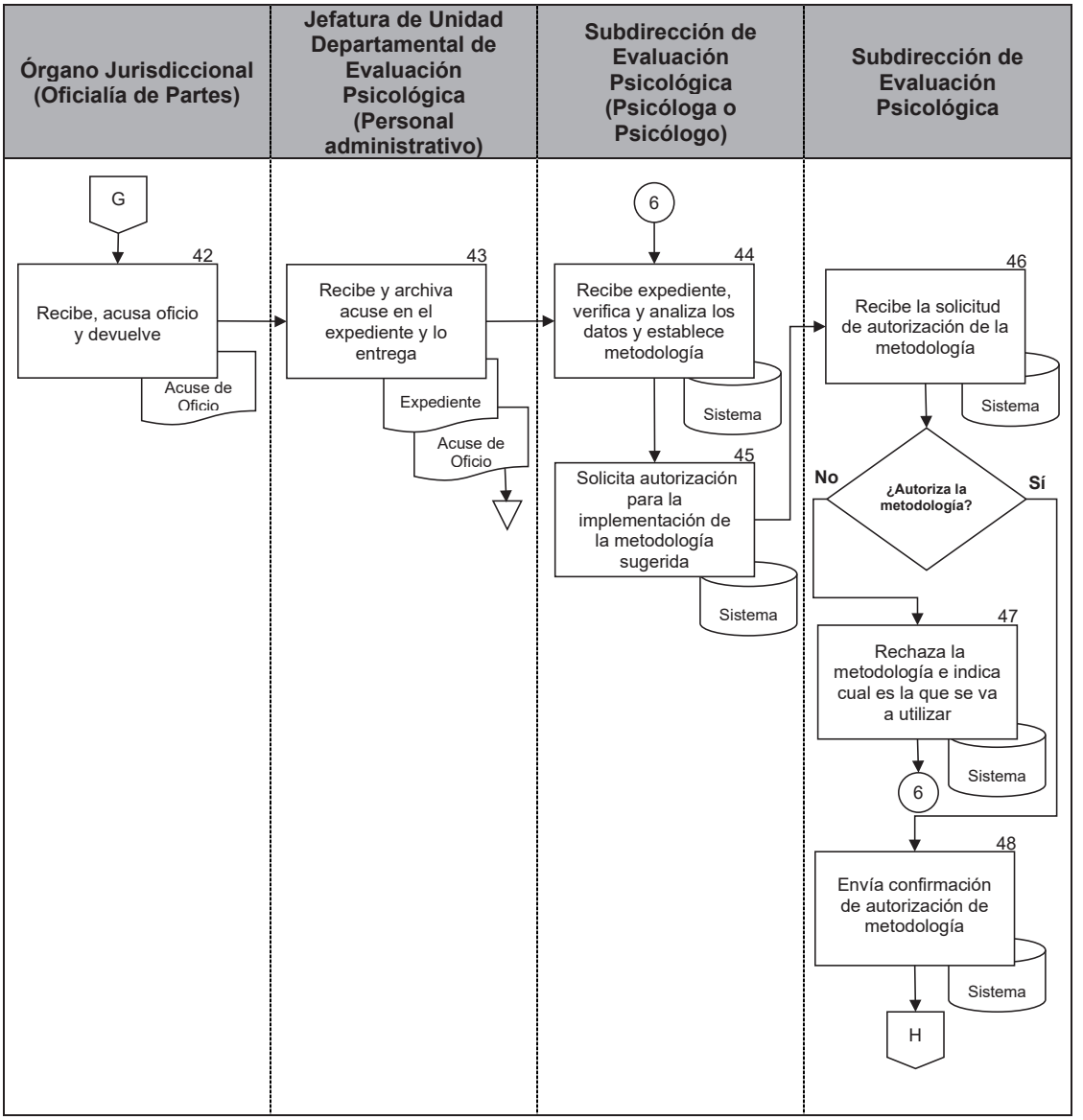
PROCEDIMIENTOS



PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

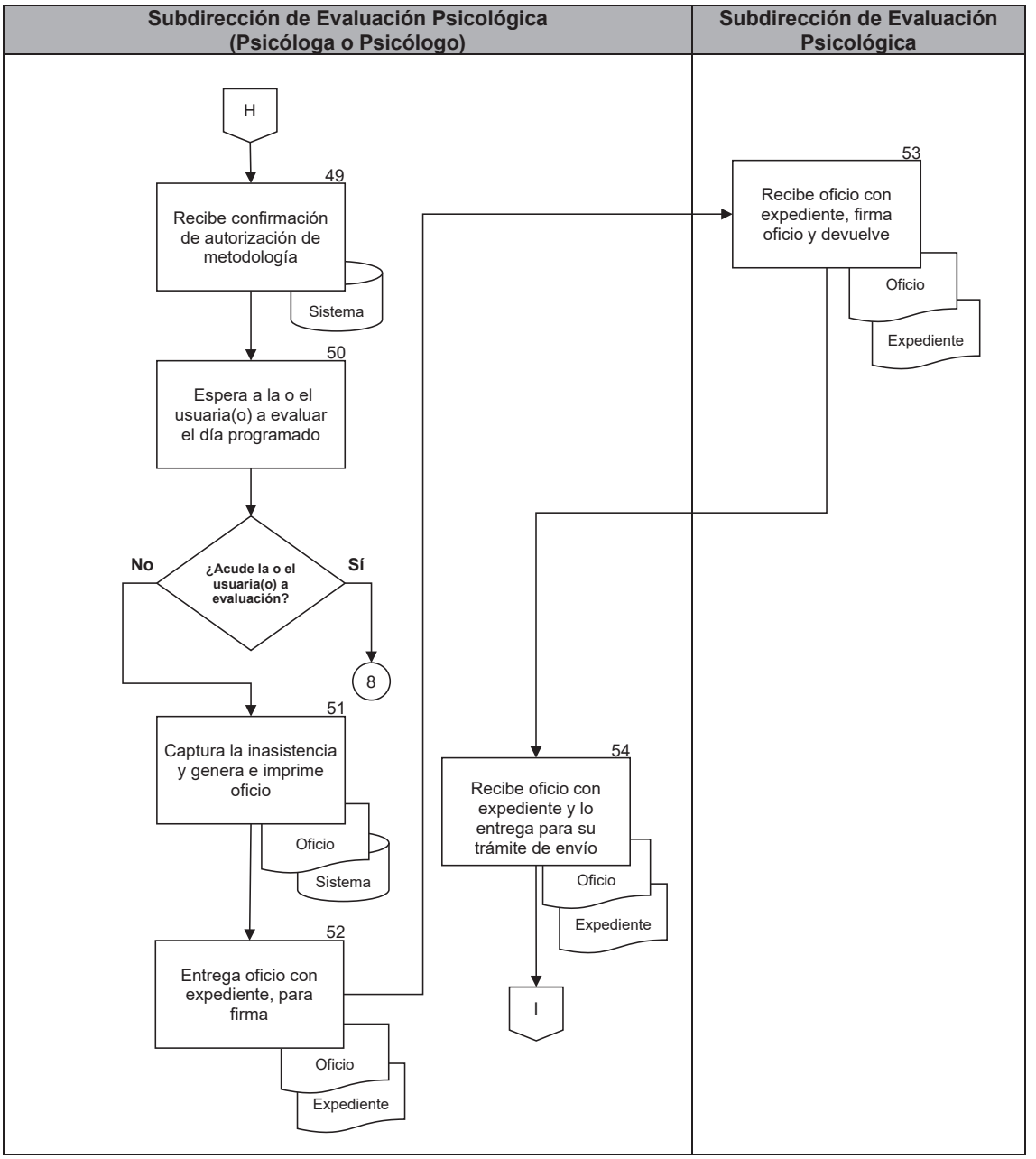
PROCEDIMIENTOS



PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

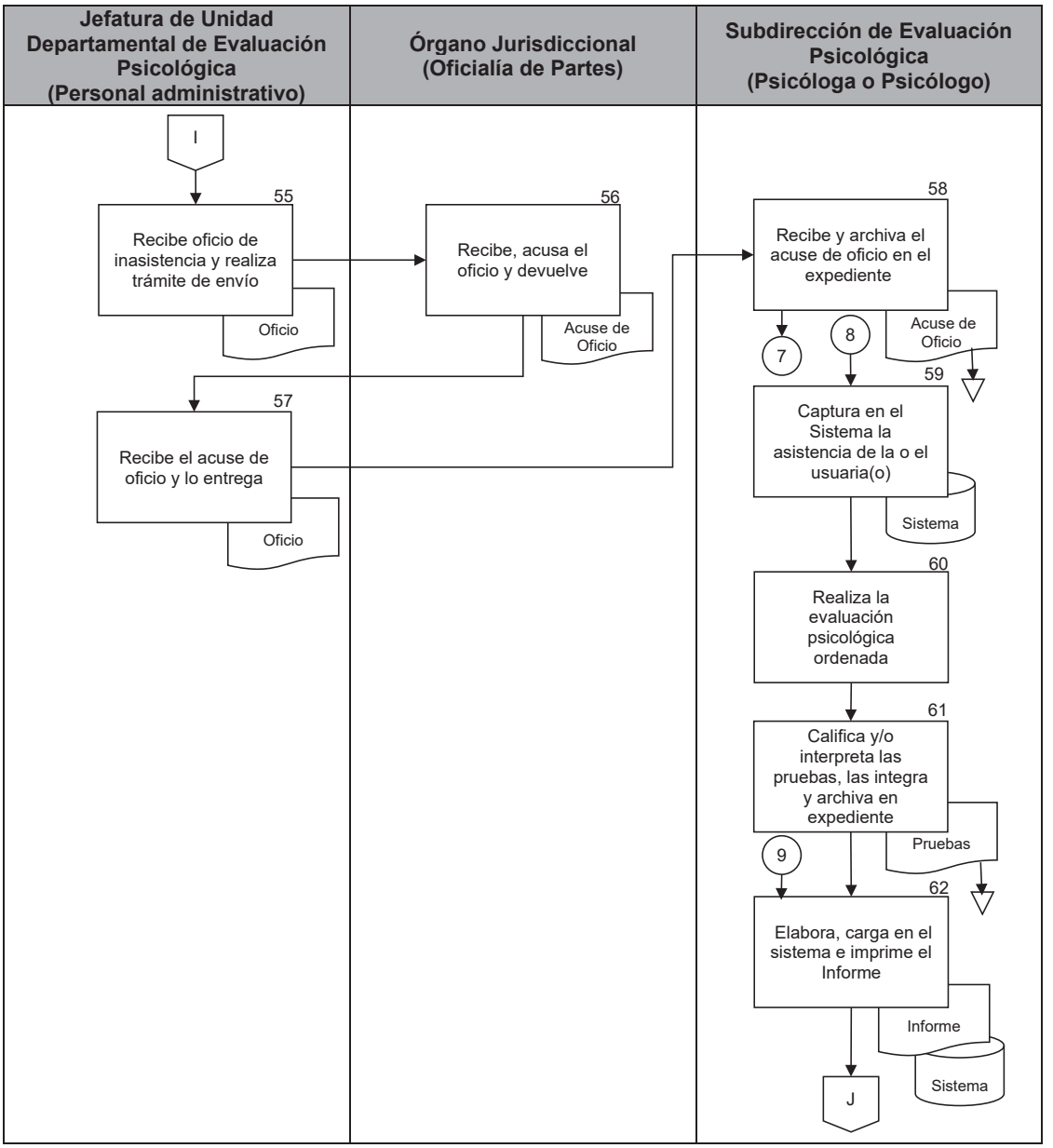
PROCEDIMIENTOS



PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

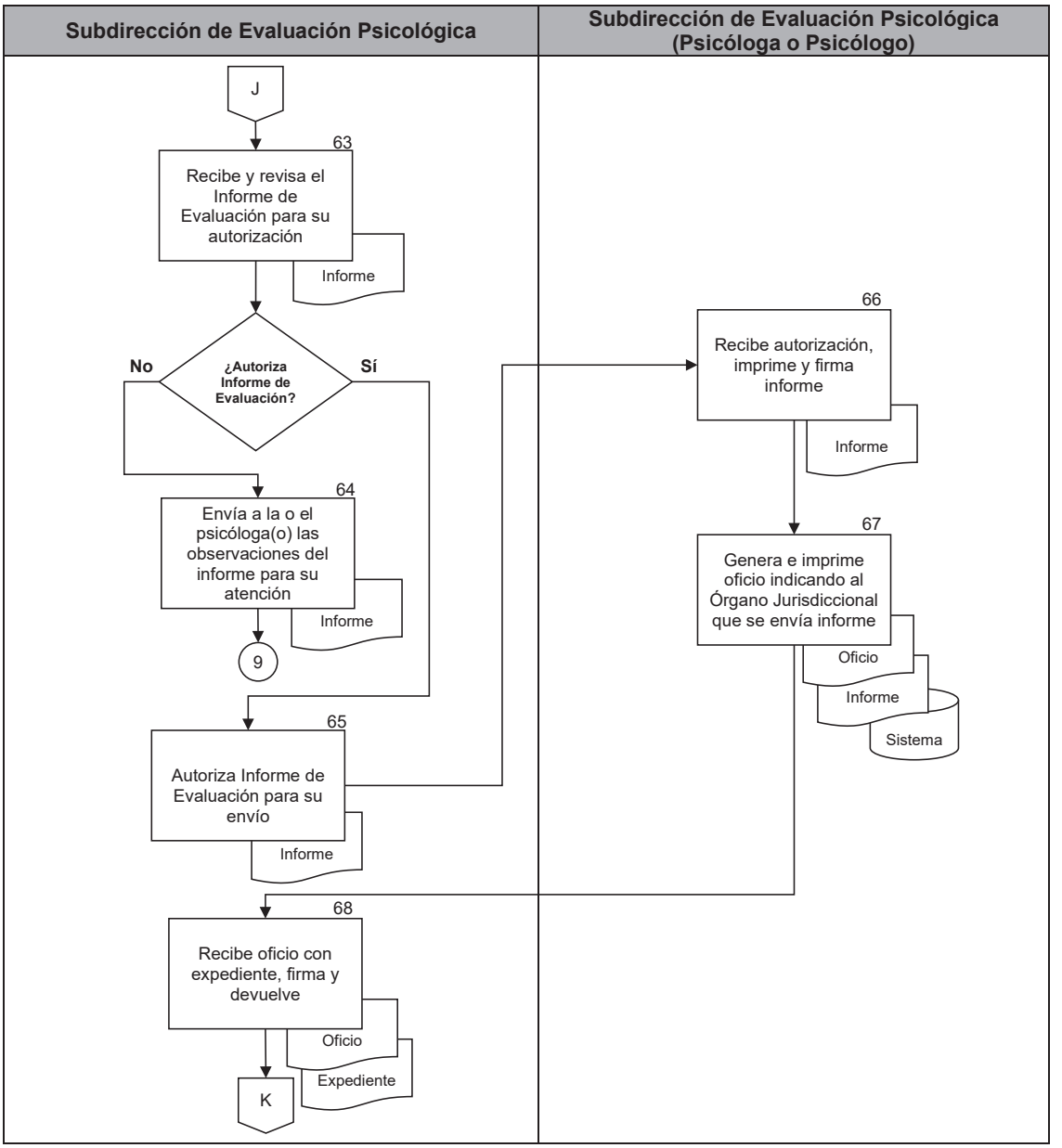
PROCEDIMIENTOS



PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

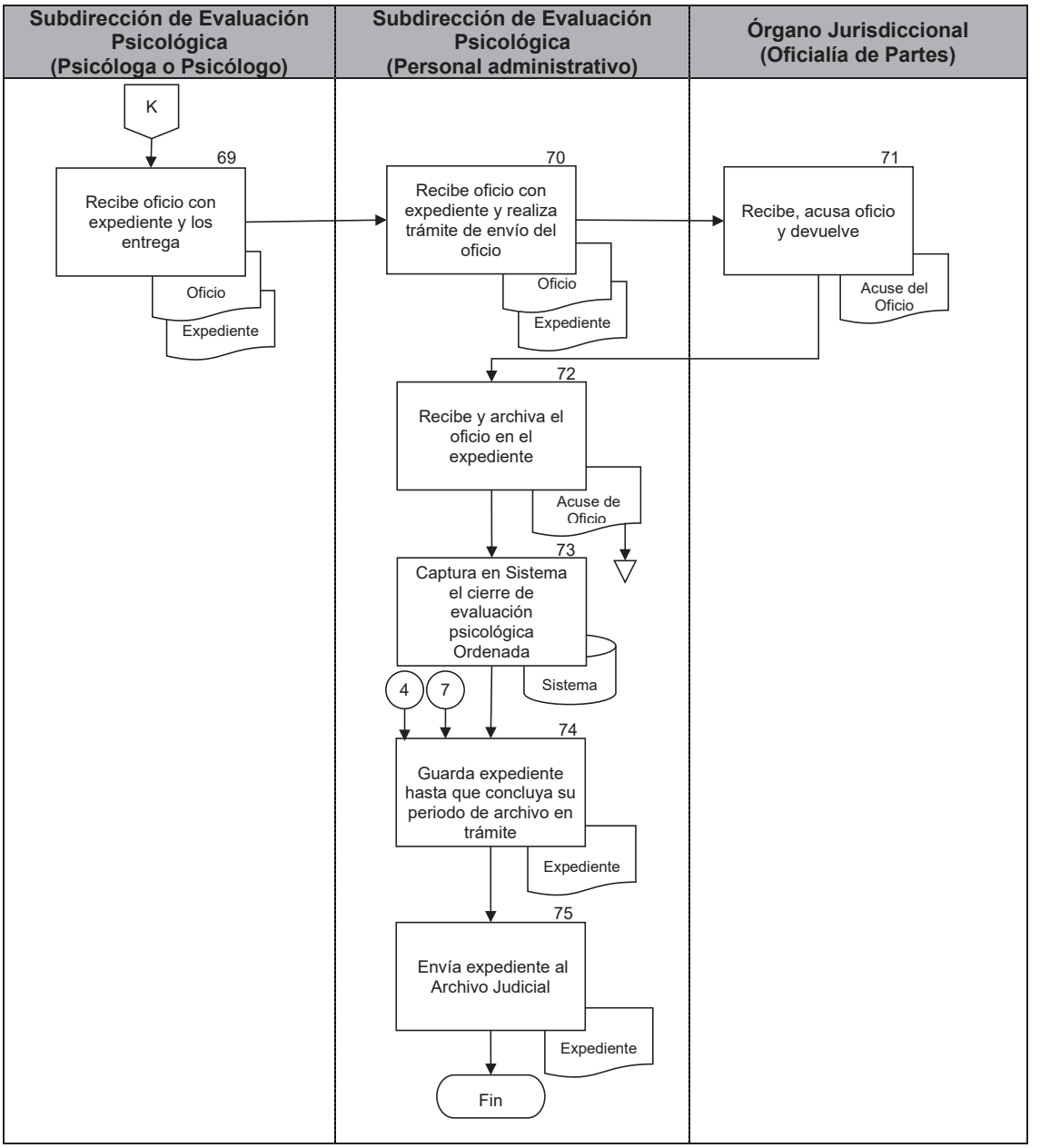
PROCEDIMIENTOS



PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

PROCEDIMIENTOS



PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO — INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

F.1 ANTECEDENTES ADULTOS.

FECHA: DÍA_____ MES_____ AÑO_____.

De manera breve y con letra legible, a continuación, señale:

1. DATOS GENERALES.		
NOMBRE:		
EDAD:		
FECHA DE NACIMIENTO:		
NACIONALIDAD:		
RELIGIÓN:		
ÚLTIMO GRADO DE ESTUDIOS:		
ESTADO CIVIL:	Soltero(a)	Casado(a)
DOMICILIO (Alcaldía o Municipio):		
ACTIVIDAD LABORAL:		
HORARIO LABORAL:		

2. DATOS CLÍNICOS				
HA SIDO EVALUADO PSICOLÓGICAMENTE:	**SI**	**NO**	Fecha de la evaluación:	
			Lugar:	
HA TOMADO TERAPÍA PSICOLÓGICA:	**SI**	**NO**	Período de la terapia:	
			Causa:	
			Lugar:	
HA SIDO VALORADO POR MÉDICO PSIQUIATRA:	**SI**	**NO**	Fecha de valoración:	
			Lugar:	
			Diagnóstico:	
			Medicamentos prescritos:	
			Frecuencia de la toma del medicamento:	
PRESENTA ALGUNA ENFERMEDAD CRÓNICO-DEGENERATIVA:	**SI**	**NO**	Diagnóstico:	
			Fecha del diagnóstico:	
			Medicamentos prescritos:	
			Frecuencia de la toma del medicamento:	
HA TENIDO ALGUNO DE ESTOS PENSAMIENTOS:	**SI**	**NO**	Tristeza:	Frecuencia:
			Desesperanza	Frecuencia:
			Apatía	Frecuencia:
			Ideas suicidas	Frecuencia:
CONSUME TABACO, ALCOHOL O DROGAS:	**SI**	**NO**	¿Cuál y con cuanta frecuencia?	

3. FAMILIA DE ORIGEN
EL TIPO DE RELACIÓN QUE TIENEN O TUVIERON SUS PADRES Y LA DE USTED CON ELLOS:

Av. Niños Héroes núm. 150, 3er. Piso, Col. Doctores, Alcaldía Cuauhtémoc, C.P. 06720, CDMX.
Conmutador: 9156 4997, ext. 511408 y 3450.

DEIP-SE-01

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

NÚMERO DE HERMANOS:
LUGAR QUE USTED OCUPA:
TIPO DE RELACIÓN CON SUS HERMANOS:

A continuación, de manera breve señale o relate sus vivencias a lado de la persona de nombre _____, con quien en la actualidad se dirime el juicio _____ materia de la atención psicológica ordenada por la Sala o Juzgado _____ número de expediente_____.

4. NOVIAZGO.
DURACIÓN:
DESCRIPCIÓN DE LA RELACIÓN:

5. UNIÓN.		
MATRIMONIO	Religioso Civil Ambos	CONCUBINATO -Unión libre-
DURACIÓN:		

HIJOS:	NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD

DESCRIPCIÓN DE RELACIÓN DE PAREJA:

Av. Niños Héroes núm. 150, 3er. Piso, Col. Doctores, Alcaldía Cuauhtémoc, C.P. 06720, CDMX.
Conmutador: 9156 4997, ext. 511408 y 3450.

DEIP-SE-01

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

6. SEPARACIÓN DEFINITIVA.
FECHA:
DESCRIPCIÓN DE LA SEPARACIÓN DEFINITIVA:
7. SITUACIÓN JURÍDICA.
FECHA DE INICIO DEL PROCESO JURÍDICO:
QUIÉN INICIÓ EL PROCESO, EL MOTIVO Y QUÉ ES LO QUE SE PRETENDE:
SI LOS HIJOS TIENEN CONOCIMIENTO DEL PROCESO JUDICIAL, CÓMO SE LES HA INFORMADO:

EXISTENCIA DE ACUERDOS:	SI	NO	CUÁLES:	
SE HAN CUMPLIDO:	SI	NO	CAUSAS:	

GUARDA Y CUSTODIA A FAVOR DE:	
MONTO DE PENSIÓN ALIMENTICIA:	

Av. Niños Héroes núm. 150, 3er. Piso, Col. Doctores, Alcaldía Cuauhtémoc, C.P. 06720, CDMX.
Conmutador: 9156 4997, ext. 511408 y 3450.

DEIP-SE-01

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO — INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

RÉGIMEN DE VISITAS Y CONVIVENCIAS A FAVOR DE:	
HORARIOS:	
SE CUMPLE:	
OTROS PROCESOS JURÍDICOS (ORDENES DE RESTRICCIÓN, DENUNCIAS POR VIOLENCIA, ABUSO SEXUAL, ETC):	
8. RELACIÓN CON LOS HIJOS	
ESTILO DE CRIANZA QUE EMPLEA CON SU HIJA O HIJO Y EL TIPO DE RELACIÓN QUE TIENE CON SU HIJA O HIJO EN LA ACTUALIDAD.	
LA INTERVENCIÓN DE OTROS FAMILIARES Y/O NUEVA PAREJA EN EL CUIDADO DE SU HIJA O HIJO(s) (APOYO ECONÓMICO, CRIANZA, NUEVOS HERMANOS, ETC.).	
NOMBRE DE LA PERSONA QUE CUIDA A SU HIJA O HIJO CUÁN USTED SALE A TRABAJAR O REALIZA OTRAS ACTIVIDADES, ASÍ CÓMO DESCRIBA EL TIPO DE LA RELACIÓN CON ESA O ESAS PERSONAS.	
TIPO DE RELACIÓN ENTRE USTED Y EL PADRE/MADRE DE SUS HIJOS ANTES Y DESPUÉS DE LA SEPARACIÓN.	

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO — INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

TIPO DE RELACIÓN DE SUS HIJOS CON EL OTRO PADRE/MADRE ANTES Y DESPUÉS DE LA SEPARACIÓN.

NOMBRE Y FIRMA.

AVISO DE PRIVACIDAD

- **Identificación del responsable y la ubicación de su domicilio**

El responsable de dar tratamiento a los datos personales es la Mtra. Mariana Ortiz Castañares, Coordinadora de Intervención Especializada para Apoyo Judicial del Tribunal Superior de Justicia de la Ciudad de México, con domicilio en Avenida Niños Héroes, Número 150, Piso 3, Colonia Doctores, Delegación Cuauhtémoc, C.P. 06720, Ciudad de México.

- **El fundamento legal que faculta al responsable para llevar a cabo el tratamiento:**

Los datos personales serán protegidos y tratados, con fundamento en lo que dispone la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos en sus artículos 6 párrafo segundo fracción II, 16 párrafo segundo y 108 párrafo primero. El artículo 7, inciso E), puntos 1, 2, 3 y 4 de la Constitución Política de la Ciudad de México. La Convención Americana sobre Derechos Humanos en su artículo 19. La Convención Americana de los Derechos del Niño en sus artículos 1, 3, 8, 12 y 19. La Ley de los Derechos de las Niñas y Niños en el Distrito Federal en sus artículos 7, 8, 45 y 85. La Ley de Asistencia y Prevención de la Violencia Familiar del Distrito Federal en sus artículos 9 y 10. El Código Civil para el Distrito Federal en su artículo 323 Septimus y el Código de Procedimientos Civiles para el Distrito Federal en sus artículos 278 y 279. Así como lo establecido en el artículo 1 de la Ley Orgánica del Tribunal Superior de Justicia del Distrito Federal ahora Ciudad de México. Los artículos 6, fracciones XII, XIII, XIV, XV, XVI, XVII, XXII, XLI y XLII y 186 de la Ley de Transparencia, Acceso a la Información Pública y Rendición de Cuentas de la Ciudad de México. Los artículos 1, 2, 3, fracciones I, II, IX, XI, XXIX, 4, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 24, 25, 26, 37, 38 y 39 de la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados de la Ciudad de México. Los artículos 1, 3 fracción X, 30 fracciones VI y VII, 31, 32, 33, 34, 35 fracción VIII, 37, 38 y 40 de la Ley de Archivos del Distrito Federal ahora Ciudad de México. Artículo 15 de los Lineamientos para la Organización y Conservación de Archivos. Artículos 49, fracciones I y V, y 210 Ley de Responsabilidades Administrativas de la Ciudad de México y los Lineamientos para el Desarrollo y Aplicación de Estudios Psicológicos, Peritajes en Psicología, Exámenes Psicotécnicos, Asistencias Técnicas Psicológicas, Terapias para Adultos y Terapias para Niñas, Niños y Adolescentes, que se practican por la Dirección de Evaluación e Intervención Psicológica para Apoyo Judicial del Tribunal Superior de Justicia de la Ciudad de México aprobados por Acuerdo 11-14/2017.

- **Los datos personales que serán sometidos a tratamiento, así como la existencia de un sistema de datos personales:**
  - Clave Única de Registro de Población (CURP).
  - Domicilio.
  - Edad.
  - Fecha de nacimiento.
  - Firma.
  - Fotografía.
  - Lugar de nacimiento.
  - Nacionalidad.
  - Nombre.
  - Número de pasaporte.
  - Teléfono celular.
  - Teléfono particular.
  - Correo electrónico no oficial.
  - Referencias laborales.
  - Procedimientos administrativo, seguido en forma de juicio.
  - Trayectoria educativa.
  - Consumo de estupefacientes.
  - Detección de enfermedades.
  - Diagnóstico psicológico.
  - Discapacidades.
  - Estado físico o mental de la persona.
  - Incapacidades médicas.
  - Referencias o descripción de sintomatologías.
  - Características emocionales.
  - Características morales Convicciones filosóficas.
  - Convicciones religiosas.
  - Creencias.
  - Ideología.
  - Opiniones políticas.
  - Origen étnico o racial.
  - Preferencia sexual.
  - Huella digital.
  - Folio de elector.
  - Clave de elector.
  - Sexo.

DEIP-SE-01

Av. Niños Héroes núm. 150, 3er. Piso, Col. Doctores, Alcaldía Cuauhtémoc, C.P. 06720, CDMX.
Conmutador: 9156 4997, ext. 511408 y 3450.

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO — INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

Inscritos en el SISTEMA DE GESTION DE EVALUACION E INTERVENCION PSICOLOGICA PARA APOYO JUDICIAL (SGEIPAJ)

- **Las finalidades del tratamiento para las cuales se recaban los datos personales, el ciclo de vida de los mismos, la revocación del consentimiento y los derechos del titular sobre éstos:**

La finalidad del tratamiento de sus datos personales es dar cumplimiento a los ordenamientos jurisdiccionales enviados por Salas y Juzgados, mediante la correcta y oportuna programación y trámites administrativos que se requieren para la realización de evaluaciones psicológicas y psicotécnicas, periciales, opiniones técnicas y procesos psicoterapéuticos para adultos, niñas, niños y/o adolescentes.
El ciclo de vida de sus datos personales es el siguiente:

Ciclo vital del Dato Personal (Principio de temporalidad)	
Archivo de Trámite	5 años
Archivo de Concentración	5 años
Archivo historico	Sí
Supresión	10 años
Ciclo vital del Dato Personal Libretas de control (Principio de temporalidad)	
Archivo de Trámite	1 año
Archivo de Concentración	1 año
Archivo historico	No
Supresión	2 años

Revocación del consentimiento: Procederá a partir de que el titular exprese de manera libre, voluntaria e inequívoca su solicitud para que cese el tratamiento de sus datos personales, el cual no tendrá efectos retroactivos.
Derechos del titular: El titular que acredite su identidad o, en su caso, su representante que acredite identidad y personalidad, podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición (ARCO).

- **Los Mecanismos, medios y procedimientos disponibles para ejercer los derechos de Acceso, Rectificación, Cancelación y Oposición:**

El titular de los datos personales y de conformidad con el Título Tercero, Capítulos I y II de la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados de la Ciudad de México, tiene derecho al Acceso, Rectificación, Cancelación y Oposición de sus datos, por lo que, para ejercer su derecho podrá realizarlo de la siguiente manera:

1.- Solicitar información a través del sistema de solicitudes de información (INFOMEX) http://www.infomexdf.org.mx/InfomexDF/default.aspx, Plataforma Nacional de Transparencia http://www.plataformadetransparencia.org.mx/web/guest/sac.
2.- Vía correo electrónico a la dirección de la Unidad de Transparencia oip@tsjcdmx.gob.mx.
3.- De manera personal en las oficinas de la Unidad de Transparencia del Tribunal Superior de Justicia de la Ciudad de México.
4.- Tel-Infodf al número 5636-4636.

- **El domicilio de la Unidad de Transparencia:**

Unidad de Transparencia del Tribunal Superior de Justicia de la Ciudad de México, cuyo domicilio se localiza en Avenida Niños Héroes número 132, Planta Baja, Colonia Doctores, Delegación Cuauhtémoc, Código Postal 06720, Ciudad de México, en días hábiles y en un horario de atención al público de 9:00 a 15:00 horas de lunes a jueves y de 9:00 a 14:00 horas los días viernes.

AVISO DE PRIVACIDAD

➢ **Identificación del responsable y la ubicación de su domicilio:**

El responsable de dar tratamiento a los datos personales es la Mtra. Mariana Ortiz Castañares, Coordinadora de Intervención Especializada para Apoyo Judicial del Tribunal Superior de Justicia de la Ciudad de México, con domicilio en Avenida Niños Héroes, Número 150, Piso 3, Colonia Doctores, Alcaldía Cuauhtémoc, C.P. 06720, Ciudad de México.

➢ **El fundamento legal que faculta al responsable para llevar a cabo el tratamiento:**

Los datos personales serán protegidos y tratados, con fundamento en lo que dispone la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos en sus artículos 6 párrafo segundo fracción II, 16 párrafo segundo y 108 párrafo primero. El artículo 7, inciso E), puntos 1, 2, 3 y 4 de la Constitución Política de la Ciudad de México. La Convención Americana sobre Derechos Humanos en su artículo 19. La Convención Americana de los Derechos del Niño en sus artículos 1, 3, 8, 12 y 19. La Ley de los Derechos de las Niñas y Niños en el Distrito Federal en sus artículos 7, 8, 45 y 85. La Ley de Asistencia y Prevención de la Violencia Familiar del Distrito Federal en sus artículos 9 y 10. El Código de Procedimientos Civiles para el Distrito Federal en sus artículos 278 y 279. Así como lo establecido en el artículo 1 de la Ley Orgánica del Tribunal Superior de Justicia del Distrito Federal ahora Ciudad de México. Los artículos 6, fracciones XII, XIII, XIV, XV, XVI, XVII, XXII, XLI y XLII y 186 de la Ley de Transparencia, Acceso a la Información Pública y Rendición de Cuentas de la Ciudad de México. Los artículos 1, 2, 3, fracciones I, II, IX, XI, XXIX, 4, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 24, 25, 26, 37, 38 y 39 de la

Av. Niños Héroes núm. 150, 3er. Piso, Col. Doctores, Alcaldía Cuauhtémoc, C.P. 06720, CDMX.
Conmutador: 9156 4997, ext. 511408 y 3450.

DEIP-SE-01

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO — INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados de la Ciudad de México. Los artículos 1, 3 fracción X, 30 fracciones VI y VII, 31, 32, 33, 34, 35 fracción VIII, 37, 38 y 40 de la Ley de Archivos del Distrito Federal ahora Ciudad de México. Artículo 15 de los Lineamientos para la Organización y Conservación de Archivos. Artículos 49, fracciones I y V, y 210 Ley de Responsabilidades Administrativas de la Ciudad de México y los artículos 13 y 41 de los Lineamientos para el desarrollo y aplicación de estudios psicológicos, peritajes en psicología, exámenes psicotécnicos, asistencias técnicas psicológicas, terapias para adultos y terapias para niñas, niños y adolescentes, en el Poder Judicial de la Ciudad de México.

- **Los datos personales que serán sometidos a tratamiento, así como la existencia de un sistema de datos personales:**

  - Clave Única de Registro de Población (CURP).
  - Domicilio.
  - Edad.
  - Fecha de nacimiento.
  - Firma.
  - Fotografía.
  - Lugar de nacimiento.
  - Nacionalidad.
  - Nombre.
  - Número de pasaporte.
  - Teléfono celular.
  - Teléfono particular.
  - Referencias laborales.
  - Procedimientos administrativos seguidos en forma de juicio.
  - Trayectoria educativa.
  - Consumo de estupefacientes.
  - Detección de enfermedades.
  - Diagnóstico psicológico.
  - Discapacidades.
  - Estado físico o mental de la persona.
  - Incapacidades médicas.
  - Referencias o descripción de sintomatologías.
  - Características emocionales.
  - Características morales.
  - Convicciones filosóficas.
  - Convicciones religiosas.
  - Creencias.
  - Ideología.
  - Opiniones políticas.
  - Origen étnico o racial.
  - Preferencia sexual.
  - Huella digital.
  - Folio de elector.
  - Clave de elector.
  - Sexo.

Inscritos en el SISTEMA DE GESTIÓN DE EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA PARA APOYO JUDICIAL (SGEIPAJ).

- **Las finalidades del tratamiento para las cuales se recaban los datos personales, el ciclo de vida de los mismos, la revocación del consentimiento y los derechos del titular sobre éstos:**

Dar cumplimiento a los ordenamientos jurisdiccionales enviados por Salas y Juzgados, mediante la correcta y oportuna programación y trámites administrativos que se requieren para la realización de evaluaciones psicológicas y psicotécnicas, periciales, opiniones técnicas y procesos psicoterapéuticos para adultos, niñas, niños y/o adolescentes.

El ciclo de vida de sus datos personales es el siguiente:

Ciclo vital del Dato Personal (Principio de temporalidad)	
Archivo de Trámite	5 años
Archivo de Concentración	5 años
Archivo histórico	Si
Supresión	10 años
Ciclo vital del Dato Personal Libretas de control (Principio de temporalidad)	
Archivo de Trámite	1 año
Archivo de Concentración	1 año
Archivo histórico	No

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

Supresión	2 años

Revocación del consentimiento: Procederá a partir de que el titular exprese de manera libre, voluntaria e inequívoca su solicitud para que cese el tratamiento de sus datos personales, el cual no tendrá efectos retroactivos.

Derechos del titular: El titular que acredite su identidad o, en su caso, su representante que acredite identidad y personalidad, podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición (ARCO).

- **Los Mecanismos, medios y procedimientos disponibles para ejercer los derechos de Acceso, Rectificación, Cancelación y Oposición:**

El titular de los datos personales y de conformidad con el Título Tercero, Capítulos I y II de la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados de la Ciudad de México, tiene derecho al Acceso, Rectificación, Cancelación y Oposición de sus datos, por lo que, para ejercer su derecho podrá realizarlo de la siguiente manera:

1.- Solicitar información a través del sistema de solicitudes de información (INFOMEX) http://www.informexdf.org.mx/InformexDF/default.aspx, Plataforma Nacional de Transparencia http://www.plataformadetransparencia.org.mx/web/guest/sac;
2.- Vía correo electrónico a la dirección de la Unidad de Transparencia oip@tsjcdmx.gob.mx.
3.- De manera personal en las oficinas de la Unidad de Transparencia del Tribunal Superior de Justicia de la Ciudad de México.
4.- Tel-Infodf al número 5636-4636.

- **El domicilio de la Unidad de Tranaparencia:**

Unidad de Transparencia del Tribunal Superior de Justicia de la Ciudad de México, cuyo domicilio se localiza en Avenida Niños Héroes número 132, Planta Baja, Colonia Doctores, Alcaldía Cuauhtémoc, Código Postal 06720, Ciudad de México, en días hábiles y en un horario de atención al público de 9:00 a 15:00 horas de lunes a jueves y de 9:00 a 14:00 horas los días viernes.

Av. Niños Héroes núm. 150, 3er. Piso, Col. Doctores, Alcaldía Cuauhtémoc, C.P. 06720, CDMX.
Conmutador: 9156 4997, ext. 511408 y 3450.

DEIP-SE-01

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO — INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

F.1 ANTECEDENTES ADULTOS.

FECHA: DÍA__(1)____ MES_____(2)_____ AÑO_____(3)____.

De manera breve y con letra legible, a continuación, señale:

1. DATOS GENERALES.	**(4)**	
NOMBRE:		
EDAD:		
FECHA DE NACIMIENTO:		
NACIONALIDAD:		
RELIGIÓN:		
ÚLTIMO GRADO DE ESTUDIOS:		
ESTADO CIVIL:	Soltero(a)	Casado(a)
DOMICILIO (Alcaldía o Municipio):		
ACTIVIDAD LABORAL:		
HORARIO LABORAL:		

2. DATOS CLÍNICOS			**(5)**	
HA SIDO EVALUADO PSICOLÓGICAMENTE:	**SI**	**NO**	Fecha de la evaluación:	
			Lugar:	
HA TOMADO TERAPÍA PSICOLÓGICA:	**SI**	**NO**	Período de la terapia:	
			Causa:	
			Lugar:	
HA SIDO VALORADO POR MÉDICO PSIQUIATRA:	**SI**	**NO**	Fecha de valoración:	
			Lugar:	
			Diagnóstico:	
			Medicamentos prescritos:	
			Frecuencia de la toma del medicamento:	
PRESENTA ALGUNA ENFERMEDAD CRÓNICO-DEGENERATIVA:	**SI**	**NO**	Diagnóstico:	
			Fecha del diagnóstico:	
			Medicamentos prescritos:	
			Frecuencia de la toma del medicamento:	
HA TENIDO ALGUNO DE ESTOS PENSAMIENTOS:	**SI**	**NO**	Tristeza:	Frecuencia:
			Desesperanza	Frecuencia:
			Apatía	Frecuencia:
			Ideas suicidas	Frecuencia:
CONSUME TABACO, ALCOHOL O DROGAS:	**SI**	**NO**	¿Cuál y con cuanta frecuencia?	

3. FAMILIA DE ORIGEN	**(6)**
EL TIPO DE RELACIÓN QUE TIENEN O TUVIERON SUS PADRES Y LA DE USTED CON ELLOS:	

Av. Niños Héroes núm. 150, 3er. Piso, Col. Doctores, Alcaldía Cuauhtémoc, C.P. 06720, CDMX.
Conmutador: 9156 4997, ext. 511408 y 3450.

DEIP-SE-01

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO — INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

NÚMERO DE HERMANOS:
LUGAR QUE USTED OCUPA:
TIPO DE RELACIÓN CON SUS HERMANOS:

A continuación, de manera breve señale o relate sus vivencias a lado de la persona de nombre _____, con quien en la actualidad se dirime el juicio _____ materia de la atención psicológica ordenada por la Sala o Juzgado _____ número de expediente_____.

4. NOVIAZGO.	**(7)**
DURACIÓN:	
DESCRIPCIÓN DE LA RELACIÓN:	

5. UNIÓN.	**(8)**	
MATRIMONIO	Religioso Civil Ambos	CONCUBINATO -Unión libre-
DURACIÓN:		

HIJOS:	NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD

DESCRIPCIÓN DE RELACIÓN DE PAREJA:

Av. Niños Héroes núm. 150, 3er. Piso, Col. Doctores, Alcaldía Cuauhtémoc, C.P. 06720, CDMX.
Conmutador: 9156 4997, ext. 511408 y 3450.

DEIP-SE-01

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO — INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

6. SEPARACIÓN DEFINITIVA.		**(9)**		
FECHA:				
DESCRIPCIÓN DE LA SEPARACIÓN DEFINITIVA:				
7. SITUACIÓN JURÍDICA.		**(10)**		
FECHA DE INICIO DEL PROCESO JURÍDICO:				
QUIÉN INICIÓ EL PROCESO, EL MOTIVO Y QUÉ ES LO QUE SE PRETENDE:				
SI LOS HIJOS TIENEN CONOCIMIENTO DEL PROCESO JUDICIAL, CÓMO SE LES HA INFORMADO:				
EXISTENCIA DE ACUERDOS:	SI	NO	CUÁLES:	
SE HAN CUMPLIDO:	SI	NO	CAUSAS:	
GUARDA Y CUSTODIA A FAVOR DE:				
MONTO DE PENSIÓN ALIMENTICIA:				

Av. Niños Héroes núm. 150, 3er. Piso, Col. Doctores, Alcaldía Cuauhtémoc, C.P. 06720, CDMX.
Conmutador: 9156 4997, ext. 511408 y 3450.

DEIP-SE-01

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO — INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

RÉGIMEN DE VISITAS Y CONVIVENCIAS A FAVOR DE:	
HORARIOS:	
SE CUMPLE:	
OTROS PROCESOS JURÍDICOS (ORDENES DE RESTRICCIÓN, DENUNCIAS POR VIOLENCIA, ABUSO SEXUAL, ETC):	
8. RELACIÓN CON LOS HIJOS (11)	
ESTILO DE CRIANZA QUE EMPLEA CON SU HIJA O HIJO Y EL TIPO DE RELACIÓN QUE TIENE CON SU HIJA O HIJO EN LA ACTUALIDAD.	
LA INTERVENCIÓN DE OTROS FAMILIARES Y/O NUEVA PAREJA EN EL CUIDADO DE SU HIJA O HIJO(s) (APOYO ECONÓMICO, CRIANZA, NUEVOS HERMANOS, ETC.).	
NOMBRE DE LA PERSONA QUE CUIDA A SU HIJA O HIJO CUÁN USTED SALE A TRABAJAR O REALIZA OTRAS ACTIVIDADES, ASÍ CÓMO DESCRIBA EL TIPO DE LA RELACIÓN CON ESA O ESAS PERSONAS.	
TIPO DE RELACIÓN ENTRE USTED Y EL PADRE/MADRE DE SUS HIJOS ANTES Y DESPUÉS DE LA SEPARACIÓN.	

Av. Niños Héroes núm. 150, 3er. Piso, Col. Doctores, Alcaldía Cuauhtémoc, C.P. 06720, CDMX.
Conmutador: 9156 4997, ext. 511408 y 3450.

DEIP-SE-01

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO — INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

TIPO DE RELACIÓN DE SUS HIJOS CON EL OTRO PADRE/MADRE ANTES Y DESPUÉS DE LA SEPARACIÓN.

(12)

_____

NOMBRE Y FIRMA.

AVISO DE PRIVACIDAD (13)

- **Identificación del responsable y la ubicación de su domicilio**

El responsable de dar tratamiento a los datos personales es la Mtra. Mariana Ortiz Castañares, Coordinadora de Intervención Especializada para Apoyo Judicial del Tribunal Superior de Justicia de la Ciudad de México, con domicilio en Avenida Niños Héroes, Número 150, Piso 3, Colonia Doctores, Delegación Cuauhtémoc, C.P. 06720, Ciudad de México.

- **El fundamento legal que faculta al responsable para llevar a cabo el tratamiento:**

Los datos personales serán protegidos y tratados, con fundamento en lo que dispone la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos en sus artículos 6 párrafo segundo fracción II, 16 párrafo segundo y 108 párrafo primero. El artículo 7, inciso E), puntos 1, 2, 3 y 4 de la Constitución Política de la Ciudad de México. La Convención Americana sobre Derechos Humanos en su artículo 19. La Convención Americana de los Derechos del Niño en sus artículos 1, 3, 8, 12 y 19. La Ley de los Derechos de las Niñas y Niños en el Distrito Federal en sus artículos 7, 8, 45 y 85. La Ley de Asistencia y Prevención de la Violencia Familiar del Distrito Federal en sus artículos 9 y 10. El Código Civil para el Distrito Federal en su artículo 323 Septimus y el Código de Procedimientos Civiles para el Distrito Federal en sus artículos 278 y 279. Así como lo establecido en el artículo 1 de la Ley Orgánica del Tribunal Superior de Justicia del Distrito Federal ahora Ciudad de México. Los artículos 6, fracciones XII, XIII, XIV, XV, XVI, XVII, XXII, XLI y XLII y 186 de la Ley de Transparencia, Acceso a la Información Pública y Rendición de Cuentas de la Ciudad de México. Los artículos 1, 2, 3, fracciones I, II, IX, XI, XXIX, 4, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 24, 25, 26, 37, 38 y 39 de la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados de la Ciudad de México. Los artículos 1, 3 fracción X, 30 fracciones VI y VII, 31, 32, 33, 34, 35 fracción VIII, 37, 38 y 40 de la Ley de Archivos del Distrito Federal ahora Ciudad de México. Artículo 15 de los Lineamientos para la Organización y Conservación de Archivos. Artículos 49, fracciones I y V, y 210 Ley de Responsabilidades Administrativas de la Ciudad de México y los Lineamientos para el Desarrollo y Aplicación de Estudios Psicológicos, Peritajes en Psicología, Exámenes Psicotécnicos, Asistencias Técnicas Psicológicas, Terapias para Adultos y Terapias para Niñas, Niños y Adolescentes, que se practican por la Dirección de Evaluación e Intervención Psicológica para Apoyo Judicial del Tribunal Superior de Justicia de la Ciudad de México aprobados por Acuerdo 11-14/2017.

- **Los datos personales que serán sometidos a tratamiento, así como la existencia de un sistema de datos personales:**
  - Clave Unica de Registro de Población (CURP).
  - Domicilio.
  - Edad.
  - Fecha de nacimiento.
  - Firma.
  - Fotografía.
  - Lugar de nacimiento.
  - Nacionalidad.
  - Nombre.
  - Número de pasaporte.
  - Teléfono celular.
  - Teléfono particular.
  - Correo electrónico no oficial.
  - Referencias laborales.
  - Procedimientos administrativo, seguido en forma de juicio.
  - Trayectoria educativa.
  - Consumo de estupefacientes.
  - Detección de enfermedades.
  - Diagnóstico psicológico.
  - Discapacidades.
  - Estado físico o mental de la persona.
  - Incapacidades médicas.
  - Referencias o descripción de sintomatologías.
  - Características emocionales.
  - Características morales Convicciones filosóficas.
  - Convicciones religiosas.
  - Creencias.
  - Ideología.
  - Opiniones políticas.
  - Origen étnico o racial.
  - Preferencia sexual.
  - Huella digital.
  - Folio de elector.
  - Clave de elector.
  - Sexo.

Av. Niños Héroes núm. 150, 3er. Piso, Col. Doctores, Alcaldía Cuauhtémoc, C.P. 06720, CDMX.
Conmutador: 9156 4997, ext. 511408 y 3450.

DEIP-SE-01

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO — INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

Inscritos en el SISTEMA DE GESTION DE EVALUACION E INTERVENCION PSICOLOGICA PARA APOYO JUDICIAL (SGEIPAJ)

- **Las finalidades del tratamiento para las cuales se recaban los datos personales, el ciclo de vida de los mismos, la revocación del consentimiento y los derechos del titular sobre éstos:**

La finalidad del tratamiento de sus datos personales es dar cumplimiento a los ordenamientos jurisdiccionales enviados por Salas y Juzgados, mediante la correcta y oportuna programación y trámites administrativos que se requieren para la realización de evaluaciones psicológicas y psicotécnicas, periciales, opiniones técnicas y procesos psicoterapéuticos para adultos, niñas, niños y/o adolescentes.

El ciclo de vida de sus datos personales es el siguiente:

Ciclo vital del Dato Personal (Principio de temporalidad)	
Archivo de Trámite	5 años
Archivo de Concentración	5 años
Archivo historico	Si
Supresión	10 años
Ciclo vital del Dato Personal Libretas de control (Principio de temporalidad)	
Archivo de Trámite	1 año
Archivo de Concentración	1 año
Archivo historico	No
Supresión	2 años

Revocación del consentimiento: Procederá a partir de que el titular exprese de manera libre, voluntaria e inequívoca su solicitud para que cese el tratamiento de sus datos personales, el cual no tendrá efectos retroactivos.

Derechos del titular: El titular que acredite su identidad o, en su caso, su representante que acredite identidad y personalidad, podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición (ARCO).

- **Los Mecanismos, medios y procedimientos disponibles para ejercer los derechos de Acceso, Rectificación, Cancelación y Oposición:**

El titular de los datos personales y de conformidad con el Título Teroero, Capítulos I y II de la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados de la Ciudad de México, tiene derecho al Acceso, Rectificación, Cancelación y Oposición de sus datos, por lo que, para ejercer su derecho podrá realizarlo de la siguiente manera:

1.- Solicitar información a través del sistema de solicitudes de información (INFOMEX) http://www.infomexdf.org.mx/InfomexDF/default.aspx, Plataforma Nacional de Transparencia http://www.plataformadetransparencia.org.mx/web/guest/sac.
2.- Vía correo electrónico a la direoción de la Unidad de Transparencia oip@tsjcdmx.gob.mx.
3.- De manera personal en las oficinas de la Unidad de Transparencia del Tribunal Superior de Justicia de la Ciudad de México.
4.- Tel-Infodf al número 5636-4636.

- **El domicilio de la Unidad de Transparencia:**

Unidad de Transparencia del Tribunal Superior de Justicia de la Ciudad de México, cuyo domicilio se localiza en Avenida Niños Héroes número 132, Planta Baja, Colonia Doctores, Delegación Cuauhtémoc, Código Postal 06720, Ciudad de México, en días hábiles y en un horario de atención al público de 9:00 a 15:00 horas de lunes a jueves y de 9:00 a 14:00 horas los días viernes.

AVISO DE PRIVACIDAD

➢ **Identificación del responsable y la ubicación de su domicilio:**

El responsable de dar tratamiento a los datos personales es la Mtra. Mariana Ortiz Castañares, Coordinadora de Intervención Especializada para Apoyo Judicial del Tribunal Superior de Justicia de la Ciudad de México, con domicilio en Avenida Niños Héroes, Número 150, Piso 3, Colonia Doctores, Alcaldía Cuauhtémoc, C.P. 06720, Ciudad de México.

➢ **El fundamento legal que faculta al responsable para llevar a cabo el tratamiento:**

Los datos personales serán protegidos y tratados, con fundamento en lo que dispone la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos en sus artículos 6 párrafo segundo fracción II, 16 párrafo segundo y 108 párrafo primero. El artículo 7, inciso E), puntos 1, 2, 3 y 4 de la Constitución Política de la Ciudad de México. La Convención Americana sobre Derechos Humanos en su artículo 19. La Convención Americana de los Derechos del Niño en sus artículos 1, 3, 8, 12 y 19. La Ley de los Derechos de las Niñas y Niños en el Distrito Federal en sus artículos 7, 8, 45 y 85. La Ley de Asistencia y Prevención de la Violencia Familiar del Distrito Federal en sus artículos 9 y 10. El Código de Procedimientos Civiles para el Distrito Federal en sus artículos 278 y 279. Así como lo establecido en el artículo 1 de la Ley Orgánica del Tribunal Superior de Justicia del Distrito Federal ahora Ciudad de México. Los artículos 6, fracciones XII, XIII, XIV, XV, XVI, XVII, XXII, XLI y XLII y 186 de la Ley de Transparencia, Acceso a la Información Pública y Rendición de Cuentas de la Ciudad de México. Los artículos 1, 2, 3, fracciones I, II, IX, XI, XXIX, 4, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 24, 25, 26, 37, 38 y 39 de la

Av. Niños Héroes núm. 150, 3er. Piso, Col. Doctores, Alcaldía Cuauhtémoc, C.P. 06720, CDMX.
Conmutador: 9156 4997, ext. 511408 y 3450.

DEIP-SE-01

Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados de la Ciudad de México. Los artículos 1, 3 fracción X, 30 fracciones VI y VII, 31, 32, 33, 34, 35 fracción VIII, 37, 38 y 40 de la Ley de Archivos del Distrito Federal ahora Ciudad de México. Artículo 15 de los Lineamientos para la Organización y Conservación de Archivos. Artículos 49, fracciones I y V, y 210 Ley de Responsabilidades Administrativas de la Ciudad de México y los artículos 13 y 41 de los Lineamientos para el desarrollo y aplicación de estudios psicológicos, peritajes en psicología, exámenes psicotécnicos, asistencias técnicas psicológicas, terapias para adultos y terapias para niñas, niños y adolescentes, en el Poder Judicial de la Ciudad de México.

- **Los datos personales que serán sometidos a tratamiento, así como la existencia de un sistema de datos personales:**

  - Clave Única de Registro de Población (CURP).
  - Domicilio.
  - Edad.
  - Fecha de nacimiento.
  - Firma.
  - Fotografía.
  - Lugar de nacimiento.
  - Nacionalidad.
  - Nombre.
  - Número de pasaporte.
  - Teléfono celular.
  - Teléfono particular.
  - Referencias laborales.
  - Procedimientos administrativos seguidos en forma de juicio.
  - Trayectoria educativa.
  - Consumo de estupefacientes.
  - Detección de enfermedades.
  - Diagnóstico psicológico.
  - Discapacidades.
  - Estado físico o mental de la persona.
  - Incapacidades médicas.
  - Referencias o descripción de sintomatologías.
  - Características emocionales.
  - Características morales.
  - Convicciones filosóficas.
  - Convicciones religiosas.
  - Creencias.
  - Ideología.
  - Opiniones políticas.
  - Origen étnico o racial.
  - Preferencia sexual.
  - Huella digital.
  - Folio de elector.
  - Clave de elector.
  - Sexo.

Inscritos en el SISTEMA DE GESTIÓN DE EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA PARA APOYO JUDICIAL (SGEIPAJ).

- **Las finalidades del tratamiento para las cuales se recaban los datos personales, el ciclo de vida de los mismos, la revocación del consentimiento y los derechos del titular sobre éstos:**

Dar cumplimiento a los ordenamientos jurisdiccionales enviados por Salas y Juzgados, mediante la correcta y oportuna programación y trámites administrativos que se requieren para la realización de evaluaciones psicológicas y psicotécnicas, periciales, opiniones técnicas y procesos psicoterapèuticos para adultos, niñas, niños y/o adolescentes.

El ciclo de vida de sus datos personales es el siguiente:

Ciclo vital del Dato Personal (Principio de temporalidad)	
Archivo de Trámite	5 años
Archivo de Concentración	5 años
Archivo historico	Si
Supresión	10 años
Ciclo vital del Dato Personal Libretas de control (Principio de temporalidad)	
Archivo de Trámite	1 año
Archivo de Concentración	1 año
Archivo historico	No

DEIP-SE-01

Supresión	2 años

Revocación del consentimiento: Procederá a partir de que el titular exprese de manera libre, voluntaria e inequívoca su solicitud para que cese el tratamiento de sus datos personales, el cual no tendrá efectos retroactivos.

Derechos del titular: El titular que acredite su identidad o, en su caso, su representante que acredite identidad y personalidad, podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición (ARCO).

- **Los Mecanismos, medios y procedimientos disponibles para ejercer los derechos de Acceso, Rectificación, Cancelación y Oposición:**

El titular de los datos personales y de conformidad con el Título Tercero, Capítulos I y II de la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados de la Ciudad de México, tiene derecho al Acceso, Rectificación, Cancelación y Oposición de sus datos, por lo que, para ejercer su derecho podrá realizarlo de la siguiente manera:

1.- Solicitar información a través del sistema de solicitudes de información (INFOMEX) http://www.infomexdf.org.mx/InfomexDF/default.aspx, Plataforma Nacional de Transparencia http://www.plataformadetransparencia.org.mx/web/guest/sac,
2.- Vía correo electrónico a la dirección de la Unidad de Transparencia oip@tsjcdmx.gob.mx.
3.- De manera personal en las oficinas de la Unidad de Transparencia del Tribunal Superior de Justicia de la Ciudad de México.
4.- Tel-Infodf al número 5636-4636.

- **El domicilio de la Unidad de Tranaparencia:**

Unidad de Transparencia del Tribunal Superior de Justicia de la Ciudad de México, cuyo domicilio se localiza en Avenida Niños Héroes número 132, Planta Baja, Colonia Doctores, Alcaldía Cuauhtémoc, Código Postal 06720, Ciudad de México, en días hábiles y en un horario de atención al público de 9:00 a 15:00 horas de lunes a jueves y de 9:00 a 14:00 horas los días viernes.

DEIP-SE-01

DESCRIPCIÓN DEL FORMATO

Nombre:	**FORMULARIO F.1 ANTECEDENTES ADULTO**
Clave:	**DEIP-SE-01**
Objetivo:	Conocer antecedentes de la o el usuario para determinar la metodología.
Elabora:	Subdirección de Evaluación Psicológica.
Número de tantos:	Original.
Distribución:	Original. - Antecedentes para asignación de fecha y hora de la evaluación psicológica.

INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
1	DÍA	Anotar el día en que se realiza el formulario.
2	MES	Anotar el mes en que se realiza el formulario.
3	AÑO	Anotar el año en que se realiza el formulario.
4	DATOS GENERALES	Anotar datos personales de la o el adulto a evaluar psicológicamente como son: Nombre, edad, fecha de nacimiento, Nacionalidad, etc.
5	DATOS CLÍNICOS	Anotar antecedentes psicológicos y médicos de la o el adulto a evaluar psicológicamente.
6	FAMILIA DE ORIGEN	Anotar antecedentes familiares con padres y hermano(s).
7	NOVIAZGO	Anotar antecedentes y descripción del noviazgo que se sostuvo con el esposo(a) o conyugue.
8	UNIÓN	Anotar antecedentes y descripción de la unión que se sostuvo con el esposo (a) o conyugue.
9	SEPARACIÓN DEFINITIVA	Anotar antecedentes y descripción de la separación
10	SITUACIÓN JURÍDICA	Anotar antecedentes y situación actual del proceso jurídico
11	FAMILIA DE ORIGEN	Anotar antecedentes familiares con padres y hermano(s).
12	NOMBRE Y FIRMA	Se anota el nombre y la firma de la persona que proporciona la información.

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO — INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

F.1 ANTECEDENTES NIÑA, NIÑO Y ADOLESCENTE.

FECHA: DÍA_____ MES_____ AÑO_____.

NOMBRE: _____

PARENTESCO CON LA NIÑA, NIÑO O ADOLESCENTE: _____

De manera breve y con letra legible, conteste cada una de las preguntas que adelante se enlistan:

1. DATOS GENERALES DE LA NIÑA, NIÑO O ADOLESCENTE.	
NOMBRE:	
EDAD:	
FECHA DE NACIMIENTO:	
NACIONALIDAD:	
RELIGION:	
ESCOLARIDAD:	
DOMICILIO (ALCALDIA O MUNICIPIO):	

2. DATOS CLINICOS DE LA NIÑA, NIÑO O ADOLESCENTE.			
HA SIDO EVALUADO PSICOLOGICAMENTE:		NO	Fecha de la evaluación:
			Lugar:
HA TOMADO TERAPIA PSICOLOGICA:	SI	NO	Periodo de la terapia:
			Causa:
			Lugar:
HA SIDO VALORADO POR MEDICO PSIQUIATRA:	SI	NO	Fecha de valoración:
			Lugar:
			Diagnóstico:
			Medicamentos prescritos:
			Frecuencia de la toma del medicamento:
PRESENTA ALGUNA ENFERMEDAD CRONICO-DEGENERATIVA:	SI	NO	Diagnóstico:
			Fecha del diagnóstico:
			Medicamentos prescritos:
			Frecuencia de la toma del medicamento:
CONSUMO TABACO, ALCOHOL O DROGAS:	SI	NO	¿Cuál y con qué frecuencia?

3. HISTORIA DEL DESARROLLO DE LA NIÑA, NIÑO O ADOLESCENTE.
LA EXISTENCIA DE ALGUN EVENTO DE IMPORTANCIA QUE AFECTO O AFECTE EL DESARROLLO NORMAL DE SU HIJA O HIJO, DURANTE LOS PERIODOS PRE, PERI Y POST NATAL, EN AREAS MOTRIZ, LENGUAJE, ALIMENTACION Y CONTROL DE ESFINTERES O CUALQUIER OTRA.

Av. Niños Héroes núm. 150, 3er. Piso, Col. Doctores, Alcaldía Cuauhtémoc, C.P. 06720, CDMX.
Conmutador: 9156 4997, ext. 511408 y 3450.

DEIP-SE-02

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

LA CALIDAD DE SUENO O PROBLEMAS RELACIONADOS CON TERRORES NOCTURNOS, SONAMBULISMO, INSOMNIO, ETC.

4. DINÁMICA DE LA NIÑA, NIÑO O ADOLESCENTE.
DESCRIBA TEMPERAMENTO, INTERESES, FORTALEZAS, DEBILIDADES, ETC. DE SU HIJA O HIJO.
LA MANERA EN QUE SU HIJA O HIJO EXPRESA SUS EMOCIONES O PENSAMIENTOS.
LA MANERA DE REACCIONAR QUE PRESENTA SU HIJA O HIJO ANTE SITUACIONES QUE LE PROVOCAN TRISTEZA, ENOJO, CULPA, MIEDO.
LA RELACION Y ESTILO DE CRIANZA ENTRE SU HIJA O HIJO CON EL OTRO PROGENITOR ANTES Y DESPUES DE LA SEPARACION.
EL RENDIMIENTO ESCOLAR DE SU HIJA O HIJO ANTES Y DESPUES DE LA SEPARACION DE LOS PADRES.

Av. Niños Héroes núm. 150, 3er. Piso, Col. Doctores, Alcaldía Cuauhtémoc, C.P. 06720, CDMX.
Conmutador: 9156 4997, ext. 511408 y 3450.

DEIP-SE-02

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO — INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

LA RELACION DE SU HIJA O HIJO CON SUS HERMANOS O HERMANAS.
RELACIONES SOCIALES DE SU HIJA O HIJO.

NOMBRE Y FIRMA.

AVISO DE PRIVACIDAD

- **Identificación del responsable y la ubicación de su domicilio**

El responsable de dar tratamiento a los datos personales es la Mtra. Mariana Ortiz Castañares, Coordinadora de Intervención Especializada para Apoyo Judicial del Tribunal Superior de Justicia de la Ciudad de México, con domicilio en Avenida Niños Héroes, Número 150, Piso 3, Colonia Doctores, Delegación Cuauhtémoc, C.P. 06720, Ciudad de México.

- **El fundamento legal que faculta al responsable para llevar a cabo el tratamiento:**

Los datos personales serán protegidos y tratados, con fundamento en lo que dispone la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos en sus artículos 6 párrafo segundo fracción II, 16 párrafo segundo y 108 párrafo primero. El artículo 7, inciso E), puntos 1, 2, 3 y 4 de la Constitución Política de la Ciudad de México. La Convención Americana sobre Derechos Humanos en su artículo 19. La Convención Americana de los Derechos del Niño en sus artículos 1, 3, 8, 12 y 19. La Ley de los Derechos de las Niñas y Niños en el Distrito Federal en sus artículos 7, 8, 45 y 85. La Ley de Asistencia y Prevención de la Violencia Familiar del Distrito Federal en sus artículos 9 y 10. El Código Civil para el Distrito Federal en su artículo 323 Septimus y el Código de Procedimientos Civiles para el Distrito Federal en sus artículos 278 y 279. Así como lo establecido en el artículo 1 de la Ley Orgánica del Tribunal Superior de Justicia del Distrito Federal ahora Ciudad de México. Los artículos 6, fracciones XII, XIII, XIV, XV, XVI, XVII, XXII, XLI y XLII y 186 de la Ley de Transparencia, Acceso a la Información Pública y Rendición de Cuentas de la Ciudad de México. Los artículos 1, 2, 3, fracciones I, II, IX, XI, XXIX, 4, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 24, 25, 26, 37, 38 y 39 de la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados de la Ciudad de México. Los artículos 1, 3 fracción X, 30 fracciones VI y VII, 31, 32, 33, 34, 35 fracción VIII, 37, 38 y 40 de la Ley de Archivos del Distrito Federal ahora Ciudad de México. Artículo 15 de los Lineamientos para la Organización y Conservación de Archivos. Artículos 49, fracciones I y V, y 210 Ley de Responsabilidades Administrativas de la Ciudad de México y los Lineamientos para el Desarrollo y Aplicación de Estudios Psicológicos, Peritajes en Psicología, Exámenes Psicotécnicos, Asistencias Técnicas Psicológicas, Terapias para Adultos y Terapias para Niñas, Niños y Adolescentes, que se practican por la Dirección de Evaluación e Intervención Psicológica para Apoyo Judicial del Tribunal Superior de Justicia de la Ciudad de México aprobados por Acuerdo 11-14/2017.

- **Los datos personales que serán sometidos a tratamiento, así como la existencia de un sistema de datos personales:**
  - Clave Única de Registro de Población (CURP).
  - Domicilio.
  - Edad.
  - Fecha de nacimiento.
  - Firma.
  - Fotografía.
  - Lugar de nacimiento.
  - Nacionalidad.
  - Nombre.
  - Número de pasaporte.
  - Teléfono celular.
  - Teléfono particular.
  - Referencias laborales.
  - Procedimientos administrativo seguido en forma de juicio.
  - Trayectoria educativa.
  - Consumo de estupefacientes.
  - Detección de enfermedades.
  - Diagnóstico psicológico.
  - Discapacidades.
  - Estado físico o mental de la persona.
  - Características emocionales.
  - Características morales Convicciones filosóficas.
  - Convicciones religiosas.
  - Creencias.
  - Ideología.
  - Opiniones políticas.
  - Origen étnico o racial.
  - Preferencia sexual.
  - Huella digital.
  - Folio de elector.

Av. Niños Héroes núm. 150, 3er. Piso, Col. Doctores, Alcaldía Cuauhtémoc, C.P. 06720, CDMX.
Conmutador: 9156 4997, ext. 511408 y 3450.

DEIP-SE-02

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO — INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

- Correo electrónico no oficial.
- Incapacidades médicas.
- Referencias o descripción de sintomatologías.
- Clave de elector.
- Sexo.

Inscritos en el SISTEMA DE GESTION DE EVALUACION E INTERVENCION PSICOLOGICA PARA APOYO JUDICIAL (SGEIPAJ)

- **Las finalidades del tratamiento para las cuales se recaban los datos personales, el ciclo de vida de los mismos, la revocación del consentimiento y los derechos del titular sobre éstos:**

La finalidad del tratamiento de sus datos personales es dar cumplimiento a los ordenamientos jurisdiccionales enviados por Salas y Juzgados, mediante la correcta y oportuna programación y trámites administrativos que se requieren para la realización de evaluaciones psicológicas y psicotécnicas, periciales, opiniones técnicas y procesos psicoterapéuticos para adultos, niñas, niños y/o adolescentes.

El ciclo de vida de sus datos personales es el siguiente:

Ciclo vital del Dato Personal (Principio de temporalidad)	
Archivo de Trámite	5 años
Archivo de Concentración	5 años
Archivo historico	Sí
Supresión	10 años
Ciclo vital del Dato Personal Libretas de control (Principio de temporalidad)	
Archivo de Trámite	1 año
Archivo de Concentración	1 año
Archivo historico	No
Supresión	2 años

Revocación del consentimiento: Procederá a partir de que el titular exprese de manera libre, voluntaria e inequívoca su solicitud para que cese el tratamiento de sus datos personales, el cual no tendrá efectos retroactivos.

Derechos del titular: El titular que acredite su identidad o, en su caso, su representante que acredite identidad y personalidad, podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición (ARCO).

- **Los Mecanismos, medios y procedimientos disponibles para ejercer los derechos de Acceso, Rectificación, Cancelación y Oposición:**

El titular de los datos personales y de conformidad con el Título Tercero, Capítulos I y II de la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados de la Ciudad de México, tiene derecho al Acceso, Rectificación, Cancelación y Oposición de sus datos, por lo que, para ejercer su derecho podrá realizarlo de la siguiente manera:

1.- Solicitar información a través del sistema de solicitudes de información (INFOMEX) http://www.infomexdf.org.mx/InfomexDF/default.aspx, Plataforma Nacional de Transparencia http://www.plataformadetransparencia.org.mx/web/guest/sac.
2.- Vía correo electrónico a la dirección de la Unidad de Transparencia oip@tsjcdmx.gob.mx.
3.- De manera personal en las oficinas de la Unidad de Transparencia del Tribunal Superior de Justicia de la Ciudad de México.
4.- Tel-Infodf al número 5636-4636.

- **El domicilio de la Unidad de Transparencia:**

Unidad de Transparencia del Tribunal Superior de Justicia de la Ciudad de México, cuyo domicilio se localiza en Avenida Niños Héroes número 132, Planta Baja, Colonia Doctores, Delegación Cuauhtémoc, Código Postal 06720, Ciudad de México, en días hábiles y en un horario de atención al público de 9:00 a 15:00 horas de lunes a jueves y de 9:00 a 14:00 horas los días viernes.

AVISO DE PRIVACIDAD

➢ **Identificación del responsable y la ubicación de su domicilio:**

El responsable de dar tratamiento a los datos personales es la Mtra. Mariana Ortiz Castañares, Coordinadora de Intervención Especializada para Apoyo Judicial del Tribunal Superior de Justicia de la Ciudad de México, con domicilio en Avenida Niños Héroes, Número 150, Piso 3, Colonia Doctores, Alcaldía Cuauhtémoc, C.P. 06720, Ciudad de México.

➢ **El fundamento legal que faculta al responsable para llevar a cabo el tratamiento:**

Los datos personales serán protegidos y tratados, con fundamento en lo que dispone la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos en sus artículos 6 párrafo segundo fracción II, 16 párrafo segundo y 108 párrafo primero. El artículo 7, inciso E), puntos 1, 2, 3 y 4 de la Constitución Política de la Ciudad de México. La Convención Americana sobre Derechos Humanos en su artículo 19. La Convención Americana de los Derechos del Niño en sus artículos 1, 3, 8, 12 y 19. La Ley de los Derechos de las Niñas y Niños en el Distrito Federal en sus artículos 7, 8, 45 y 85. La Ley de Asistencia y Prevención

Av. Niños Héroes núm. 150, 3er. Piso, Col. Doctores, Alcaldía Cuauhtémoc, C.P. 06720, CDMX.
Conmutador: 9156 4997, ext. 511408 y 3450.

DEIP-SE-02

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO — INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

de la Violencia Familiar del Distrito Federal en sus artículos 9 y 10. El Código de Procedimientos Civiles para el Distrito Federal en sus artículos 278 y 279. Así como lo establecido en el artículo 1 de la Ley Orgánica del Tribunal Superior de Justicia del Distrito Federal ahora Ciudad de México. Los artículos 6, fracciones XII, XIII, XIV, XV, XVI, XVII, XXII, XLI y XLII y 186 de la Ley de Transparencia, Acceso a la Información Pública y Rendición de Cuentas de la Ciudad de México. Los artículos 1, 2, 3, fracciones I, II, IX, XI, XXIX, 4, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 24, 25, 26, 37, 38 y 39 de la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados de la Ciudad de México. Los artículos 1, 3 fracción X, 30 fracciones VI y VII, 31, 32, 33, 34, 35 fracción VIII, 37, 38 y 40 de la Ley de Archivos del Distrito Federal ahora Ciudad de México. Artículo 15 de los Lineamientos para la Organización y Conservación de Archivos. Artículos 49, fracciones I y V, y 210 Ley de Responsabilidades Administrativas de la Ciudad de México y los artículos 13 y 41 de los Lineamientos para el desarrollo y aplicación de estudios psicológicos, peritajes en psicología, exámenes psicotécnicos, asistencias técnicas psicológicas, terapias para adultos y terapias para niñas, niños y adolescentes, en el Poder Judicial de la Ciudad de México.

- **Los datos personales que serán sometidos a tratamiento, así como la existencia de un sistema de datos personales:**

  - Clave Única de Registro de Población (CURP).
  - Domicilio.
  - Edad.
  - Fecha de nacimiento.
  - Firma.
  - Fotografía.
  - Lugar de nacimiento.
  - Nacionalidad.
  - Nombre.
  - Número de pasaporte.
  - Teléfono celular.
  - Teléfono particular.
  - Referencias laborales.
  - Procedimientos administrativos seguidos en forma de juicio.
  - Trayectoria educativa.
  - Consumo de estupefacientes.
  - Detección de enfermedades.
  - Diagnóstico psicológico.
  - Discapacidades.
  - Estado físico o mental de la persona.
  - Incapacidades médicas.
  - Referencias o descripción de sintomatologías.
  - Características emocionales.
  - Características morales.
  - Convicciones filosóficas.
  - Convicciones religiosas.
  - Creencias.
  - Ideología.
  - Opiniones políticas.
  - Origen étnico o racial.
  - Preferencia sexual.
  - Huella digital.
  - Folio de elector.
  - Clave de elector.
  - Sexo.

Inscritos en el SISTEMA DE GESTIÓN DE EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA PARA APOYO JUDICIAL (SGEIPAJ).

- **Las finalidades del tratamiento para las cuales se recaban los datos personales, el ciclo de vida de los mismos, la revocación del consentimiento y los derechos del titular sobre éstos:**

Dar cumplimiento a los ordenamientos jurisdiccionales enviados por Salas y Juzgados, mediante la correcta y oportuna programación y trámites administrativos que se requieren para la realización de evaluaciones psicológicas y psicotécnicas, periciales, opiniones técnicas y procesos psicoterapéuticos para adultos, niñas, niños y/o adolescentes.

El ciclo de vida de sus datos personales es el siguiente:

Ciclo vital del Dato Personal (Principio de temporalidad)	
Archivo de Trámite	5 años
Archivo de Concentración	5 años
Archivo histórico	Si
Supresión	10 años
Ciclo vital del Dato Personal Libretas de control	

Av. Niños Héroes núm. 150, 3er. Piso, Col. Doctores, Alcaldía Cuauhtémoc, C.P. 06720, CDMX.
Conmutador: 9156 4997, ext. 511408 y 3450.

DEIP-SE-02

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

(Principio de temporalidad)	
Archivo de Trámite	1 año
Archivo de Concentración	1 año
Archivo histórico	No
Supresión	2 años

Revocación del consentimiento: Procederá a partir de que el titular exprese de manera libre, voluntaria e inequívoca su solicitud para que cese el tratamiento de sus datos personales, el cual no tendrá efectos retroactivos.

Derechos del titular: El titular que acredite su identidad o, en su caso, su representante que acredite identidad y personalidad, podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición (ARCO).

- **Los Mecanismos, medios y procedimientos disponiblea para ejercer los derechos de Acceso, Rectificación, Cancelación y Oposición:**

El titular de los datos personales y de conformidad con el Título Tercero, Capítulos I y II de la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados de la Ciudad de México, tiene derecho al Acceso, Rectificación, Cancelación y Oposición de sus datos, por lo que, para ejercer su derecho podrá realizarlo de la siguiente manera:

1.- Solicitar información a través del sistema de solicitudes de información (INFOMEX) http://www.informexdf.org.mx/InformexDF/default.aspx, Plataforma Nacional de Transparencia http://www.plataformadetransparencia.org.mx/web/guest/sac,
2.- Vía correo electrónico a la dirección de la Unidad de Transparencia oip@tsjcdmx.gob.mx.
3.- De manera personal en las oficinas de la Unidad de Transparencia del Tribunal Superior de Justicia de la Ciudad de México.
4.- Tel-Infodf al número 5636-4636.

- **El domicilio de la Unidad de Transparencia:**

Unidad de Transparencia del Tribunal Superior de Justicia de la Ciudad de México, cuyo domicilio se localiza en Avenida Niños Héroes número 132, Planta Baja, Colonia Doctores, Alcaldía Cuauhtémoc, Código Postal 06720, Ciudad de México, en días hábiles y en un horario de atención al público de 9:00 a 15:00 horas de lunes a jueves y de 9:00 a 14:00 horas los días viernes.

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO — INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

F.1 ANTECEDENTES NIÑA, NIÑO Y ADOLESCENTE.

FECHA: DÍA___(1)___ MES_____(2)_____ AÑO____(3)_____.

NOMBRE: _____(4)_____

PARENTESCO CON LA NIÑA, NIÑO O ADOLESCENTE: _____(5)_____

De manera breve y con letra legible, conteste cada una de las preguntas que adelante se enlistan:

1. DATOS GENERALES DE LA NIÑA, NIÑO O ADOLESCENTE. (6)	
NOMBRE:	
EDAD:	
FECHA DE NACIMIENTO:	
NACIONALIDAD:	
RELIGION:	
ESCOLARIDAD:	
DOMICILIO (ALCALDIA O MUNICIPIO):	

2. DATOS CLÍNICOS DE LA NIÑA, NIÑO O ADOLESCENTE. (7)			
HA SIDO EVALUADO PSICOLOGICAMENTE:		NO	Fecha de la evaluación:
			Lugar:
HA TOMADO TERAPIA PSICOLOGICA:	SI	NO	Periodo de la terapia:
			Causa:
			Lugar:
HA SIDO VALORADO POR MEDICO PSIQUIATRA:	SI	NO	Fecha de valoración:
			Lugar:
			Diagnóstico:
			Medicamentos prescritos:
			Frecuencia de la toma del medicamento:
PRESENTA ALGUNA ENFERMEDAD CRONICO-DEGENERATIVA:	SI	NO	Diagnóstico:
			Fecha del diagnóstico:
			Medicamentos prescritos:
			Frecuencia de la toma del medicamento:
CONSUMO TABACO, ALCOHOL O DROGAS:	SI	NO	¿Cuál y con qué frecuencia?

3. HISTORIA DEL DESARROLLO DE LA NIÑA, NIÑO O ADOLESCENTE. (8)
LA EXISTENCIA DE ALGUN EVENTO DE IMPORTANCIA QUE AFECTO O AFECTE EL DESARROLLO NORMAL DE SU HIJA O HIJO, DURANTE LOS PERIODOS PRE, PERI Y POST NATAL, EN AREAS MOTRIZ, LENGUAJE, ALIMENTACION Y CONTROL DE ESFINTERES O CUALQUIER OTRA.

Av. Niños Héroes núm. 150, 3er. Piso, Col. Doctores, Alcaldía Cuauhtémoc, C.P. 06720, CDMX.
Conmutador: 9156 4997, ext. 511408 y 3450.

DEIP-SE-02

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

LA CALIDAD DE SUENO O PROBLEMAS RELACIONADOS CON TERRORES NOCTURNOS, SONAMBULISMO, INSOMNIO, ETC.

4. DINÁMICA DE LA NIÑA, NIÑO O ADOLESCENTE. (9)
DESCRIBA TEMPERAMENTO, INTERESES, FORTALEZAS, DEBILIDADES, ETC. DE SU HIJA O HIJO.
LA MANERA EN QUE SU HIJA O HIJO EXPRESA SUS EMOCIONES O PENSAMIENTOS.
LA MANERA DE REACCIONAR QUE PRESENTA SU HIJA O HIJO ANTE SITUACIONES QUE LE PROVOCAN TRISTEZA, ENOJO, CULPA, MIEDO.
LA RELACION Y ESTILO DE CRIANZA ENTRE SU HIJA O HIJO CON EL OTRO PROGENITOR ANTES Y DESPUES DE LA SEPARACION.
EL RENDIMIENTO ESCOLAR DE SU HIJA O HIJO ANTES Y DESPUES DE LA SEPARACION DE LOS PADRES.

Av. Niños Héroes núm. 150, 3er. Piso, Col. Doctores, Alcaldía Cuauhtémoc, C.P. 06720, CDMX.
Conmutador: 9156 4997, ext. 511408 y 3450.

DEIP-SE-02

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO — INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

LA RELACION DE SU HIJA O HIJO CON SUS HERMANOS O HERMANAS.
RELACIONES SOCIALES DE SU HIJA O HIJO.

(10)

NOMBRE Y FIRMA.

AVISO DE PRIVACIDAD (11)

- **Identificación del responsable y la ubicación de su domicilio**

El responsable de dar tratamiento a los datos personales es la Mtra. Mariana Ortiz Castañares, Coordinadora de Intervención Especializada para Apoyo Judicial del Tribunal Superior de Justicia de la Ciudad de México, con domicilio en Avenida Niños Héroes, Número 150, Piso 3, Colonia Doctores, Delegación Cuauhtémoc, C.P. 06720, Ciudad de México.

- **El fundamento legal que faculta al responsable para llevar a cabo el tratamiento:**

Los datos personales serán protegidos y tratados, con fundamento en lo que dispone la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos en sus artículos 6 párrafo segundo fracción II, 16 párrafo segundo y 108 párrafo primero. El artículo 7, inciso E), puntos 1, 2, 3 y 4 de la Constitución Política de la Ciudad de México. La Convención Americana sobre Derechos Humanos en su artículo 19. La Convención Americana de los Derechos del Niño en sus artículos 1, 3, 8, 12 y 19. La Ley de los Derechos de las Niñas y Niños en el Distrito Federal en sus artículos 7, 8, 45 y 85. La Ley de Asistencia y Prevención de la Violencia Familiar del Distrito Federal en sus artículos 9 y 10. El Código Civil para el Distrito Federal en su artículo 323 Septimus y el Código de Procedimientos Civiles para el Distrito Federal en sus artículos 278 y 279. Así como lo establecido en el artículo 1 de la Ley Orgánica del Tribunal Superior de Justicia del Distrito Federal ahora Ciudad de México. Los artículos 6, fracciones XII, XIII, XIV, XV, XVI, XVII, XXII, XLI y XLII y 186 de la Ley de Transparencia, Acceso a la Información Pública y Rendición de Cuentas de la Ciudad de México. Los artículos 1, 2, 3, fracciones I, II, IX, XI, XXIX, 4, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 24, 25, 26, 37, 38 y 39 de la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados de la Ciudad de México. Los artículos 1, 3 fracción X, 30 fracciones VI y VII, 31, 32, 33, 34, 35 fracción VIII, 37, 38 y 40 de la Ley de Archivos del Distrito Federal ahora Ciudad de México. Artículo 15 de los Lineamientos para la Organización y Conservación de Archivos. Artículos 49, fracciones I y V, y 210 Ley de Responsabilidades Administrativas de la Ciudad de México y los Lineamientos para el Desarrollo y Aplicación de Estudios Psicológicos, Peritajes en Psicología, Exámenes Psicotécnicos, Asistencias Técnicas Psicológicas, Terapias para Adultos y Terapias para Niñas, Niños y Adolescentes, que se practican por la Dirección de Evaluación e Intervención Psicológica para Apoyo Judicial del Tribunal Superior de Justicia de la Ciudad de México aprobados por Acuerdo 11-14/2017.

- **Los datos personales que serán sometidos a tratamiento, así como la existencia de un sistema de datos personales:**
  - Clave Unica de Registro de Población (CURP).
  - Domicilio.
  - Edad.
  - Fecha de nacimiento.
  - Firma.
  - Fotografía.
  - Lugar de nacimiento.
  - Nacionalidad.
  - Nombre.
  - Número de pasaporte.
  - Teléfono celular.
  - Teléfono particular.
  - Referencias laborales.
  - Procedimientos administrativo seguido en forma de juicio.
  - Trayectoria educativa.
  - Consumo de estupefacientes.
  - Detección de enfermedades.
  - Diagnóstico psicológico.
  - Discapacidades.
  - Estado físico o mental de la persona.
  - Características emocionales.
  - Características morales.Convicciones filosóficas.
  - Convicciones religiosas.
  - Creencias.
  - Ideología.
  - Opiniones políticas.
  - Origen étnico o racial.
  - Preferencia sexual.
  - Huella digital.
  - Folio de elector.

Av. Niños Héroes núm. 150, 3er. Piso, Col. Doctores, Alcaldía Cuauhtémoc, C.P. 06720, CDMX.
Conmutador: 9156 4997, ext. 511408 y 3450.

DEIP-SE-02

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO — INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

- Correo electrónico no oficial.
- Incapacidades médicas.
- Referencias o descripción de sintomatologías.
- Clave de elector.
- Sexo.

Inscritos en el SISTEMA DE GESTION DE EVALUACION E INTERVENCION PSICOLOGICA PARA APOYO JUDICIAL (SGEIPAJ)

- **Las finalidades del tratamiento para las cuales se recaban los datos personales, el ciclo de vida de los mismos, la revocación del consentimiento y los derechos del titular sobre éstos:**

La finalidad del tratamiento de sus datos personales es dar cumplimiento a los ordenamientos jurisdiccionales enviados por Salas y Juzgados, mediante la correcta y oportuna programación y trámites administrativos que se requieren para la realización de evaluaciones psicológicas y psicotécnicas, periciales, opiniones técnicas y procesos psicoterapéuticos para adultos, niñas, niños y/o adolescentes.

El ciclo de vida de sus datos personales es el siguiente:

Ciclo vital del Dato Personal (Principio de temporalidad)	
Archivo de Trámite	5 años
Archivo de Concentración	5 años
Archivo historico	Sí
Supresión	10 años
Ciclo vital del Dato Personal Libretas de control (Principio de temporalidad)	
Archivo de Trámite	1 año
Archivo de Concentración	1 año
Archivo historico	No
Supresión	2 años

Revocación del consentimiento: Procederá a partir de que el titular exprese de manera libre, voluntaria e inequívoca su solicitud para que cese el tratamiento de sus datos personales, el cual no tendrá efectos retroactivos.

Derechos del titular: El titular que acredite su identidad o, en su caso, su representante que acredite identidad y personalidad, podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición (ARCO).

- **Los Mecanismos, medios y procedimientos disponibles para ejercer los derechos de Acceso, Rectificación, Cancelación y Oposición:**

El titular de los datos personales y de conformidad con el Título Tercero, Capítulos I y II de la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados de la Ciudad de México, tiene derecho al Acceso, Rectificación, Cancelación y Oposición de sus datos, por lo que, para ejercer su derecho podrá realizarlo de la siguiente manera:

1.- Solicitar información a través del sistema de solicitudes de información (INFOMEX) http://www.infomexdf.org.mx/InfomexDF/default.aspx, Plataforma Nacional de Transparencia http://www.plataformadetransparencia.org.mx/web/guest/sac.

2.- Vía correo electrónico a la dirección de la Unidad de Transparencia oip@tsjcdmx.gob.mx.

3.- De manera personal en las oficinas de la Unidad de Transparencia del Tribunal Superior de Justicia de la Ciudad de México.

4.- Tel-Infodf al número 5636-4636.

- **El domicilio de la Unidad de Transparencia:**

Unidad de Transparencia del Tribunal Superior de Justicia de la Ciudad de México, cuyo domicilio se localiza en Avenida Niños Héroes número 132, Planta Baja, Colonia Doctores, Delegación Cuauhtémoc, Código Postal 06720, Ciudad de México, en días hábiles y en un horario de atención al público de 9:00 a 15:00 horas de lunes a jueves y de 9:00 a 14:00 horas los días viernes.

AVISO DE PRIVACIDAD

➢ **Identificación del responsable y la ubicación de su domicilio:**

El responsable de dar tratamiento a los datos personales es la Mtra. Mariana Ortiz Castañares, Coordinadora de Intervención Especializada para Apoyo Judicial del Tribunal Superior de Justicia de la Ciudad de México, con domicilio en Avenida Niños Héroes, Número 150, Piso 3, Colonia Doctores, Alcaldía Cuauhtémoc, C.P. 06720, Ciudad de México.

➢ **El fundamento legal que faculta al responsable para llevar a cabo el tratamiento:**

Los datos personales serán protegidos y tratados, con fundamento en lo que dispone la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos en sus artículos 6 párrafo segundo fracción II, 16 párrafo segundo y 108 párrafo primero. El artículo 7, inciso E), puntos 1, 2, 3 y 4 de la Constitución Política de la Ciudad de México. La Convención Americana sobre Derechos Humanos en su artículo 19. La Convención Americana de los Derechos del Niño en sus artículos 1, 3, 8, 12 y 19. La Ley de los Derechos de las Niñas y Niños en el Distrito Federal en sus artículos 7, 8, 45 y 85. La Ley de Asistencia y Prevención

Av. Niños Héroes núm. 150, 3er. Piso, Col. Doctores, Alcaldía Cuauhtémoc, C.P. 06720, CDMX.
Conmutador: 9156 4997, ext. 511408 y 3450.

DEIP-SE-02

de la Violencia Familiar del Distrito Federal en sus artículos 9 y 10. El Código de Procedimientos Civiles para el Distrito Federal en sus artículos 278 y 279. Así como lo establecido en el artículo 1 de la Ley Orgánica del Tribunal Superior de Justicia del Distrito Federal ahora Ciudad de México. Los artículos 6, fracciones XII, XIII, XIV, XV, XVI, XVII, XXII, XLI y XLII y 186 de la Ley de Transparencia, Acceso a la Información Pública y Rendición de Cuentas de la Ciudad de México. Los artículos 1, 2, 3, fracciones I, II, IX, XI, XXIX, 4, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 24, 25, 26, 37, 38 y 39 de la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados de la Ciudad de México. Los artículos 1, 3 fracción X, 30 fracciones VI y VII, 31, 32, 33, 34, 35 fracción VIII, 37, 38 y 40 de la Ley de Archivos del Distrito Federal ahora Ciudad de México. Artículo 15 de los Lineamientos para la Organización y Conservación de Archivos. Artículos 49, fracciones I y V, y 210 Ley de Responsabilidades Administrativas de la Ciudad de México y los artículos 13 y 41 de los Lineamientos para el desarrollo y aplicación de estudios psicológicos, peritajes en psicología, exámenes psicotécnicos, asistencias técnicas psicológicas, terapias para adultos y terapias para niñas, niños y adolescentes, en el Poder Judicial de la Ciudad de México.

- **Los datos personales que serán sometidos a tratamiento, así como la existencia de un sistema de datos personales:**

  - Clave Única de Registro de Población (CURP).
  - Domicilio.
  - Edad.
  - Fecha de nacimiento.
  - Firma.
  - Fotografía.
  - Lugar de nacimiento.
  - Nacionalidad.
  - Nombre.
  - Número de pasaporte.
  - Teléfono celular.
  - Teléfono particular.
  - Referencias laborales.
  - Procedimientos administrativos seguidos en forma de juicio.
  - Trayectoria educativa.
  - Consumo de estupefacientes.
  - Detección de enfermedades.
  - Diagnóstico psicológico.
  - Discapacidades.
  - Estado físico o mental de la persona.
  - Incapacidades médicas.
  - Referencias o descripción de sintomatologías.
  - Características emocionales.
  - Características morales.
  - Convicciones filosóficas.
  - Convicciones religiosas.
  - Creencias.
  - Ideología.
  - Opiniones políticas.
  - Origen étnico o racial.
  - Preferencia sexual.
  - Huella digital.
  - Folio de elector.
  - Clave de elector.
  - Sexo.

Inscritos en el SISTEMA DE GESTIÓN DE EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA PARA APOYO JUDICIAL (SGEIPAJ).

- **Las finalidades del tratamiento para las cuales se recaban los datos personales, el ciclo de vida de los mismos, la revocación del consentimiento y los derechos del titular sobre éstos:**

Dar cumplimiento a los ordenamientos jurisdiccionales enviados por Salas y Juzgados, mediante la correcta y oportuna programación y trámites administrativos que se requieren para la realización de evaluaciones psicológicas y psicotécnicas, periciales, opiniones técnicas y procesos psicoterapéuticos para adultos, niñas, niños y/o adolescentes.

El ciclo de vida de sus datos personales es el siguiente:

Ciclo vital del Dato Personal (Principio de temporalidad)	
Archivo de Trámite	5 años
Archivo de Concentración	5 años
Archivo historico	Sí
Supresión	10 años
Ciclo vital del Dato Personal Libretas de control	

Av. Niños Héroes núm. 150, 3er. Piso, Col. Doctores, Alcaldía Cuauhtémoc, C.P. 06720, CDMX.
Conmutador: 9156 4997, ext. 511408 y 3450.

DEIP-SE-02

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

(Principio de temporalidad)	
Archivo de Trámite	1 año
Archivo de Concentración	1 año
Archivo historico	No
Supresión	2 años

Revocación del consentimiento: Procederá a partir de que el titular exprese de manera libre, voluntaria e inequívoca su solicitud para que cese el tratamiento de sus datos personales, el cual no tendrá efectos retroactivos.

Derechos del titular: El titular que acredite su identidad o, en su caso, su representante que acredite identidad y personalidad, podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición (ARCO).

- **Los Mecanismos, medios y procedimientos disponibles para ejercer los derechos de Acceso, Rectificación, Cancelación y Oposición:**

El titular de los datos personales y de conformidad con el Título Tercero, Capítulos I y II de la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados de la Ciudad de México, tiene derecho al Acceso, Rectificación, Cancelación y Oposición de sus datos, por lo que, para ejercer su derecho podrá realizarlo de la siguiente manera:

1.- Solicitar información a través del sistema de solicitudes de información (INFOMEX) http://www.infomexdf.org.mx/InfomexDF/default.aspx, Plataforma Nacional de Transparencia http://www.plataformadetransparencia.org.mx/web/guest/sac,
2.- Vía correo electrónico a la dirección de la Unidad de Transparencia oip@tsjcdmx.gob.mx.
3.- De manera personal en las oficinas de la Unidad de Transparencia del Tribunal Superior de Justicia de la Ciudad de México.
4.- Tel-Infodf al número 5636-4636.

- **El domicilio de la Unidad de Transparencia:**

Unidad de Transparencia del Tribunal Superior de Justicia de la Ciudad de México, cuyo domicilio se localiza en Avenida Niños Héroes número 132, Planta Baja, Colonia Doctores, Alcaldía Cuauhtémoc, Código Postal 06720, Ciudad de México, en días hábiles y en un horario de atención al público de 9:00 a 15:00 horas de lunes a jueves y de 9:00 a 14:00 horas los días viernes.

Av. Niños Héroes núm. 150, 3er. Piso, Col. Doctores, Alcaldía Cuauhtémoc, C.P. 06720, CDMX.
Conmutador: 9156 4997, ext. 511408 y 3450.

DEIP-SE-02

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

PROCEDIMIENTOS

DESCRIPCIÓN DEL FORMATO

Nombre:	**FORMULARIO F.1 ANTECEDENTES NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES**
Clave:	**DEIP-SE-02**
Objetivo:	Conocer antecedentes de la niña, niño o adolescente para determinar establecer la metodología a aplicar.
Elabora:	Subdirección de Evaluación Psicológica.
Número de tantos:	Original.
Distribución:	Original. - Antecedentes para asignación de fecha y hora de la Evaluación Psicológica.

INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
1	DÍA	Anotar el día en que se realiza el formulario.
2	MES	Anotar el mes en que se realiza el formulario.
3	AÑO	Anotar el año en que se realiza el formulario.
4	NOMBRE	Anotar el nombre del adulto que proporciona la información.
5	PARENTESCO CON LA NIÑA, NIÑO O ADOLESCENTE	Anotar el parentesco de la persona que proporciona la información.
6	DATOS GENERALES DE LA NIÑA, NIÑO O ADOLESCENTE	Anotar los datos generales de la niña, niño y adolescente.
7	DATOS CLÍNICOS DE LA NIÑA, NIÑO O ADOLESCENTE	Se anotan los antecedentes médicos de la niña, niño y/o adolescente.
8	DESARROLLO DE LA NIÑA, NIÑO O ADOLESCENTE	Se anotan aspectos relevantes del desarrollo de la niña, niño y/o adolescente.
9	DINÁMICA DE LA NIÑA, NIÑO O ADOLESCENTE	Se anotan aspectos relevantes de las niñas, niños y adolescentes, respecto a la escuela, educación, emociones, etc.
10	NOMBRE Y FIRMA	Se anota el nombre y la firma de la persona que proporciona la información.

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO — INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

Ciudad de México a _____.

Yo _____ quedo enterado (a) de mi cita para realizar la evaluación Psicológica ordenada por la o el _____, de esta Ciudad, por lo que me comprometo a presentarme de manera puntual el día _____, a las _____ horas, con una identificación oficial vigente, en esta misma área de apoyo judicial, con el (la) Especialista en Psicología _____.

FIRMA.

EXPEDIENTE.

DEIP-SE-03

Ciudad de México a _____.

Yo _____ quedo enterado (a) de mi cita para realizar la evaluación Psicológica ordenada por la o el _____, de esta Ciudad, por lo que me comprometo a presentarme de manera puntual el día _____ a las _____ horas, con una identificación oficial vigente, en esta misma área de apoyo judicial, con el (la) Especialista en Psicología _____.

FIRMA.

Usuario.

DEIP-SE-03

Av. Niños Héroes núm. 150, 3er. Piso, Col. Doctores, Alcaldía Cuauhtémoc, C.P. 06720, CDMX.
Conmutador: 9156 4997, ext. 511408 y 3450.

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO — INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

Ciudad de México a _____(1)_____.

Yo _____(2)_____ quedo enterado (a) de mi cita para realizar la evaluación Psicológica ordenada por la o el _____(3)_____, de esta Ciudad, por lo que me comprometo a presentarme de manera puntual el día _____(4)_____, a las ____(5)_____ horas, con una identificación oficial vigente, en esta misma área de apoyo judicial, con el (la) Especialista en Psicología _____(6)_____.

FIRMA. (7)

EXPEDIENTE. (8)

DEIP-SE-03

Ciudad de México a _____(1)_____.

Yo _____(2)_____ quedo enterado (a) de mi cita para realizar la evaluación Psicológica ordenada por la o el _____(3)_____, de esta Ciudad, por lo que me comprometo a presentarme de manera puntual el día _____(4)_____, a las ____(5)_____ horas, con una identificación oficial vigente, en esta misma área de apoyo judicial, con el (la) Especialista en Psicología _____(6)_____.

FIRMA. (7)

Usuario. (9)

DEIP-SE-03

Av. Niños Héroes núm. 150, 3er. Piso, Col. Doctores, Alcaldía Cuauhtémoc, C.P. 06720, CDMX.
Conmutador: 9156 4097, ext. 511408 y 3450.

DESCRIPCIÓN DEL FORMATO	
Nombre:	**CITA DE EVALUACIÓN PSICOLÓGICA**
Clave:	**DEIP-SE-03**
Objetivo:	Que la usuaria o el usuario queden enterados de la fecha y hora, en que se lleve a cabo su Evaluación Psicológica.
Elabora:	Subdirección de Evaluación Psicológica.
Número de tantos:	Original y copia.
Distribución:	Original. - Constancia para el expediente de la cita generada. Copia. - Para la usuaria o el usuario.

INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
1	FECHA	Se anota la fecha del día.
2	NOMBRE	Nombre de la persona a la que se le da la cita.
3	ÓRGANO JURISDICCIONAL	Se anota el Órgano Jurisdiccional que ordenó la Evaluación Psicológica.
4	FECHA DE EVALUACIÓN	Se anota la fecha en la que se agendó la fecha de Evaluación Psicológica.
5	HORA	Se anota la hora en la que se agendó la fecha de Evaluación Psicológica.
6	PSICÓLOGO	Se anota el Psicólogo que fue designado para realizar la Evaluación Psicológica.
7	FIRMA	Firma de la persona que recibe la cita.
8	EXPEDIENTE	Indica que es copia para el expediente
9	USUARIO	Indica que es copia para la usuaria o el usuario

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

PROCEDIMIENTOS

Procedimiento: CIEAJ-002	Atender las solicitudes de evaluación psicológica con pago en materia Familiar y Civil.
Objetivo general:	Atender las solicitudes de evaluación psicológica requeridas por los Órganos Jurisdiccionales en materia Familiar y Civil, para ser tomada como elemento de prueba en el juicio, la cual es ofrecida por alguna de las partes.
Políticas y normas de operación:	

1. Las evaluaciones psicológicas con pago, se realizarán conforme a los “Lineamientos para el Desarrollo y Aplicación de Estudios Psicológicos, Peritajes en Psicología, Exámenes Psicotécnicos, Asistencias Técnicas Psicológicas, Terapias para Adultos y Terapias para Niñas, Niños y Adolescentes en el Poder Judicial de la Ciudad de México”.

2. Las evaluaciones psicológicas requeridas con oficio por los Órganos Jurisdiccionales en materia Familiar y Civil, ofrecidas como prueba en el juicio por alguna de las partes, tendrán costo y serán atendidas por la Subdirección de Evaluación Psicológica.

3. Se clasifican los oficios en materia Familiar y Civil, revisando que las solicitudes de los mismos requieran el servicio de evaluaciones psicológicas con pago, y que cuenten con todos los datos necesarios, que son: número de expediente, número de juzgado, tipo de juicio, nombre de las partes del juicio, autos y/o se indique en el oficio que sea una evaluación psicológica ofrecida como prueba por alguna de las partes y nombre completo de las personas a evaluar; así como en casos de evaluaciones de niñas, niños y/o adolescentes, o personas con alguna discapacidad en la que sea necesario, persona que detente su guarda y custodia, o se le haya otorgado los cuidados y atenciones, aclarando que éste último dato, no es indispensable para dar trámite a la solicitud. Los oficios que no cuenten con los datos necesarios para poder llevar a cabo la evaluación psicológica se dará contestación al oficio indicando al Órgano Jurisdiccional los datos que hacen falta.

4. Las solicitudes que, no se envíen los datos requeridos para evaluar, después de un año, se darán por cancelados, y en caso de requerirlos nuevamente, el Órgano Jurisdiccional deberá solicitarlo con un nuevo oficio, lo que se hará del conocimiento de dicha autoridad mediante el oficio respectivo.

5. Los Órganos Jurisdiccionales en materia Familiar y Civil, que requieran el servicio de evaluación psicológica y derivado de éste, la terapia necesaria, se hará de su conocimiento que primero se realizará la(s) evaluación(es) psicológica(s) y con base a los resultados de ésta(s), sugerir al Órgano Jurisdiccional la conveniencia e institución para terapia psicológica. En los casos en que el Órgano Jurisdiccional considere que esta terapia debe llevarse a cabo en la Coordinación de Intervención Especializada para Apoyo Judicial, deberá solicitarlo por oficio nuevamente.

6. En el caso en que las solicitudes de los Órganos Jurisdiccionales no correspondan a la materia de Psicología, se le informará que, en esta Coordinación de Intervención Especializada para Apoyo Judicial del Tribunal Superior de Justicia de la Ciudad de México, no se cuenta con los profesionistas en mención.

7. En los casos de los exhortos o de las peticiones, de los Órganos Jurisdiccionales de otros Estados de la República Mexicana, se atenderán siempre y cuando las personas a evaluar radiquen en la Ciudad de México. Las y los peritos en materia de Psicología no podrán trasladarse a ninguno de los estados de la República Mexicana, debido a que no se cuenta con partida presupuestal para tales efectos.

8. Los expedientes nuevos se abrirán por juzgado y tipo de evaluación psicológica y no por persona. Las evaluaciones psicológicas que no cuenten con antecedentes en la Subdirección de Evaluación Psicológica, se les abrirá un expediente nuevo, asignando un número de registro interno el cual es generado automáticamente por el sistema y consta de dos letras que representan a la Subdirección de Evaluación

Psicológica y la "I" que se refiere que es con pago, seguidas de un guion, número consecutivo, guion y año del ejercicio. Ejemplo: SEI-0001-2017.

9. Las evaluaciones psicológicas que ya tengan antecedente en la Subdirección de Evaluación Psicológica, se anexaran al expediente anterior respetando el número de registro que tenía asignado, siempre y cuando corresponda al mismo tipo de requerimiento, es decir que sea del mismo tipo y juzgado.

10. Los recibos de pago para la realización de las evaluaciones psicológicas serán recibidos en la Subdirección Administrativa en original, en el horario de lunes a viernes de 9:00 a 14:00 horas. La Subdirección Administrativa enviará a la Jefatura de Unidad Departamental de Evaluación Psicológica el formato de pago generado para la programación de la cita de evaluación psicológica.

11. Los comprobantes de pago tendrán que ser presentados a la Subdirección Administrativa, dentro de los 90 días naturales posteriores a la fecha de recepción por el Órgano Jurisdiccional, del oficio mediante el cual la Subdirección de Evaluación le requiere el pago correspondiente.

12. En caso de que se cumpla el término para acreditar el pago, y no se haya realizado ninguno de estos, al día siguiente, se dará por cancelada la solicitud. En caso de que el Órgano Jurisdiccional aun requiera dichas evaluaciones, deberá enviar el oficio solicitándolas nuevamente a la Coordinación de Intervención Especializada para Apoyo Judicial.

13. La(s) cita(s) programada(s) para realizar la(s) evaluación(es) psicológica(s) sólo se harán del conocimiento al Órgano Jurisdiccional mediante oficio en el que se dará a conocer el nombre de la o el psicóloga(o) asignada(o), y en los casos en que los evaluados sean niñas, niños o adolescentes, se establece que deben ser

presentados por la persona que detente su guarda y custodia, ya sea definitiva o provisional, o en su caso por quien el Órgano Jurisdiccional autorice para tal efecto.

14. La(s) fecha(s) para realizar la(s) evaluación(es) psicológica(s) dependerán de la carga laboral de la Subdirección de Evaluación Psicológica, la cual depende de la cantidad de solicitudes y la cantidad de Psicólogos adscritos.

15. El día de la evaluación psicológica el personal de psicología asignado recibirá en el horario acordado a la o el usuaria(o), quien deberá presentar identificación oficial vigente (INE, Cédula Profesional y/o Pasaporte), que lo identifique para poder llevar a cabo las evaluaciones. Los niños, niñas y/o adolescentes, así como las personas con alguna discapacidad que lo requieran, tendrán que ser presentados por la persona que detenta su Guarda y Custodia, o quien cuente con sus cuidados y/o atenciones.

16. En caso de que la persona a evaluar requiera de más tiempo para concluir con la evaluación, la o el psicólogo le solicitará autorización a la Subdirección de Evaluación para asignar otra cita para concluir con el mismo.

17. La psicóloga asignada o el psicólogo asignado entregará el informe de la o las evaluaciones en sobre cerrado a la autoridad judicial a través de la Subdirección de Evaluación Psicológica para su envío.

18. En los casos en que, la persona que detenta la guarda y custodia, ya sea definitiva o provisional, o en su caso por quien autorice el Órgano Jurisdiccional para tal efecto por motivos de fuerza mayor, no pueda acudir, otro familiar de la niña, niño y/o adolescente, o persona con alguna discapacidad, podrán presentarlos con una carta de la primera persona mencionada, explicando los motivos por los que no puede

presentarse, así como las identificaciones correspondientes, es decir, de la persona que presenta y de quien se evaluará.

19. En caso de que la o el usuario no acuda a la cita programada para realizar su evaluación psicológica y el Órgano Jurisdiccional solicite generar una segunda cita, ésta se realizará sin costo alguno. Si se realizó el pago después de que, el Consejo de la Judicatura de la Ciudad de México actualice el costo anual del pago de las evaluaciones psicológicas, a la o el usuaria(o) se le solicitará la diferencia de costo.

20. Después de que, la o el usuaria(o) no acuda a la cita programada para realizar su evaluación psicológica por dos ocasiones y el Órgano Jurisdiccional solicite generar una tercera cita, se otorgará una fecha para el llenado de formularios, en la que se le señalará el nuevo día y hora para realizar la evaluación requerida.

21. En cada nuevo requerimiento de evaluación psicológica ofrecida como prueba en el juicio por alguna de las partes, se solicitará pago, aun y cuando se trate de una revaloración.

22. El envío de oficios, informes y documentación que tramitan las diversas áreas de la Coordinación de Intervención Especializada para Apoyo Judicial, así como la recepción de los correspondientes acuses, se realizará a través del personal administrativo de la Subdirección Administrativa.

23. De presentarse algún caso en el cual la usuaria o el usuario, muestren algún tipo de discapacidad (auditiva, visual, motriz, intelectual u otras), que hablen otro idioma o dialecto que impida establecer la comunicación directa con ellos, se solicitará el apoyo especializado correspondiente.

No.	Área.	Descripción de la actividad.	Documentos y/o sistemas de apoyo.
1	Coordinación de Intervención Especializada para Apoyo Judicial (Oficialía de Partes)	Envía listado y oficios a la Subdirección de Evaluación Psicológica para atender las solicitudes de evaluación psicológica de los Órganos Jurisdiccionales.	
2	Subdirección de Evaluación Psicológica	Recibe y revisa los oficios relativos a las solicitudes de evaluación psicológica en materia Familiar y/o Civil, y los entrega al personal administrativo de la Jefatura de Unidad Departamental de Evaluación Psicológica.	
3	Jefatura de Unidad Departamental de Evaluación Psicológica (Personal administrativo)	Recibe, analiza y valida si las solicitudes de evaluación psicológica cuentan con todos los datos para realizar la evaluación psicológica. **¿Cuenta con los datos?** **No.** Continúa en la actividad no. 4 **Sí.** Continúa en la actividad no. 10	
4		Elabora oficio solicitando al Órgano Jurisdiccional envíe los datos faltantes para poder llevar a cabo la evaluación psicológica y lo entrega a la Jefatura de Unidad Departamental de Evaluación Psicológica, para su revisión.	• Oficio
5	Jefatura de Unidad Departamental de Evaluación Psicológica	Recibe, revisa y entrega el oficio a la Subdirección de Evaluación Psicológica, para su firma.	
6	Subdirección de Evaluación Psicológica	Recibe, revisa, firma y devuelve el oficio al personal administrativo de la Jefatura de Unidad Departamental de Evaluación Psicológica, para su trámite de envío.	

No.	Área.	Descripción de la actividad.	Documentos y/o sistemas de apoyo.
7	Jefatura de Unidad Departamental de Evaluación Psicológica (Personal administrativo)	Recibe el oficio solicitando los datos faltantes para poder llevar a cabo la evaluación psicológica y realiza su trámite de envío al Órgano Jurisdiccional.	
8	Órgano Jurisdiccional (Oficialía de Partes)	Recibe, acusa el oficio y lo devuelve.	
9 10	Jefatura de Unidad Departamental de Evaluación Psicológica (Personal administrativo)	Recibe, captura en base de datos y archiva el acuse del oficio. (Regresa a la actividad no. 2) Captura en el sistema las solicitudes de evaluación psicológica ordenadas por los Órganos Jurisdiccionales y las entrega a la Subdirección de Evaluación Psicológica.	• Base de datos • Sistema
11	Subdirección de Evaluación Psicológica	Recibe, asigna o vincula número de registro interno a las solicitudes de evaluaciones psicológicas y las devuelve al personal administrativo de la Jefatura de Unidad Departamental de Evaluación Psicológica.	• Sistema
12	Jefatura de Unidad Departamental de Evaluación Psicológica (Personal administrativo)	Recibe solicitudes de evaluaciones psicológicas, elabora el expediente y lo entrega a la Jefatura de Unidad Departamental de Evaluación Psicológica.	• Expediente
13	Jefatura de Unidad Departamental de Evaluación Psicológica	Recibe y revisa expediente de evaluación psicológica. **¿Cuenta con pagos y/o con exención del mismo?** **No.** Continúa en la actividad no. 14 **Sí.** Continúa en la actividad no. 25	• Sistema

No.	Área.	Descripción de la actividad.	Documentos y/o sistemas de apoyo.
14	Jefatura de Unidad Departamental de Evaluación Psicológica	Entrega expediente al personal administrativo para que elabore oficio de solicitud de pago de evaluación psicológica.	
15	Jefatura de Unidad Departamental de Evaluación Psicológica (Personal administrativo)	Recibe expediente, genera en el sistema e imprime el oficio de solicitud del o los pago(s) de evaluación psicológica y lo entrega con expediente a la Jefatura de Unidad Departamental de Evaluación Psicológica, para su revisión.	• Sistema
16	Jefatura de Unidad Departamental de Evaluación Psicológica	Recibe oficio con expediente, revisa el oficio de solicitud del o de los pago(s) y lo entrega con expediente a la Subdirección de Evaluación Psicológica, para su firma.	
17	Subdirección de Evaluación Psicológica	Recibe oficio con expediente, firma el oficio y lo devuelve con expediente al personal administrativo de la Jefatura de Unidad Departamental de Evaluación Psicológica, para su trámite de envío.	
18	Jefatura de Unidad Departamental de Evaluación Psicológica (Personal administrativo)	Recibe oficio con expediente y realiza trámite de envío del oficio de solicitud del o de los pago(s) de evaluación psicológica al Órgano Jurisdiccional.	
19	Órgano Jurisdiccional (Oficialía de Partes)	Recibe, acusa el oficio y lo devuelve.	
20	Jefatura de Unidad Departamental de Evaluación Psicológica (Personal administrativo)	Recibe y archiva el acuse del oficio en el expediente, y lo entrega la Jefatura de Unidad Departamental de Evaluación Psicológica.	

No.	Área.	Descripción de la actividad.	Documentos y/o sistemas de apoyo.
21	Jefatura de Unidad Departamental de Evaluación Psicológica	Recibe el expediente y espera a que la Subdirección Administrativa turne el Formato de Pago de Evaluación Psicológica. **¿Recibe el formato de pago?** **No.** Continúa en la actividad no. 22 **Sí.** Continúa en la actividad no. 23	• Formato CIEAJ-SA-01
22		Cancela la solicitud de evaluación en el sistema y archiva en expediente. (Continúa en la actividad no. 62)	• Sistema • Expediente
23	Subdirección Administrativa	Entrega al personal administrativo de la Jefatura de Unidad Departamental de Evaluación Psicológica, el o los turno(s) que acredita(n) el pago individual.	• Formato CIEAJ-SA-01
24	Jefatura de Unidad Departamental de Evaluación Psicológica. (Personal administrativo)	Recibe el o los turno(s) que acredita(n) el pago individual de evaluación psicológica y lo(s) entrega con expediente a la Jefatura de Unidad Departamental de Evaluación Psicológica.	
25	Jefatura de Unidad Departamental de Evaluación Psicológica	Recibe el expediente y el o los turno(s) que acredita(n) el pago por persona, analiza el expediente, designa y captura en el sistema psicóloga o psicólogo, día y hora, para la realización de la evaluación psicológica ordenada; y devuelve el expediente al personal administrativo de la Jefatura de Unidad Departamental de Evaluación Psicológica, para elaborar el oficio correspondiente.	
26	Jefatura de Unidad Departamental de Evaluación Psicológica (Personal administrativo)	Recibe expediente, genera en el sistema e imprime el oficio indicando al Órgano Jurisdiccional, la fecha, hora y lugar en el que la o el usuaria(o) tendrá que presentarse a evaluación psicológica, y lo entrega con expediente a la Jefatura de Unidad Departamental de Evaluación, para su revisión.	• Expediente • Oficio • Sistema

No.	Área.	Descripción de la actividad.	Documentos y/o sistemas de apoyo.
27	Jefatura de Unidad Departamental de Evaluación Psicológica	Recibe oficio con expediente, revisa el oficio y lo entrega con expediente a la Subdirección de Evaluación Psicológica, para su firma.	• Expediente
28	Subdirección Evaluación Psicológica	Recibe oficio con expediente, firma el oficio y lo devuelve con expediente al personal administrativo Jefatura de Unidad Departamental de Evaluación Psicológica, para su trámite de envío.	
29	Jefatura de Unidad Departamental de Evaluación Psicológica (Personal administrativo)	Recibe el oficio con expediente y realiza el trámite de envío del oficio al Órgano Jurisdiccional, indicando la fecha, hora y lugar en el que la usuaria o el usuario tendrá que presentarse a evaluación psicológica.	
30	Órgano Jurisdiccional (Oficialía de Partes)	Recibe, acusa el oficio y lo devuelve.	
31	Jefatura de Unidad Departamental de Evaluación Psicológica (Personal administrativo)	Recibe y archiva acuse del oficio en el expediente, y lo entrega a la psicóloga asignada o el psicólogo asignado.	• Expediente
32	Subdirección de Evaluación Psicológica (Psicóloga o Psicólogo)	Recibe expediente, verifica y analiza los datos de las personas a evaluar, así como el objetivo pericial, y establece en el sistema la metodología a aplicar, previamente a la fecha de evaluación psicológica.	• Sistema
33		Solicita, a través del sistema, la autorización a la Subdirección de Evaluación Psicológica, para la implementación de la metodología sugerida.	• Sistema

No.	Área.	Descripción de la actividad.	Documentos y/o sistemas de apoyo.
34	Subdirección de Evaluación Psicológica	Recibe, a través del sistema, la solicitud de autorización de la metodología para el caso en concreto. **¿Autoriza la metodología?** **No.** Continúa en la actividad no. 35 **Sí.** Continúa en la actividad no. 36	• Sistema
35		Rechaza, a través del sistema, la metodología e indica cual es la que se va a utilizar. (Regresa a la actividad no. 32)	• Sistema
36		Envía, a través del sistema, la confirmación de autorización de la metodología a la psicóloga o el psicólogo.	• Sistema
37	Subdirección de Evaluación Psicológica (Psicóloga o Psicólogo)	Recibe, a través del sistema, la confirmación de autorización de la metodología.	• Sistema
38		Espera a la o el usuaria(o) a evaluar el día programado. **¿Acude la o el usuaria(o) a Evaluación?** **No.** Continúa en la actividad no. 39 **Sí** Continúa en la actividad no. 47	
39		Captura la inasistencia de la o el usuaria(o) y genera e imprime el oficio mediante el cual se informa que no se presentó la o el usuaria(o) a la evaluación psicológica ordenada.	• Sistema • Oficio
40		Entrega a la Subdirección de Evaluación Psicológica, oficio con expediente de inasistencia de la o el usuaria(o) para su firma.	

No.	Área.	Descripción de la actividad.	Documentos y/o sistemas de apoyo.
41	Subdirección de Evaluación Psicológica	Recibe oficio con expediente, firma el oficio de inasistencia y lo devuelve con expediente a la psicóloga o el psicólogo, para su trámite de envío.	
42	Subdirección de Evaluación Psicológica (Psicóloga o Psicólogo)	Recibe oficio de inasistencia con expediente, y entrega el oficio al personal administrativo de la Jefatura de Unidad Departamental de Evaluación Psicológica, para su trámite de envío.	
43	Jefatura de Unidad Departamental de Evaluación Psicológica (Personal administrativo)	Recibe el oficio de inasistencia y realiza su trámite de envío al Órgano Jurisdiccional.	
44	Órgano Jurisdiccional (Oficialía de Partes)	Recibe, acusa el oficio y lo devuelve.	
45	Jefatura de Unidad Departamental de Evaluación Psicológica (Personal administrativo)	Recibe el acuse del oficio de inasistencia y lo entrega a la psicóloga o el psicólogo.	
46	Subdirección de Evaluación Psicológica (Psicóloga o Psicólogo)	Recibe y archiva el acuse del oficio en el expediente. (Continúa en la actividad no. 62)	• Expediente
47		Captura en el sistema la asistencia de la o el usuario.	• Sistema
48		Realiza la evaluación psicológica ordenada.	
49		Califica y/o interpreta las pruebas psicológicas aplicadas, las integra y archiva en el expediente de la o el usuaria(o).	• Expediente

No.	Área.	Descripción de la actividad.	Documentos y/o sistemas de apoyo.
50	Subdirección de Evaluación Psicológica (Psicóloga o Psicólogo)	Elabora, carga en el sistema e imprime el Informe de Evaluación Psicológica, y remite a la Subdirección de Evaluación Psicológica, para su revisión.	• Sistema • Informe de Evaluación Psicológica
51	Subdirección de Evaluación Psicológica	Recibe y revisa el Informe de Evaluación Psicológica para su autorización. **¿Autoriza el Informe de Evaluación Psicológica?** **No.** Continúa en la actividad No. 52 **Sí.** Continúa en la actividad No. 53	
52		Envía a la psicóloga o el psicólogo las observaciones del Informe de Evaluación Psicológica para su atención. (Regresa a actividad no. 50)	
53		Autoriza el Informe de Evaluación Psicológica para su envío al Órgano Jurisdiccional.	• Sistema
54	Subdirección de Evaluación Psicológica (Psicóloga o Psicólogo)	Recibe autorización, imprime y firma Informe de Evaluación Psicológica.	• Sistema • Informe de Evaluación Psicológica
55		Genera e imprime oficio indicando al Órgano Jurisdiccional que envía el informe de la Evaluación Psicológica ordenada y entrega con el expediente a la Subdirección de Evaluación Psicológica.	• Sistema • oficio
56	Subdirección de Evaluación Psicológica	Recibe oficio con expediente, firma el oficio y lo devuelve con expediente a la psicóloga o psicólogo.	
57	Subdirección de Evaluación Psicológica (Psicóloga o Psicólogo)	Recibe oficio con expediente y los entrega a personal administrativo de la Subdirección de Evaluación Psicológica.	

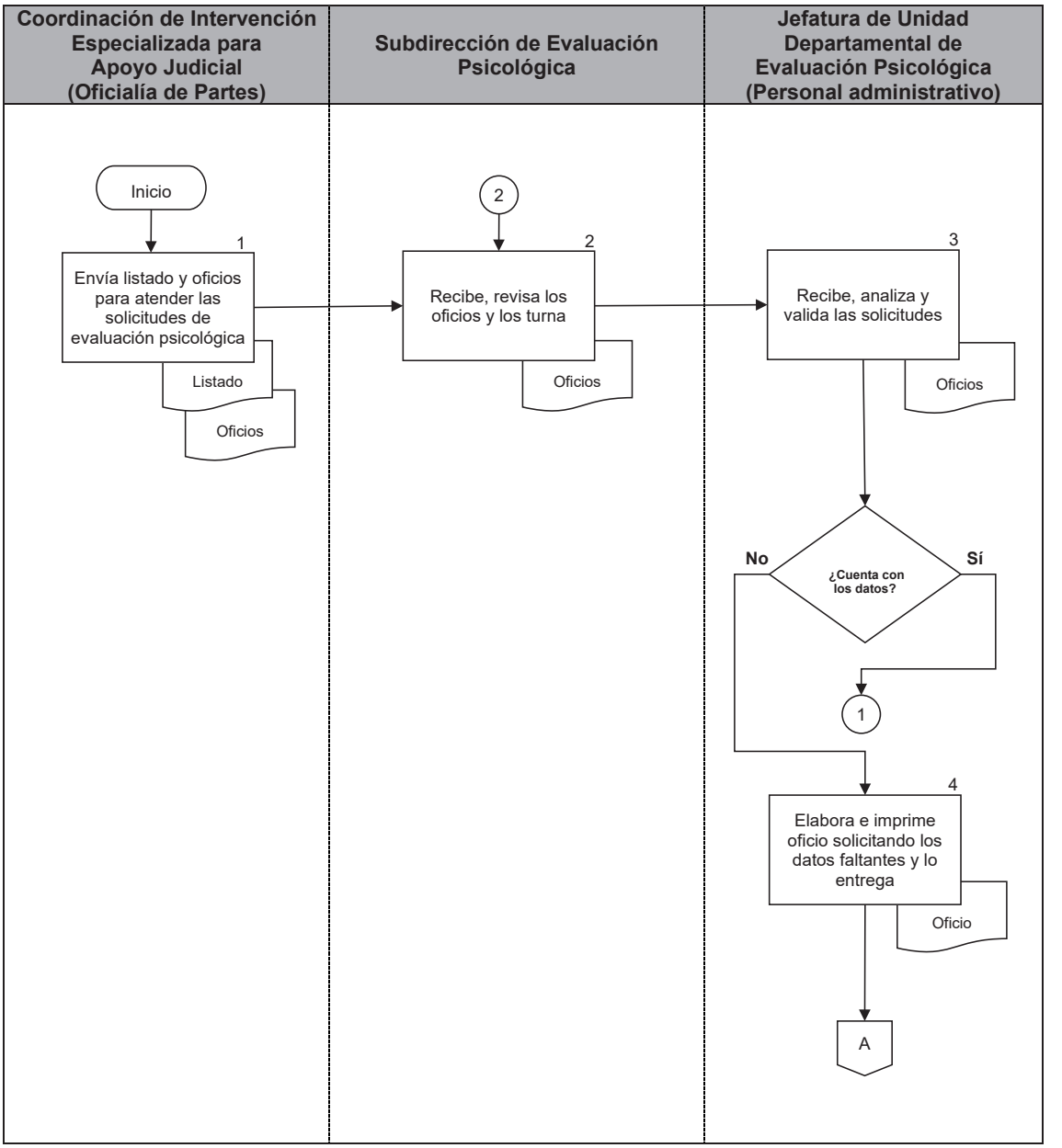
No.	Área.	Descripción de la actividad.	Documentos y/o sistemas de apoyo.
58	Subdirección de Evaluación Psicológica (Personal administrativo)	Recibe oficio con expediente y envía oficio al Órgano Jurisdiccional en el que se adjunta el informe.	
59	Órgano Jurisdiccional (Oficialía de Partes)	Recibe, acusa el oficio y lo devuelve.	
60	Subdirección de Evaluación Psicológica (Personal administrativo)	Recibe y archiva el acuse del oficio en el expediente.	• Expediente
61		Captura en el sistema el cierre de evaluación psicológica ordenada.	• Sistema.
62		Guarda expediente hasta que concluya su periodo de archivo en trámite.	
63		Envía expediente al Archivo Judicial.	

FIN DEL PROCEDIMIENTO

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

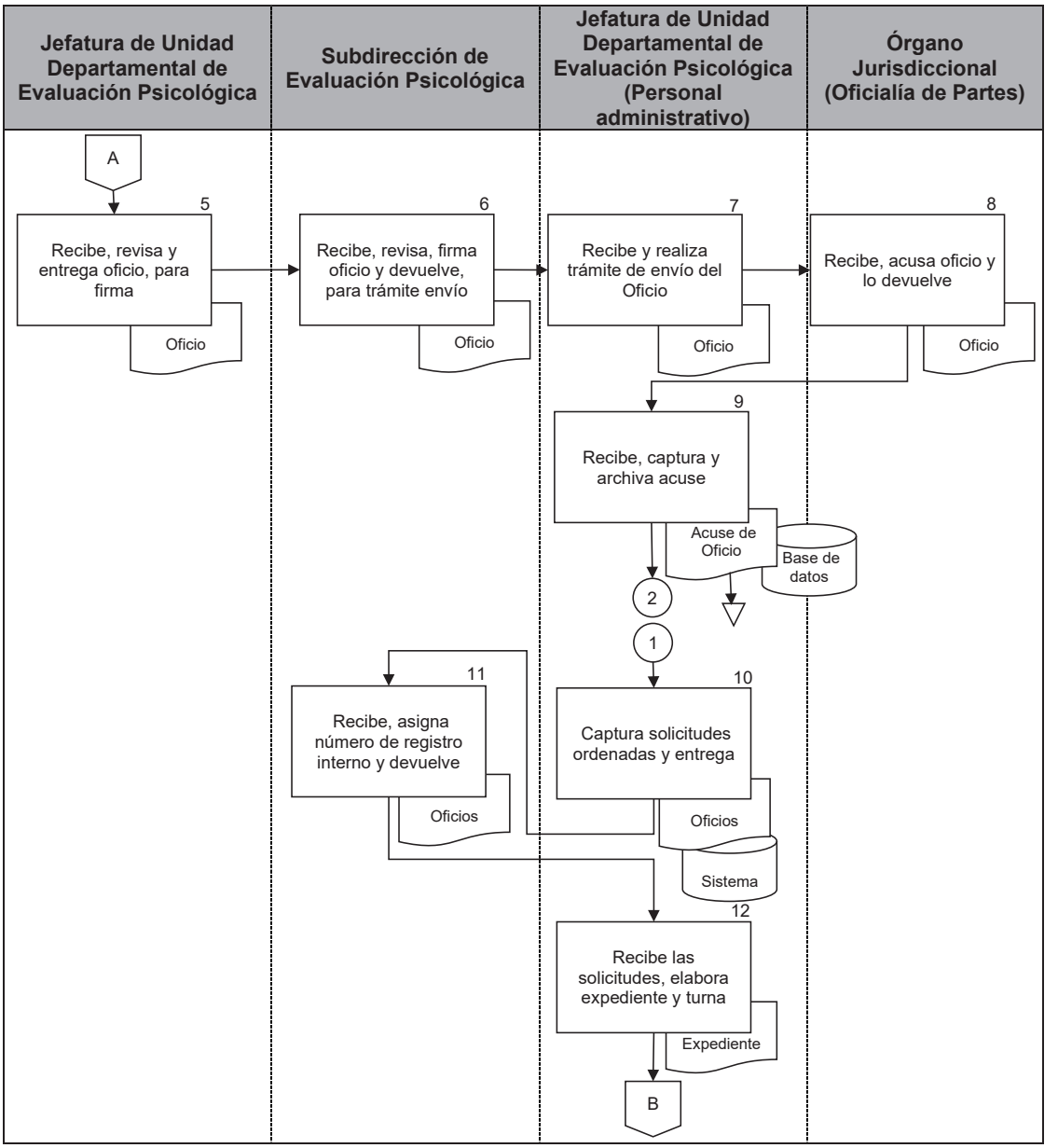
PROCEDIMIENTOS



PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

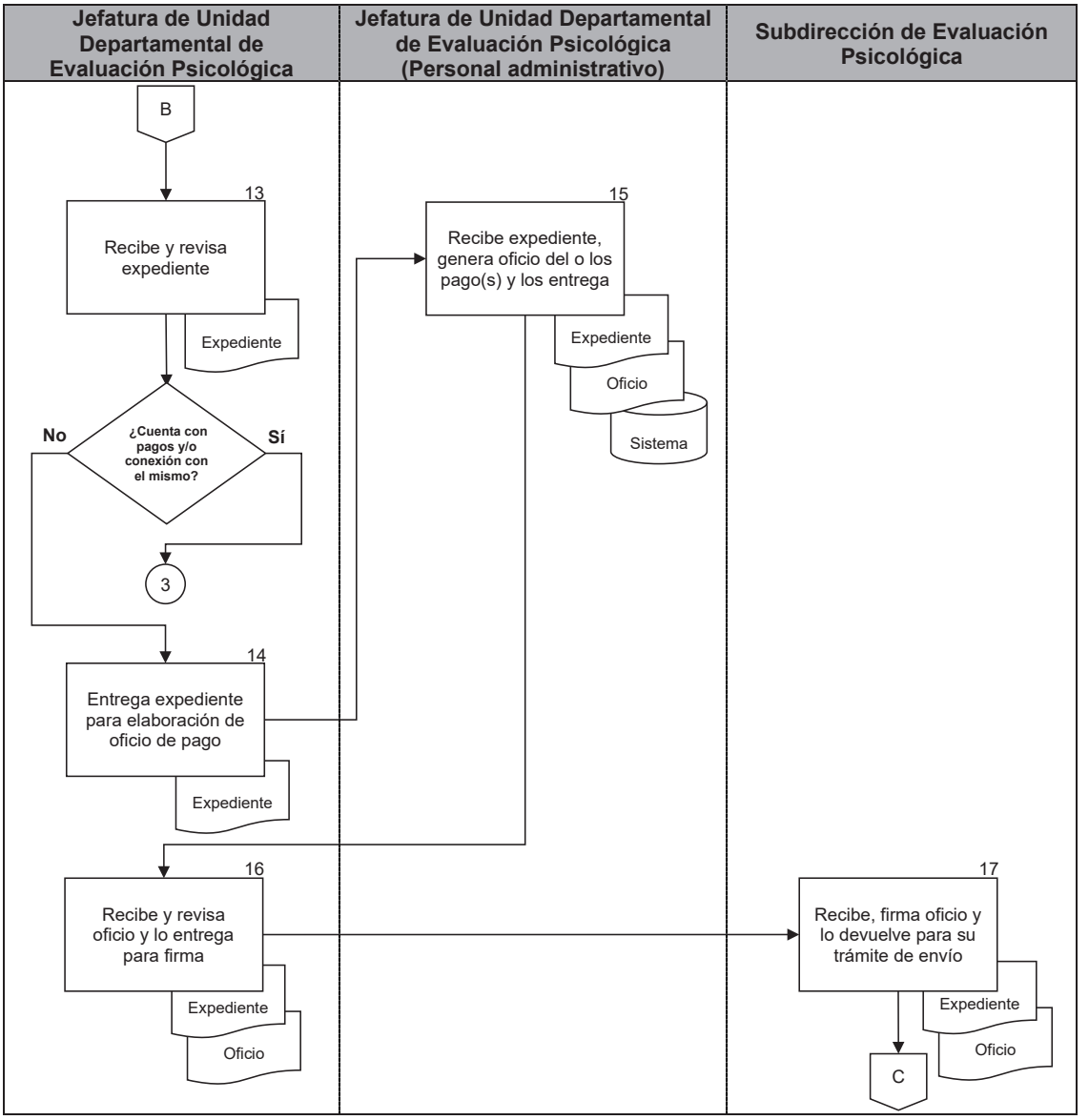
PROCEDIMIENTOS



PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

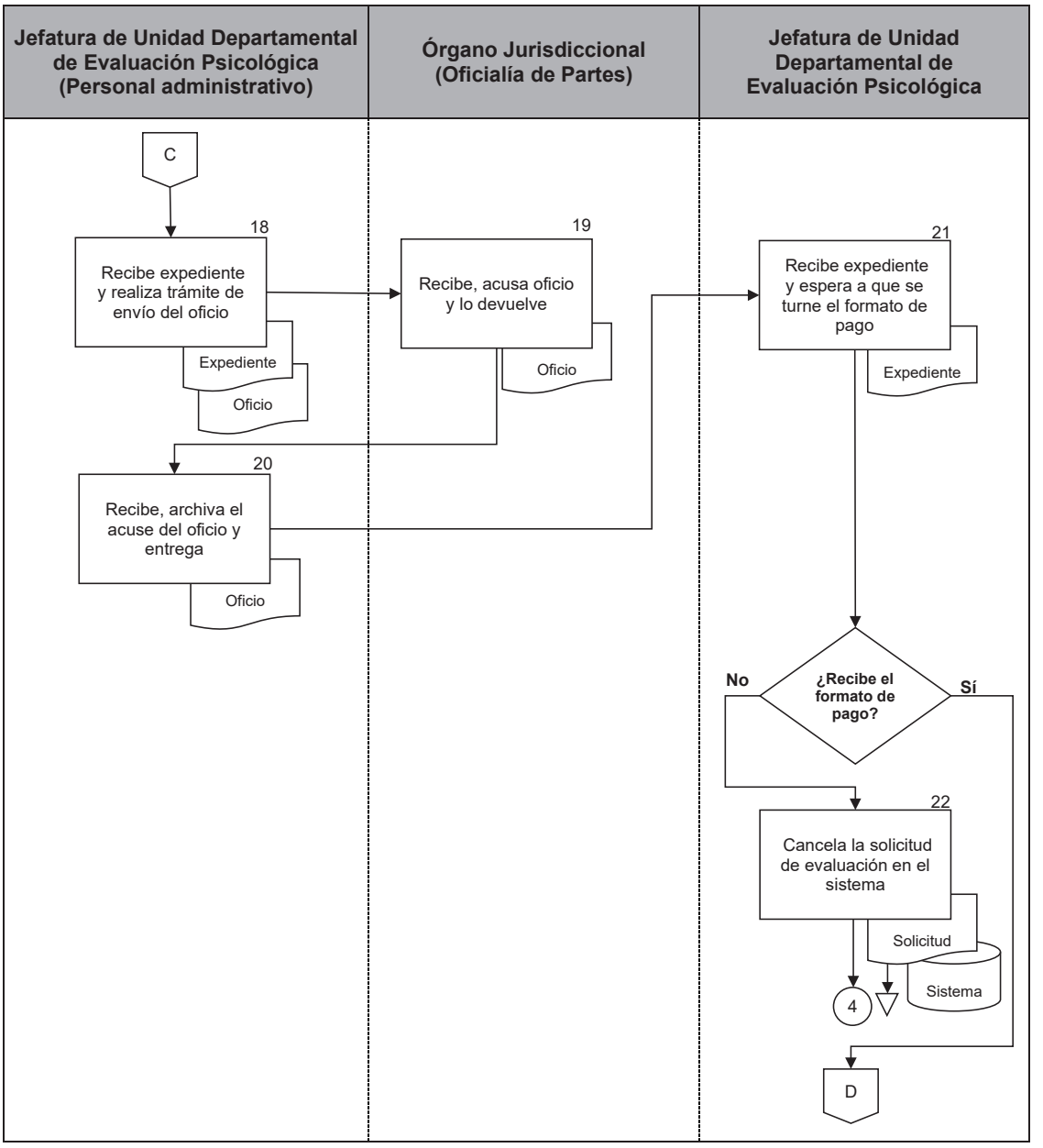
PROCEDIMIENTOS



PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

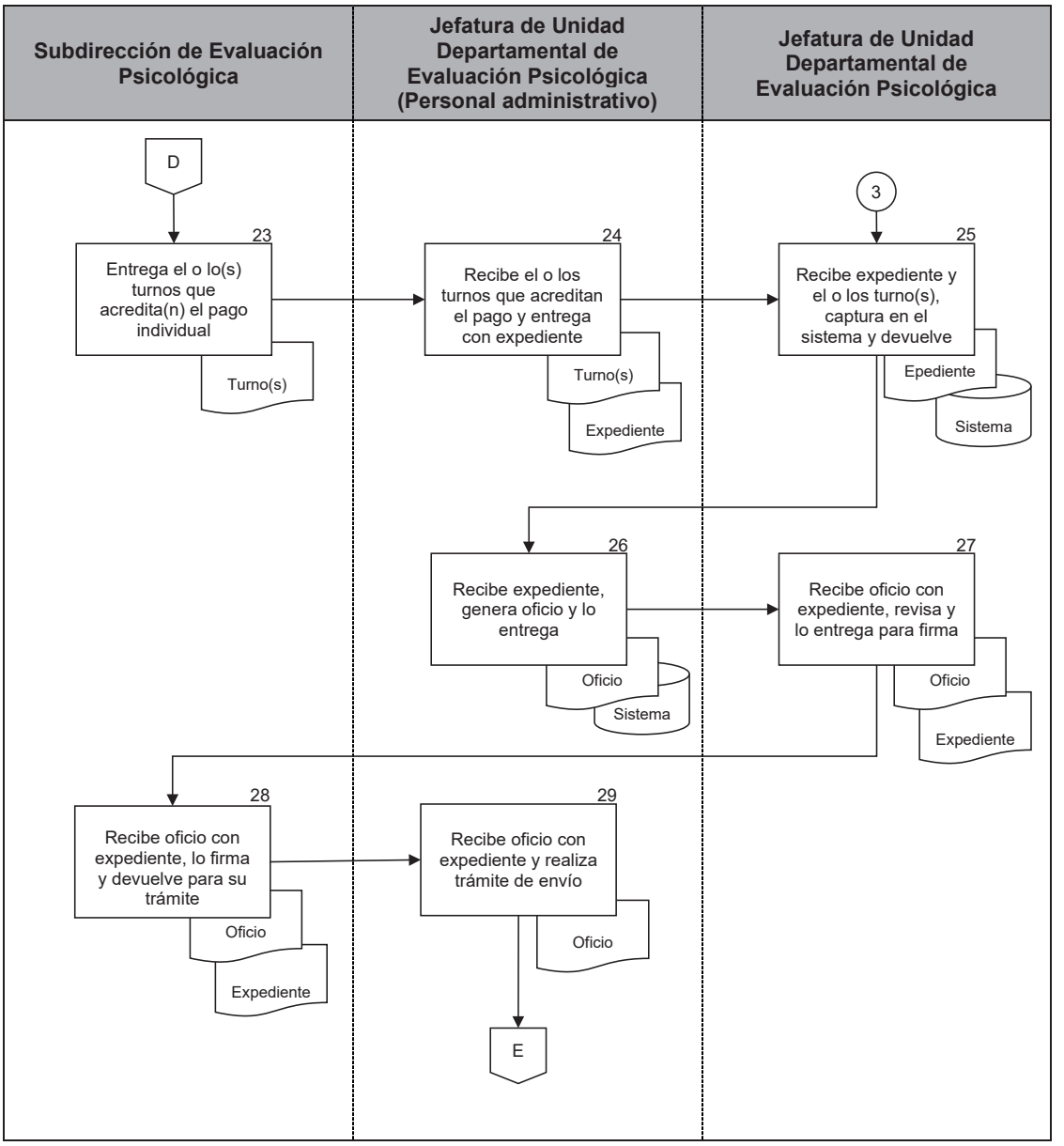
PROCEDIMIENTOS



PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

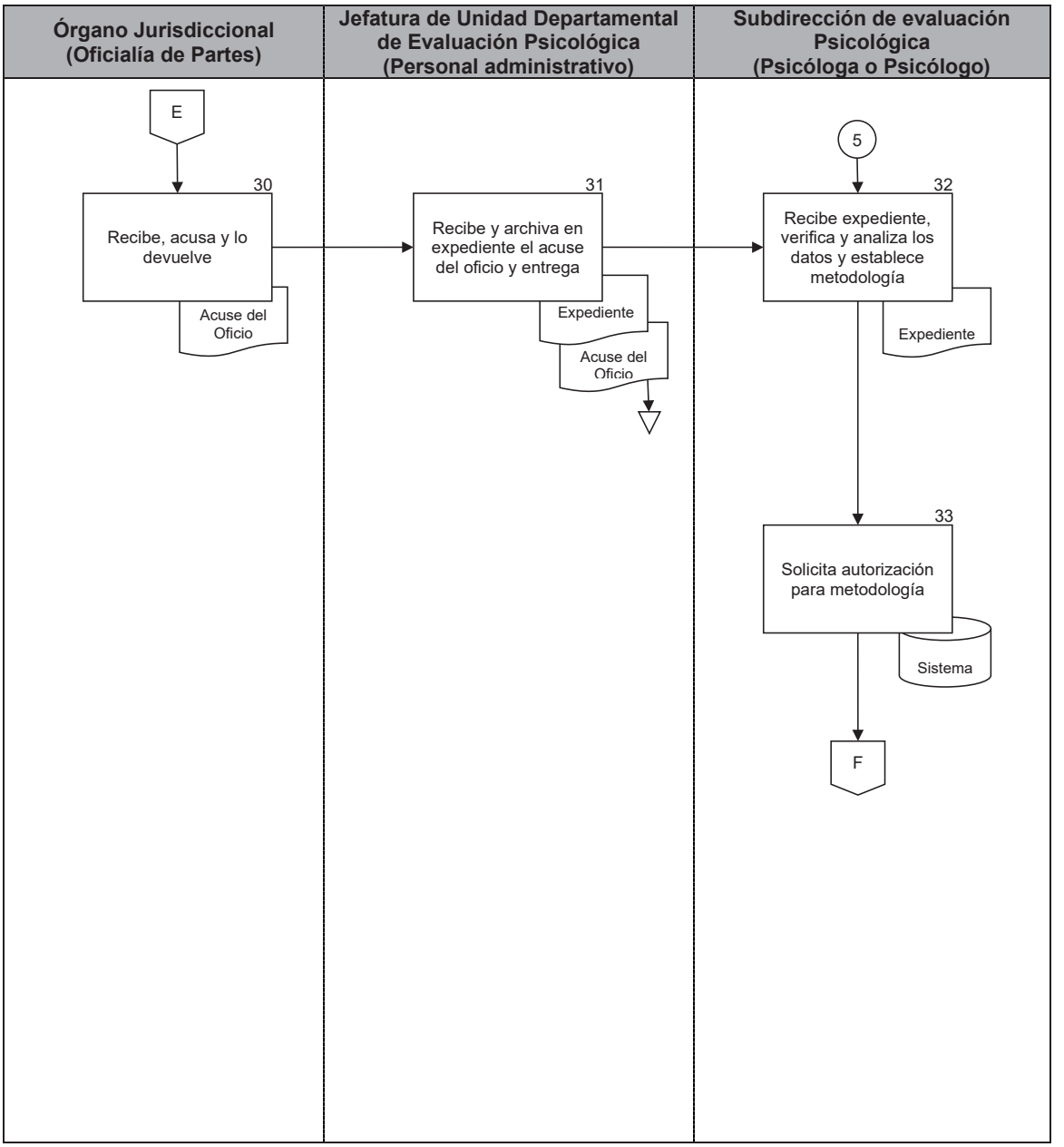
PROCEDIMIENTOS



PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

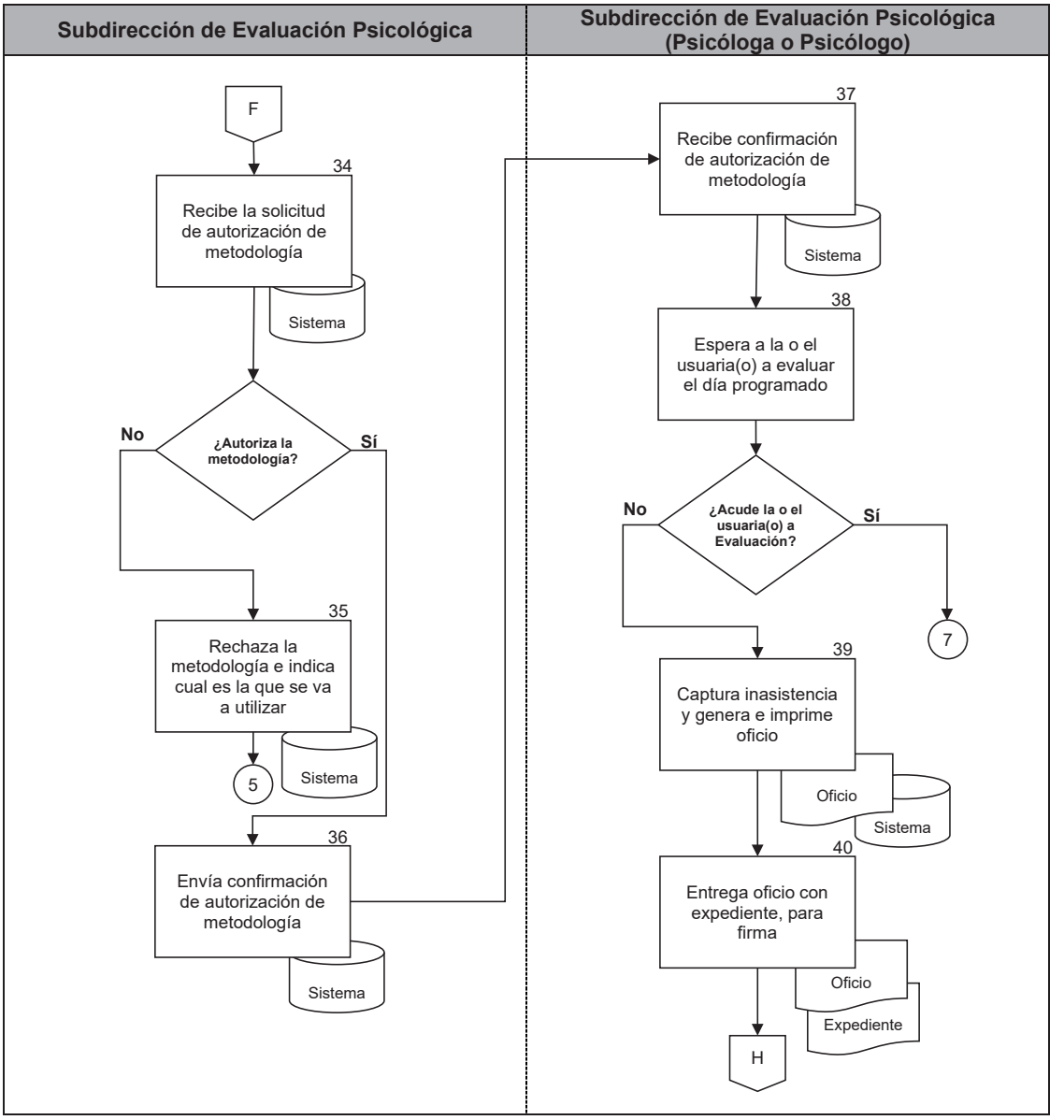
PROCEDIMIENTOS



PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

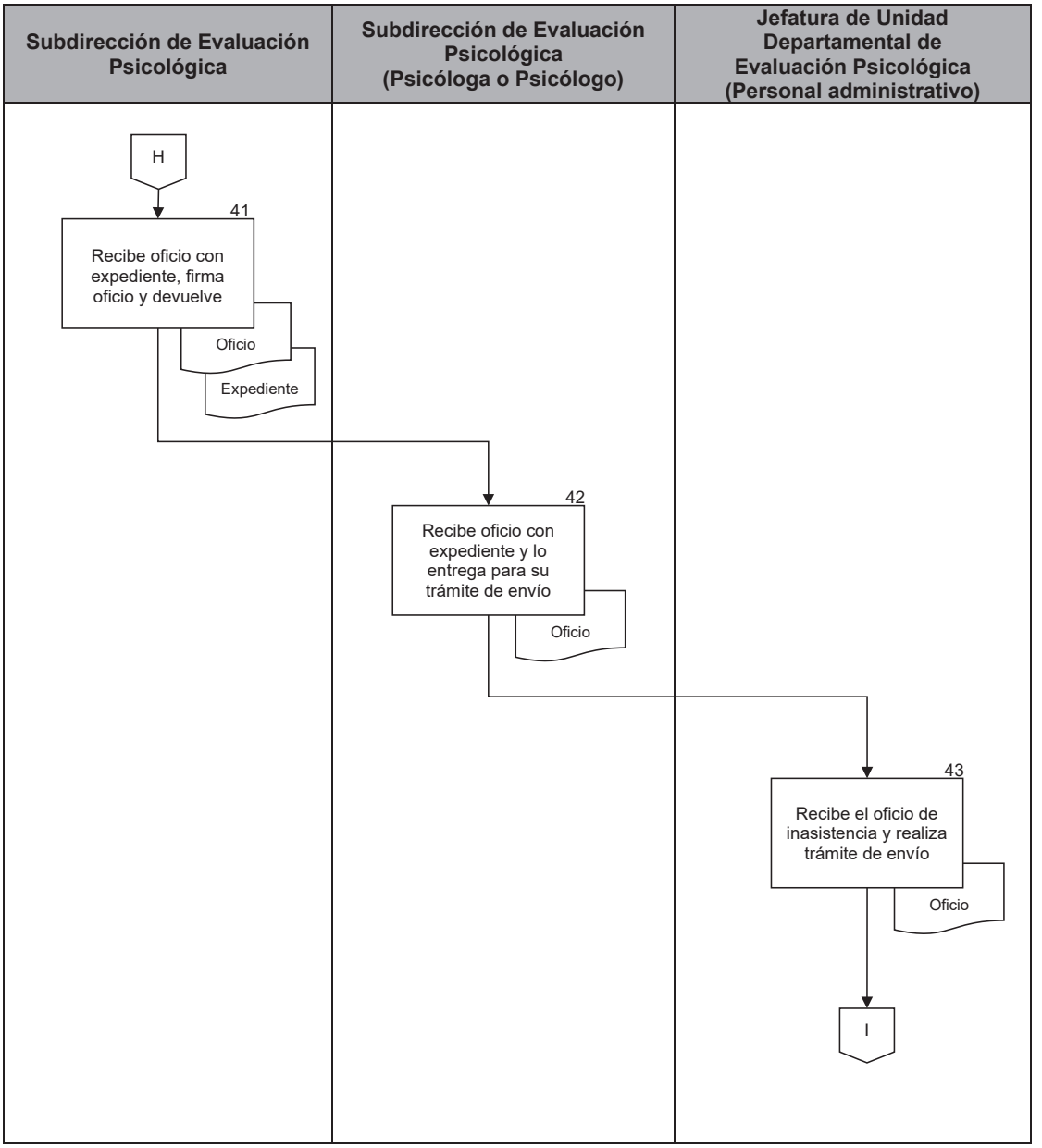
PROCEDIMIENTOS



PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

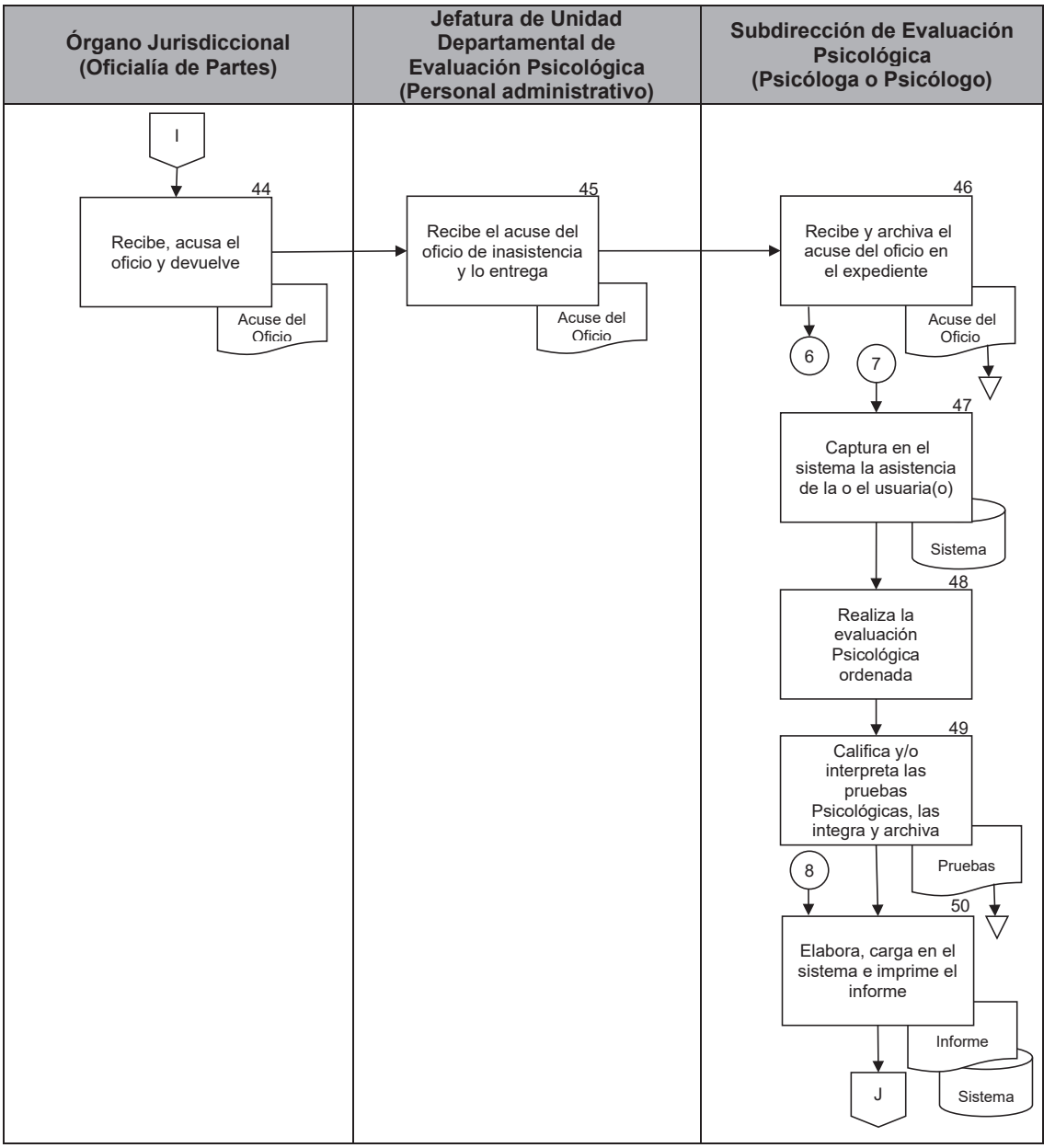
PROCEDIMIENTOS



PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

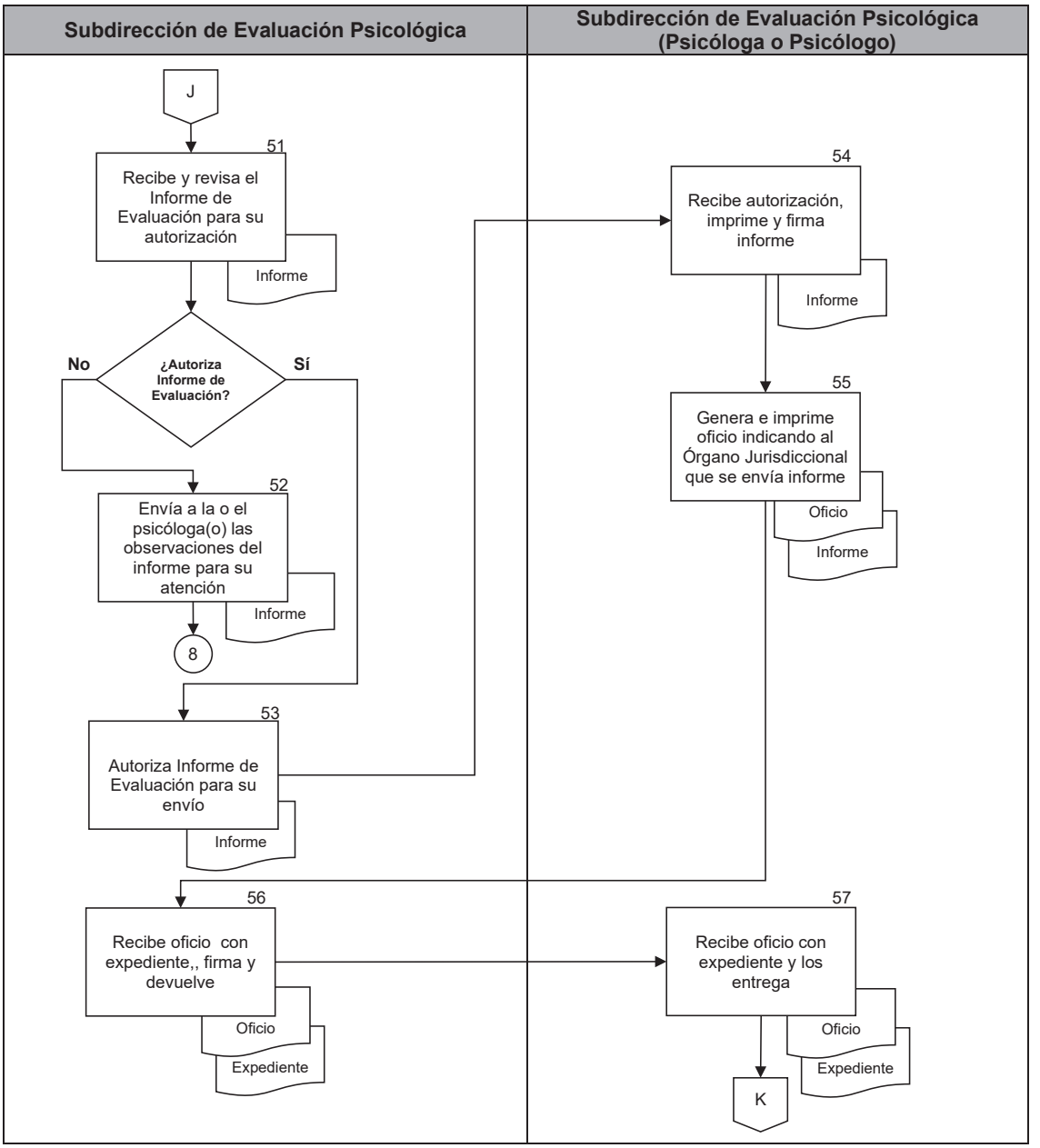
PROCEDIMIENTOS



PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

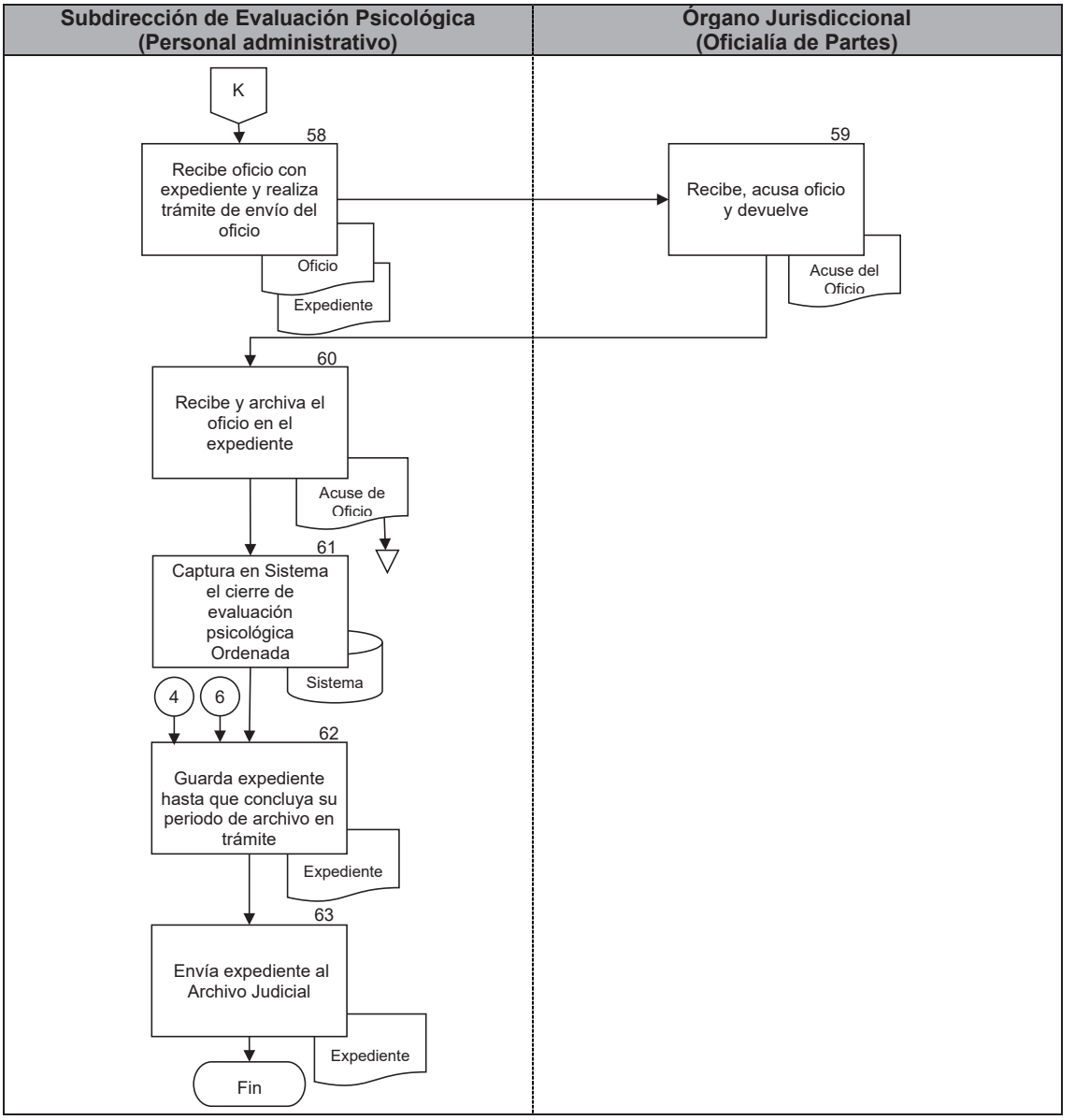
PROCEDIMIENTOS



PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

PROCEDIMIENTOS



PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

PROCEDIMIENTOS

Procedimiento: CIEAJ-003	Recepción de pagos de evaluaciones psicológicas.
Objetivo general:	Recibir los comprobantes de pago para la realización de Evaluaciones Psicológicas con costo ordenadas por las y los Jueces de los Órganos Jurisdiccionales en materia Familiar y Civil.
Políticas y normas de operación:	

1. A principio de cada año se publicará en el Diario Oficial de la Federación el Acuerdo con las cuotas de recuperación de las evaluaciones psicológicas para el Ejercicio Fiscal en curso.

2. La Coordinación de Intervención Especializada para Apoyo Judicial, así como la o el usuario, deberán apegarse a los Términos y Condiciones para la utilización de la Plataforma Integral de Cobro del Poder Judicial de la Ciudad de México (PIC).

3. Las cuotas de recuperación solo podrán ser recibidas por la Subdirección Administrativa de la Coordinación de Intervención Especializada para Apoyo Judicial a través del comprobante de pago que se genera por la Plataforma Integral de Cobro del Poder Judicial de la Ciudad de México (PIC), por lo que no se aceptan pagos en efectivo ni en especie.

4. La Subdirección de Evaluación Psicológica, derivado de los ordenamientos de los Órganos Jurisdiccionales determinará si las evaluaciones solicitadas son elementos de prueba ofrecidas por alguna de las partes en el juicio, mismas que por su propia naturaleza tendrán costo.

5. La Subdirección de Evaluación Psicológica, informará mediante oficio al Órgano Jurisdiccional correspondiente la cuota por persona que se encuentre vigente a la

fecha, así como los términos y lugar en el que tendrá que ser presentado el o los comprobantes de pago.

6. La Subdirección Administrativa validará que el comprobante de pago tenga los datos correctos como son:
   A. Servicio. (Estudios Psicológicos)
   B. Área. (Coordinación de Intervención Especializada para Apoyo Judicial y/o Dirección de Evaluación e Intervención Psicológica)
   C. Materia. (Familiar y/o Civil)
   D. Importe.

7. En los casos que la o el usuario del servicio realice su pago con fecha anterior a la publicación de las cuotas de recuperación publicadas en el Diario Oficial de la Federación y presenten su comprobante en la Subdirección Administrativa de esta Coordinación de Intervención Especializada para Apoyo Judicial, no se les solicitará diferencia del importe.

8. En los casos que la o el usuario del servicio realice su pago con fecha de la publicación de las cuotas de recuperación o posterior a la publicada en el Diario Oficial de la Federación y presenten su comprobante en la Subdirección Administrativa de esta Coordinación de Intervención Especializada para Apoyo Judicial con un importe menor al autorizado, se les solicitará pagar la diferencia.

9. La Subdirección Administrativa en los casos de que los datos del comprobante de pago sean erróneos, no recibirá dicho comprobante y se le informará a la o el usuario oportunamente las acciones que debe realizar para su cambio, mismas que se detallan a continuación:
   A. La o el usuario deberá Comunicarse al Centro de Atención Telefónica del Tribunal Superior de Justicia de la Ciudad de México (CAT), donde le informarán

si desde ese sitio, se puede realizar la corrección o si es necesaria la intervención de la Coordinación de Intervención Especializada para Apoyo Judicial, para la solución.

B. En caso de ser necesaria la intervención de la Coordinación, se le informa al interesado, que debe hacer una solicitud por escrito a la Coordinación de Intervención Especializada para Apoyo Judicial del Tribunal Superior de Justicia de la Ciudad de México, para que ésta realice las gestiones correspondientes (elaboración de oficio, especificando los motivos para la petición, anexando original y copia de los comprobantes de pago, copia simple de la tarjeta del TSJDF e identificación del dueño de la misma), ante la Dirección Ejecutiva de Recursos Financieros, para que reimprima el comprobante de pago con los datos correctos.

10. Cuando la o el usuario desconoce la forma para realizar el pago a través de la PIC, la Subdirección Administrativa le orientará para que efectúe su trámite correspondiente, siendo la o el usuario el único responsable del llenado del formulario en los kioscos de la Plataforma Integral de Cobro del Poder Judicial de la Ciudad de México (PIC).

11. La Subdirección Administrativa devengará en el sistema del Tribunal Superior de Justicia de la Ciudad de México, los comprobantes de pago, debiendo informar y enviar los comprobantes de pago originales mediante oficio a la Dirección Ejecutiva de Recursos Financieros.

No.	Área.	Descripción de la actividad.	Documentos y/o sistemas de apoyo.
1	La o el usuaria(o) del servicio	Presenta a la Subdirección Administrativa comprobante de pago de la evaluación psicológica.	
2	Subdirección Administrativa (Personal administrativo)	Recibe a la usuaria o el usuario y revisa que el comprobante de pago de la evaluación psicológica, contenga todos los datos correctos. **¿Contiene todos los datos correctos?** **No.** Continúa en la actividad no. 3 **Sí.** Continúa en la actividad no. 4	
3		Informa a la usuaria o el usuario los motivos por los cuales no se puede recibir el comprobante de la evaluación psicológica, así como las acciones a realizar. (Regresa a la actividad no. 1)	
4		Valida en el sistema de la Dirección de Evaluación e Intervención Psicológica para Apoyo Judicial, que se encuentre capturada la solicitud de la Evaluación Psicológica. **¿Está en el sistema la solicitud de evaluación psicológica?** **No.** Continúa en la actividad no. 5 **Sí.** Continúa en la actividad no. 6	• Sistema
5		Informa a la usuaria o el usuario que no se cuenta con solicitud del Órgano Jurisdiccional por lo que, no se recibe el comprobante de pago de la evaluación psicológica. (Regresa a la actividad no. 1)	

No.	Área.	Descripción de la actividad.	Documentos y/o sistemas de apoyo.
6	Subdirección Administrativa (Personal administrativo)	Recibe de la usuaria o el usuario el comprobante del pago de la evaluación psicológica en original y dos copias.	
7		Registra el comprobante de pago de la evaluación psicológica ordenada en el sistema de la Dirección de Evaluación e Intervención Psicológica para Apoyo Judicial.	• Sistema
8		Genera e imprime recibo de pago en el sistema de la Dirección de Evaluación e Intervención Psicológica para Apoyo Judicial, anexando copia de comprobante de pago de la evaluación psicológica.	• Sistema • Formato CIEAJ-SA-01
9		Entrega recibo de pago de la evaluación psicológica al personal de la Jefatura de Unidad Departamental de Evaluación Psicológica.	
10	Jefatura de Unidad Departamental de Evaluación Psicológica (Personal administrativo)	Recibe y devuelve al personal administrativo de la Subdirección Administrativa, acuse de recibo de pago de evaluación psicológica.	
11	Subdirección Administrativa (Personal administrativo)	Recibe acuse de recibo de pago de evaluación psicológica.	
12		Realiza la captura del comprobante de pago original en el sistema de devengo del Tribunal Superior de Justicia de la Ciudad de México.	• Sistema
13		Elabora, imprime y entrega oficio de reporte de devengos a la Subdirección Administrativa.	• Oficio

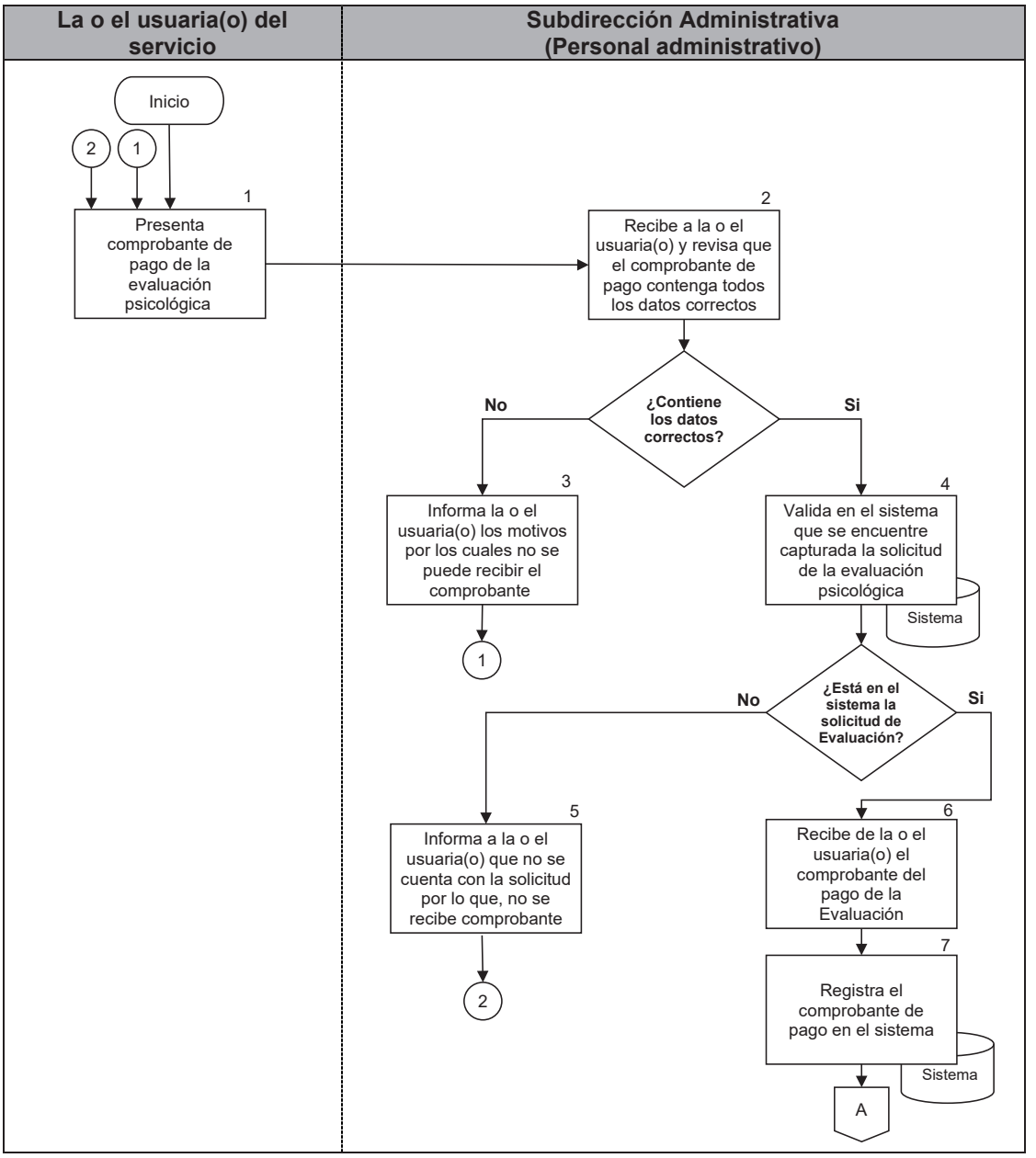
No.	Área.	Descripción de la actividad.	Documentos y/o sistemas de apoyo.
14	Subdirección Administrativa	Recibe, revisa, recaba firma de la o el titular de la Coordinación de Intervención Especializada para Apoyo Judicial en el oficio de reporte de devengos e instruye su envío.	
15	Subdirección Administrativa (Personal administrativo)	Envía oficio firmado de reporte de devengos con originales del comprobante de pago, a la Dirección Ejecutiva de Recursos Financieros.	
16	Dirección Ejecutiva de Recursos Financieros (Oficialía de Partes)	Recibe, acusa oficio de reporte de devengos y devuelve al personal administrativo de la Subdirección Administrativa.	
17 18 19	Subdirección Administrativa (Personal administrativo)	Recibe y archiva en expediente, acuse del oficio de reporte de devengos y copia de comprobante de pago. Guarda expediente en el área, hasta que concluya su periodo de archivo en trámite. Envía expediente al Archivo Judicial.	• Expediente

FIN DEL PROCEDIMIENTO

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

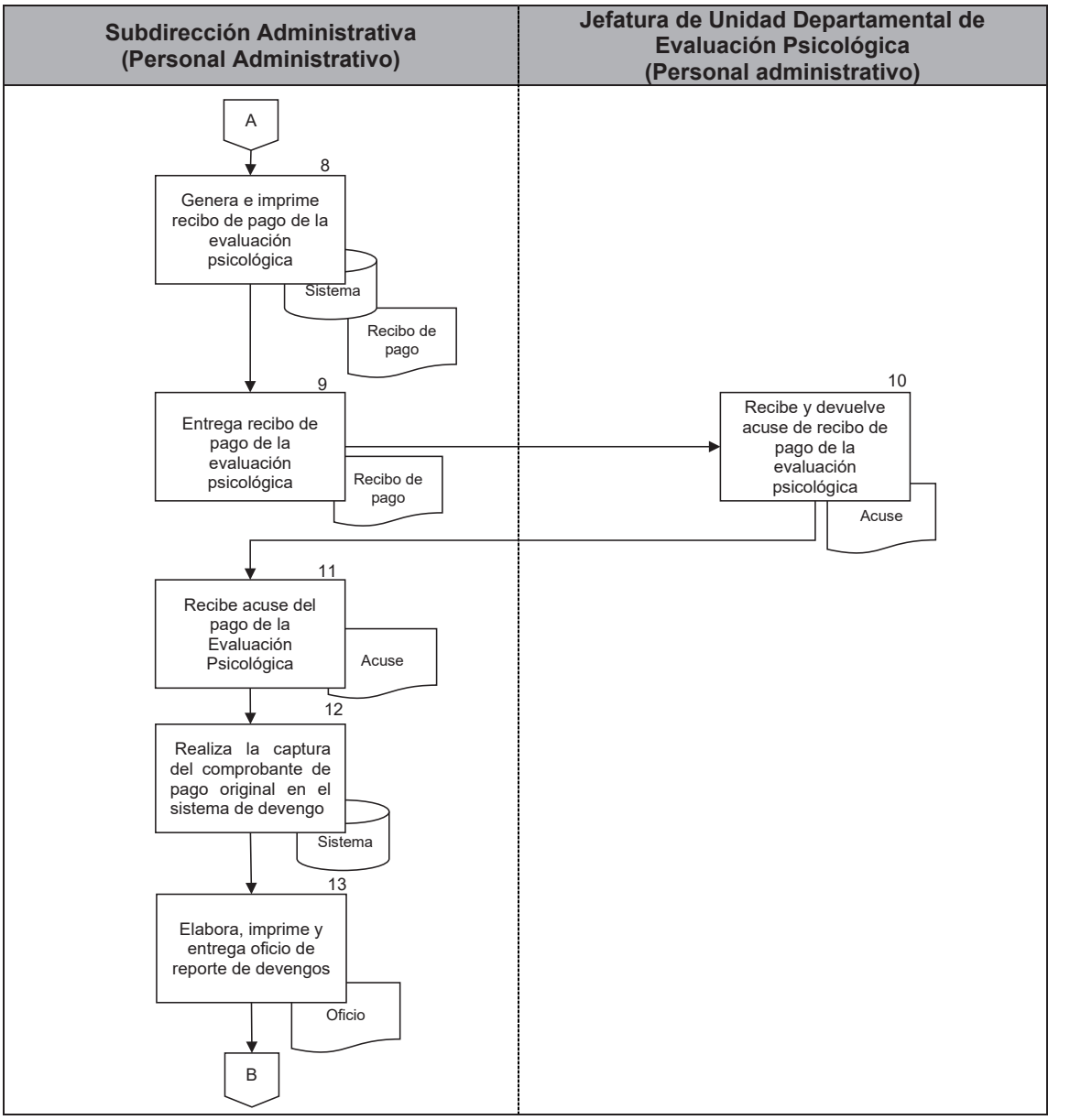
PROCEDIMIENTOS



PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

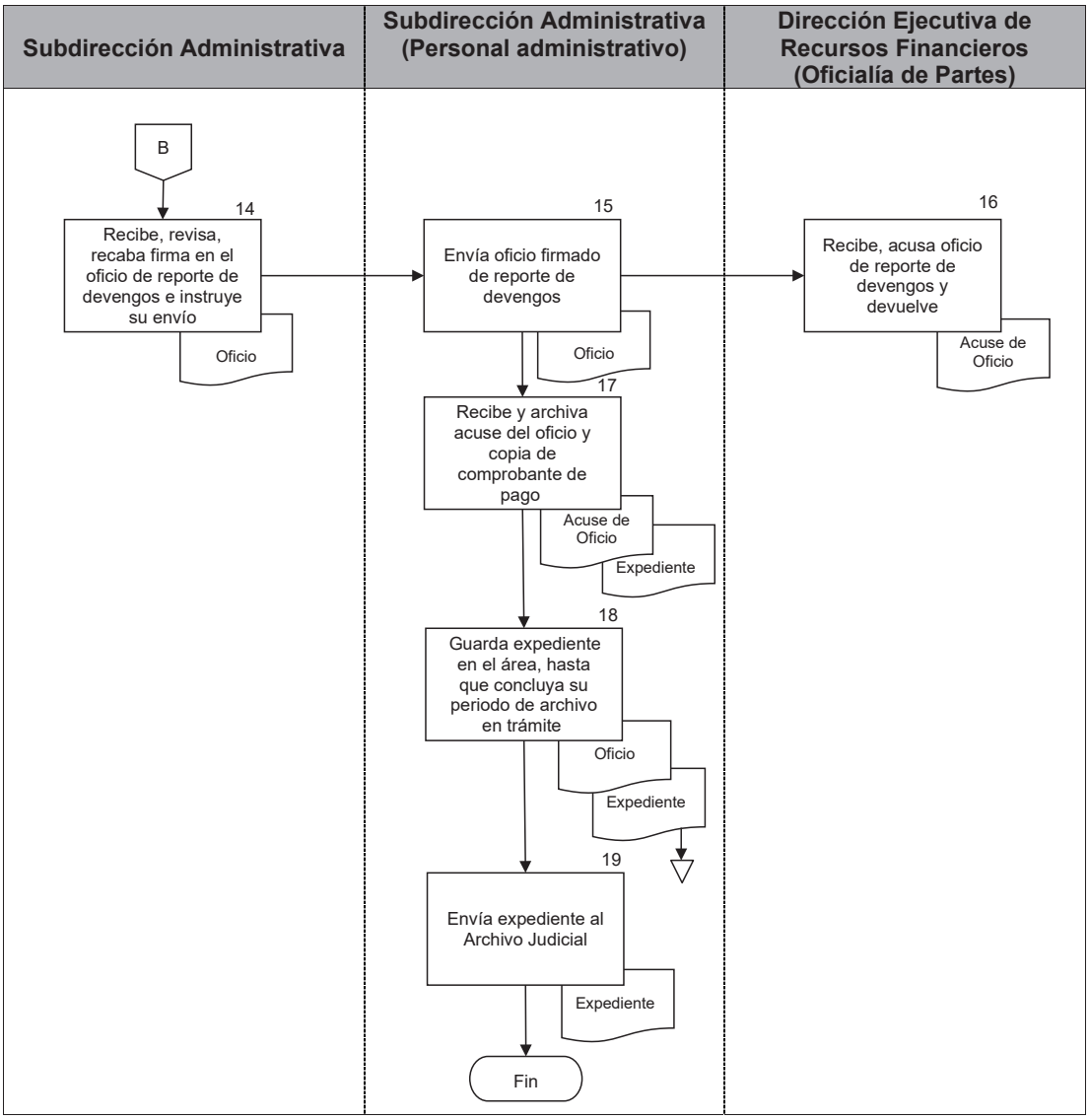
PROCEDIMIENTOS



PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

PROCEDIMIENTOS



PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA PJCDMX

RECIBO DE PAGO

Ciudad de México a

DATOS GENERALES :	
Oficio de Sol. Sala o Jdo:	Núm.Reg. Unidad:
Toca o Expediente:	Folio(s):
Sala o Juzgado:	Importe:
Sría. De Acuerdos:	Persona que acredita el pago:
Tipo de Juicio:	
Nombre de la persona a evaluar:	

CIEAJ-SA-01

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA PJCDMX

RECIBO DE PAGO

Ciudad de México a (1)

DATOS GENERALES :				
Oficio de Sol. Sala o Jdo:	(2)	Núm.Reg. Unidad:	(3)	
Toca o Expediente:	(4)	Folio(s):	(5)	
Sala o Juzgado:	(6)	Importe:	(7)	
Sría. De Acuerdos:	(8)	Persona que acredita el pago:	(9)	
Tipo de Juicio:				
(10)				
Nombre de la persona a evaluar:				
(11)				

CIEAJ-SA-01

DESCRIPCIÓN DEL FORMATO	
Nombre:	**RECIBO DE PAGO**
Clave:	**CIEAJ-SA-01**
Objetivo:	Ampara el pago de la solicitud de la evaluación psicológica ordenada.
Elabora:	Subdirección Administrativa/pagos.
Número de tantos:	Original y Copia.
Distribución:	Original.- Archivo para asignación de fecha y hora para la Subdirección de Evaluación. Copia.- Archivo para la Subdirección Administrativa.

INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
1	FECHA	La fecha que presenta el usuario comprobante de pago en la Subdirección Administrativa.
2	OFICIO DE SOL. DE SALA O JDO	El número de oficio que asigna la Sala o Juzgado para la llevar a cabo la evaluación.
3	NÚM. REG. UNIDAD	El número de registro interno de la solicitud de evaluación psicológica de la Subdirección de Evaluación.
4	TOCA O EXPEDIENTE NO.	El número de toca o expediente que signo la sala o el Juzgado.
5	FOLIO	El número del comprobante de pago.
6	SALA O JUZGADO	El número de Sala o Juzgado del cual proviene la evaluación.
7	IMPORTE	El importe del comprobante de pago.
8	SRÍA. DE ACUERDOS	El número de la Secretaría.
9	PERSONA QUE ACREDITA EL PAGO	El nombre de la persona que presenta el pago en la Subdirección Administrativa, o en su caso los datos de exención de pago, o el oficio mediante el cual el Órgano Jurisdiccional lo ordena.
10	TIPO DE JUICIO	La descripción del tipo de juicio que se está llevando.
11	NOMBRE DE LA PERSONA A EVALUAR	El nombre de la persona que se evaluará.

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

PROCEDIMIENTOS

Procedimiento: CIEAJ-004	Atención de solicitudes de Evaluación Psicotécnica para la selección de aspirantes para ocupar el cargo de las y los Jueces en el Tribunal.
Objetivo general:	Atender las solicitudes de Evaluación Psicotécnica a las y los candidatos que se encuentren en el concurso de oposición para la designación de Jueces(as) en el Tribunal.
Políticas y normas de operación:	

1. Las Evaluaciones Psicotécnicas se realizarán conforme a los “Lineamientos para el Desarrollo y Aplicación de Estudios Psicológicos, Peritajes en Psicología, Exámenes Psicotécnicos, Asistencias Técnicas Psicológicas, Terapias para Adultos y Terapias para Niñas, Niños y Adolescentes en el Poder Judicial de la Ciudad de México”.

2. Las Evaluaciones Psicotécnicas solicitadas por oficio del Instituto de Estudios Judiciales, serán atendidas por la Subdirección de Evaluación Psicológica.

3. Se clasifican los oficios provenientes del Instituto de Estudios Judiciales, revisando que las solicitudes de los mismos requieran el servicio de Evaluaciones Psicotécnicas y cuenten los nombres de las personas a evaluar.

4. Los expedientes se abrirán anualmente por persona, se les asigna un número consecutivo, iniciando con el 1, seguido del año en que se practica.

5. La(s) cita(s) programada(s) para realizar la(s) Evaluación(es) Psicotécnica(s) se harán del conocimiento al Instituto de Estudios Judiciales mediante oficio.

6. La(s) fecha(s) para realizar la(s) Evaluación(es) Psicotécnica(s) dependerán de las cargas de trabajo de la Subdirección de Evaluación Psicológica, la cual está sujeta al número de solicitudes y la cantidad del personal de Psicología adscrito.

7. El día de la Evaluación Psicotécnica, la o él psicólogo asignado recibirá el horario establecido al evaluado, quién deberá presentar identificación oficial vigente, para poder llevar a cabo la evaluación.

8. Las Evaluaciones Psicotécnicas se programarán en dos sesiones, las cuales constan de una entrevista, aplicación de pruebas proyectivas, así como inventarios de personalidad e inteligencia.

9. La práctica de la Evaluación Psicotécnica será cancelada en los casos en que, la o el candidato no cumpla la indicación de no hacer uso de su teléfono celular en el desarrollo de la misma o si no llega en los días y horario señalados.

10. El lugar para realizar las Evaluaciones Psicotécnicas, será designado por el Instituto de Estudios Judiciales.

11. La psicóloga o el psicólogo asignado enviará el informe de las evaluaciones en sobre cerrado a través de la Coordinación de Intervención y Evaluación Especializada para Apoyo Judicial, en un plazo no mayor de cinco días posteriores de haberse practicado las mismas.

	Área.	Descripción de la actividad.	Documentos y/o sistemas de apoyo.
1	Coordinación de Intervención Especializada para Apoyo Judicial (Oficialía de Partes)	Envía listado y oficios a la Subdirección de Evaluación Psicológica, para atender las solicitudes de Evaluaciones Psicotécnicas por parte del Instituto de Estudios Judiciales.	
2 3	Subdirección de Evaluación Psicológica	Recibe y analiza las solicitudes de Evaluaciones Psicotécnicas. Designa al personal de psicología, los días y horarios para la realización de las Evaluaciones Psicotécnicas, y entrega oficio al personal administrativo de la Jefatura de Unidad Departamental de Evaluación Psicológica para que elabore el oficio correspondiente.	
4	Jefatura de Unidad Departamental de Evaluación Psicológica (Personal administrativo)	Recibe el oficio de solicitud, elabora e imprime el oficio mediante el cual se informa al Instituto de Estudios Judiciales, de los días y horario en que se realizarán las evaluaciones que solicita, y entrega a la Subdirección de Evaluación, para su revisión.	
5	Subdirección de Evaluación Psicológica	Recibe, revisa, firma el oficio y lo devuelve al personal administrativo de la Jefatura de Unidad Departamental de Evaluación Psicológica, para su envío.	
6	Jefatura de Unidad Departamental de Evaluación Psicológica (Personal Administrativo)	Recibe y envía el oficio mediante el cual se informa al Instituto de Estudios Judiciales, de los días y horario en que se realizarán las evaluaciones.	
7	Instituto de Estudios Judiciales	Recibe, acusa el oficio y lo devuelve al personal administrativo de la Jefatura de Unidad Departamental de Evaluación Psicológica.	

	Área.	Descripción de la actividad.	Documentos y/o sistemas de apoyo.
8	Jefatura de Unidad Departamental de Evaluación Psicológica (Personal administrativo)	Recibe y devuelve el acuse del oficio a la Subdirección de Evaluación.	
9	Subdirección de Evaluación Psicológica	Recibe y archiva el acuse del oficio, e informa a la psicóloga o psicólogo seleccionado, de los días, horarios y la metodología, para la aplicación de las Evaluaciones Psicotécnicas.	
10	Subdirección de Evaluación Psicológica (Psicóloga o Psicólogo)	Se presenta al lugar designado por el Instituto de Estudios Judiciales en los días y horarios, y espera a la candidata o el candidato, para la aplicación de las Evaluaciones Psicotécnicas. **¿Acude la o el candidata(o) a evaluación?** **No.** Continúa en la actividad no. 11 **Sí.** Continúa en la actividad no. 16	
11		Elabora e imprime el oficio indicando al Instituto de Estudios Judiciales, que la o el candidata o candidato no se presentó a la Evaluación Psicotécnica ordenada, y se lo entrega a la Subdirección de Evaluación para su firma.	• Oficio
12	Subdirección de Evaluación Psicológica	Recibe, revisa, firma el oficio y lo devuelve al personal administrativo de la Jefatura de Unidad Departamental de Evaluación Psicológica, para su envío.	

	Área.	Descripción de la actividad.	Documentos y/o sistemas de apoyo.
13	Jefatura de Unidad Departamental de Evaluación Psicológica (Personal administrativo)	Recibe y envía al Instituto de Estudios Judiciales el oficio indicando que, la candidata o el candidato no se presentó a la Evaluación Psicotécnica ordenada.	
14	Instituto de Estudios Judiciales	Recibe, acusa el oficio y lo devuelve al personal administrativo de la Jefatura de Unidad Departamental de Evaluación Psicológica.	
15	Jefatura de Unidad Departamental de Evaluación Psicológica (Personal Administrativo)	Recibe y archiva el acuse del oficio en el expediente. (Continúa en la actividad no. 28)	• Expediente
16 17 18 19	Subdirección de Evaluación Psicológica (Psicóloga o Psicólogo)	Realiza la Evaluación Psicotécnica ordenada. Elabora el expediente de la candidata evaluada o el candidato evaluado. Califica y/o interpreta las pruebas psicológicas aplicadas. Elabora e imprime el Informe de la Evaluación Psicotécnica, y lo entrega a la Subdirección de Evaluación, para su autorización.	• Expediente • Informe de Evaluación Psicotécnica
20 21	Subdirección de Evaluación Psicológica	Recibe y revisa el Informe de Evaluación Psicotécnica. **¿Autoriza el Informe de Evaluación Psicotécnica?** **No.** Continúa en la actividad no. 21 **Sí.** Continúa en la actividad no. 22 Rechaza el informe y hace observaciones al respecto al personal de psicología designado. (Regresa a la actividad no. 19)	

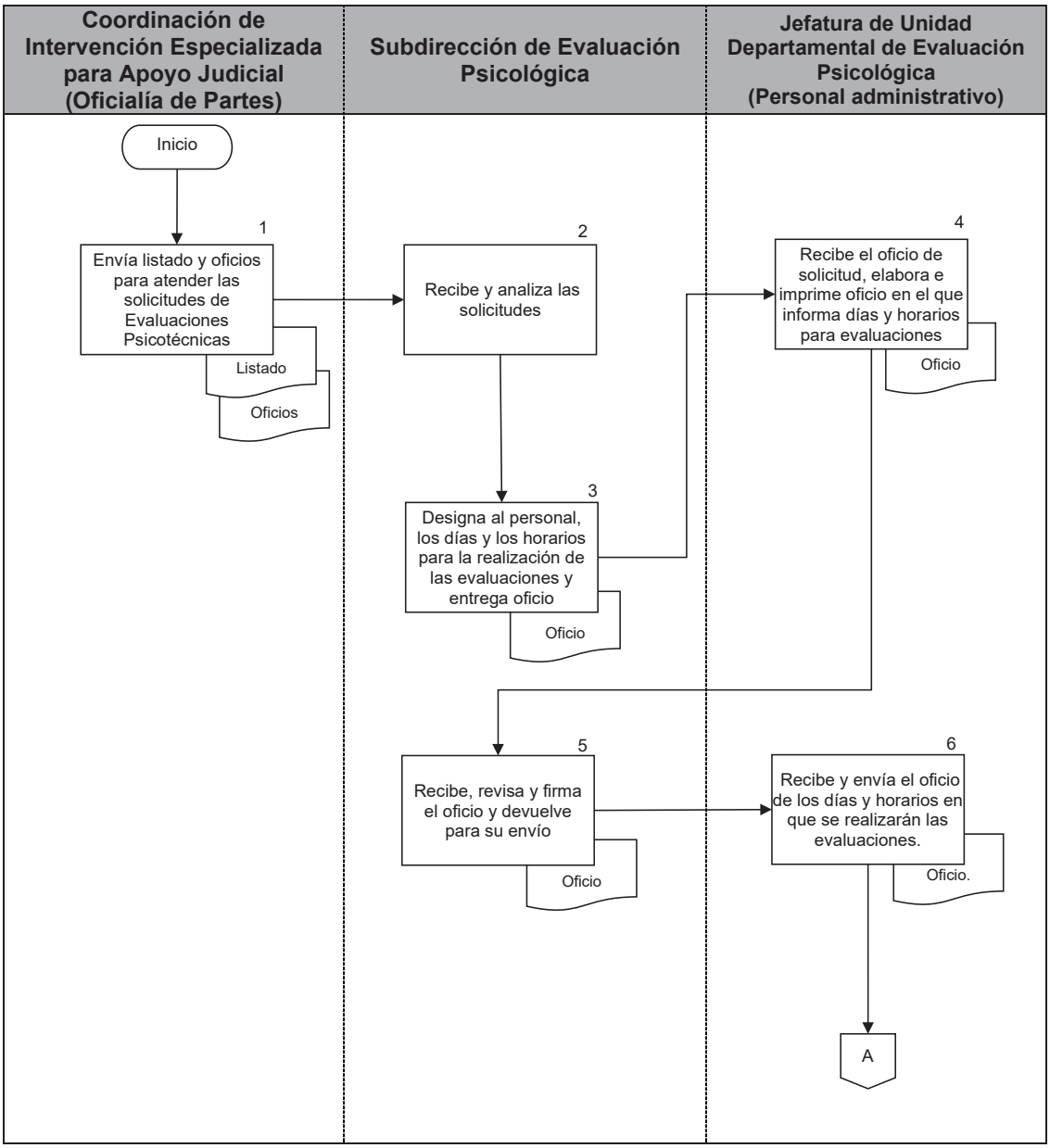
	Área.	Descripción de la actividad.	Documentos y/o sistemas de apoyo.
22	Subdirección de Evaluación Psicológica	Comunica a la Psicóloga o Psicólogo la autorización del Informe de Evaluación Psicotécnica.	
23 24	Subdirección de Evaluación Psicológica (Psicóloga o Psicólogo)	Recibe autorización e imprime el Informe de la Evaluación Psicotécnica, para su envío al Instituto de Estudios Judiciales. Elabora e imprime el oficio con el Informe de Evaluación Psicotécnica y lo entrega con expediente a la Subdirección de Evaluación Psicológica, para revisión y firma.	• Oficio • Informe de Evaluación Psicotécnica
25	Subdirección de Evaluación Psicológica	Recibe el oficio con expediente, revisa y firma el oficio, y lo entrega con expediente al personal administrativo de la Jefatura de Unidad Departamental de Evaluación Psicológica, para su envío.	
26	Jefatura de Unidad Departamental de Evaluación Psicológica (Personal administrativo)	Recibe el oficio con expediente y envía al Instituto de Estudios Judiciales, el oficio mediante el cual se remite el Informe de Evaluación Psicotécnica realizada.	
27	Instituto de Estudios Judiciales	Recibe, acusa el oficio y lo devuelve.	
28 29 30	Jefatura de Unidad Departamental de Evaluación Psicológica (Personal administrativo)	Recibe y archiva el acuse del oficio en el expediente. Guarda expediente de Evaluación Psicotécnica en el área, hasta que concluya su periodo de archivo en trámite. Envía expediente al Archivo Judicial.	• Expediente

FIN DEL PROCEDIMIENTO

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

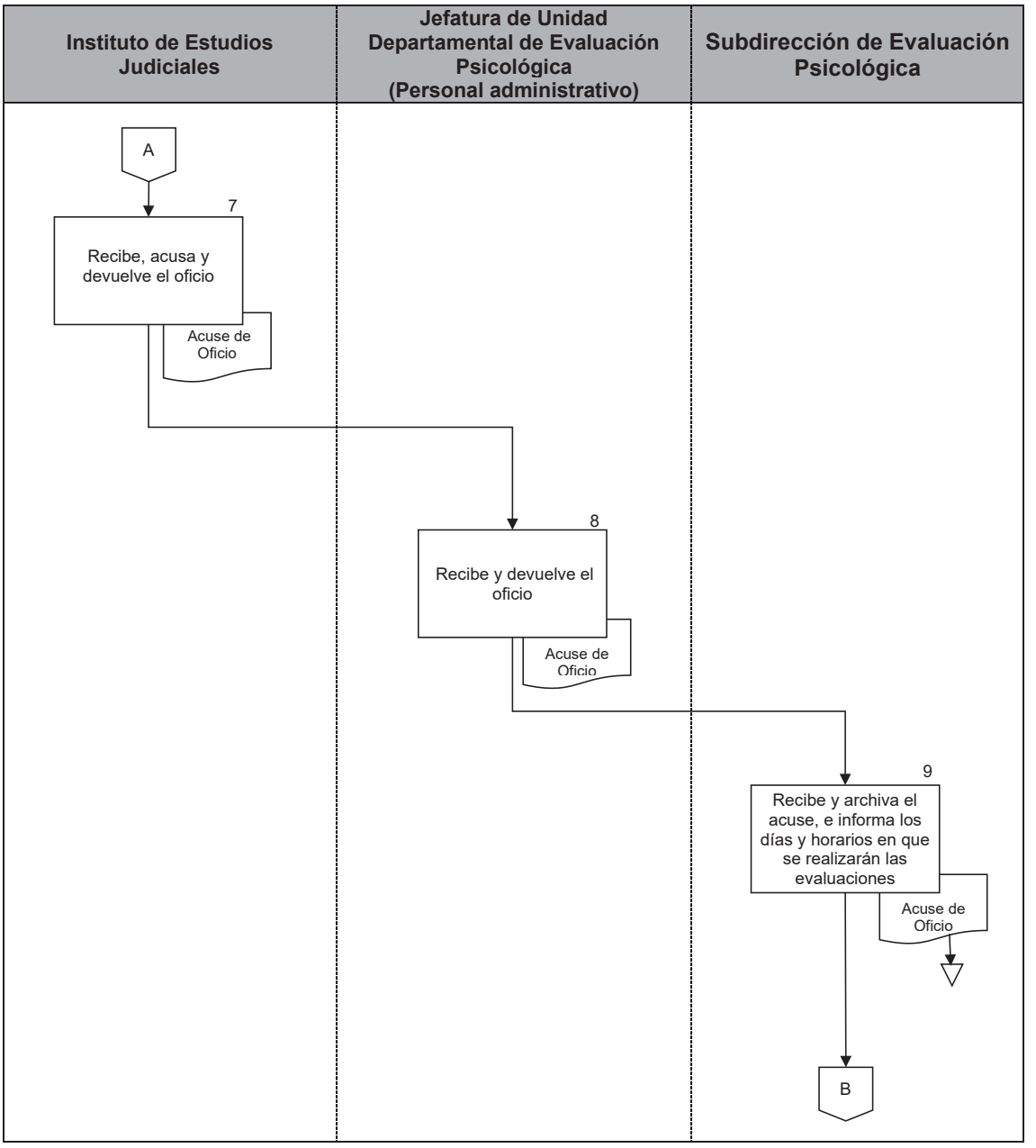
PROCEDIMIENTOS



PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

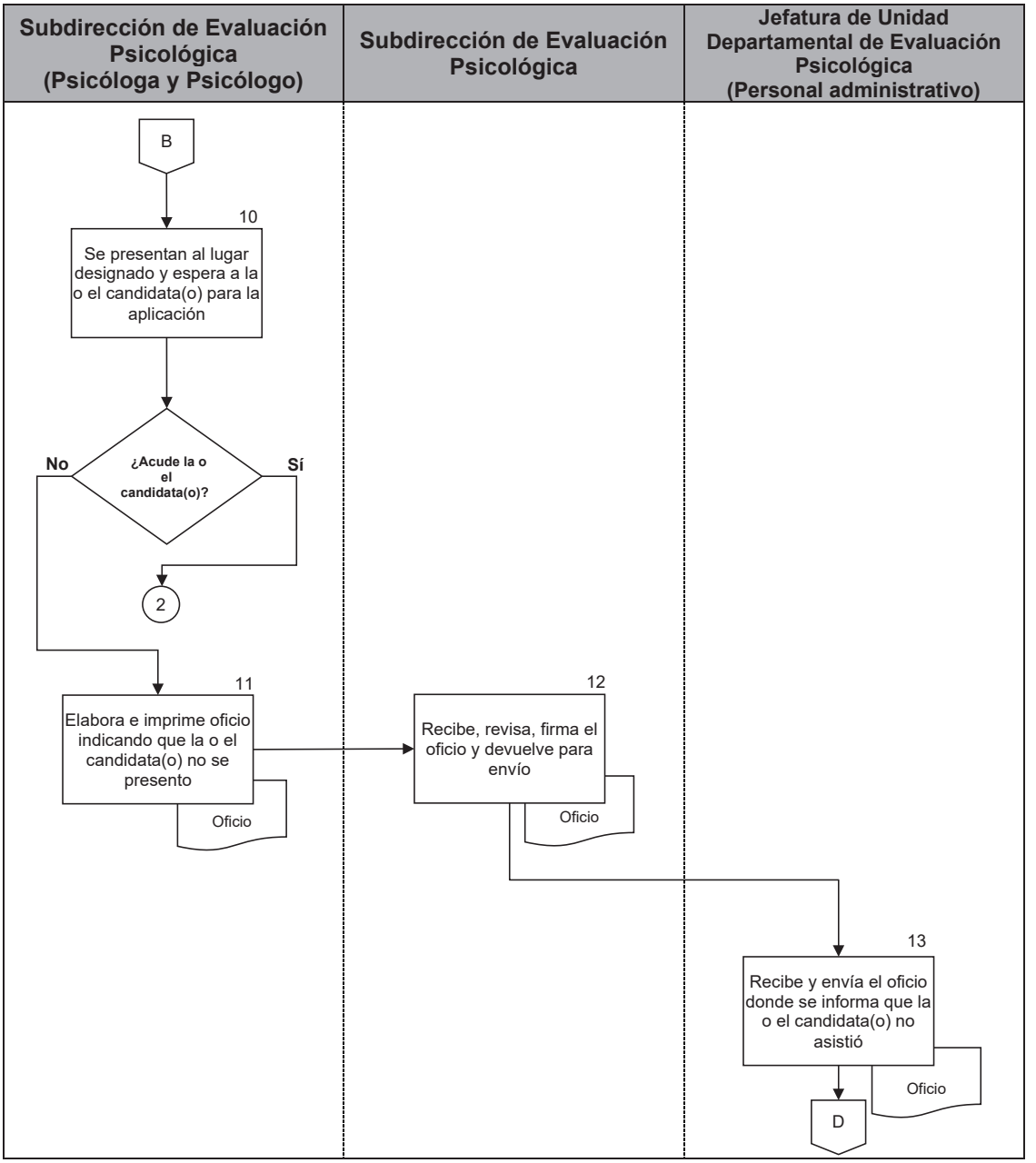
PROCEDIMIENTOS



PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

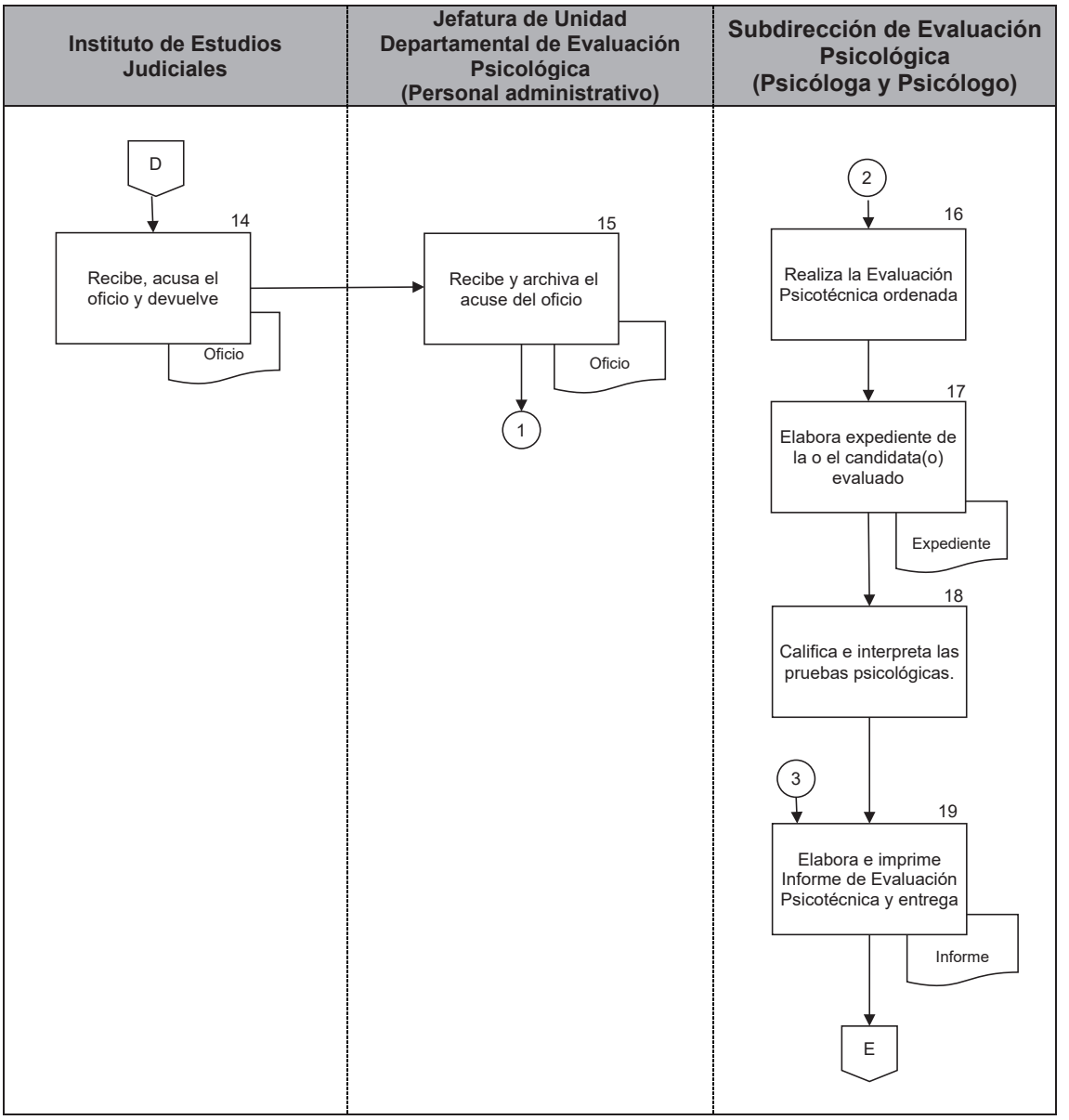
PROCEDIMIENTOS



PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

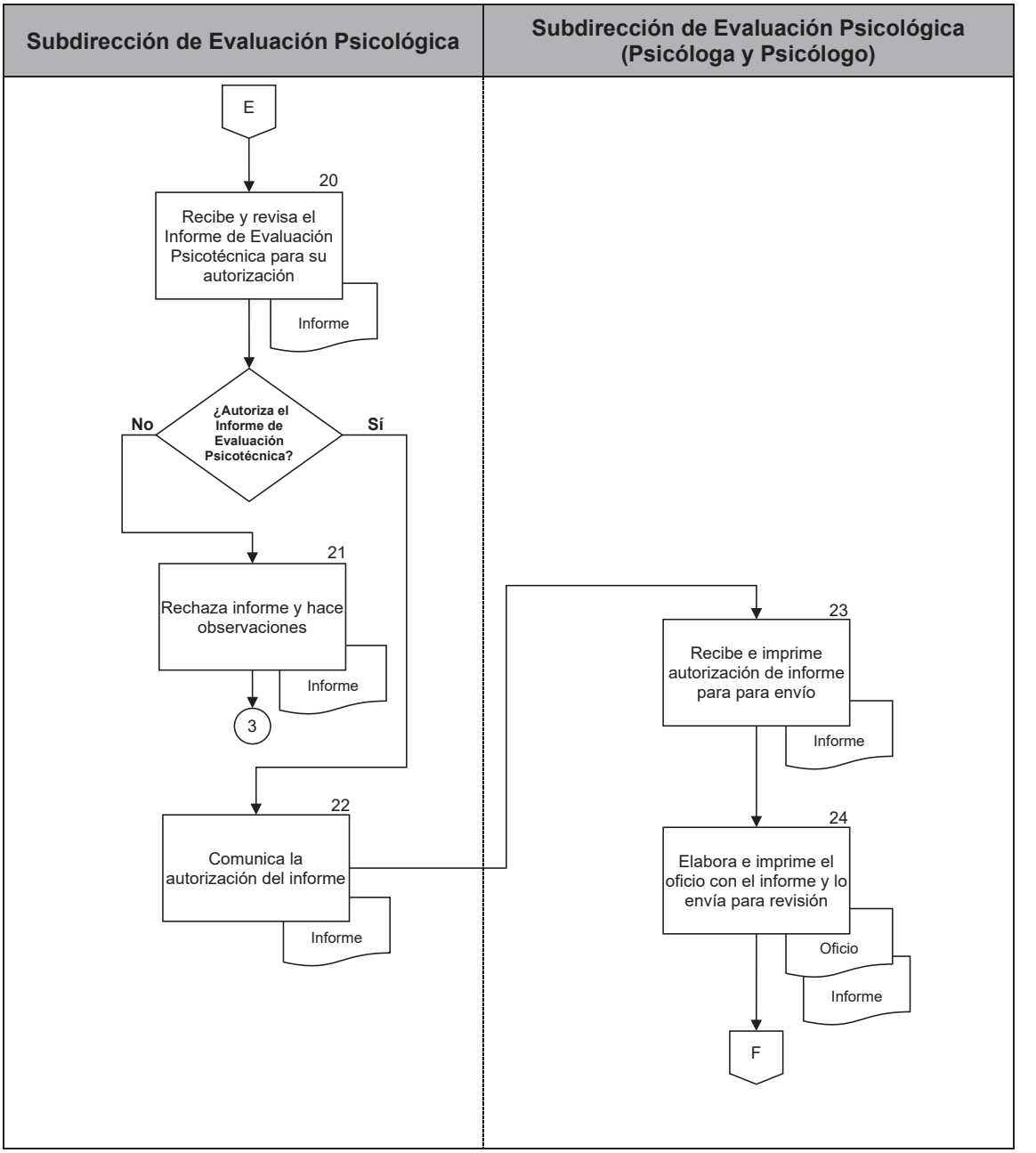
PROCEDIMIENTOS



PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

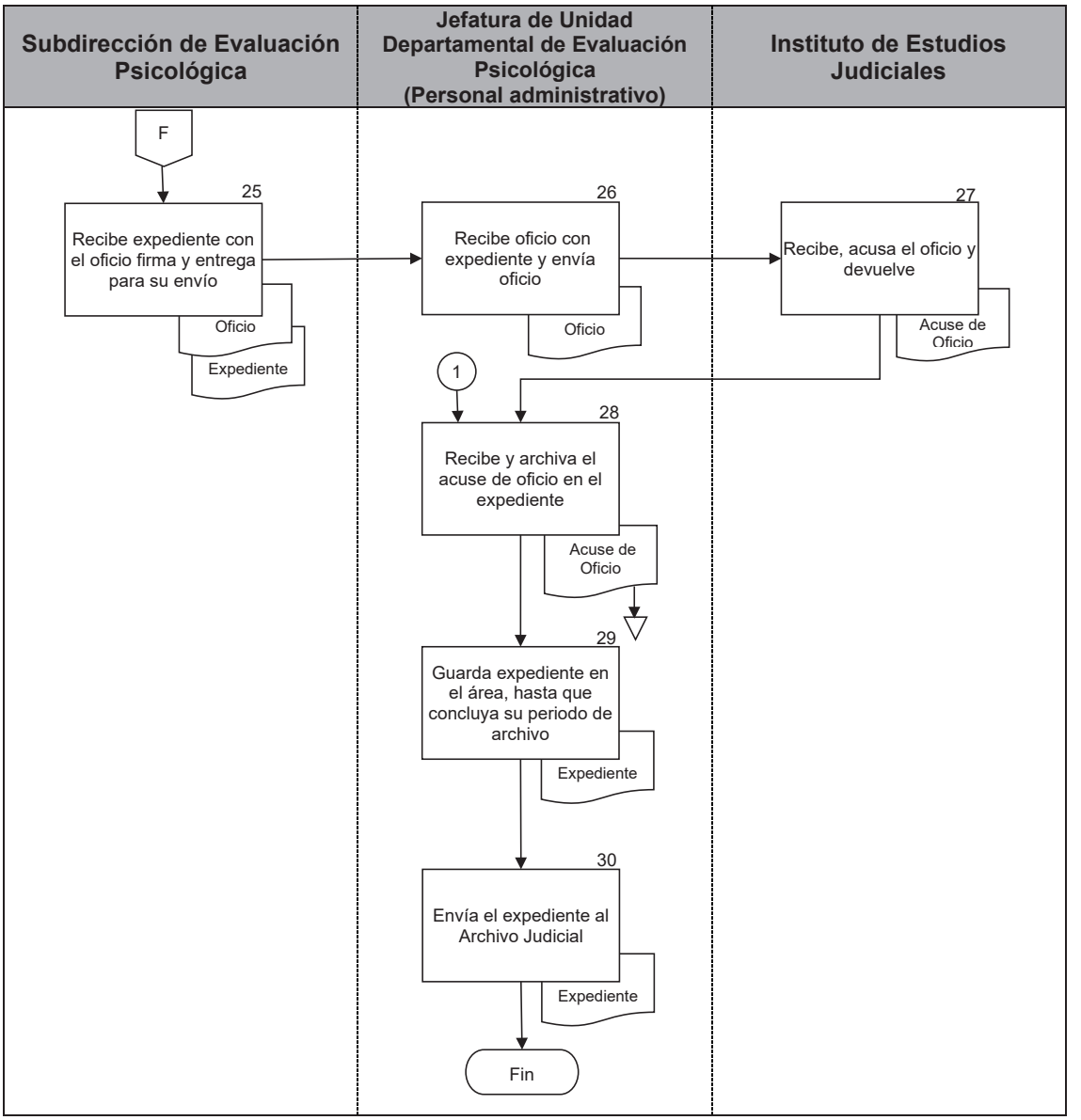
PROCEDIMIENTOS



PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

PROCEDIMIENTOS



PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

PROCEDIMIENTOS

Procedimiento: CIEAJ-005	Atender las solicitudes de evaluación psicológica en materia Penal, Penal de Delitos no Graves, Justicia para Adolescentes, Medidas Cautelares y Ejecución de Sentencias.
Objetivo general:	Atender las solicitudes de evaluación psicológica ordenadas por los juzgadores de los Órganos Jurisdiccionales en materia Penal, Penal de Delitos no Graves, Justicia para Adolescentes, Medidas Cautelares y Ejecución de Sentencia, para ser tomadas como elementos de prueba en el juicio.
Políticas y normas de operación:	

1. Las evaluaciones psicológicas en Materia Penal y ámbitos relacionados, se realizarán conforme a los “Lineamientos para el Desarrollo y Aplicación de Estudios Psicológicos, Peritajes en Psicología, Exámenes Psicotécnicos, Asistencias Técnicas Psicológicas, Terapias para Adultos y Terapias para Niñas, Niños y Adolescentes en el Poder Judicial de la Ciudad de México”.

2. Las evaluaciones psicológicas requeridas por los Órganos Jurisdiccionales en materia Penal, Penal de Delitos no Graves, Justicia para Adolescentes, Medidas Cautelares y Ejecución de Sentencias serán atendidas por la Subdirección de Evaluación Psicológica sin costo alguno.

3. Se clasificarán los oficios en materia Penal y ámbitos relacionados, tomando en consideración que las solicitudes de los mismos requieran el servicio de Evaluaciones Psicológicas y que cuenten con todos los datos necesarios, es decir, el nombre de la persona a evaluar y si ésta se encuentra en libertad o en qué centro de reclusión de la Ciudad de México, así como el objetivo pericial. Si no cuenta con todos los datos necesarios, se solicitarán al Órgano Jurisdiccional para estar en posibilidad de dar atención al requerimiento.

4. En las solicitudes que, no se envíen los datos requeridos para evaluar, después de un año, se darán por cancelados, y en caso de requerirlos nuevamente, el Órgano Jurisdiccional deberá solicitarlo con un nuevo oficio, lo que se hará del conocimiento de dicha autoridad.

5. Las evaluaciones psicológicas sólo podrán llevarse a cabo dentro de las instalaciones del propio Tribunal Superior de Justicia o centros de internamientos, ambos de la Ciudad de México.

6. En el caso en que las solicitudes de los Órganos Jurisdiccionales no correspondan a la materia de Psicología, se les informará que, en esta Coordinación de Intervención Especializada para Apoyo Judicial, no se cuenta con los profesionistas en mención.

7. En los casos de los exhortos, de las peticiones de los Órganos Jurisdiccionales de otros Estados de la República Mexicana o de los Juzgados de Distrito de Procesos Penales Federales de la Ciudad de México, se atenderán siempre y cuando las personas a evaluar radiquen en la Ciudad de México; excepto los que cuenten con autorización previa del Consejo de la Judicatura de esta Ciudad de México. Aunado a ello, el personal en Psicología no podrá trasladarse para realizar diligencias a ninguno de los estados de la República Mexicana derivadas de la práctica de alguna evaluación psicológica, debido a que no se cuenta con partida presupuestal para tales efectos.

8. Los expedientes nuevos se abrirán por juzgado y tipo de Evaluación Psicológica y no por persona. Las Evaluaciones Psicológicas que no cuenten con antecedentes en la Subdirección de Evaluación Psicológica, se les abrirá un expediente nuevo, asignando un número de registro interno el cual es generado automáticamente por el sistema y consta de dos letras que representan a la Subdirección de Evaluación

Psicológica y la “P” que se refiere que es Penal y ámbitos relacionados, seguidas de un guion, número consecutivo, guion y año del ejercicio. Ejemplo: SEP-0001-2017.

9. Las evaluaciones psicológicas que ya tengan antecedente en la Subdirección de Evaluación Psicológica, se anexaran al expediente anterior respetando el número de registro que tenía asignado, siempre y cuando corresponda al mismo tipo de requerimiento, es decir que sea del mismo tipo y juzgado.

10. La(s) fecha(s) para realizar la(s) evaluación(es) psicológica(s) estará sujeta a la carga laboral de la Subdirección de Evaluación Psicológica, la cual depende de la cantidad de solicitudes y de Psicólogas y Psicólogos adscritos, procurando el cumplimiento que los Órganos jurisdiccionales señalen. Asimismo, para atención de las Protestas de cargo, Ratificaciones y Juntas de Peritos que deriven de una Evaluación Psicológica se realizarán en función de la carga de trabajo de sus agendas, así como de las fechas y/o términos que establezca el órgano jurisdiccional para el cumplimiento de su requerimiento.

11. La(s) cita(s) programada(s) para realizar la(s) evaluación(es) psicológica(s) sólo se harán del conocimiento al Órgano Jurisdiccional mediante oficio en el que se dará a conocer el nombre del psicólogo (a) asignado, y en los casos en que los evaluados sean niñas, niños o adolescentes, se establece que deben ser presentados por la persona que detente su guarda y custodia, ya sea definitiva o provisional, o en su caso por quien el Órgano Jurisdiccional autorice para tal efecto.

12. Se solicitarán al Órgano Jurisdiccional, las copias del expediente, en caso necesario, relacionadas con el objetivo de la evaluación para su revisión, las cuales serán resguardadas en el expediente de la persona a evaluar.

13. El envío de oficios, informes y documentación que tramitan las diversas áreas de la Coordinación de Intervención Especializada para Apoyo Judicial, así como la recepción de los correspondientes acuses, se realizará a través del personal administrativo de la Subdirección Administrativa.

14. De presentarse algún caso en el cual la usuaria o el usuario, muestren algún tipo de discapacidad (auditiva, visual, motriz, intelectual u otras), que hablen otro idioma o dialecto que impida establecer la comunicación directa con ellos, se solicitará el apoyo especializado correspondiente.

No.	Área.	Descripción de la actividad.	Documentos y/o sistemas de apoyo.
1	Coordinación de Intervención Especializada para Apoyo Judicial (Oficialía de Partes)	Envía listado y oficios a la Subdirección de Evaluación Psicológica, para atender las solicitudes de evaluación psicológica ordenadas por los Órganos Jurisdiccionales.	
2	Subdirección de Evaluación Psicológica	Recibe y revisa los oficios relativos a las solicitudes de evaluación psicológica en materia Penal y ámbitos relacionados, y los entrega al Personal Administrativo.	
3	Jefatura de Unidad Departamental de Evaluación Psicológica (Personal administrativo)	Recibe, analiza y valida si las solicitudes cuentan con todos los datos para realizar la evaluación psicológica. **¿Cuenta con los datos?** **No.** Continúa en la actividad No. 4 **Sí.** Continúa en la actividad No. 10	• Sistema
4		Elabora e imprime oficio solicitando al Órgano Jurisdiccional envíe los datos faltantes para poder llevar a cabo la evaluación psicológica y lo entrega a la Jefatura de Unidad Departamental de Evaluación Psicológica, para su revisión.	• Oficio
5	Jefatura de Unidad Departamental de Evaluación Psicológica	Recibe, revisa y lo entrega a la Subdirección de Evaluación Psicológica, para firma.	
6	Subdirección de Evaluación Psicológica	Recibe, revisa, firma el oficio y lo devuelve al personal administrativo de la Jefatura de Unidad Departamental de Evaluación Psicológica, para su trámite de envío.	
7	Jefatura de Unidad Departamental de Evaluación Psicológica (Personal administrativo)	Recibe el oficio solicitando los datos faltantes para poder llevar a cabo la Evaluación Psicológica y realiza trámite de envío al Órgano Jurisdiccional.	

No.	Área.	Descripción de la actividad.	Documentos y/o sistemas de apoyo.
8	Órgano Jurisdiccional (Oficialía de Partes)	Recibe, acusa el oficio, y lo devuelve.	
9 10	Jefatura de Unidad Departamental de Evaluación Psicológica (Personal administrativo)	Recibe, captura en base de datos y archiva el acuse del oficio. (Regresa a la actividad no. 2) Captura en el sistema las solicitudes de evaluación psicológica ordenadas por los Órganos Jurisdiccionales y entrega a la Subdirección de Evaluación Psicológica.	• Sistema
11	Subdirección de Evaluación Psicológica	Recibe, asigna o vincula número de registro interno a las solicitudes de evaluación psicológica y las devuelve al personal administrativo de la Jefatura de Unidad Departamental de Evaluación Psicológica.	• Sistema
12	Jefatura de Unidad Departamental de Evaluación Psicológica (Personal administrativo)	Recibe las solicitudes de evaluación psicológica, elabora el expediente y entrega a la Jefatura de Unidad Departamental de Evaluación Psicológica.	• Expediente
13	Jefatura de Unidad Departamental de Evaluación Psicológica	Recibe el expediente, lo analiza, designa y captura en el sistema Psicóloga o Psicólogo, día y hora, para la realización de la evaluación psicológica ordenada, y devuelve el expediente al Personal Administrativo para elaborar el oficio correspondiente.	• Sistema
14	Jefatura de Unidad Departamental de Evaluación Psicológica (Personal administrativo)	Recibe expediente, genera en el sistema e imprime el oficio indicando al Órgano Jurisdiccional, la fecha, hora y lugar en el que la usuaria o el usuario tendrá que presentarse a evaluación psicológica, y lo entrega con expediente a la Jefatura de Unidad Departamental de Evaluación, para su revisión.	• Oficio • Sistema

No.	Área.	Descripción de la actividad.	Documentos y/o sistemas de apoyo.
15	Jefatura de Unidad Departamental de Evaluación Psicológica	Recibe el oficio con expediente, revisa oficio y entrega a la Subdirección de Evaluación Psicológica, para su firma.	• Expediente
16	Subdirección Evaluación Psicológica	Recibe el oficio con expediente, firma el oficio y lo devuelve con expediente al personal administrativo de la Jefatura de Unidad Departamental de Evaluación Psicológica, para su envío.	
17	Jefatura de Unidad Departamental de Evaluación Psicológica (Personal administrativo)	Recibe oficio con expediente y realiza trámite envío del oficio al Órgano Jurisdiccional, indicando la fecha, hora y lugar para la evaluación psicológica.	
18	Órgano Jurisdiccional (Oficialía de Partes)	Recibe, acusa el oficio y lo devuelve.	
19	Jefatura de Unidad Departamental de Evaluación Psicológica (Personal administrativo)	Recibe, archiva el acuse del oficio en expediente y lo entrega a la psicóloga asignada o el psicólogo asignado.	
20	Subdirección de Evaluación Psicológica (Psicóloga o Psicólogo)	Recibe el expediente y revisa la solicitud del Órgano Jurisdiccional. **¿Qué Solicitan?** **Ratificación y/o Junta de peritos.** Continúa en la actividad no. 21 **Evaluación Psicológica.** Continua en la actividad no. 23 **Análisis de documentales y/o Autopsias psicológicas.** Continua en la actividad no. 43	

No.	Área.	Descripción de la actividad.	Documentos y/o sistemas de apoyo.
21	Subdirección de Evaluación Psicológica (Psicóloga o Psicólogo)	Acude al Órgano Jurisdiccional a ratificar el dictamen o a la Junta de Peritos.	
22		Devuelve el expediente al personal administrativo de la Jefatura de Unidad Departamental de Evaluación Psicológica. (Continúa en la actividad no. 53)	
23		Revisa si la evaluación psicológica es con o sin protesta de cargo **¿Es con protesta de cargo?** **Sí.** Continua a la actividad no. 24 **No.** Continua a la actividad no. 25	
24		Acude al Órgano Jurisdiccional a tomar protesta de cargo.	
25		Analiza los datos de las personas a evaluar, así como el objetivo pericial, y establece en el sistema la metodología a aplicar, previamente a la fecha de evaluación psicológica.	
26		Solicita, a través del sistema, la autorización a la Subdirección de Evaluación Psicológica, para la implementación de la metodología sugerida.	• Sistema
27	Subdirección de Evaluación Psicológica	Recibe, a través del sistema, la solicitud de autorización de la metodología para el caso en concreto. **¿Autoriza la metodología?** **No.** Continúa en la actividad no. 28 **Sí.** Continúa en la actividad no. 29	• Sistema

No.	Área.	Descripción de la actividad.	Documentos y/o sistemas de apoyo.
28	Subdirección de Evaluación Psicológica	Rechaza a través del sistema la metodología e indica cual es la que se va a utilizar. (Regresa a la actividad no. 24)	• Sistema
29		Envía, a través del sistema, la confirmación de autorización de la metodología a la psicóloga o el psicólogo.	• Sistema
30	Subdirección de Evaluación Psicológica (Psicóloga o Psicólogo)	Recibe, a través del sistema, la confirmación de autorización de metodología.	• Sistema
31		Espera a la usuaria o el usuario a evaluar el día programado. **¿Acude la o el usuario a evaluación y/o acepta realizarla?** **No.** Continúa en la actividad no. 32 **Sí.** Continúa en la actividad no. 40	
32		Captura la cancelación de la evaluación psicológica de la usuaria o el usuario y genera e imprime el oficio correspondiente, en el sistema.	• Sistema
33		Entrega oficio de cancelación con expediente a la Subdirección de Evaluación Psicológica, para su firma.	
34	Subdirección de Evaluación Psicológica	Recibe oficio con expediente, firma el oficio y lo devuelve con expediente a la psicóloga o psicólogo, para su envío.	
35	Subdirección de Evaluación Psicológica (Psicóloga o Psicólogo)	Recibe oficio con expediente y entrega oficio al personal administrativo de la Jefatura de Unidad Departamental de Evaluación Psicológica, para su trámite de envío.	

No.	Área.	Descripción de la actividad.	Documentos y/o sistemas de apoyo.
36	Jefatura de Unidad Departamental de Evaluación Psicológica (Personal administrativo)	Recibe el oficio de cancelación de evaluación psicológica y realiza su trámite de envío al Órgano Jurisdiccional.	
37	Órgano Jurisdiccional (Oficialía de Partes)	Recibe, acusa el oficio, y lo devuelve.	
38	Jefatura de Unidad Departamental de Evaluación Psicológica (Personal administrativo)	Recibe el acuse del oficio y lo entrega a la psicóloga o psicólogo.	
39	Subdirección de Evaluación Psicológica (Psicóloga o Psicólogo)	Recibe y archiva el acuse del oficio en el expediente, y entrega el expediente al personal administrativo de la Jefatura de Unidad Departamental de Evaluación Psicológica. (Continúa a la actividad no. 54)	• Expediente
40		Captura en el sistema la realización de la Evaluación Psicológica.	• Sistema
41		Realiza la evaluación psicológica ordenada.	
42		Califica y/o interpreta las pruebas psicológicas aplicadas, las integra y archiva en el expediente de la usuaria o el usuario.	• Expediente
43		Elabora, carga en el sistema e imprime el Informe de Evaluación Psicológica y remite a la Subdirección de Evaluación Psicológica, para su revisión.	• Sistema • Informe de Evaluación Psicológica

No.	Área.	Descripción de la actividad.	Documentos y/o sistemas de apoyo.
44	Subdirección de Evaluación Psicológica	Recibe y revisa el informe de Evaluación para su autorización. **¿Autoriza el Informe de Evaluación?** **No.** Continúa en la actividad no. 45 **Sí.** Continúa en la actividad no. 46	
45		Rechaza en el sistema el informe a la psicóloga o el psicólogo y envía las observaciones correspondientes para su atención. (Regresa a actividad no. 43)	• Sistema
46		Autoriza en el sistema a la psicóloga o psicólogo el Informe de Evaluación Psicológica para su envío al Órgano Jurisdiccional.	• Sistema
47	Subdirección de Evaluación Psicológica (Psicólogas y Psicólogos)	Recibe, a través del sistema, la autorización, imprime y firma informe de la Evaluación Psicológica.	• Sistema • Informe de Evaluación Psicológica
48		Genera e imprime oficio indicando al Órgano Jurisdiccional que envía el Informe de Evaluación Psicológica ordenada y entrega a la Subdirección de Evaluación Psicológica.	• Sistema • Oficio
49	Subdirección de Evaluación Psicológica	Recibe, firma el oficio y lo devuelve a la psicóloga o psicólogo.	
50	Subdirección de Evaluación Psicológica (Psicóloga o Psicólogo)	Recibe oficio y lo entrega con expediente al personal administrativo Jefatura de Unidad Departamental de Evaluación Psicológica.	
51	Jefatura de Unidad Departamental de Evaluación Psicológica (Personal administrativo)	Recibe oficio con expediente y realiza trámite de envío al Órgano Jurisdiccional, en el que se adjunta el informe.	

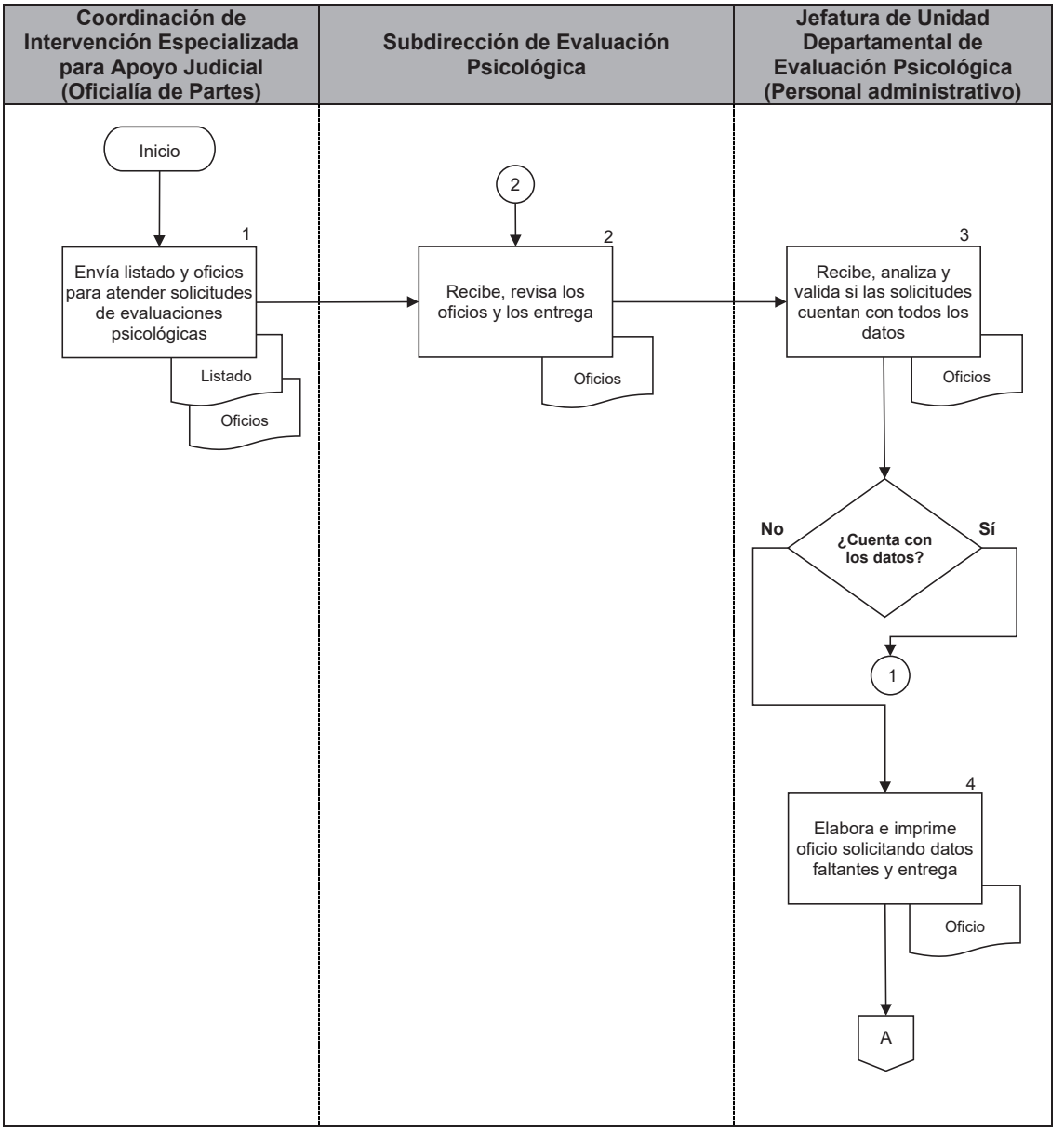
No.	Área.	Descripción de la actividad.	Documentos y/o sistemas de apoyo.
52	Órgano Jurisdiccional (Oficialía de Partes)	Recibe, acusa el oficio y lo devuelve.	
53	Jefatura de Unidad Departamental de Evaluación Psicológica (Personal administrativo)	Recibe, archiva acuse del oficio en el expediente y captura en el sistema el cierre de evaluación psicológica ordenada.	• Expediente • Sistema
54		Guarda expediente hasta que concluya su periodo de archivo en trámite.	
55		Envía expediente al Archivo Judicial.	

FIN DEL PROCEDIMIENTO

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

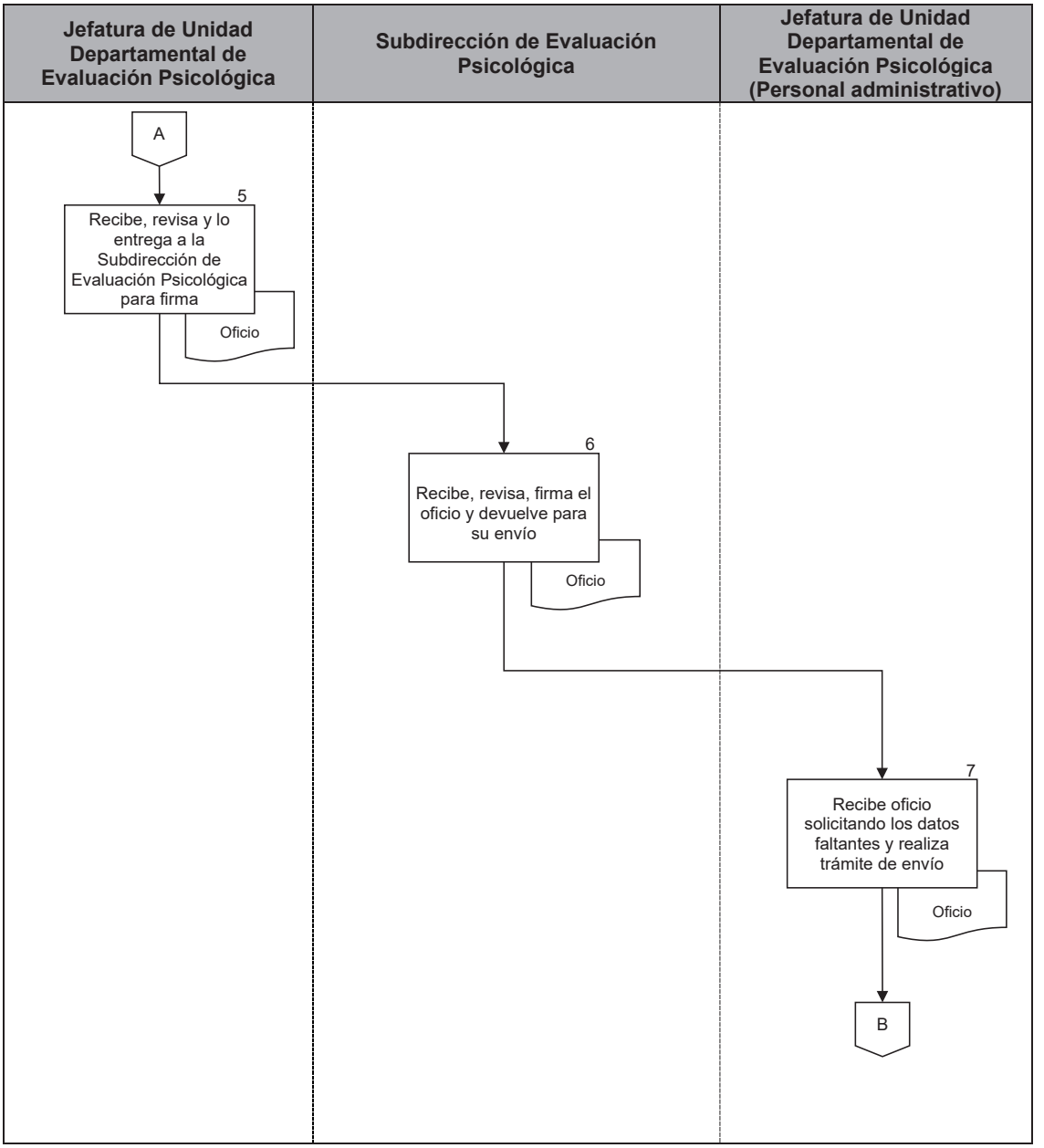
PROCEDIMIENTOS



PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

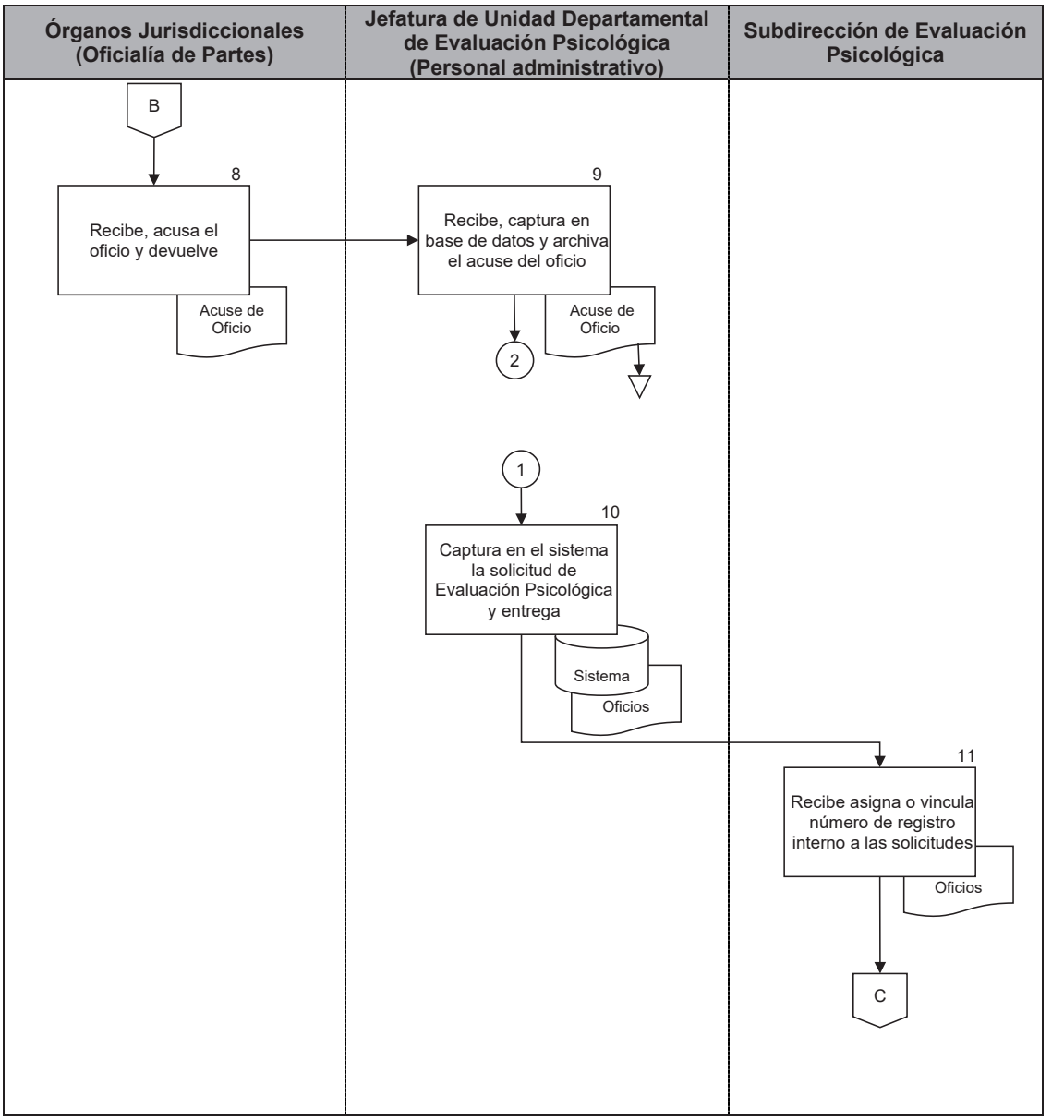
PROCEDIMIENTOS



PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

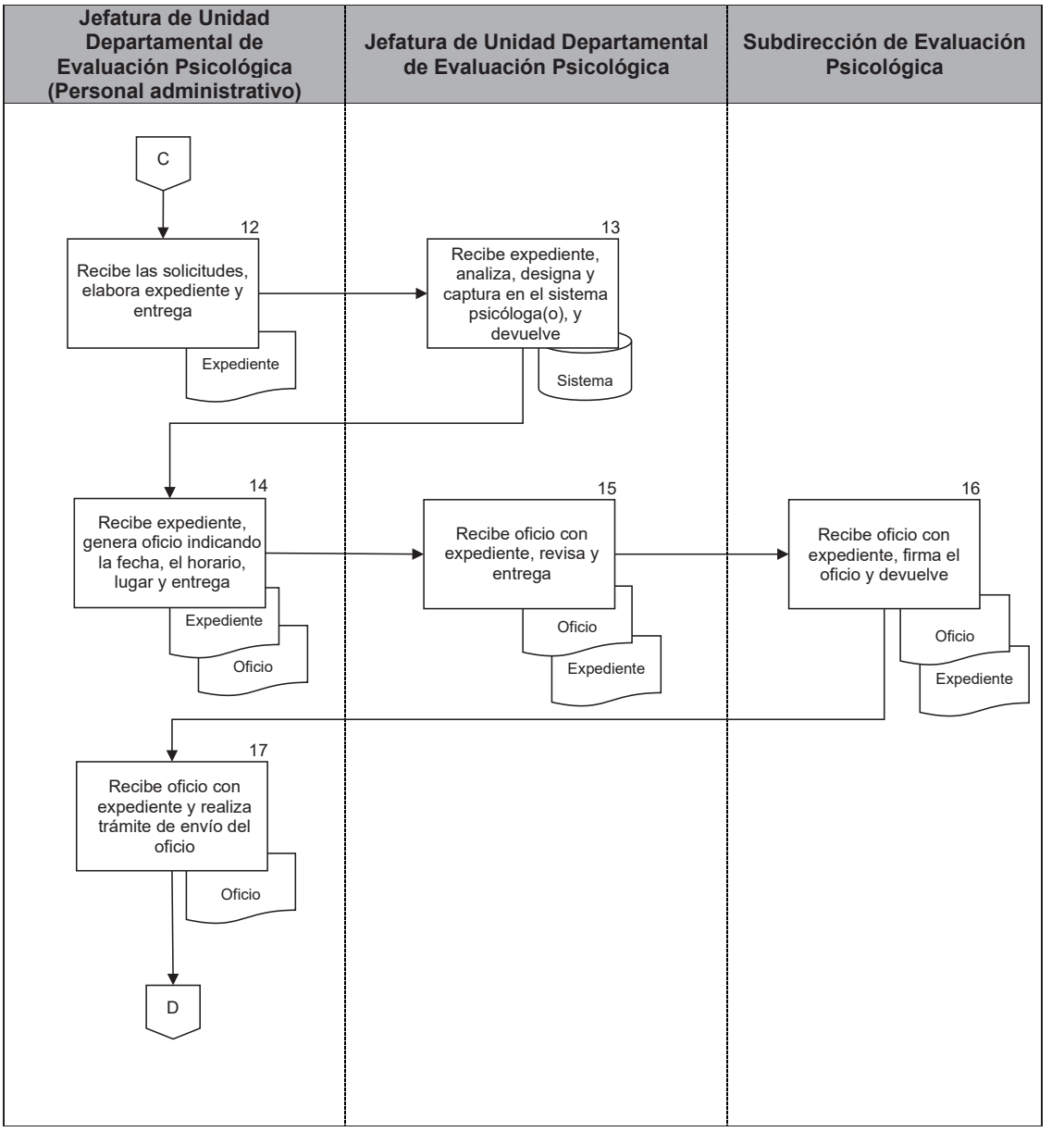
PROCEDIMIENTOS



PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

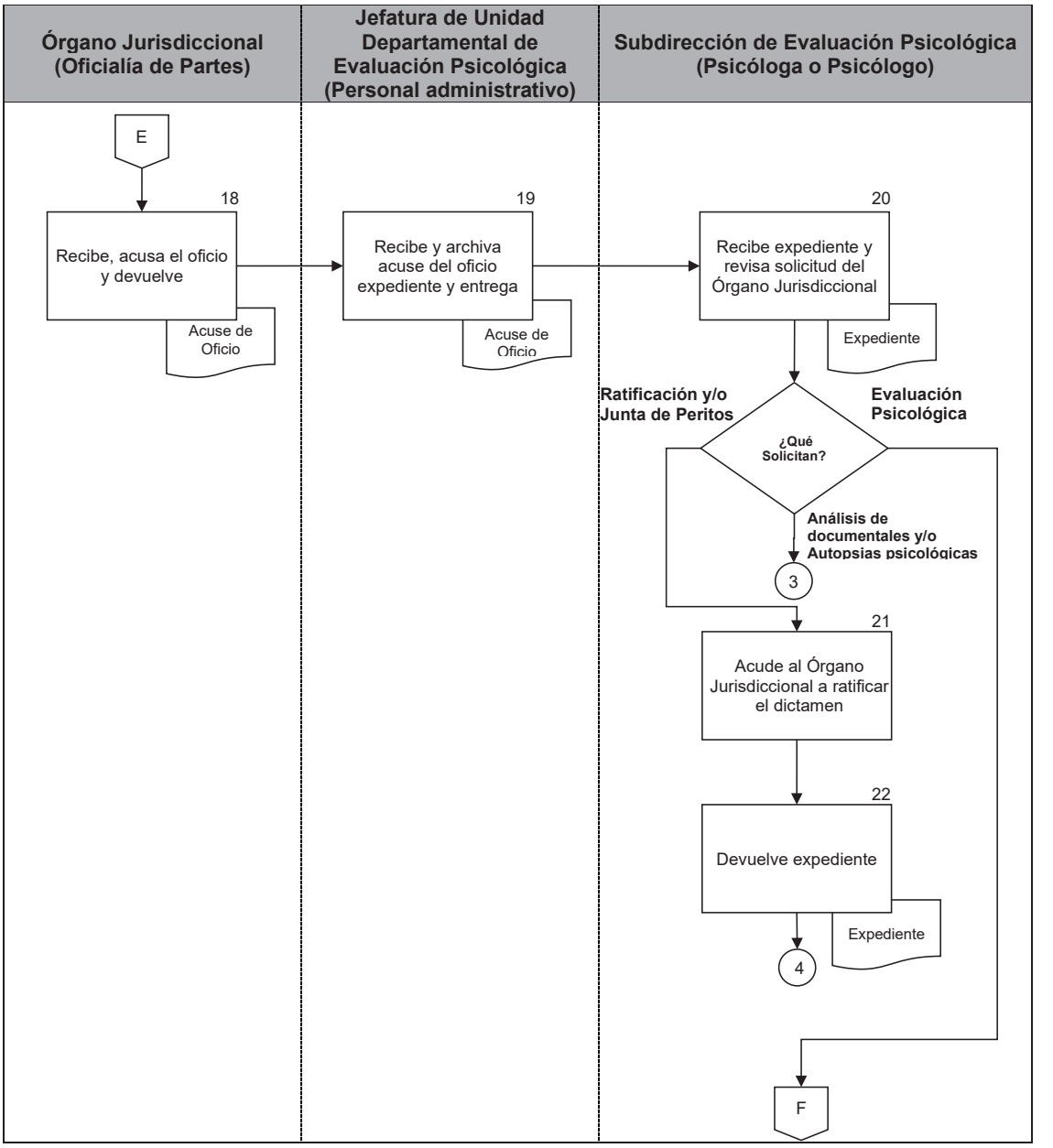
PROCEDIMIENTOS



PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

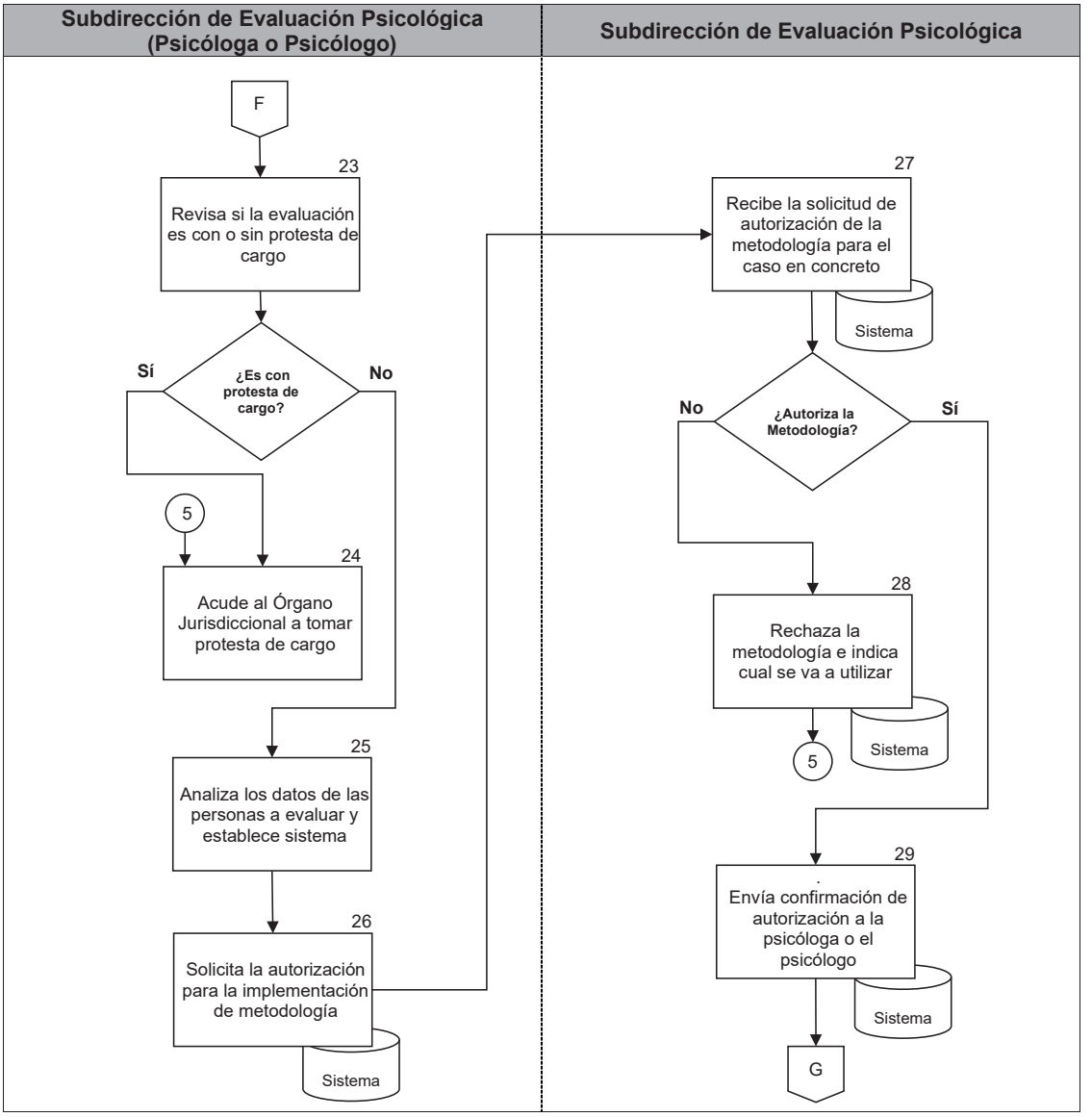
PROCEDIMIENTOS



PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

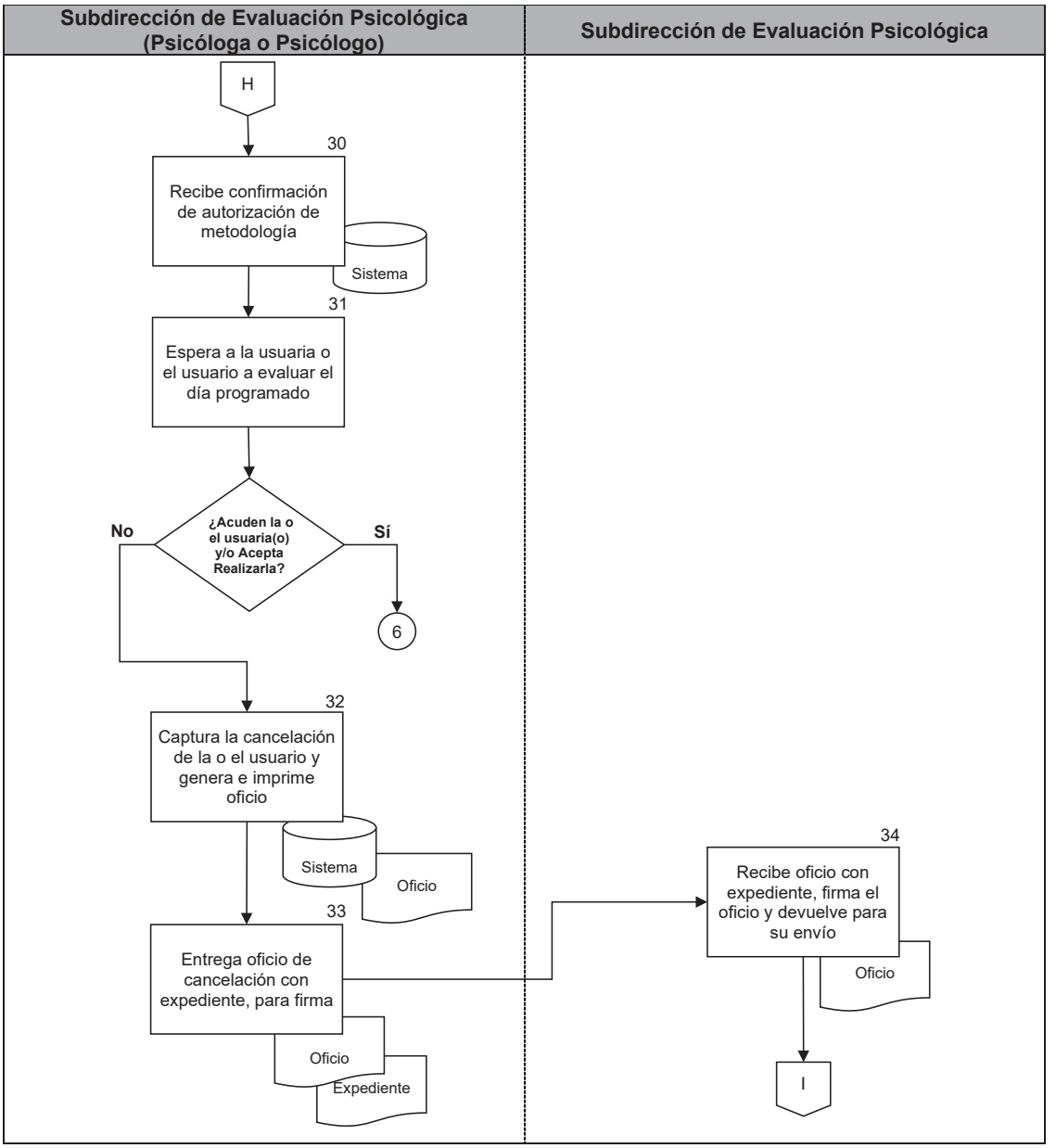
PROCEDIMIENTOS



PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

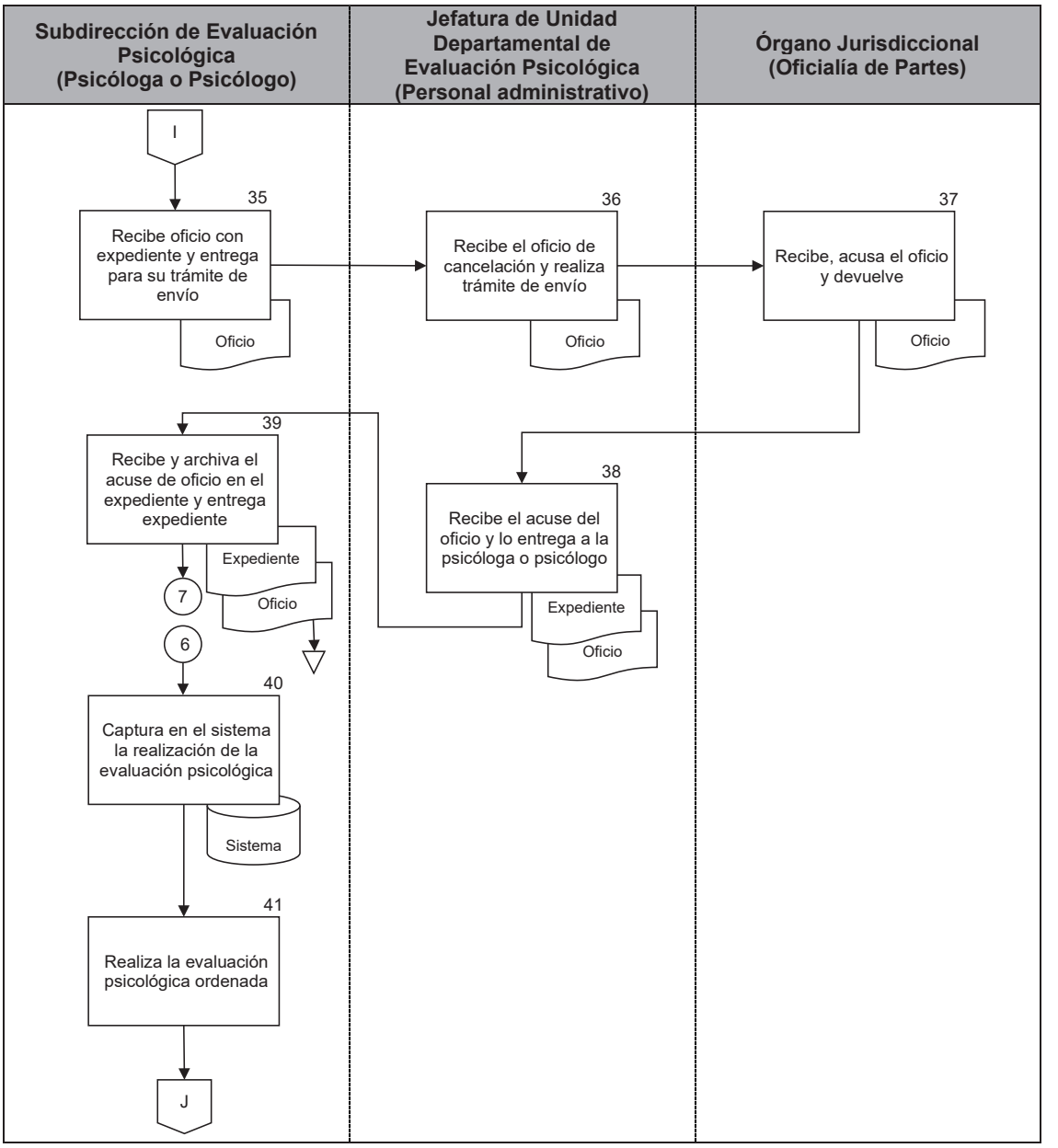
PROCEDIMIENTOS



PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

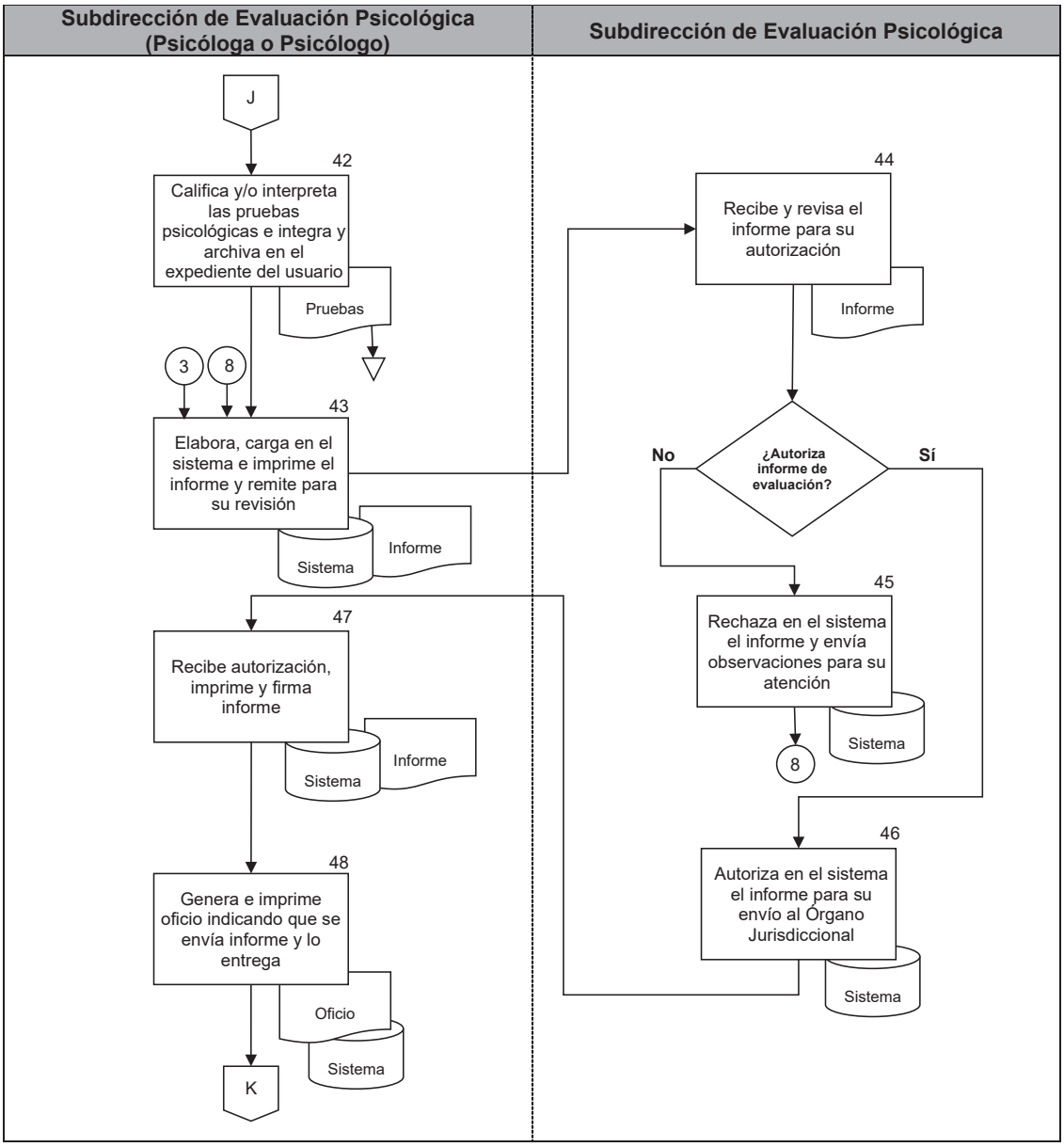
PROCEDIMIENTOS



PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

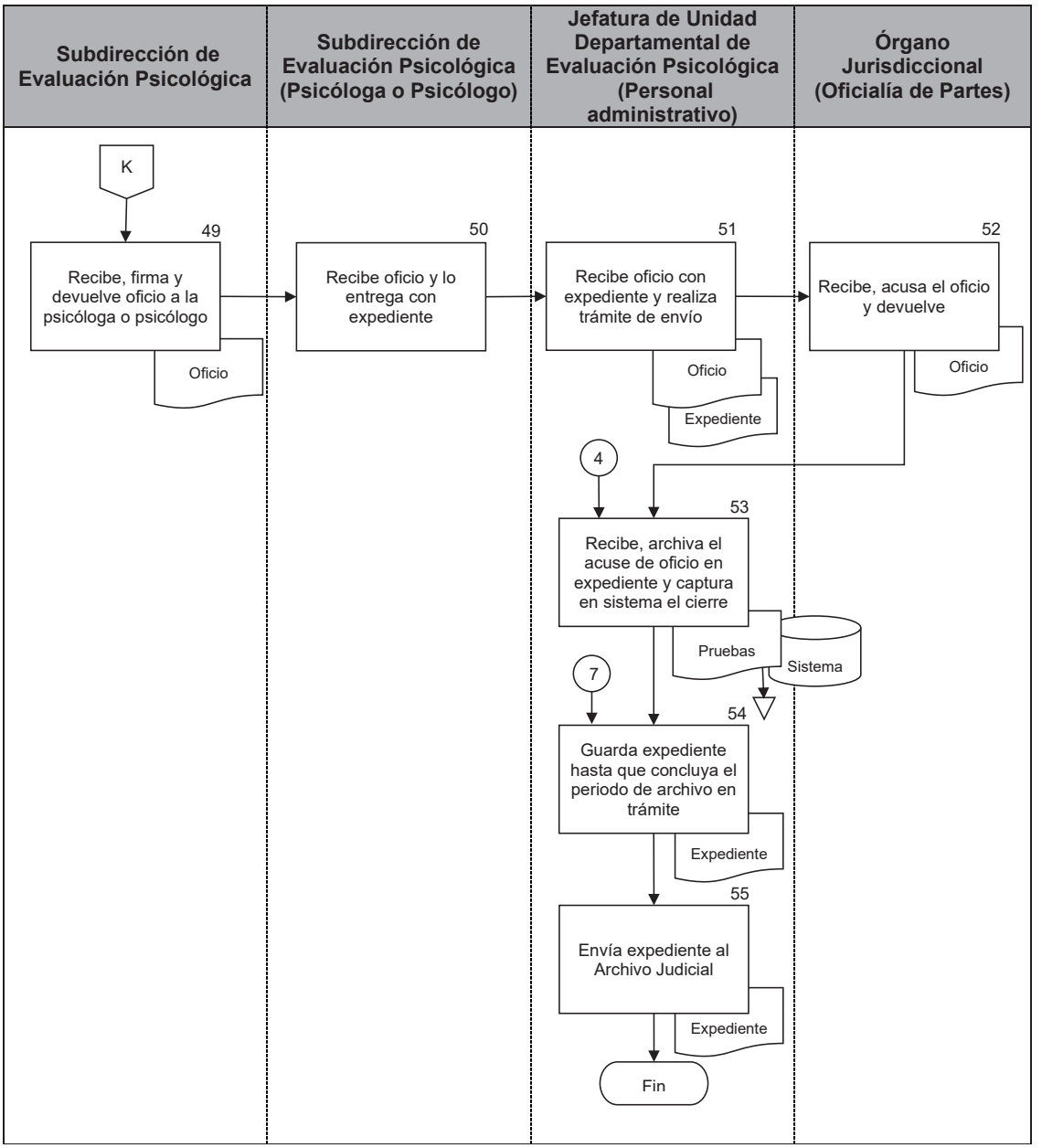
PROCEDIMIENTOS



PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

PROCEDIMIENTOS



PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

PROCEDIMIENTOS

Procedimiento: CIEAJ -006	Atención de solicitudes de Terapia Psicológica para Adultos.
Objetivo general:	Atender las solicitudes de tratamiento psicológico grupal a todos aquellos Adultos enviados por los Órganos Jurisdiccionales para auxiliar con mayores elementos a la autoridad judicial para favorecer la comunicación entre las partes que enfrentan un procedimiento legal familiar, derivado de la separación y/o divorcio.
Políticas y normas de operación:	

1. La Terapia Psicológica para Adultos se otorgará conforme al documento denominado “Lineamientos para el Desarrollo y Aplicación de Estudios Psicológicos, Peritajes en Psicología, Exámenes Psicotécnicos, Asistencias Técnicas Psicológicas, Terapias para Adultos y Terapias para Niñas, Niños y Adolescentes en el Poder Judicial de la Ciudad de México”.

2. La Terapia Psicológica para Adultos solicitada mediante oficio por los Órganos Jurisdiccionales, serán atendidas por la Subdirección de Intervención Psicológica.

3. Se considerará como “usuaria o usuario” a las y los adultos que realicen las gestiones administrativas previas al proceso terapéutico.

4. Una vez inscritos las y los usuarios se les denominará “consultantes”.

5. La Subdirección de Intervención Psicológica recibirá los oficios provenientes de Oficialía de Partes de la Coordinación de Intervención Psicológica para Apoyo Judicial del Tribunal Superior de Justicia de la Ciudad de México y revisará que correspondan con la lista adjunta.

6. Se asignará un número de registro interno por ordenamiento recibido, ejemplo: IP-Número consecutivo.

7. Se realizarán máximo 10 sesiones de terapia grupal, con duración aproximada de 90 minutos, una vez a la semana. Los grupos terapéuticos estarán integrados con hasta 7 personas.

8. Si se dieran dos inasistencias se procederá a dar de baja a la usuaria o el usuario.

9. La terapia sólo podrá ser impartida en las instalaciones de la Coordinación de Intervención Especializada para Apoyo Judicial del Tribunal Superior de Justicia de la Ciudad de México.

10. Las sesiones estarán dirigidas por la o el terapeuta titular con el apoyo de una o un asistente de terapia, si se cuenta con prestadoras o prestadores de servicio social o de prácticas profesionales.

11. Al momento de la inscripción al proceso terapéutico se entregaran a las y los usuarios para su llenado y firma los siguientes formatos:

    a) Reglamento de la Unidad de Terapia para Adultos.
    b) Consentimiento Informado.
    c) Encuesta de Entrada.
    d) Antecedentes Adultos.
    e) Ejercicio inicial (se entregará en la primera sesión de Terapia para Adultos).

    Todos estos formatos se integrarán al expediente de la o el usuario.

12. Si la usuaria o el usuario decide no inscribirse al Programa de Terapia para Adultos, llenará y firmará el Formato de Desistimiento de Terapia.

13. Una vez inscritos los consultantes deberán apegarse al Reglamento de la Unidad de Terapia para Adultos.

14. Al finalizar las sesiones del proceso de Terapia para Adultos se entregará a las y los usuarios el Formato de Encuesta de Salida para su llenado y firma.

15. No se podrán inscribir consultantes que hayan concluido el Programa de Terapia para Adultos.

16. Al finalizar el proceso de terapia se contará con 15 días hábiles para elaborar, revisar y enviar el Informe de Terapia al Órgano Jurisdiccional.

17. El envío de oficios, informes y documentación que tramitan las diversas áreas de la Coordinación de Intervención Especializada para Apoyo Judicial, así como la recepción de los correspondientes acuses, se realizará a través del personal administrativo de la Subdirección Administrativa.

No.	Área.	Descripción de la actividad.	Documentos y/o sistemas de apoyo.
1	Coordinación de Intervención Especializada para Apoyo Judicial (Oficialía de Partes)	Envía listado y oficios a la Subdirección Intervención Psicológica, para atender las solicitudes de Terapia para Adultos a petición de los Órganos Jurisdiccionales.	
2	Subdirección de Intervención Psicológica (Personal administrativo)	Recibe listado y oficios, para atender las solicitudes de Terapia para Adultos a petición de los Órganos Jurisdiccionales.	
3		Captura en el sistema la información del oficio enviado por el Órgano Jurisdiccional en el que solicitan Terapia para Adultos.	• Sistema
4		Elabora expediente de la solicitud de Terapia para Adultos.	• Expediente
5		Analiza que el oficio cuente con la información necesaria que permita realizar la Terapia para Adultos. **¿Cuenta con la información necesaria?** **No.** Continúa en la actividad no. 6 **Sí.** Continúa en la actividad no. 10	
6		Genera, edita, imprime y recaba firma de la Subdirección de Intervención Psicológica, del oficio en el que se indica el motivo por el cual no puede ser atendido el requerimiento.	• Oficio • Sistema
7		Realiza trámite de envío de oficio al Órgano Jurisdiccional, en el que se indica el motivo por el cual no puede ser atendido el requerimiento.	

No.	Área.	Descripción de la actividad.	Documentos y/o sistemas de apoyo.
8	Órgano Jurisdiccional (Oficialía de Partes)	Recibe, acusa el oficio y lo devuelve.	
9 10 11	Subdirección de Intervención Psicológica (Personal administrativo)	Recibe y archiva acuse del oficio en expediente. (Continúa en la actividad no. 60) Genera, edita, imprime y recaba firma de la Subdirección de Intervención Psicológica, del oficio en el que se solicita a la usuaria o el usuario se presente a inscribirse al Programa de Terapia para Adultos. Realiza trámite de envío de oficio al Órgano Jurisdiccional, en el que se solicita a la usuaria o el usuario se presente a inscribirse al Programa de Terapia para Adultos.	• Expediente • Oficio • Sistema
12	Órgano Jurisdiccional (Oficialía de Partes)	Recibe, acusa el oficio y lo devuelve.	
13 14 15	Subdirección de Intervención Psicológica (Personal administrativo)	Recibe acuse del oficio e ingresa al sistema la información de la usuaria o el usuario para que se presente a inscripción en el Programa Terapia para Adultos. Archiva acuse del oficio en expediente. Espera que la usuaria o el usuario se presente a inscribirse al Programa de Terapia para Adultos. **¿Acude la usuaria o el usuario a inscribirse?** **No.** Continúa en la actividad no. 16 **Sí.** Continúa en la actividad no. 20	• Sistema • Expediente

No.	Área.	Descripción de la actividad.	Documentos y/o sistemas de apoyo.
16 17	Subdirección de Intervención Psicológica (Personal administrativo)	Genera, edita, imprime y recaba firmas de la Subdirección de Intervención Psicológica, del oficio en el que se indica al Órgano Jurisdiccional que la usuaria o el usuario no se presentó a realizar su inscripción. Realiza trámite de envío de oficio al Órgano Jurisdiccional, en el que se indica que la usuaria o el usuario no se presentó a realizar su inscripción.	• Oficio • Sistema
18	Órgano Jurisdiccional (Oficialía de Partes)	Recibe, acusa el oficio y lo devuelve.	
19 20 21	Subdirección de Intervención Psicológica (Personal administrativo)	Recibe y archiva acuse del oficio en expediente, (Continúa en la actividad no. 60) Recibe a la usuaria o el usuario para realizar su inscripción al Programa de Terapia para Adultos y le informa en qué consiste el Programa. **¿La usuaria o el usuario acepta tomar la Terapia para Adultos?** **No.** Continúa en la actividad no. 21 **Sí.** Continúa en la actividad no. 28 Entrega a la usuaria o el usuario Formato de Desistimiento de Terapia para Adultos, para su llenado y firma.	• Expediente
22	La Usuaria o el Usuario	Recibe, requisita, firma y devuelve Formato de Desistimiento de Terapia para Adultos.	• Formato DEIP-TA-01

No.	Área.	Descripción de la actividad.	Documentos y/o sistemas de apoyo.
23	Subdirección de Intervención Psicológica (Personal administrativo)	Recibe y archiva el Formato de Desistimiento de Terapia para Adultos en expediente.	• Expediente
24		Genera, edita, imprime y recaba firma de la Subdirección de intervención Psicológica, del oficio en el que se indica al Órgano Jurisdiccional que la usuaria o el usuario se desistió de la Terapia para Adultos.	• Oficio • Sistema
25		Realiza trámite de envío de oficio en el que se indica al Órgano Jurisdiccional que la usuaria o el usuario no desea tomar la Terapia para Adultos.	
26	Órgano Jurisdiccional (Oficialía de Partes)	Recibe, acusa el oficio y lo devuelve.	
27	Subdirección de Intervención Psicológica (Personal administrativo)	Recibe y archiva acuse del oficio en expediente. (Continúa a la actividad no. 60)	• Expediente
28		Entrega a la o el usuario Consentimiento Informado; Reglamento de la Unidad de Terapia para Adultos; Formato Encuesta de Entrada; Formato Antecedentes Adultos; y Formato Ejercicio Inicial.	
29	La Usuaria o el Usuario	Recibe, requisita, firma y devuelve Consentimiento Informado; Reglamento de la Unidad de Terapia para Adultos; Formato Encuesta de Entrada; Formato Antecedentes Adultos; y Ejercicio Inicial.	• Formatos DEIP-TA-02 DEIP-TA-03 DEIP-TA-04 DEIP-TA-05
30	Subdirección de Intervención Psicológica (Personal administrativo)	Recibe y archiva en expediente Consentimiento Informado; Reglamento de la Unidad de Terapia para Adultos; Formato Encuesta de Entrada; Formato Antecedentes Adultos; y Ejercicio Inicial.	• Expediente

No.	Área.	Descripción de la actividad.	Documentos y/o sistemas de apoyo.
31	Subdirección de Intervención Psicológica (Personal Administrativo)	Agenda e informa a la usuaria o el usuario, el día y horario en el que se llevarán a cabo las sesiones de Terapia para Adultos.	• Sistema
32		Genera y entrega a la o el usuario calendario de sesiones y primera tarea.	
33		Genera, edita, imprime y recaba firma de la Subdirección de intervención Psicológica, del oficio en el que se indica al Órgano Jurisdiccional: psicóloga asignada o psicólogo asignado, fecha, lugar y hora en que se impartirá la Terapia para Adultos.	• Sistema • Oficio
34		Realiza trámite de envío de oficio, en el que se indica al Órgano Jurisdiccional: psicóloga asignada o psicólogo asignado, fecha, lugar y hora en que se impartirá la Terapia para Adultos.	
35	Órgano Jurisdiccional (Oficialía de Partes)	Recibe, acusa el oficio y lo devuelve.	
36	Subdirección de Intervención Psicológica (Personal Administrativo)	Recibe y archiva acuse del oficio en expediente.	• Expediente
37		Elabora expediente por usuaria y usuario y lista de asistencia de Terapia para Adultos.	• Expediente
38		Entrega expedientes y lista de asistencia a la psicóloga o psicólogo de las personas que conforman el grupo de Terapia para Adultos.	

No.	Área.	Descripción de la actividad.	Documentos y/o sistemas de apoyo.
39	Subdirección de Intervención Psicológica (Psicóloga o Psicólogo)	Recibe expedientes y lista de asistencia de las personas que conforman el grupo de Terapia para Adultos.	
40		Espera a las o los usuarios para dar inicio a la Terapia para Adultos. **¿Se presenta la usaría o el usuario a terapia?** **No.** Continúa en la actividad no. 41 **Sí.** Continúa en la actividad no. 47	
41		Genera, edita e imprime oficio de baja en el que se indica al Órgano Jurisdiccional que la usuaria o el usuario no se presentó.	• Oficio • Sistema
42		Entrega el oficio a la Jefatura de Unidad Departamental de Terapia para Adultos, para su revisión.	
43	Jefatura de Unidad Departamental de Terapia para Adultos	Recibe, revisa oficio y recaba firma de la Subdirección Intervención Psicológica, y lo entrega al personal administrativo de la Subdirección de Intervención Psicológica, para su trámite de envío.	
44	Subdirección de Intervención Psicológica (Personal administrativo)	Recibe y realiza trámite de envío del oficio de baja, en el que se indica al Órgano Jurisdiccional que la usuaria o el usuario no se presentó.	
45	Órgano Jurisdiccional (Oficialía de Partes)	Recibe, acusa el oficio de baja y lo devuelve.	
46	Subdirección de Intervención Psicológica (Personal administrativo)	Recibe y archiva el acuse del oficio de baja en expediente. (Continúa en la actividad no. 60)	• Expediente

No.	Área.	Descripción de la actividad.	Documentos y/o sistemas de apoyo.
47	Subdirección de Intervención Psicológica (Psicóloga o Psicólogo)	Realiza sesiones terapéuticas grupales.	
48		Elabora e imprime Informe de Terapia al finalizar las sesiones y remite con expediente a la Jefatura de Unidad Departamental de Terapia para Adultos, para su revisión y autorización.	
49	Jefatura de Unidad Departamental de Terapia para Adultos	Recibe Informe de Terapia para Adultos con expediente, para su revisión y autorización. **¿Autoriza Informe de Terapia?** **No.** Continúa en la actividad no. 50 **Sí.** Continúa en la actividad no. 51	
50		Revisa y devuelve Informe de Terapia para Adultos con observaciones. (Regresa a la actividad no. 48)	
51		Autoriza el Informe de Terapia para Adultos y entrega a la psicóloga o psicólogo con expediente.	
52	Subdirección de Intervención Psicológica (Psicóloga o Psicólogo)	Recibe con expediente e imprime y firma el Informe de Terapia para Adultos.	
53		Genera, edita e imprime oficio para envío del Informe de Terapia para Adultos al Órgano Jurisdiccional.	• Oficio • Sistema
54		Entrega a la Jefatura de Unidad Departamental de Terapia para Adultos, oficio, Informe de Terapia para Adultos y expediente.	

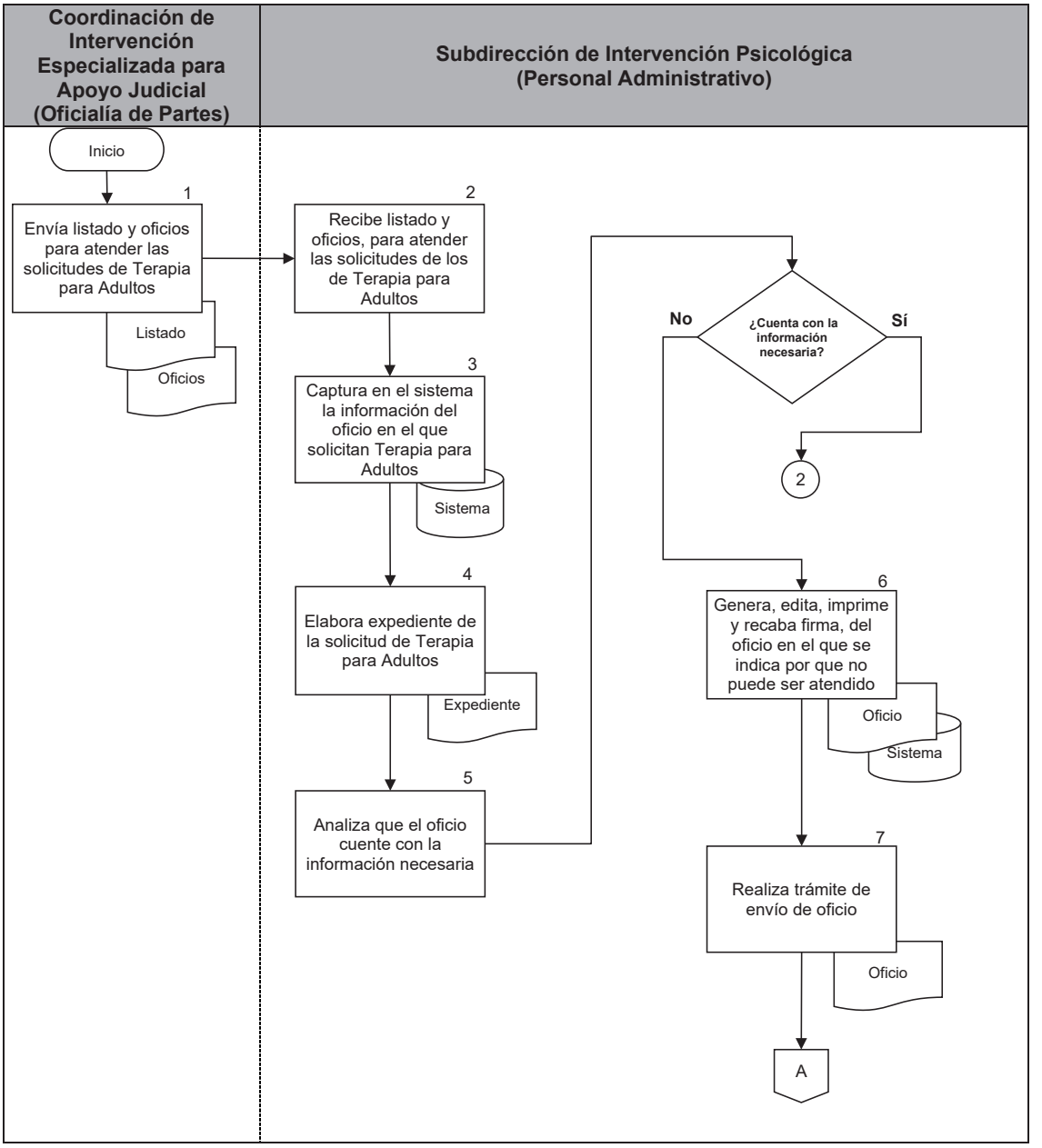
No.	Área.	Descripción de la actividad.	Documentos y/o sistemas de apoyo.
55	Jefatura de Unidad Departamental de Terapia para Adultos	Recibe oficio, Informe de Terapia para Adultos y expediente, y recaba firma de la Subdirección de Intervención Psicológica en el oficio del informe de Terapia para Adultos.	
56		Entrega oficio, Informe de Terapia para Adultos y expediente al personal administrativo de la Subdirección de Intervención Psicológica, para trámite de envío.	
57	Subdirección de Intervención Psicológica (Personal administrativo)	Recibe oficio, Informe de Terapia para Adultos y expediente, y realiza trámite de envío del oficio de Informe de Terapia para Adultos para el Órgano Jurisdiccional.	
58	Órgano Jurisdiccional (Oficialía de Partes)	Recibe, acusa el oficio y lo devuelve.	
59	Subdirección de Intervención Psicológica (Personal administrativo)	Recibe y archiva acuse del oficio en expediente.	• Expediente
60		Archiva expediente de Terapia para Adultos.	• Expediente

FIN DEL PROCEDIMIENTO

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

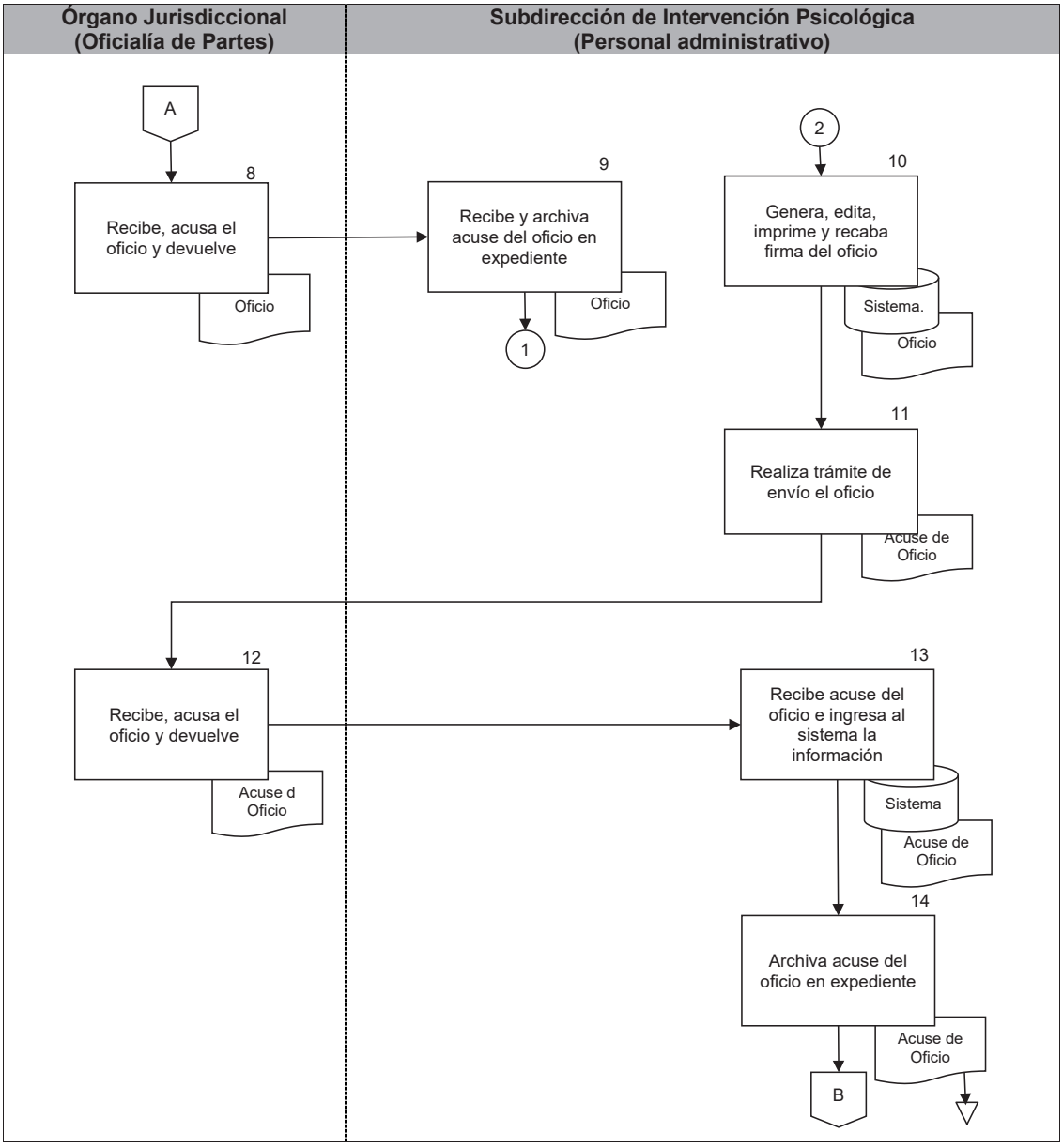
PROCEDIMIENTOS



PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

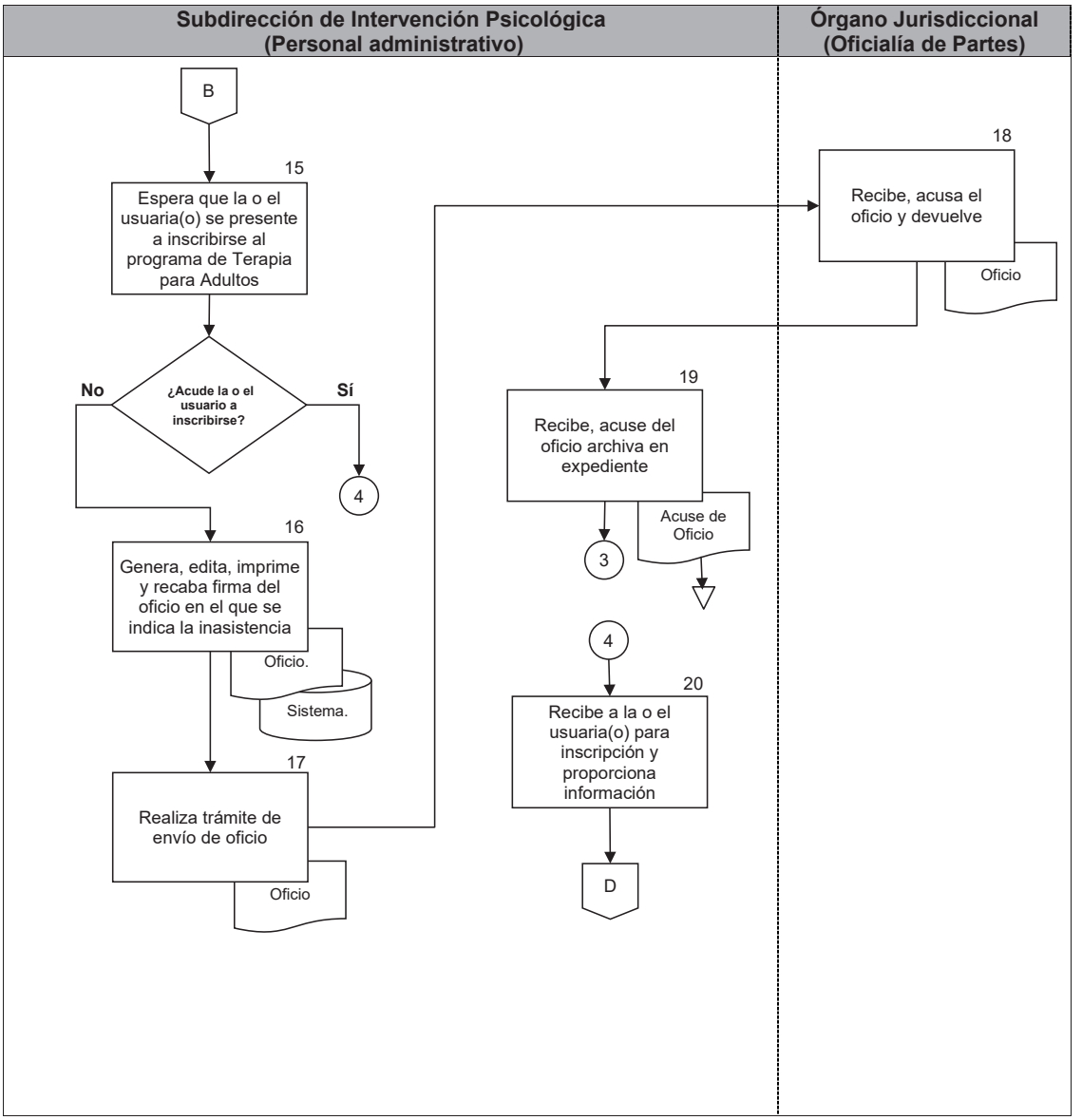
PROCEDIMIENTOS



PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

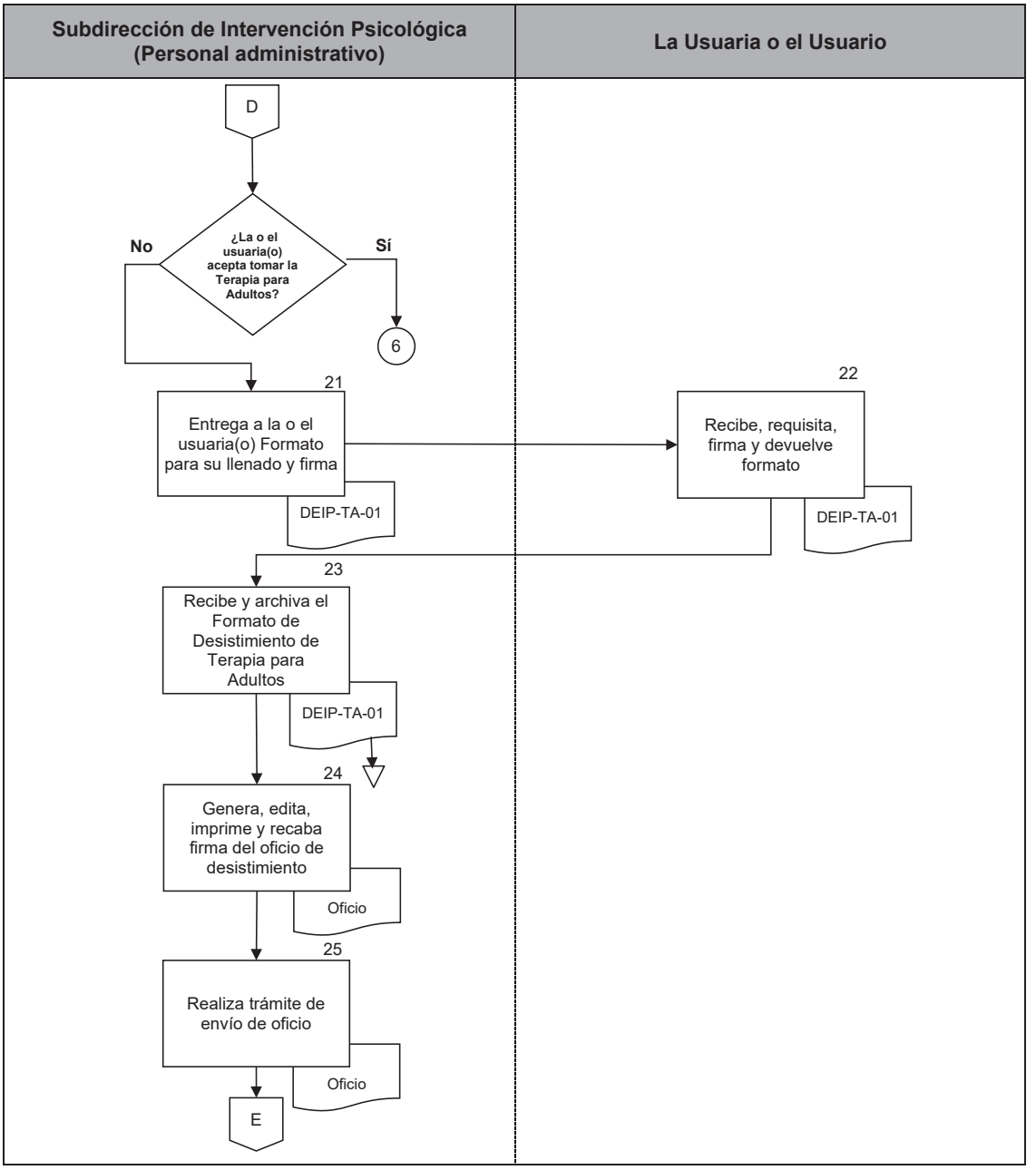
PROCEDIMIENTOS



PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

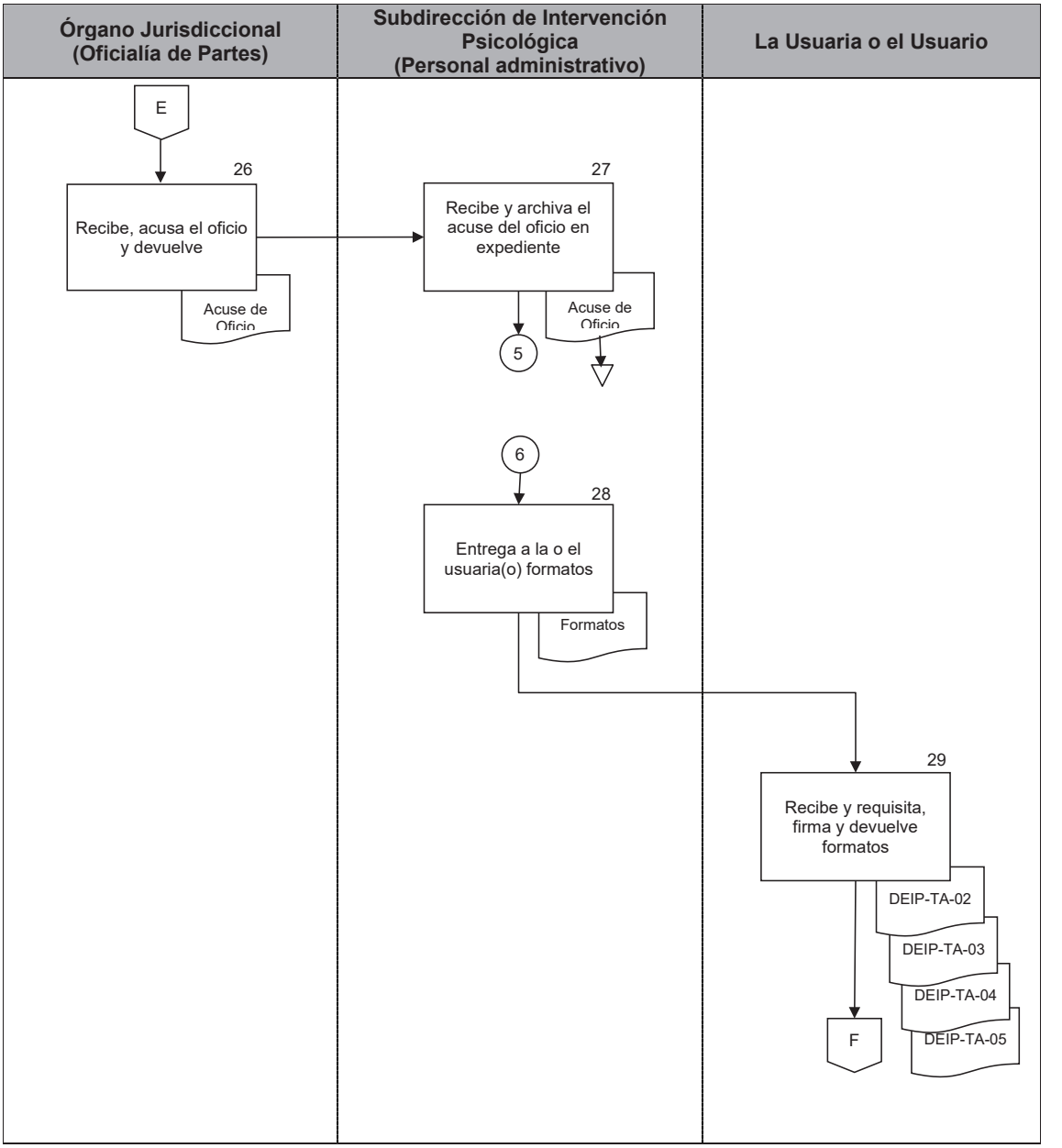
PROCEDIMIENTOS



PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

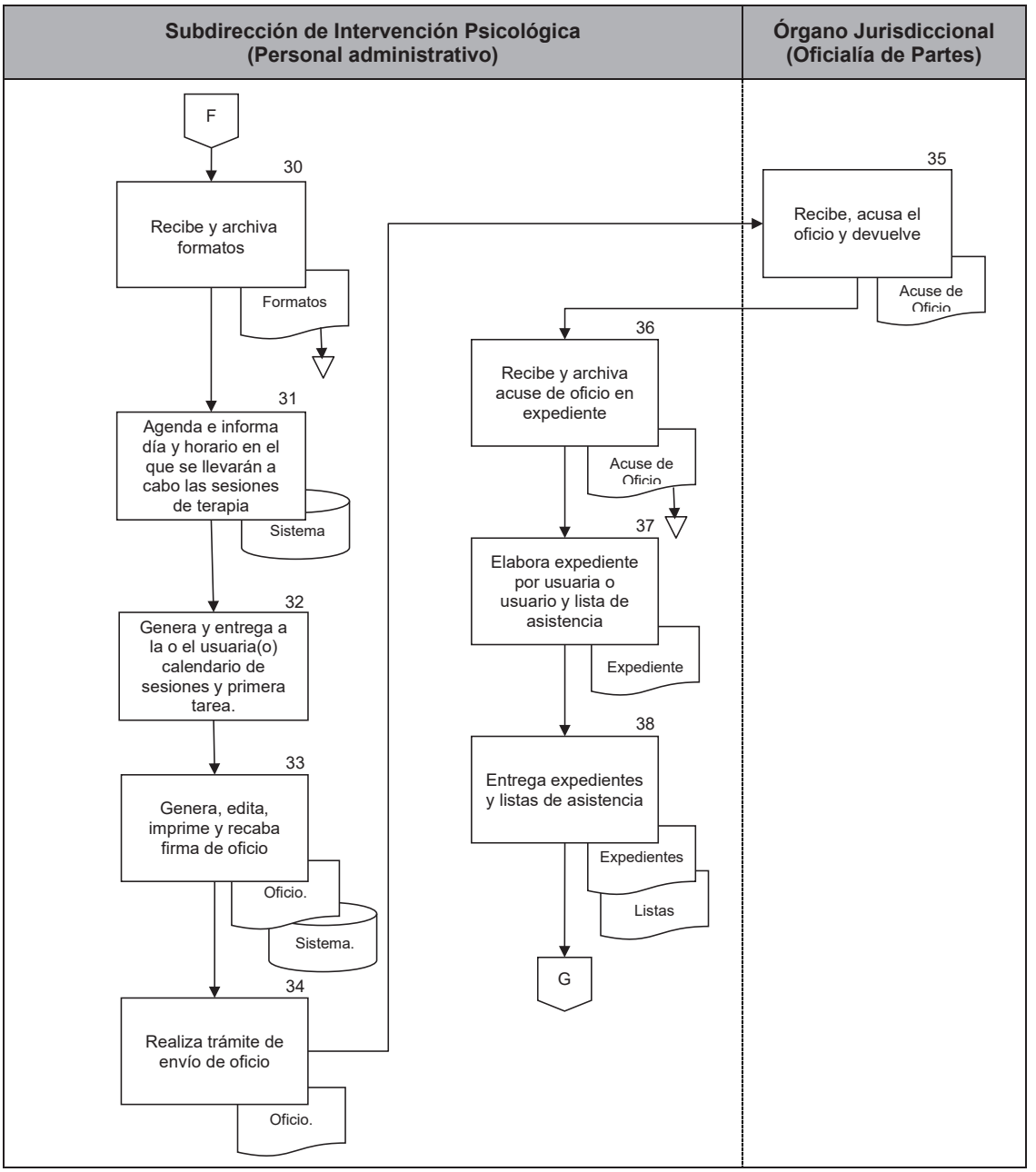
PROCEDIMIENTOS



PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

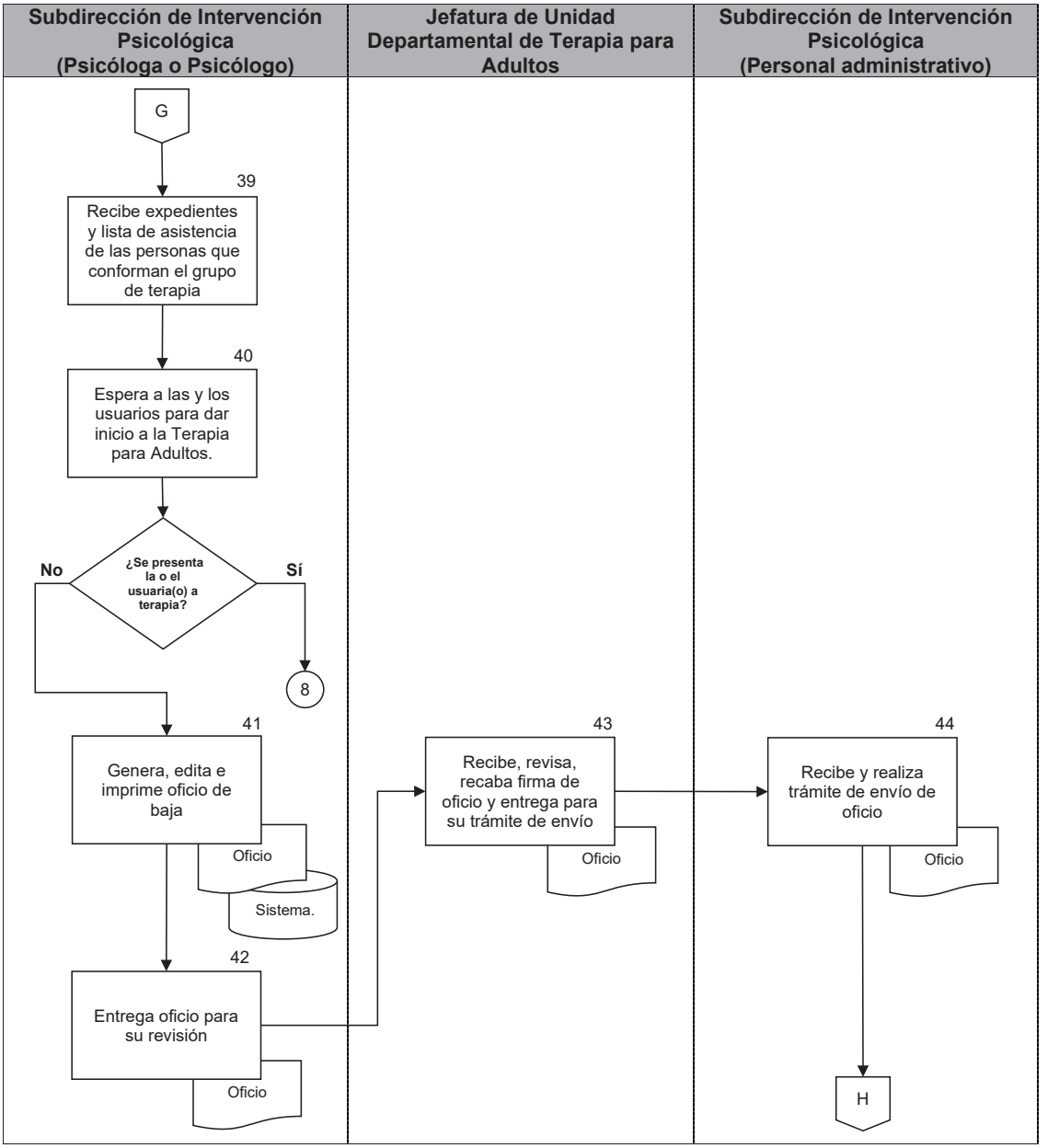
PROCEDIMIENTOS



PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

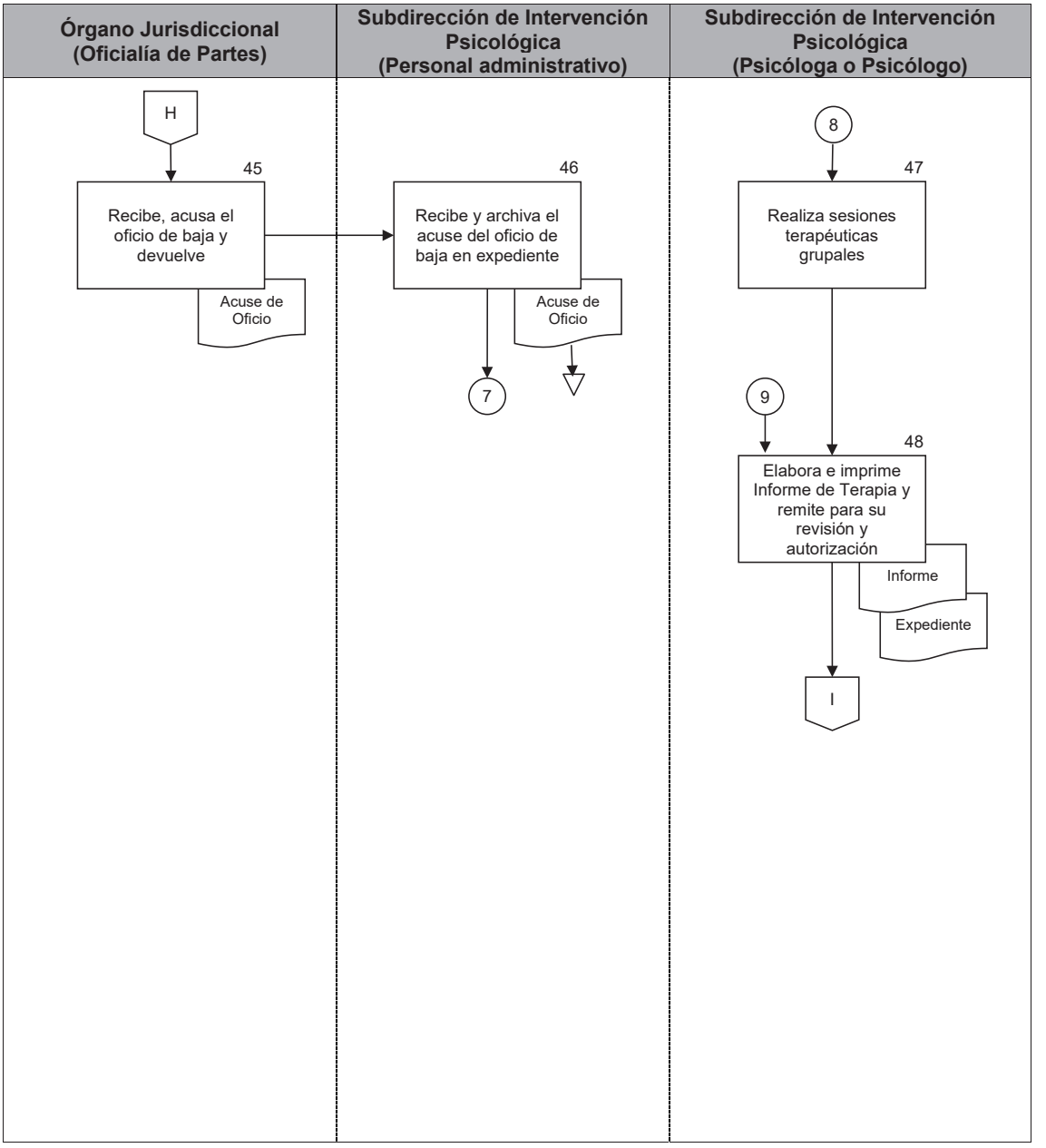
PROCEDIMIENTOS



PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

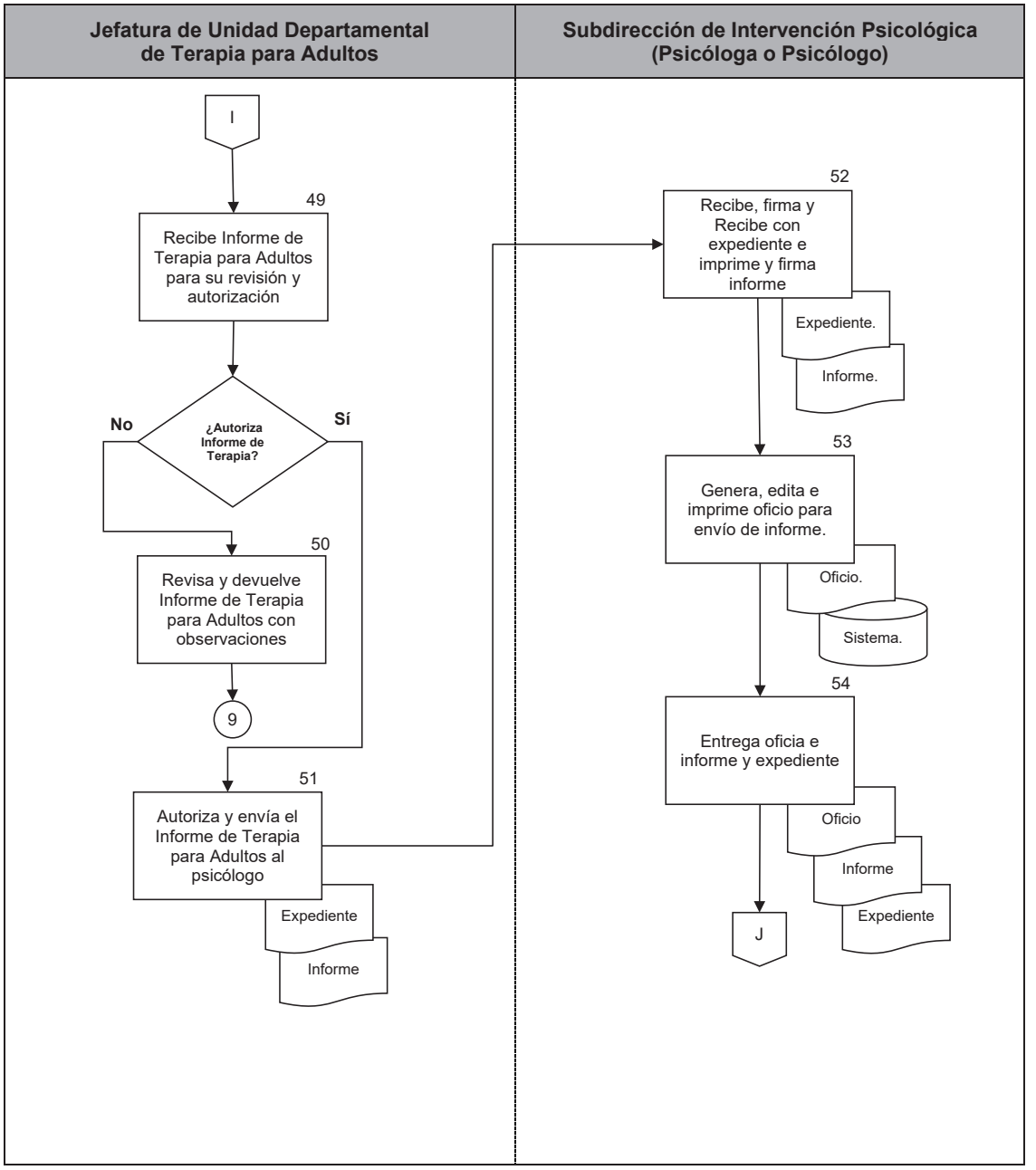
PROCEDIMIENTOS



PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

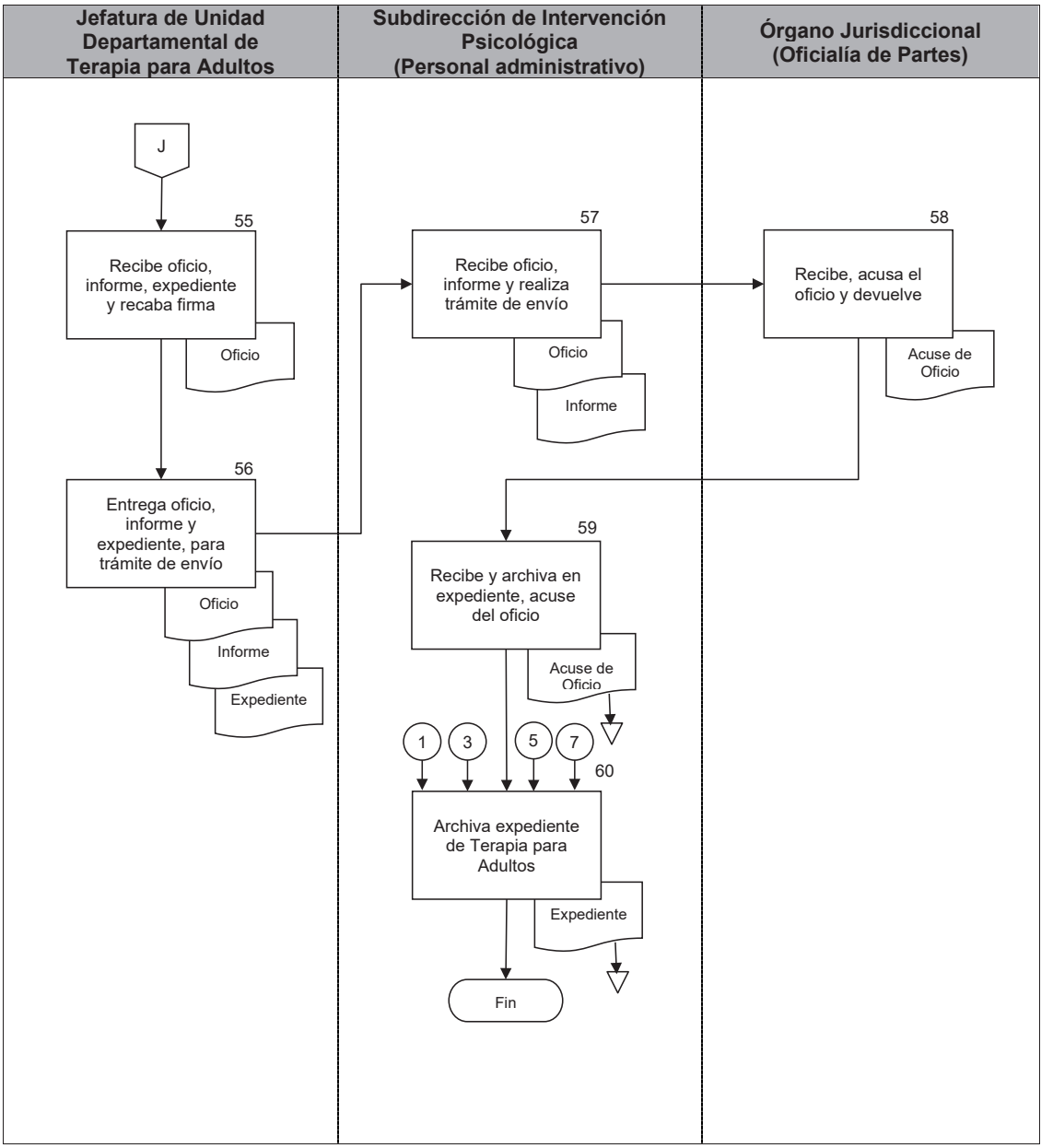
PROCEDIMIENTOS



PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

PROCEDIMIENTOS



PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

PROCEDIMIENTOS

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

Subdirección de Intervención Psicológica.
JUD Terapia para Adultos.

DESISTIMIENTO DE TERAPIA

Fecha: _____ / _____ / _____
D M A

Nombre: _____ / _____ / _____
Apellido Paterno Apellido Materno Nombre(s)

Edad: _____ **Género:** Masculino ☐ Femenino ☐

Estado civil: _____ **Último grado de estudios:** _____

Sala o Juzgado: _____ **Número de expediente:** _____

Tipo de juicio: _____

Yo _____ **NO** estoy de acuerdo en recibir el tratamiento psicológico ordenado por _____, que consiste en 10 sesiones, de manera grupal, con una duración aproximada de 60 minutos, una vez por semana, en el área de Terapia para Adultos del Tribunal Superior de Justicia de la Ciudad de México, ubicado en Niños Héroes, no. 150, 3er Piso, Colonia Doctores, Alcaldía Cuauhtémoc, debido a:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Nombre completo y firma

DEIP-TA-01

Av. Niños Héroes núm. 150, 3er. Piso, Colonia Doctores, Alcaldía Cuauhtémoc, C.P. 06720, CDMX.

Tel. 91 56 49 97 Ext. 511412 y 551420

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

PROCEDIMIENTOS

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

Subdirección de Intervención Psicológica.
JUD Terapia para Adultos.

Inscritos en el SISTEMA DE GESTIÓN DE EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA PARA APOYO JUDICIAL (SGEIPAJ)

- **Las finalidades del tratamiento para las cuales se recaban los datos personales, el ciclo de vida de los mismos, la revocación del consentimiento y los derechos del titular sobre éstos:**

La finalidad del tratamiento de sus datos personales es dar cumplimiento a los ordenamientos jurisdiccionales enviados por Salas y Juzgados, mediante la correcta y oportuna programación y trámites administrativos que se requieren para la realización de evaluaciones psicológicas y psicotécnicas, periciales, opiniones técnicas y procesos psicoterapéuticos para adultos, niñas, niños y/o adolescentes.El ciclo de vida de sus datos personales es el siguiente:

Ciclo vital del Dato Personal (Principio de temporalidad)	
Archivo de Trámite	5 años
Archivo de Concentración	5 años
Archivo historico	Si
Supresión	10 años
Ciclo vital del Dato Personal Libretas de control (Principio de temporalidad)	
Archivo de Trámite	1 año
Archivo de Concentración	1 año
Archivo historico	No
Supresión	2 años

Revocación del consentimiento: Procederá a partir de que el titular exprese de manera libre, voluntaria e inequívoca su solicitud para que cese el tratamiento de sus datos personales, el cual no tendrá efectos retroactivos.

Derechos del titular: El titular que acredite su identidad o, en su caso, su representante que acredite identidad y personalidad, podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición (ARCO).

- **Los Mecanismos, medios y procedimientos disponibles para ejercer los derechos de Acceso, Rectificación, Cancelación y Oposición:**

El titular de los datos personales y de conformidad con el Título Tercero, Capítulos I y II de la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados de la Ciudad de México, tiene derecho al Acceso, Rectificación, Cancelación y Oposición de sus datos, por lo que, para ejercer su derecho podrá realizarlo de la siguiente manera:

1.- Solicitar información a través del sistema de solicitudes de información (INFOMEX) http://www.infomexdf.org.mx/InfomexDF/default.aspx, Plataforma Nacional de Transparencia http://www.plataformadetransparencia.org.mx/web/guest/sac.
2.- Vía correo electrónico a la dirección de la Unidad de Transparencia oip@tsjcdmx.gob.mx.
3.- De manera personal en las oficinas de la Unidad de Transparencia del Tribunal Superior de Justicia de la Ciudad de México.
4.- Tel-Infodf al número 5636-4636.

- **El domicilio de la Unidad de Transparencia:**

Unidad de Transparencia del Tribunal Superior de Justicia de la Ciudad de México, cuyo domicilio se localiza en Avenida Niños Héroes número 132, Planta Baja, Colonia Doctores, Delegación Cuauhtémoc, Código Postal 06720, Ciudad de México, en días hábiles y en un horario de atención al público de 9:00 a 15:00 horas de lunes a jueves y de 9:00 a 14:00 horas los días viernes.

Av. Niños Héroes núm. 150, 3er. Piso, Colonia Doctores, Alcaldía Cuauhtémoc, C.P. 06720, CDMX.

Tel. 91 56 49 97 Ext. 511412 y 551420

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

PROCEDIMIENTOS

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

Subdirección de Intervención Psicológica.
JUD Terapia para Adultos.

DESISTIMIENTO DE TERAPIA

Fecha: _____ / ___(1)___ / _____
D M A

Nombre: _____ / _____(2)_____ / _____
Apellido Paterno Apellido Materno Nombre(s)

Edad: _____ **Género:** Masculino ☐ Femenino ☐

Estado civil: _____ **Último grado de estudios:** _____

Sala o Juzgado: _____(3)_____ **Número de expediente:** _____(4)_____

Tipo de juicio: _____(5)_____

Yo _____(6)_____**NO** estoy de acuerdo en recibir el tratamiento psicológico ordenado por _____, que consiste en 10 sesiones, de manera grupal, con una duración aproximada de 60 minutos, una vez por semana, en el área de Terapia para Adultos del Tribunal Superior de Justicia de la Ciudad de México, ubicado en Niños Héroes, no. 150, 3er Piso, Colonia Doctores, Alcaldía Cuauhtémoc, debido a:

_____

_____

_____

_____

_____

_____(7)_____

Nombre completo y firma

DEIP-TA-01

Av. Niños Héroes núm. 150, 3er. Piso, Colonia Doctores, Alcaldía Cuauhtémoc, C.P. 06720, CDMX.

Tel. 91 56 49 97 Ext. 511412 y 551420

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

Subdirección de Intervención Psicológica.
JUD Terapia para Adultos.

AVISO DE PRIVACIDAD

- **Identificación del responsable y la ubicación de su domicilio**

El responsable de dar tratamiento a los datos personales es la Mtra. Mariana Ortiz Castañares, Coordinadora de Intervención Especializada para Apoyo Judicial del Tribunal Superior de Justicia de la Ciudad de México, con domicilio en Avenida Niños Héroes, Número 150, Piso 3, Colonia Doctores, Delegación Cuauhtémoc, C.P. 06720, Ciudad de México.

- **El fundamento legal que faculta al responsable para llevar a cabo el tratamiento:**

Los datos personales serán protegidos y tratados, con fundamento en lo que dispone la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos en sus artículos 6 párrafo segundo fracción II, 16 párrafo segundo y 108 párrafo primero. El artículo 7, inciso E), puntos 1, 2, 3 y 4 de la Constitución Política de la Ciudad de México. La Convención Americana sobre Derechos Humanos en su artículo 19. La Convención Americana de los Derechos del Niño en sus artículos 1, 3, 8, 12 y 19. La Ley de los Derechos de las Niñas y Niños en el Distrito Federal en sus artículos 7, 8, 45 y 85. La Ley de Asistencia y Prevención de la Violencia Familiar del Distrito Federal en sus artículos 9 y 10. El Código Civil para el Distrito Federal en su artículo 323 Septimus y el Código de Procedimientos Civiles para el Distrito Federal en sus artículos 278 y 279. Así como lo establecido en el artículo 1 de la Ley Orgánica del Tribunal Superior de Justicia del Distrito Federal ahora Ciudad de México. Los artículos 6, fracciones XII, XIII, XIV, XV, XVI, XVII, XXII, XLI y XLII y 186 de la Ley de Transparencia, Acceso a la Información Pública y Rendición de Cuentas de la Ciudad de México. Los artículos 1, 2, 3, fracciones I, II, IX, XI, XXIX, 4, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 24, 25, 26, 37, 38 y 39 de la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados de la Ciudad de México. Los artículos 1, 3 fracción X, 30 fracciones VI y VII, 31, 32, 33, 34, 35 fracción VIII, 37, 38 y 40 de la Ley de Archivos del Distrito Federal ahora Ciudad de México. Artículo 15 de los Lineamientos para la Organización y Conservación de Archivos. Artículos 49, fracciones I y V, y 210 Ley de Responsabilidades Administrativas de la Ciudad de México y los Lineamientos para el Desarrollo y Aplicación de Estudios Psicológicos, Peritajes en Psicología, Exámenes Psicotécnicos, Asistencias Técnicas Psicológicas, Terapias para Adultos y Terapias para Niñas, Niños y Adolescentes, que se practican por la Dirección de Evaluación e Intervención Psicológica para Apoyo Judicial del Tribunal Superior de Justicia de la Ciudad de México aprobados por Acuerdo 11-14/2017.

- **Los datos personales que serán sometidos a tratamiento, así como la existencia de un sistema de datos personales:**
  - Clave Única de Registro de Población (CURP).
  - Domicilio.
  - Edad.
  - Fecha de nacimiento.
  - Firma.
  - Fotografía.
  - Lugar de nacimiento.
  - Nacionalidad.
  - Nombre.
  - Número de pasaporte.
  - Teléfono celular.
  - Teléfono particular.
  - Correo electrónico.
  - Procedimientos administrativo seguido en forma de juicio.
  - Trayectoria educativa.
  - Consumo de estupefacientes.
  - Detección de enfermedades.
  - Diagnóstico psicológico.
  - Discapacidades.
  - Estado físico o mental de la persona.
  - Incapacidades médicas.
  - Referencias o descripción de sintomatologías.
  - Características emocionales.
  - Características morales.Convicciones filosóficas.
  - Convicciones religiosas.
  - Creencias.
  - Ideología.
  - Opiniones políticas.
  - Origen étnico o racial.
  - Preferencia sexual.
  - Huella digital.
  - Folio de elector.
  - Clave de elector.
  - Sexo.
  - Referencias laborales no oficial.

Av. Niños Héroes núm. 150, 3er. Piso, Colonia Doctores, Alcaldía Cuauhtémoc, C.P. 06720, CDMX.

Tel. 91 56 49 97 Ext. 511412 y 551420

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

PROCEDIMIENTOS

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

Subdirección de Intervención Psicológica.
JUD Terapia para Adultos.

Inscritos en el SISTEMA DE GESTIÓN DE EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA PARA APOYO JUDICIAL (SGEIPAJ)

- **Las finalidades del tratamiento para las cuales se recaban los datos personales, el ciclo de vida de los mismos, la revocación del consentimiento y los derechos del titular sobre éstos:**

La finalidad del tratamiento de sus datos personales es dar cumplimiento a los ordenamientos jurisdiccionales enviados por Salas y Juzgados, mediante la correcta y oportuna programación y trámites administrativos que se requieren para la realización de evaluaciones psicológicas y psicotécnicas, periciales, opiniones técnicas y procesos psicoterapéuticos para adultos, niñas, niños y/o adolescentes.El ciclo de vida de sus datos personales es el siguiente:

Ciclo vital del Dato Personal (Principio de temporalidad)	
Archivo de Trámite	5 años
Archivo de Concentración	5 años
Archivo historico	Sí
Supresión	10 años
Ciclo vital del Dato Personal Libretas de control (Principio de temporalidad)	
Archivo de Trámite	1 año
Archivo de Concentración	1 año
Archivo historico	No
Supresión	2 años

Revocación del consentimiento: Procederá a partir de que el titular exprese de manera libre, voluntaria e inequívoca su solicitud para que cese el tratamiento de sus datos personales, el cual no tendrá efectos retroactivos.

Derechos del titular: El titular que acredite su identidad o, en su caso, su representante que acredite identidad y personalidad, podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición (ARCO).

- **Los Mecanismos, medios y procedimientos disponibles para ejercer los derechos de Acceso, Rectificación, Cancelación y Oposición:**

El titular de los datos personales y de conformidad con el Titulo Tercero, Capítulos I y II de la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados de la Ciudad de México, tiene derecho al Acceso, Rectificación, Cancelación y Oposición de sus datos, por lo que, para ejercer su derecho podrá realizarlo de la siguiente manera:

1.- Solicitar información a través del sistema de solicitudes de información (INFOMEX) http://www.infomexdf.org.mx/InfomexDF/default.aspx, Plataforma Nacional de Transparencia http://www.plataformadetransparencia.org.mx/web/guest/sac.
2.- Vía correo electrónico a la dirección de la Unidad de Transparencia oip@tsjcdmx.gob.mx.
3.- De manera personal en las oficinas de la Unidad de Transparencia del Tribunal Superior de Justicia de la Ciudad de México.
4.- Tel-Infodf al número 5636-4636.

- **El domicilio de la Unidad de Transparencia:**

Unidad de Transparencia del Tribunal Superior de Justicia de la Ciudad de México, cuyo domicilio se localiza en Avenida Niños Héroes número 132, Planta Baja, Colonia Doctores, Delegación Cuauhtémoc, Código Postal 06720, Ciudad de México, en días hábiles y en un horario de atención al público de 9:00 a 15:00 horas de lunes a jueves y de 9:00 a 14:00 horas los días viernes.

DESCRIPCIÓN DEL FORMATO

Nombre:	**DESISTIMIENTO DE TERAPIA**
Clave:	**DEIP-TA-01**
Objetivo:	Que la o el Usuario exprese por escrito los motivos de su desistimiento para asistir a la Terapia para Adultos.
Elabora:	Jefatura de Unidad Departamental de Terapia para Adultos/Usuario.
Número de tantos:	Original y Copia.
Distribución:	Original. - Subdirección de Asistencia Técnica e Intervención Psicológica (Expediente general). Copia.-Órgano Jurisdiccional correspondiente.

INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
1	FECHA	Se anota la fecha del día en curso.
2	DATOS GENERALES	Se anotan los datos personales del Adulto que desiste de su proceso terapéutico, como son su nombre completo, edad, estado civil, etc.
3	JUZGADO O SALA	Se anota el número de Órgano Jurisdiccional donde se encuentra el juicio.
4	NÚMERO DE EXPEDIENTE	Se anota el número de expediente del Órgano Jurisdiccional en materia Familiar, Civil y Penal o en su caso cualquier autoridad solicitante.
5	TIPO DE JUICIO	Se anota el tipo de Juicio.
6	MOTIVO DEL DESISTIMIENTO	Se detalla el motivo por el que el Adulto desiste del proceso terapéutico.
7	NOMBRE COMPLETO Y FIRMA	Se anota el nombre completo y la firma de la persona que desiste del proceso terapéutico.

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA
TSJCDMX

Subdirección de Intervención Psicológica
JUD Terapia para Adultos

IP: /

Fecha: ____ /____ / ____
D M A

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo_____ /_____ / _____:
Apellido Paterno Apellido Materno Nombre(s)

1. Estoy de acuerdo en recibir un tratamiento psicológico grupal, mismo que consta de 10 sesiones grupales, una vez por semana, con una duración de aproximadamente 90 minutos por sesión (a excepción de la primera y última, en las cuales, la duración será de aproximadamente 2 horas), en el área de Terapia para Adultos, ubicada en Av. Niños Héroes núm. 150, 3er. Piso, Colonia Doctores.
2. Al finalizar las sesiones, se remitirá un reporte a la autoridad judicial ordenadora.
3. Acepto que en caso de ser necesario se revise el expediente judicial de mi caso.
4. Estoy de acuerdo con la programación del día y horario que acordamos para mis sesiones terapéuticas.
5. Me comprometo a atender las disposiciones del Reglamento de Terapia para Adultos.
6. Acepto las cláusulas de este consentimiento informado.

Recibí hoja de tarea, díptico y calendario de citas.

A T E N T A M E N T E.

_____
NOMBRE COMPLETO Y FIRMA.

DEIP-TA-02

Av. Niños Héroes núm. 150, 3er. Piso, Colonia Doctores, Alcaldía Cuauhtémoc, C.P. 06720, CDMX.
Tel. 91 56 49 97 Ext. 51 14 12

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

Subdirección de Intervención Psicológica
JUD Terapia para Adultos

REGLAMENTO DE LA UNIDAD DE TERAPIA PARA ADULTOS

1. Es necesario exhibir identificación oficial vigente con fotografía.
2. Es indispensable llegar 10 minutos antes de que inicie su sesión terapéutica, con la finalidad de agilizar el registro de asistencia.
3. Las sesiones empezarán en punto de la hora señalada, por lo que no habrá tolerancia, una vez comenzada la sesión no se permitirá el acceso al espacio terapéutico. Es importante aclarar que se considerará como falta cuando esto ocurra.
4. El tratamiento será cancelado en forma definitiva a partir de la segunda falta.
5. No se podrán hacer cambios de los horarios fijados para su sesión terapéutica.
6. Las áreas de la Subdirección de Intervención Psicológica trabajan de forma conjunta y continua comunicación para supervisión.
7. No se permitirá ingresar a las instalaciones con alimentos y bebidas.
8. No se permitirá el acceso a la terapia a personas que hayan ingerido bebidas alcohólicas y/o cualquier tipo de estupefacientes.
9. No está permitido ingresar a las instalaciones vistiendo uniforme oficial.
10. No se permitirá el uso de teléfonos celulares, equipo de audio o video grabación dentro de las instalaciones.
11. Queda estrictamente prohibido realizar cualquier tipo de grabación por razones de confidencialidad.
12. Queda prohibido portar cualquier tipo de arma, así como cualquier objeto que pueda causar algún riesgo.
13. Debe dirigirse con el debido respeto a todo el personal y a los asistentes a las sesiones.
14. Al término del horario de la sesión terapéutica, queda estrictamente prohibida la permanencia en el consultorio, así como la asesoría individual, durante y después de la sesión.
15. No se permite dar gratificaciones al personal, así como cualquier tipo de obsequio.
16. Deberá entregar oportunamente las tareas asignadas.
17. Respetar la privacidad y confidencialidad del grupo.

Quedo enterado del contenido del presente reglamento.

A T E N T A M E N T E.

_____

NOMBRE COMPLETO, FECHA Y FIRMA. **DEIP-TA-02**

Av. Niños Héroes núm. 150, 3er. Piso, Colonia Doctores, Alcaldía Cuauhtémoc, C.P. 06720, CDMX.
Tel. 91 56 49 97 Ext. 51 14 12

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA
TSJCDMX

Subdirección de Intervención Psicológica
JUD Terapia para Adultos

AVISO DE PRIVACIDAD

- **Identificación del responsable y la ubicación de su domicilio**

El responsable de dar tratamiento a los datos personales es la Mtra. Mariana Ortiz Castañares, Coordinadora de Intervención Especializada para Apoyo Judicial del Tribunal Superior de Justicia de la Ciudad de México, con domicilio en Avenida Niños Héroes, Número 150, Piso 3, Colonia Doctores, Delegación Cuauhtémoc, C.P. 06720, Ciudad de México.

- **El fundamento legal que faculta al responsable para llevar a cabo el tratamiento:**

Los datos personales serán protegidos y tratados, con fundamento en lo que dispone la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos en sus artículos 6 párrafo segundo fracción II, 16 párrafo segundo y 108 párrafo primero. El artículo 7, inciso E), puntos 1, 2, 3 y 4 de la Constitución Política de la Ciudad de México. La Convención Americana sobre Derechos Humanos en su artículo 19. La Convención Americana de los Derechos del Niño en sus artículos 1, 3, 8, 12 y 19. La Ley de los Derechos de las Niñas y Niños en el Distrito Federal en sus artículos 7, 8, 45 y 85. La Ley de Asistencia y Prevención de la Violencia Familiar del Distrito Federal en sus artículos 9 y 10. El Código Civil para el Distrito Federal en su artículo 323 Septimus y el Código de Procedimientos Civiles para el Distrito Federal en sus artículos 278 y 279. Así como lo establecido en el artículo 1 de la Ley Orgánica del Tribunal Superior de Justicia del Distrito Federal ahora Ciudad de México. Los artículos 6, fracciones XII, XIII, XIV, XV, XVI, XVII, XXII, XLI y XLII y 186 de la Ley de Transparencia, Acceso a la Información Pública y Rendición de Cuentas de la Ciudad de México. Los artículos 1, 2, 3, fracciones I, II, IX, XI, XXIX, 4, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 24, 25, 26, 37, 38 y 39 de la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados de la Ciudad de México. Los artículos 1, 3 fracción X, 30 fracciones VI y VII, 31, 32, 33, 34, 35 fracción VIII, 37, 38 y 40 de la Ley de Archivos del Distrito Federal ahora Ciudad de México. Artículo 15 de los Lineamientos para la Organización y Conservación de Archivos. Artículos 49, fracciones I y V, y 210 Ley de Responsabilidades Administrativas de la Ciudad de México y los Lineamientos para el Desarrollo y Aplicación de Estudios Psicológicos, Peritajes en Psicología, Exámenes Psicotécnicos, Asistencias Técnicas Psicológicas, Terapias para Adultos y Terapias para Niñas, Niños y Adolescentes, que se practican por la Dirección de Evaluación e Intervención Psicológica para Apoyo Judicial del Tribunal Superior de Justicia de la Ciudad de México aprobados por Acuerdo 11-14/2017.

- **Los datos personales que serán sometidos a tratamiento, así como la existencia de un sistema de datos personales:**
  - Clave Única de Registro de Población (CURP).
  - Domicilio.
  - Edad.
  - Fecha de nacimiento.
  - Firma.
  - Fotografía.
  - Lugar de nacimiento.
  - Nacionalidad.
  - Nombre.
  - Número de pasaporte.
  - Teléfono celular.
  - Teléfono particular.
  - Correo electrónico.
  - Procedimientos administrativo seguido en forma de juicio.
  - Trayectoria educativa.
  - Consumo de estupefacientes.
  - Detección de enfermedades.
  - Diagnóstico psicológico.
  - Discapacidades.
  - Estado físico o mental de la persona.
  - Incapacidades médicas.
  - Referencias o descripción de sintomatologías.
  - Características emocionales.
  - Características morales.Convicciones filosóficas.
  - Convicciones religiosas.
  - Creencias.
  - Ideología.
  - Opiniones políticas.
  - Origen étnico o racial.
  - Preferencia sexual.
  - Huella digital.
  - Folio de elector.
  - Clave de elector.
  - Sexo.
  - Referencias laborales no oficial.

Inscritos en el SISTEMA DE GESTIÓN DE EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA PARA APOYO JUDICIAL (SGEIPAJ)

Av. Niños Héroes núm. 150, 3er. Piso, Colonia Doctores, Alcaldía Cuauhtémoc, C.P. 06720, CDMX.
Tel. 91 56 49 97 Ext. 51 14 12

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

Subdirección de Intervención Psicológica
JUD Terapia para Adultos

- **Las finalidades del tratamiento para las cuales se recaban los datos personales, el ciclo de vida de los mismos, la revocación del consentimiento y los derechos del titular sobre éstos:**

La finalidad del tratamiento de sus datos personales es dar cumplimiento a los ordenamientos jurisdiccionales enviados por Salas y Juzgados, mediante la correcta y oportuna programación y trámites administrativos que se requieren para la realización de evaluaciones psicológicas y psicotécnicas, periciales, opiniones técnicas y procesos psicoterapéuticos para adultos, niñas, niños y/o adolescentes.El ciclo de vida de sus datos personales es el siguiente:

Ciclo vital del Dato Personal (Principio de temporalidad)	
Archivo de Trámite	5 años
Archivo de Concentración	5 años
Archivo historico	Sí
Supresión	10 años
Ciclo vital del Dato Personal Libretas de control (Principio de temporalidad)	
Archivo de Trámite	1 año
Archivo de Concentración	1 año
Archivo historico	No
Supresión	2 años

Revocación del consentimiento: Procederá a partir de que el titular exprese de manera libre, voluntaria e inequívoca su solicitud para que cese el tratamiento de sus datos personales, el cual no tendrá efectos retroactivos.

Derechos del titular: El titular que acredite su identidad o, en su caso, su representante que acredite identidad y personalidad, podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición (ARCO).

- **Los Mecanismos, medios y procedimientos disponibles para ejercer los derechos de Acceso, Rectificación, Cancelación y Oposición:**

El titular de los datos personales y de conformidad con el Título Tercero, Capítulos I y II de la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados de la Ciudad de México, tiene derecho al Acceso, Rectificación, Cancelación y Oposición de sus datos, por lo que, para ejercer su derecho podrá realizarlo de la siguiente manera:

1.- Solicitar información a través del sistema de solicitudes de información (INFOMEX) http://www.infomexdf.org.mx/InfomexDF/default.aspx, Plataforma Nacional de Transparencia http://www.plataformadetransparencia.org.mx/web/guest/sac,
2.- Vía correo electrónico a la dirección de la Unidad de Transparencia oip@tsjcdmx.gob.mx.
3.- De manera personal en las oficinas de la Unidad de Transparencia del Tribunal Superior de Justicia de la Ciudad de México.
4.- Tel-Infodf al número 5636-4636.

- **El domicilio de la Unidad de Transparencia:**

Unidad de Transparencia del Tribunal Superior de Justicia de la Ciudad de México, cuyo domicilio se localiza en Avenida Niños Héroes número 132, Planta Baja, Colonia Doctores, Delegación Cuauhtémoc, Código Postal 06720, Ciudad de México, en días hábiles y en un horario de atención al público de 9:00 a 15:00 horas de lunes a jueves y de 9:00 a 14:00 horas los días viernes.

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA
TSJCDMX

Subdirección de Intervención Psicológica
JUD Terapia para Adultos

IP: **(1)** / **(1)**

Fecha: ____ / __**(2)**__ / ____
D M A

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo_____ /_____**(3)**_____ / _____:
Apellido Paterno Apellido Materno Nombre(s)

1. Estoy de acuerdo en recibir un tratamiento psicológico grupal, mismo que consta de 10 sesiones grupales, una vez por semana, con una duración de aproximadamente 90 minutos por sesión (a excepción de la primera y última, en las cuales, la duración será de aproximadamente 2 horas), en el área de Terapia para Adultos, ubicada en Av. Niños Héroes núm. 150, 3er. Piso, Colonia Doctores.
2. Al finalizar las sesiones, se remitirá un reporte a la autoridad judicial ordenadora.
3. Acepto que en caso de ser necesario se revise el expediente judicial de mi caso.
4. Estoy de acuerdo con la programación del día y horario que acordamos para mis sesiones terapéuticas.
5. Me comprometo a atender las disposiciones del Reglamento de Terapia para Adultos.
6. Acepto las cláusulas de este consentimiento informado.

Recibí hoja de tarea, díptico y calendario de citas.

A T E N T A M E N T E.

_____**(4)**_____
NOMBRE COMPLETO Y FIRMA.

DEIP-TA-02

Av. Niños Héroes núm. 150, 3er. Piso, Colonia Doctores, Alcaldía Cuauhtémoc, C.P. 06720, CDMX.
Tel. 91 56 49 97 Ext. 51 14 12

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA
TSJCDMX

Subdirección de Intervención Psicológica
JUD Terapia para Adultos

REGLAMENTO DE LA UNIDAD DE TERAPIA PARA ADULTOS

1. Es necesario exhibir identificación oficial vigente con fotografía.
2. Es indispensable llegar 10 minutos antes de que inicie su sesión terapéutica, con la finalidad de agilizar el registro de asistencia.
3. Las sesiones empezarán en punto de la hora señalada, por lo que no habrá tolerancia, una vez comenzada la sesión no se permitirá el acceso al espacio terapéutico. Es importante aclarar que se considerará como falta cuando esto ocurra.
4. El tratamiento será cancelado en forma definitiva a partir de la segunda falta.
5. No se podrán hacer cambios de los horarios fijados para su sesión terapéutica.
6. Las áreas de la Subdirección de Intervención Psicológica trabajan de forma conjunta y continua comunicación para supervisión.
7. No se permitirá ingresar a las instalaciones con alimentos y bebidas.
8. No se permitirá el acceso a la terapia a personas que hayan ingerido bebidas alcohólicas y/o cualquier tipo de estupefacientes.
9. No está permitido ingresar a las instalaciones vistiendo uniforme oficial.
10. No se permitirá el uso de teléfonos celulares, equipo de audio o video grabación dentro de las instalaciones.
11. Queda estrictamente prohibido realizar cualquier tipo de grabación por razones de confidencialidad.
12. Queda prohibido portar cualquier tipo de arma, así como cualquier objeto que pueda causar algún riesgo.
13. Debe dirigirse con el debido respeto a todo el personal y a los asistentes a las sesiones.
14. Al término del horario de la sesión terapéutica, queda estrictamente prohibida la permanencia en el consultorio, así como la asesoría individual, durante y después de la sesión.
15. No se permite dar gratificaciones al personal, así como cualquier tipo de obsequio.
16. Deberá entregar oportunamente las tareas asignadas.
17. Respetar la privacidad y confidencialidad del grupo.

Quedo enterado del contenido del presente reglamento.

A T E N T A M E N T E.

_____

NOMBRE COMPLETO, FECHA Y FIRMA. **DEIP-TA-02**

Av. Niños Héroes núm. 150, 3er. Piso, Colonia Doctores, Alcaldía Cuauhtémoc, C.P. 06720, CDMX.
Tel. 91 56 49 97 Ext. 51 14 12

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

Subdirección de Intervención Psicológica
JUD Terapia para Adultos

AVISO DE PRIVACIDAD

- **Identificación del responsable y la ubicación de su domicilio**

El responsable de dar tratamiento a los datos personales es la Mtra. Mariana Ortiz Castañares, Coordinadora de Intervención Especializada para Apoyo Judicial del Tribunal Superior de Justicia de la Ciudad de México, con domicilio en Avenida Niños Héroes, Número 150, Piso 3, Colonia Doctores, Delegación Cuauhtémoc, C.P. 06720, Ciudad de México.

- **El fundamento legal que faculta al responsable para llevar a cabo el tratamiento:**

Los datos personales serán protegidos y tratados, con fundamento en lo que dispone la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos en sus articulos 6 párrafo segundo fracción II, 16 párrafo segundo y 108 párrafo primero. El artículo 7, inciso E), puntos 1, 2, 3 y 4 de la Constitución Política de la Ciudad de México. La Convención Americana sobre Derechos Humanos en su articulo 19. La Convención Americana de los Derechos del Niño en sus artículos 1, 3, 8, 12 y 19. La Ley de los Derechos de las Niñas y Niños en el Distrito Federal en sus articulos 7, 8, 45 y 85. La Ley de Asistencia y Prevención de la Violencia Familiar del Distrito Federal en sus articulos 9 y 10. El Código Civil para el Distrito Federal en su artículo 323 Septimus y el Código de Procedimientos Civiles para el Distrito Federal en sus artículos 278 y 279. Así como lo establecido en el artículo 1 de la Ley Orgánica del Tribunal Superior de Justicia del Distrito Federal ahora Ciudad de México. Los artículos 6, fracciones XII, XIII, XIV, XV, XVI, XVII, XXII, XLI y XLII y 186 de la Ley de Transparencia, Acceso a la Información Pública y Rendición de Cuentas de la Ciudad de México. Los artículos 1, 2, 3, fracciones I, II, IX, XI, XXIX, 4, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 24, 25, 26, 37, 38 y 39 de la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados de la Ciudad de México. Los artículos 1, 3 fracción X, 30 fracciones VI y VII, 31, 32, 33, 34, 35 fracción VIII, 37, 38 y 40 de la Ley de Archivos del Distrito Federal ahora Ciudad de México. Artículo 15 de los Lineamientos para la Organización y Conservación de Archivos. Artículos 49, fracciones I y V, y 210 Ley de Responsabilidades Administrativas de la Ciudad de México y los Lineamientos para el Desarrollo y Aplicación de Estudios Psicológicos, Peritajes en Psicología, Exámenes Psicotécnicos, Asistencias Técnicas Psicológicas, Terapias para Adultos y Terapias para Niñas, Niños y Adolescentes, que se practican por la Dirección de Evaluación e Intervención Psicológica para Apoyo Judicial del Tribunal Superior de Justicia de la Ciudad de México aprobados por Acuerdo 11-14/2017.

- **Los datos personales que serán sometidos a tratamiento, así como la existencia de un sistema de datos personales:**
  - Clave Única de Registro de Población (CURP).
  - Domicilio.
  - Edad.
  - Fecha de nacimiento.
  - Firma.
  - Fotografía.
  - Lugar de nacimiento.
  - Nacionalidad.
  - Nombre.
  - Número de pasaporte.
  - Teléfono celular.
  - Teléfono particular.
  - Correo electrónico.
  - Procedimientos administrativo seguido en forma de juicio.
  - Trayectoria educativa.
  - Consumo de estupefacientes.
  - Detección de enfermedades.
  - Diagnóstico psicológico.
  - Discapacidades.
  - Estado físico o mental de la persona.
  - Incapacidades médicas.
  - Referencias o descripción de sintomatologías.
  - Características emocionales.
  - Características morales.Convicciones filosóficas.
  - Convicciones religiosas.
  - Creencias.
  - Ideología.
  - Opiniones políticas.
  - Origen étnico o racial.
  - Preferencia sexual.
  - Huella digital.
  - Folio de elector.
  - Clave de elector.
  - Sexo.
  - Referencias laborales no oficial.

Inscritos en el SISTEMA DE GESTIÓN DE EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA PARA APOYO JUDICIAL (SGEIPAJ)

Av. Niños Héroes núm. 150, 3er. Piso, Colonia Doctores, Alcaldía Cuauhtémoc, C.P. 06720, CDMX.
Tel. 91 56 49 97 Ext. 51 14 12

- **Las finalidades del tratamiento para las cuales se recaban los datos personales, el ciclo de vida de los mismos, la revocación del consentimiento y los derechos del titular sobre éstos:**

La finalidad del tratamiento de sus datos personales es dar cumplimiento a los ordenamientos jurisdiccionales enviados por Salas y Juzgados, mediante la correcta y oportuna programación y trámites administrativos que se requieren para la realización de evaluaciones psicológicas y psicotécnicas, periciales, opiniones técnicas y procesos psicoterapéuticos para adultos, niñas, niños y/o adolescentes.El ciclo de vida de sus datos personales es el siguiente:

Ciclo vital del Dato Personal (Principio de temporalidad)	
Archivo de Trámite	5 años
Archivo de Concentración	5 años
Archivo historico	Sí
Supresión	10 años
Ciclo vital del Dato Personal Libretas de control (Principio de temporalidad)	
Archivo de Trámite	1 año
Archivo de Concentración	1 año
Archivo historico	No
Supresión	2 años

Revocación del consentimiento: Procederá a partir de que el titular exprese de manera libre, voluntaria e inequívoca su solicitud para que cese el tratamiento de sus datos personales, el cual no tendrá efectos retroactivos.

Derechos del titular: El titular que acredite su identidad o, en su caso, su representante que acredite identidad y personalidad, podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición (ARCO).

- **Los Mecanismos, medios y procedimientos disponibles para ejercer los derechos de Acceso, Rectificación, Cancelación y Oposición:**

El titular de los datos personales y de conformidad con el Título Tercero, Capítulos I y II de la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados de la Ciudad de México, tiene derecho al Acceso, Rectificación, Cancelación y Oposición de sus datos, por lo que, para ejercer su derecho podrá realizarlo de la siguiente manera:

1.- Solicitar información a través del sistema de solicitudes de información (INFOMEX) http://www.infomexdf.org.mx/InfomexDF/default.aspx, Plataforma Nacional de Transparencia http://www.plataformadetransparencia.org.mx/web/guest/sac,
2.- Vía correo electrónico a la dirección de la Unidad de Transparencia oip@tsjcdmx.gob.mx.
3.- De manera personal en las oficinas de la Unidad de Transparencia del Tribunal Superior de Justicia de la Ciudad de México.
4.- Tel-Infodf al número 5636-4636.

- **El domicilio de la Unidad de Transparencia:**

Unidad de Transparencia del Tribunal Superior de Justicia de la Ciudad de México, cuyo domicilio se localiza en Avenida Niños Héroes número 132, Planta Baja, Colonia Doctores, Delegación Cuauhtémoc, Código Postal 06720, Ciudad de México, en días hábiles y en un horario de atención al público de 9:00 a 15:00 horas de lunes a jueves y de 9:00 a 14:00 horas los días viernes.

DESCRIPCIÓN DEL FORMATO

Nombre:	**CONSENTIMIENTO INFORMADO Y REGLAMENTO DE LA UNIDAD DE TERAPIA PARA ADULTOS**
Clave:	**DEIP-TA-02**
Objetivo:	Que la o el Usuario exprese su voluntad de asistir a la Terapia para Adultos, así como también, dar a conocer a las y los usuarios sus derechos y obligaciones de la Unidad de Terapia para Adultos.
Elabora:	Jefatura de Unidad Departamental de Terapia para Adultos/Usuario.
Número de tantos:	Original.
Distribución:	Original. -Subdirección de Asistencia Técnica e Intervención Psicológica (Expediente general).

INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
1	IP	Se anota número que se otorga a cada expediente expedido por el sistema automáticamente.
2	FECHA	Se anota la fecha que se presenta la o el usuario a la inscripción al proceso terapéutico.
3	NOMBRE	Se anota nombre completo de la o el usuario para su inscripción al proceso terapéutico.
4	NOMBRE COMPLETO Y FIRMA	Se anota el nombre completo y la firma de la o el usuario donde indica que está de acuerdo para llevar a cabo proceso terapéutico.
5	NOMBRE COMPLETO Y FIRMA	Anota la o el usuario su nombre completo, firma y fecha en que se presenta a su inscripción para llevar a cabo el proceso terapéutico indicando que está de acuerdo con el Reglamento de la Unidad de Terapia para Adultos.

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

Subdirección de Intervención Psicológica
JUD Terapia para Adultos

Fecha: _____/_____/_____

FORMATO E.E.

USO EXCLUSIVO DE LA UNIDAD DE TERAPIA PARA ADULTOS **IP:**

_____ / _____ / _____
Nombre(s) Apellido Paterno Apellido Materno

1.- La mayor parte del tiempo ¿cómo es su estado de ánimo?
Bueno ☐ Regular ☐ Malo ☐ ¿por qué? _____

2.- La relación con su hija(s) o hijo(s) es:
Buena ☐ Regular ☐ Mala ☐ ¿por qué? _____

3.- ¿Actualmente cómo considera la relación con su ex pareja?
Buena ☐ Regular ☐ Mala ☐ ¿por qué? _____

4.- ¿Considera que a través de este tratamiento podrá mejorar la comunicación con su ex pareja?
SÍ ☐ NO ☐ ¿Por qué? _____

5.- ¿Está dispuesto a comprometerse en un proceso de crecimiento personal?
SÍ ☐ NO ☐ ¿por qué? _____

_____
FIRMA

DEIP-TA-03

Av. Niños Héroes núm. 150, 3er. Piso, Colonia Doctores, Alcaldía Cuahtémoc, C.P. 06720, CDMX.
Tel. 91 56 49 97 Ext. 51 14 12

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

Subdirección de Intervención Psicológica
JUD Terapia para Adultos

AVISO DE PRIVACIDAD

- **Identificación del responsable y la ubicación de su domicilio**

El responsable de dar tratamiento a los datos personales es la Mtra. Mariana Ortiz Castañares, Coordinadora de Intervención Especializada para Apoyo Judicial del Tribunal Superior de Justicia de la Ciudad de México, con domicilio en Avenida Niños Héroes, Número 150, Piso 3, Colonia Doctores, Delegación Cuauhtémoc, C.P. 06720, Ciudad de México.

- **El fundamento legal que faculta al responsable para llevar a cabo el tratamiento:**

Los datos personales serán protegidos y tratados, con fundamento en lo que dispone la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos en sus artículos 6 párrafo segundo fracción II, 16 párrafo segundo y 108 párrafo primero. El artículo 7, inciso E), puntos 1, 2, 3 y 4 de la Constitución Política de la Ciudad de México. La Convención Americana sobre Derechos Humanos en su artículo 19. La Convención Americana de los Derechos del Niño en sus artículos 1, 3, 8, 12 y 19. La Ley de los Derechos de las Niñas y Niños en el Distrito Federal en sus artículos 7, 8, 45 y 85. La Ley de Asistencia y Prevención de la Violencia Familiar del Distrito Federal en sus artículos 9 y 10. El Código Civil para el Distrito Federal en su artículo 323 Septimus y el Código de Procedimientos Civiles para el Distrito Federal en sus artículos 278 y 279. Así como lo establecido en el artículo 1 de la Ley Orgánica del Tribunal Superior de Justicia del Distrito Federal ahora Ciudad de México. Los artículos 6, fracciones XII, XIII, XIV, XV, XVI, XVII, XXII, XLI y XLII y 186 de la Ley de Transparencia, Acceso a la Información Pública y Rendición de Cuentas de la Ciudad de México. Los artículos 1, 2, 3, fracciones I, II, IX, XI, XXIX, 4, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 24, 25, 26, 37, 38 y 39 de la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados de la Ciudad de México. Los artículos 1, 3 fracción X, 30 fracciones VI y VII, 31, 32, 33, 34, 35 fracción VIII, 37, 38 y 40 de la Ley de Archivos del Distrito Federal ahora Ciudad de México. Artículo 15 de los Lineamientos para la Organización y Conservación de Archivos. Artículos 49, fracciones I y V, y 210 Ley de Responsabilidades Administrativas de la Ciudad de México y los Lineamientos para el Desarrollo y Aplicación de Estudios Psicológicos, Peritajes en Psicología, Exámenes Psicotécnicos, Asistencias Técnicas Psicológicas, Terapias para Adultos y Terapias para Niñas, Niños y Adolescentes, que se practican por la Dirección de Evaluación e Intervención Psicológica para Apoyo Judicial del Tribunal Superior de Justicia de la Ciudad de México aprobados por Acuerdo 11-14/2017.

- **Los datos personales que serán sometidos a tratamiento, así como la existencia de un sistema de datos personales:**
  - Clave Única de Registro de Población (CURP).
  - Domicilio.
  - Edad.
  - Fecha de nacimiento.
  - Firma.
  - Fotografía.
  - Lugar de nacimiento.
  - Nacionalidad.
  - Nombre.
  - Número de pasaporte.
  - Teléfono celular.
  - Teléfono particular.
  - Correo electrónico.
  - Procedimientos administrativo seguido en forma de juicio.
  - Trayectoria educativa.
  - Consumo de estupefacientes.
  - Detección de enfermedades.
  - Diagnóstico psicológico.
  - Discapacidades.
  - Estado físico o mental de la persona.
  - Incapacidades médicas.
  - Referencias o descripción de sintomatologías.
  - Características emocionales.
  - Características morales.Convicciones filosóficas.
  - Convicciones religiosas.
  - Creencias.
  - Ideología.
  - Opiniones políticas.
  - Origen étnico o racial.
  - Preferencia sexual.
  - Huella digital.
  - Folio de elector.
  - Clave de elector.
  - Sexo.
  - Referencias laborales no oficial.

Av. Niños Héroes núm. 150, 3er. Piso, Colonia Doctores, Alcaldía Cuahtémoc, C.P. 06720, CDMX.
Tel. 91 56 49 97 Ext. 51 14 12

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

Subdirección de Intervención Psicológica
JUD Terapia para Adultos

Inscritos en el SISTEMA DE GESTIÓN DE EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA PARA APOYO JUDICIAL (SGEIPAJ)

- **Las finalidades del tratamiento para las cuales se recaban los datos personales, el ciclo de vida de los mismos, la revocación del consentimiento y los derechos del titular sobre éstos:**

La finalidad del tratamiento de sus datos personales es dar cumplimiento a los ordenamientos jurisdiccionales enviados por Salas y Juzgados, mediante la correcta y oportuna programación y trámites administrativos que se requieren para la realización de evaluaciones psicológicas y psicotécnicas, periciales, opiniones técnicas y procesos psicoterapéuticos para adultos, niñas, niños y/o adolescentes.El ciclo de vida de sus datos personales es el siguiente:

Ciclo vital del Dato Personal (Principio de temporalidad)	
Archivo de Trámite	5 años
Archivo de Concentración	5 años
Archivo historico	Sí
Supresión	10 años
Ciclo vital del Dato Personal Libretas de control (Principio de temporalidad)	
Archivo de Trámite	1 año
Archivo de Concentración	1 año
Archivo historico	No
Supresión	2 años

Revocación del consentimiento: Procederá a partir de que el titular exprese de manera libre, voluntaria e inequívoca su solicitud para que cese el tratamiento de sus datos personales, el cual no tendrá efectos retroactivos.

Derechos del titular: El titular que acredite su identidad o, en su caso, su representante que acredite identidad y personalidad, podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición (ARCO).

- **Los Mecanismos, medios y procedimientos disponibles para ejercer los derechos de Acceso, Rectificación, Cancelación y Oposición:**

El titular de los datos personales y de conformidad con el Título Tercero, Capítulos I y II de la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados de la Ciudad de México, tiene derecho al Acceso, Rectificación, Cancelación y Oposición de sus datos, por lo que, para ejercer su derecho podrá realizarlo de la siguiente manera:

1.- Solicitar información a través del sistema de solicitudes de información (INFOMEX) http://www.infomexdf.org.mx/InfomexDF/default.aspx, Plataforma Nacional de Transparencia http://www.plataformadetransparencia.org.mx/web/guest/sac,
2.- Via correo electrónico a la dirección de la Unidad de Transparencia oip@tsjcdmx.gob.mx.
3.- De manera personal en las oficinas de la Unidad de Transparencia del Tribunal Superior de Justicia de la Ciudad de México.
4.- Tel-Infodf al número 5636-4636.

- **El domicilio de la Unidad de Transparencia:**

Unidad de Transparencia del Tribunal Superior de Justicia de la Ciudad de México, cuyo domicilio se localiza en Avenida Niños Héroes número 132, Planta Baja, Colonia Doctores, Delegación Cuauhtémoc, Código Postal 06720, Ciudad de México, en días hábiles y en un horario de atención al público de 9:00 a 15:00 horas de lunes a jueves y de 9:00 a 14:00 horas los días viernes.

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

PROCEDIMIENTOS

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

Subdirección de Intervención Psicológica
JUD Terapia para Adultos

Fecha: _____/__**(1)**___/_____

FORMATO E.E.

USO EXCLUSIVO DE LA UNIDAD DE TERAPIA PARA ADULTOS **IP: (2)**

(3)

_____/_____/_____
Nombre(s) Apellido Paterno Apellido Materno

(4)

1.- La mayor parte del tiempo ¿cómo es su estado de ánimo?
Bueno ☐ Regular ☐ Malo ☐ ¿por qué? _____

2.- La relación con su hija(s) o hijo(s) es:
Buena ☐ Regular ☐ Mala ☐ ¿por qué? _____

3.- ¿Actualmente cómo considera la relación con su ex pareja?
Buena ☐ Regular ☐ Mala ☐ ¿por qué? _____

4.- ¿Considera que a través de este tratamiento podrá mejorar la comunicación con su ex pareja?
SÍ ☐ NO ☐ ¿Por qué? _____

5.- ¿Está dispuesto a comprometerse en un proceso de crecimiento personal?
SÍ ☐ NO ☐ ¿por qué? _____

_____**(5)**_____
FIRMA

DEIP-TA-03

Av. Niños Héroes núm. 150, 3er. Piso, Colonia Doctores, Alcaldía Cuahtémoc, C.P. 06720, CDMX.
Tel. 91 56 49 97 Ext. 51 14 12

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

Subdirección de Intervención Psicológica
JUD Terapia para Adultos

AVISO DE PRIVACIDAD

- **Identificación del responsable y la ubicación de su domicilio**

El responsable de dar tratamiento a los datos personales es la Mtra. Mariana Ortiz Castañares, Coordinadora de Intervención Especializada para Apoyo Judicial del Tribunal Superior de Justicia de la Ciudad de México, con domicilio en Avenida Niños Héroes, Número 150, Piso 3, Colonia Doctores, Delegación Cuauhtémoc, C.P. 06720, Ciudad de México.

- **El fundamento legal que faculta al responsable para llevar a cabo el tratamiento:**

Los datos personales serán protegidos y tratados, con fundamento en lo que dispone la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos en sus artículos 6 párrafo segundo fracción II, 16 párrafo segundo y 108 párrafo primero. El artículo 7, inciso E), puntos 1, 2, 3 y 4 de la Constitución Política de la Ciudad de México. La Convención Americana sobre Derechos Humanos en su artículo 19. La Convención Americana de los Derechos del Niño en sus artículos 1, 3, 8, 12 y 19. La Ley de los Derechos de las Niñas y Niños en el Distrito Federal en sus artículos 7, 8, 45 y 85. La Ley de Asistencia y Prevención de la Violencia Familiar del Distrito Federal en sus artículos 9 y 10. El Código Civil para el Distrito Federal en su artículo 323 Septimus y el Código de Procedimientos Civiles para el Distrito Federal en sus artículos 278 y 279. Así como lo establecido en el artículo 1 de la Ley Orgánica del Tribunal Superior de Justicia del Distrito Federal ahora Ciudad de México. Los artículos 6, fracciones XII, XIII, XIV, XV, XVI, XVII, XXII, XLI y XLII y 186 de la Ley de Transparencia, Acceso a la Información Pública y Rendición de Cuentas de la Ciudad de México. Los artículos 1, 2, 3, fracciones I, II, IX, XI, XXIX, 4, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 24, 25, 26, 37, 38 y 39 de la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados de la Ciudad de México. Los artículos 1, 3 fracción X, 30 fracciones VI y VII, 31, 32, 33, 34, 35 fracción VIII, 37, 38 y 40 de la Ley de Archivos del Distrito Federal ahora Ciudad de México. Artículo 15 de los Lineamientos para la Organización y Conservación de Archivos. Artículos 49, fracciones I y V, y 210 Ley de Responsabilidades Administrativas de la Ciudad de México y los Lineamientos para el Desarrollo y Aplicación de Estudios Psicológicos, Peritajes en Psicología, Exámenes Psicotécnicos, Asistencias Técnicas Psicológicas, Terapias para Adultos y Terapias para Niñas, Niños y Adolescentes, que se practican por la Dirección de Evaluación e Intervención Psicológica para Apoyo Judicial del Tribunal Superior de Justicia de la Ciudad de México aprobados por Acuerdo 11-14/2017.

- **Los datos personales que serán sometidos a tratamiento, así como la existencia de un sistema de datos personales:**
  - Clave Única de Registro de Población (CURP).
  - Domicilio.
  - Edad.
  - Fecha de nacimiento.
  - Firma.
  - Fotografía.
  - Lugar de nacimiento.
  - Nacionalidad.
  - Nombre.
  - Número de pasaporte.
  - Teléfono celular.
  - Teléfono particular.
  - Correo electrónico.
  - Procedimientos administrativo seguido en forma de juicio.
  - Trayectoria educativa.
  - Consumo de estupefacientes.
  - Detección de enfermedades.
  - Diagnóstico psicológico.
  - Discapacidades.
  - Estado físico o mental de la persona.
  - Incapacidades médicas.
  - Referencias o descripción de sintomatologías.
  - Características emocionales.
  - Características morales.Convicciones filosóficas.
  - Convicciones religiosas.
  - Creencias.
  - Ideología.
  - Opiniones políticas.
  - Origen étnico o racial.
  - Preferencia sexual.
  - Huella digital.
  - Folio de elector.
  - Clave de elector.
  - Sexo.
  - Referencias laborales no oficial.

Av. Niños Héroes núm. 150, 3er. Piso, Colonia Doctores, Alcaldía Cuahtémoc, C.P. 06720, CDMX.
Tel. 91 56 49 97 Ext. 51 14 12

DESCRIPCIÓN DEL FORMATO

Nombre:	**FORMATO E.E.** **(ENCUESTA DE ENTRADA)**
Clave:	**DEIP-TA-03**
Objetivo:	Obtener información relevante para asistir al proceso de Terapia para Adultos.
Elabora:	Jefatura de Unidad Departamental de Terapia para Adultos/Usuario.
Número de tantos:	Original.
Distribución:	Original. -Subdirección de Asistencia Técnica e Intervención Psicológica (Expediente general).

INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
1	FECHA	Se anota la fecha que se presenta la o el usuario a la inscripción al proceso terapéutico.
2	IP	Se anota número que se otorga a cada expediente expedido por el sistema automáticamente.
3	NOMBRE	Se anota nombre completo de la o el usuario para su inscripción al proceso terapéutico.
4	CUESTIONARIO	Se anotan datos personales de la y el usuario cuando se inscribe al proceso terapéutico
5	FIRMA	Firma la o el usuario que da la información requerida para la inscripción al proceso terapéutico.

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

Subdirección de Intervención Psicológica.
JUD Terapia para Adultos.

F.1 ANTECEDENTES ADULTO.

REG.: _____

1. 1. DATOS GENERALES		
NOMBRE:		
SEXO:	MUJER	HOMBRE
EDAD:		
FECHA DE NACIMIENTO:		
NACIONALIDAD:		
RELIGIÓN:		
ESCOLARIDAD:		
ESTADO CIVIL:	Soltero(a)	Casado(a)
DOMICILIO (Delegación o Municipio):		
ACTIVIDAD LABORAL:		
HORARIO LABORAL:		

2. DATOS CLÍNICOS				
HA SIDO EVALUADO PSICOLÓGICAMENTE:	SI	NO	Fecha de la evaluación:	
			Lugar:	
HA TOMADO TERAPÍA PSICOLÓGICA:	SI	NO	Período de la terapia:	
			Causa:	
			Lugar:	
HA SIDO VALORADO POR MÉDICO PSIQUIATRA:	SI	NO	Fecha de valoración:	
			Lugar:	
			Diagnóstico:	
			Medicamentos prescritos:	
			Frecuencia de la toma del medicamento:	
PRESENTA ALGUNA ENFERMEDAD CRÓNICO-DEGENERATIVA:			Diagnóstico:	
			Fecha del diagnóstico:	
			Medicamentos prescritos:	
			Frecuencia de la toma del medicamento:	
HA TENIDO ALGUNO DE ESTOS PENSAMIENTOS:			Tristeza:	Frecuencia:
			Desesperanza	Frecuencia:
			Apatía	Frecuencia:
			Ideas suicidas	Frecuencia:
CONSUME TABACO, ALCOHOL O DROGAS:	SI	NO	¿Cuál y con qué frecuencia?	

Página **1** de **6**

DEIP-TA-04

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

Subdirección de Intervención Psicológica.
JUD Terapia para Adultos.

F.1 ANTECEDENTES ADULTO.

REG.: _____

De manera breve, a continuación, señale:

3. FAMILIA DE ORIGEN
EL TIPO DE RELACIÓN QUE TIENEN O TUVIERON SUS PADRES Y LA DE USTED CON ELLOS:
NÚMERO DE HERMANOS:
LUGAR QUE USTED OCUPA:
TIPO DE RELACIÓN CON SUS HERMANOS:

A continuación, de manera breve señale o relate sus vivencias a lado de la persona de nombre _____, con quien en la actualidad se dirime el juicio _____ materia de la atención psicológica ordenada por la Sala o Juzgado _____ número de expediente_____.

4. NOVIAZGO.
DURACIÓN:
DESCRIPCIÓN DE LA RELACIÓN:

5. UNIÓN.		
MATRIMONIO	Religioso Civil Ambos	CONCUBINATO -Unión libre-
DURACIÓN:		

	NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD
HIJOS:			

Página **2** de **6**

DEIP-TA-04

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

Subdirección de Intervención Psicológica.
JUD Terapia para Adultos.

F.1 ANTECEDENTES ADULTO.

REG.: _____

DESCRIPCIÓN DE RELACIÓN DE PAREJA:
6. SEPARACIÓN DEFINITIVA.
FECHA:
DESCRIPCIÓN DE LA SEPARACIÓN DEFINITIVA:
7. SITUACIÓN JURÍDICA.
FECHA DE INICIO DEL PROCESO JURÍDICO:
QUIÉN INICIÓ EL PROCESO, EL MOTIVO Y QUÉ ES LO QUE SE PRETENDE:
SI LOS HIJOS TIENEN CONOCIMIENTO DEL PROCESO JUDICIAL, CÓMO SE LES HA INFORMADO:

Página **3** de **6**

DEIP-TA-04

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

Subdirección de Intervención Psicológica.
JUD Terapia para Adultos.

F.1 ANTECEDENTES ADULTO.

REG.: _____

EXISTENCIA DE ACUERDOS:	SI	NO	CUÁLES:	
SE HAN CUMPLIDO:	SI	NO	CAUSAS:	
GUARDA Y CUSTODIA A FAVOR DE:				
MONTO DE PENSIÓN ALIMENTICIA:				
RÉGIMEN DE VISITAS Y CONVIVENCIAS A FAVOR DE:				
HORARIOS:				
SE CUMPLE:				
OTROS PROCESOS JURÍDICOS (ORDENES DE RESTRICCIÓN, DENUNCIAS POR VIOLENCIA, ABUSO SEXUAL, ETC):				

TELÉFONO DE CONTACTO: CASA:_____ **CEL.:**_____
EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:_____ **TEL:** _____
FECHA: DÍA:_____ **MES**_____ **AÑO:** _____
NOMBRE: _____

FIRMA: _____

Página **4** de **6**

DEIP-TA-04

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

Subdirección de Intervención Psicológica.
JUD Terapia para Adultos.

F.1 ANTECEDENTES ADULTO.

AVISO DE PRIVACIDAD

- **Identificación del responsable y la ubicación de su domicilio**

El responsable de dar tratamiento a los datos personales es la Mtra. Mariana Ortiz Castañares, Coordinadora de Intervención Especializada para Apoyo Judicial del Tribunal Superior de Justicia de la Ciudad de México, con domicilio en Avenida Niños Héroes, Número 150, Piso 3, Colonia Doctores, Delegación Cuauhtémoc, C.P. 06720, Ciudad de México.

- **El fundamento legal que faculta al responsable para llevar a cabo el tratamiento:**

Los datos personales serán protegidos y tratados, con fundamento en lo que dispone la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos en sus artículos 6 párrafo segundo fracción II, 16 párrafo segundo y 108 párrafo primero. El artículo 7, inciso E), puntos 1, 2, 3 y 4 de la Constitución Política de la Ciudad de México. La Convención Americana sobre Derechos Humanos en su artículo 19. La Convención Americana de los Derechos del Niño en sus artículos 1, 3, 8, 12 y 19. La Ley de los Derechos de las Niñas y Niños en el Distrito Federal en sus artículos 7, 8, 45 y 85. La Ley de Asistencia y Prevención de la Violencia Familiar del Distrito Federal en sus artículos 9 y 10. El Código Civil para el Distrito Federal en su artículo 323 Septimus y el Código de Procedimientos Civiles para el Distrito Federal en sus artículos 278 y 279. Así como lo establecido en el artículo 1 de la Ley Orgánica del Tribunal Superior de Justicia del Distrito Federal ahora Ciudad de México. Los artículos 6, fracciones XII, XIII, XIV, XV, XVI, XVII, XXII, XLI y XLII y 186 de la Ley de Transparencia, Acceso a la Información Pública y Rendición de Cuentas de la Ciudad de México. Los artículos 1, 2, 3, fracciones I, II, IX, XI, XXIX, 4, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 24, 25, 26, 37, 38 y 39 de la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados de la Ciudad de México. Los artículos 1, 3 fracción X, 30 fracciones VI y VII, 31, 32, 33, 34, 35 fracción VIII, 37, 38 y 40 de la Ley de Archivos del Distrito Federal ahora Ciudad de México. Artículo 15 de los Lineamientos para la Organización y Conservación de Archivos. Artículos 49, fracciones I y V, y 210 Ley de Responsabilidades Administrativas de la Ciudad de México y los Lineamientos para el Desarrollo y Aplicación de Estudios Psicológicos, Peritajes en Psicología, Exámenes Psicotécnicos, Asistencias Técnicas Psicológicas, Terapias para Adultos y Terapias para Niñas, Niños y Adolescentes, que se practican por la Dirección de Evaluación e Intervención Psicológica para Apoyo Judicial del Tribunal Superior de Justicia de la Ciudad de México aprobados por Acuerdo 11-14/2017.

- **Los datos personales que serán sometidos a tratamiento, así como la existencia de un sistema de datos personales:**
  - Clave Única de Registro de Población (CURP).
  - Domicilio.
  - Edad.
  - Fecha de nacimiento.
  - Firma.
  - Fotografía.
  - Lugar de nacimiento.
  - Nacionalidad.
  - Nombre.
  - Número de pasaporte.
  - Teléfono celular.
  - Teléfono particular.
  - Correo electrónico.
  - Procedimientos administrativo seguido en forma de juicio.
  - Trayectoria educativa.
  - Consumo de estupefacientes.
  - Detección de enfermedades.
  - Diagnóstico psicológico.
  - Discapacidades.
  - Estado físico o mental de la persona.
  - Incapacidades médicas.
  - Referencias o descripción de sintomatologías.
  - Características emocionales.
  - Características morales.Convicciones filosóficas.
  - Convicciones religiosas.
  - Creencias.
  - Ideología.
  - Opiniones políticas.
  - Origen étnico o racial.
  - Preferencia sexual.
  - Huella digital.
  - Folio de elector.
  - Clave de elector.
  - Sexo.
  - Referencias laborales no oficial.

Inscritos en el SISTEMA DE GESTIÓN DE EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA PARA APOYO JUDICIAL (SGEIPAJ)

Página **5** de **6**

DEIP-TA-04

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

Subdirección de Intervención Psicológica.
JUD Terapia para Adultos.

F.1 ANTECEDENTES ADULTO.

- **Las finalidades del tratamiento para las cuales se recaban los datos personales, el ciclo de vida de los mismos, la revocación del consentimiento y los derechos del titular sobre éstos:**

La finalidad del tratamiento de sus datos personales es dar cumplimiento a los ordenamientos jurisdiccionales enviados por Salas y Juzgados, mediante la correcta y oportuna programación y trámites administrativos que se requieren para la realización de evaluaciones psicológicas y psicotécnicas, periciales, opiniones técnicas y procesos psicoterapéuticos para adultos, niñas, niños y/o adolescentes. El ciclo de vida de sus datos personales es el siguiente:

Ciclo vital del Dato Personal (Principio de temporalidad)	
Archivo de Trámite	5 años
Archivo de Concentración	5 años
Archivo historico	Sí
Supresión	10 años
Ciclo vital del Dato Personal Libretas de control (Principio de temporalidad)	
Archivo de Trámite	1 año
Archivo de Concentración	1 año
Archivo historico	No
Supresión	2 años

Revocación del consentimiento: Procederá a partir de que el titular exprese de manera libre, voluntaria e inequívoca su solicitud para que cese el tratamiento de sus datos personales, el cual no tendrá efectos retroactivos.
Derechos del titular: El titular que acredite su identidad o, en su caso, su representante que acredite identidad y personalidad, podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición (ARCO).

- **Los Mecanismos, medios y procedimientos disponibles para ejercer los derechos de Acceso, Rectificación, Cancelación y Oposición:**

El titular de los datos personales y de conformidad con el Título Tercero, Capítulos I y II de la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados de la Ciudad de México, tiene derecho al Acceso, Rectificación, Cancelación y Oposición de sus datos, por lo que, para ejercer su derecho podrá realizarlo de la siguiente manera:

1.- Solicitar información a través del sistema de solicitudes de información (INFOMEX) http://www.infomexdf.org.mx/InfomexDF/default.aspx, Plataforma Nacional de Transparencia http://www.plataformadetransparencia.org.mx/web/guest/sac.
2.- Vía correo electrónico a la dirección de la Unidad de Transparencia oip@tsjcdmx.gob.mx.
3.- De manera personal en las oficinas de la Unidad de Transparencia del Tribunal Superior de Justicia de la Ciudad de México.
4.- Tel-Infodf al número 5636-4636.

- **El domicilio de la Unidad de Transparencia:**

Unidad de Transparencia del Tribunal Superior de Justicia de la Ciudad de México, cuyo domicilio se localiza en Avenida Niños Héroes número 132, Planta Baja, Colonia Doctores, Delegación Cuauhtémoc, Código Postal 06720, Ciudad de México, en días hábiles y en un horario de atención al público de 9:00 a 15:00 horas de lunes a jueves y de 9:00 a 14:00 horas los días viernes.

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

Subdirección de Intervención Psicológica.
JUD Terapia para Adultos.

F.1 ANTECEDENTES ADULTO.

REG.: _____(1)_____

(2)

1. 1. DATOS GENERALES		
NOMBRE:		
SEXO:	MUJER	HOMBRE
EDAD:		
FECHA DE NACIMIENTO:		
NACIONALIDAD:		
RELIGIÓN:		
ESCOLARIDAD:		
ESTADO CIVIL:	Soltero(a)	Casado(a)
DOMICILIO (Delegación o Municipio):		
ACTIVIDAD LABORAL:		
HORARIO LABORAL:		

(3)

2. DATOS CLÍNICOS				
HA SIDO EVALUADO PSICOLÓGICAMENTE:	SI	NO	Fecha de la evaluación:	
			Lugar:	
HA TOMADO TERAPÍA PSICOLÓGICA:	SI	NO	Período de la terapia:	
			Causa:	
			Lugar:	
HA SIDO VALORADO POR MÉDICO PSIQUIATRA:	SI	NO	Fecha de valoración:	
			Lugar:	
			Diagnóstico:	
			Medicamentos prescritos:	
			Frecuencia de la toma del medicamento:	
PRESENTA ALGUNA ENFERMEDAD CRÓNICO-DEGENERATIVA:			Diagnóstico:	
			Fecha del diagnóstico:	
			Medicamentos prescritos:	
			Frecuencia de la toma del medicamento:	
HA TENIDO ALGUNO DE ESTOS PENSAMIENTOS:			Tristeza:	Frecuencia:
			Desesperanza	Frecuencia:
			Apatía	Frecuencia:
			Ideas suicidas	Frecuencia:
CONSUME TABACO, ALCOHOL O DROGAS:	SI	NO	¿Cuál y con qué frecuencia?	

Página **1** de **6**

DEIP-TA-04

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

Subdirección de Intervención Psicológica.
JUD Terapia para Adultos.

F.1 ANTECEDENTES ADULTO.

De manera breve, a continuación, señale:

(4)

3. FAMILIA DE ORIGEN
EL TIPO DE RELACIÓN QUE TIENEN O TUVIERON SUS PADRES Y LA DE USTED CON ELLOS:
NÚMERO DE HERMANOS:
LUGAR QUE USTED OCUPA:
TIPO DE RELACIÓN CON SUS HERMANOS:

A continuación, de manera breve señale o relate sus vivencias a lado de la persona de nombre _____ (5)_____, con quien en la actualidad se dirime el juicio _____ (6)_____ materia de la atención psicológica ordenada por la Sala o Juzgado _____ (7)_____ número de expediente_____ (8)_____.

(9)

4. NOVIAZGO.
DURACIÓN:
DESCRIPCIÓN DE LA RELACIÓN:

(10)

5. UNIÓN.		
MATRIMONIO	Religioso Civil Ambos	CONCUBINATO -Unión libre-
DURACIÓN:		

HIJOS:	NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD

Página **2** de **6**

DEIP-TA-04

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

Subdirección de Intervención Psicológica.
JUD Terapia para Adultos.

F.1 ANTECEDENTES ADULTO.

DESCRIPCIÓN DE RELACIÓN DE PAREJA:			
6. SEPARACIÓN DEFINITIVA.	**(11)**		
FECHA:			
DESCRIPCIÓN DE LA SEPARACIÓN DEFINITIVA:			
7. SITUACIÓN JURÍDICA.	**(12)**		
FECHA DE INICIO DEL PROCESO JURÍDICO:			
QUIÉN INICIÓ EL PROCESO, EL MOTIVO Y QUÉ ES LO QUE SE PRETENDE:			
SI LOS HIJOS TIENEN CONOCIMIENTO DEL PROCESO JUDICIAL, CÓMO SE LES HA INFORMADO:			
EXISTENCIA DE ACUERDOS:	SI	NO	CUÁLES:

Página **3** de **6**

DEIP-TA-04

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

Subdirección de Intervención Psicológica.
JUD Terapia para Adultos.

F.1 ANTECEDENTES ADULTO.

SE HAN CUMPLIDO:	SI	NO	CAUSAS:
GUARDA Y CUSTODIA A FAVOR DE:			
MONTO DE PENSIÓN ALIMENTICIA:			
RÉGIMEN DE VISITAS Y CONVIVENCIAS A FAVOR DE:			
HORARIOS:			
SE CUMPLE:			
OTROS PROCESOS JURÍDICOS (ORDENES DE RESTRICCIÓN, DENUNCIAS POR VIOLENCIA, ABUSO SEXUAL, ETC):			

(13)

TELÉFONO DE CONTACTO: CASA:_____ **CEL.:**_____

EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:_____ **TEL:** _____

FECHA: DÍA:_____ **MES**_____ **AÑO:** _____

NOMBRE: _____

FIRMA: _____

Página **4** de **6**

DEIP-TA-04

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

Subdirección de Intervención Psicológica.
JUD Terapia para Adultos.

F.1 ANTECEDENTES ADULTO.

AVISO DE PRIVACIDAD

- **Identificación del responsable y la ubicación de su domicilio**

El responsable de dar tratamiento a los datos personales es la Mtra. Mariana Ortiz Castañares, Coordinadora de Intervención Especializada para Apoyo Judicial del Tribunal Superior de Justicia de la Ciudad de México, con domicilio en Avenida Niños Héroes, Número 150, Piso 3, Colonia Doctores, Delegación Cuauhtémoc, C.P. 06720, Ciudad de México.

- **El fundamento legal que faculta al responsable para llevar a cabo el tratamiento:**

Los datos personales serán protegidos y tratados, con fundamento en lo que dispone la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos en sus artículos 6 párrafo segundo fracción II, 16 párrafo segundo y 108 párrafo primero. El artículo 7, inciso E), puntos 1, 2, 3 y 4 de la Constitución Política de la Ciudad de México. La Convención Americana sobre Derechos Humanos en su artículo 19. La Convención Americana de los Derechos del Niño en sus artículos 1, 3, 8, 12 y 19. La Ley de los Derechos de las Niñas y Niños en el Distrito Federal en sus artículos 7, 8, 45 y 85. La Ley de Asistencia y Prevención de la Violencia Familiar del Distrito Federal en sus artículos 9 y 10. El Código Civil para el Distrito Federal en su artículo 323 Septimus y el Código de Procedimientos Civiles para el Distrito Federal en sus artículos 278 y 279. Así como lo establecido en el artículo 1 de la Ley Orgánica del Tribunal Superior de Justicia del Distrito Federal ahora Ciudad de México. Los artículos 6, fracciones XII, XIII, XIV, XV, XVI, XVII, XXII, XLI y XLII y 186 de la Ley de Transparencia, Acceso a la Información Pública y Rendición de Cuentas de la Ciudad de México. Los artículos 1, 2, 3, fracciones I, II, IX, XI, XXIX, 4, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 24, 25, 26, 37, 38 y 39 de la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados de la Ciudad de México. Los artículos 1, 3 fracción X, 30 fracciones VI y VII, 31, 32, 33, 34, 35 fracción VIII, 37, 38 y 40 de la Ley de Archivos del Distrito Federal ahora Ciudad de México. Artículo 15 de los Lineamientos para la Organización y Conservación de Archivos. Artículos 49, fracciones I y V, y 210 Ley de Responsabilidades Administrativas de la Ciudad de México y los Lineamientos para el Desarrollo y Aplicación de Estudios Psicológicos, Peritajes en Psicología, Exámenes Psicotécnicos, Asistencias Técnicas Psicológicas, Terapias para Adultos y Terapias para Niñas, Niños y Adolescentes, que se practican por la Dirección de Evaluación e Intervención Psicológica para Apoyo Judicial del Tribunal Superior de Justicia de la Ciudad de México aprobados por Acuerdo 11-14/2017.

- **Los datos personales que serán sometidos a tratamiento, así como la existencia de un sistema de datos personales:**
  - Clave Única de Registro de Población (CURP).
  - Domicilio.
  - Edad.
  - Fecha de nacimiento.
  - Firma.
  - Fotografía.
  - Lugar de nacimiento.
  - Nacionalidad.
  - Nombre.
  - Número de pasaporte.
  - Teléfono celular.
  - Teléfono particular.
  - Correo electrónico.
  - Procedimientos administrativo seguido en forma de juicio.
  - Trayectoria educativa.
  - Consumo de estupefacientes.
  - Detección de enfermedades.
  - Diagnóstico psicológico.
  - Discapacidades.
  - Estado físico o mental de la persona.
  - Incapacidades médicas.
  - Referencias o descripción de sintomatologías.
  - Características emocionales.
  - Características morales.Convicciones filosóficas.
  - Convicciones religiosas.
  - Creencias.
  - Ideología.
  - Opiniones políticas.
  - Origen étnico o racial.
  - Preferencia sexual.
  - Huella digital.
  - Folio de elector.
  - Clave de elector.
  - Sexo.
  - Referencias laborales no oficial.

Inscritos en el SISTEMA DE GESTIÓN DE EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA PARA APOYO JUDICIAL (SGEIPAJ)

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

Subdirección de Intervención Psicológica.
JUD Terapia para Adultos.

F.1 ANTECEDENTES ADULTO.

- **Las finalidades del tratamiento para las cuales se recaban los datos personales, el ciclo de vida de los mismos, la revocación del consentimiento y los derechos del titular sobre éstos:**

La finalidad del tratamiento de sus datos personales es dar cumplimiento a los ordenamientos jurisdiccionales enviados por Salas y Juzgados, mediante la correcta y oportuna programación y trámites administrativos que se requieren para la realización de evaluaciones psicológicas y psicotécnicas, periciales, opiniones técnicas y procesos psicoterapéuticos para adultos, niñas, niños y/o adolescentes. El ciclo de vida de sus datos personales es el siguiente:

Ciclo vital del Dato Personal (Principio de temporalidad)	
Archivo de Tramite	5 años
Archivo de Concentración	5 años
Archivo historico	Si
Supresión	10 años
Ciclo vital del Dato Personal Libretas de control (Principio de temporalidad)	
Archivo de Trámite	1 año
Archivo de Concentración	1 año
Archivo historico	No
Supresión	2 años

Revocación del consentimiento: Procederá a partir de que el titular exprese de manera libre, voluntaria e inequívoca su solicitud para que cese el tratamiento de sus datos personales, el cual no tendrá efectos retroactivos.
Derechos del titular: El titular que acredite su identidad o, en su caso, su representante que acredite identidad y personalidad, podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición (ARCO).

- **Los Mecanismos, medios y procedimientos disponibles para ejercer los derechos de Acceso, Rectificación, Cancelación y Oposición:**

El titular de los datos personales y de conformidad con el Título Tercero, Capítulos I y II de la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados de la Ciudad de México, tiene derecho al Acceso, Rectificación, Cancelación y Oposición de sus datos, por lo que, para ejercer su derecho podrá realizarlo de la siguiente manera:

1.- Solicitar información a través del sistema de solicitudes de información (INFOMEX) http://www.infomexdf.org.mx/InfomexDF/default.aspx, Plataforma Nacional de Transparencia http://www.plataformadetransparencia.org.mx/web/guest/sac,
2.- Vía correo electrónico a la dirección de la Unidad de Transparencia oip@tsjcdmx.gob.mx.
3.- De manera personal en las oficinas de la Unidad de Transparencia del Tribunal Superior de Justicia de la Ciudad de México.
4.- Tel-Infodf al número 5636-4636.

- **El domicilio de la Unidad de Transparencia:**

Unidad de Transparencia del Tribunal Superior de Justicia de la Ciudad de México, cuyo domicilio se localiza en Avenida Niños Héroes número 132, Planta Baja, Colonia Doctores, Delegación Cuauhtémoc, Código Postal 06720, Ciudad de México, en días hábiles y en un horario de atención al público de 9:00 a 15:00 horas de lunes a jueves y de 9:00 a 14:00 horas los días viernes.

DESCRIPCIÓN DEL FORMATO

Nombre:	**F.1 ANTECEDENTES ADULTO**
Clave:	**DEIP-TA-04**
Objetivo:	Obtener información de antecedentes de su caso, así como, información relevante para asistir al proceso de Terapia para Adultos.
Elabora:	Jefatura de Unidad Departamental de Terapia para Adultos/Usuario.
Número de tantos:	Original.
Distribución:	Original. -Subdirección de Asistencia Técnica e Intervención Psicológica (Expediente general).

INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
1	REG.	Se anota el número de expediente que expide el sistema.
2	DATOS GENERALES	Se anotan los datos personales del Adulto que llevará a cabo su proceso terapéutico, como son nombre, edad, fecha de nacimiento, nacionalidad, etc.
3	DATOS CLÍNICOS	Se anotan antecedentes psicológicos y médicos del Adulto que llevará a cabo su proceso terapéutico.
4	FAMILIA DE ORIGEN	Se anotan los antecedentes familiares y la relación con los mismos.
5	NOMBRE DE ESPOSO(A) O CONYUGUE	Se anota el nombre del esposo (a) o conyugue.
6	JUICIO	Se anota el nombre del juicio en que se tiene con el Órgano Jurisdiccional.
7	SALA O JUZGADO	Se anota el número de Órgano Jurisdiccional donde se encuentra el juicio.
8	NÚMERO DE EXPEDIENTE	Se anota el número expediente del Órgano Jurisdiccional donde se encuentra el juicio.
9	NOVIAZGO	Se anotan los antecedentes y descripción del noviazgo que se sostuvo con el esposo (a) o conyugue según sea el caso.
10	UNIÓN	Se anotan los antecedentes y descripción de la unión.
11	SEPARACIÓN DEFINITIVA	Se anotan los antecedentes y descripción de la separación.
12	SITUACIÓN JURÍDICA	Se anota los antecedentes y la situación actual del proceso jurídico.
13	INFORMACIÓN GENERAL DEL ADULTO	Se anotan datos del Adulto como son su nombre, teléfono, celular, fecha en que se llenó el formulario y su firma.

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

Subdirección de Intervención Psicológica
JUD Terapia para Adultos

USO EXCLUSIVO DE TERAPIA PARA ADULTOS	**IP**

_____ / _____ / _____ Fecha de entrega: ___/___/___
Nombre (s) Apellido Paterno Apellido Materno D M A

EJERCICIO
Prepárate para tu primera sesión

Responda las siguientes preguntas:

1. ¿Qué idea tienes sobre una terapia psicológica?

_____
_____
_____

2. ¿Por qué estoy aquí?

_____
_____
_____

3. ¿Qué me gustaría que sucediera en esta terapia?

_____
_____
_____

4. ¿Qué no me gustaría que sucediera?

_____
_____
_____

_____
Nombre completo y firma.

RECUERDE TRAER ESTA HOJA CONTESTADA EN SU PRIMERA SESIÓN.

DEIP-TA-05

Av. Niños Héroes núm. 150, 3er. Piso, Colonia Doctores, Alcaldía Cuauhtémoc, C.P. 06720, CDMX.
Tel. 91 56 49 97 Ext. 51 14 12

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA
TSJCDMX

Subdirección de Intervención Psicológica
JUD Terapia para Adultos

AVISO DE PRIVACIDAD

- **Identificación del responsable y la ubicación de su domicilio**

El responsable de dar tratamiento a los datos personales es la Mtra. Mariana Ortiz Castañares, Coordinadora de Intervención Especializada para Apoyo Judicial del Tribunal Superior de Justicia de la Ciudad de México, con domicilio en Avenida Niños Héroes, Número 150, Piso 3, Colonia Doctores, Delegación Cuauhtémoc, C.P. 06720, Ciudad de México.

- **El fundamento legal que faculta al responsable para llevar a cabo el tratamiento:**

Los datos personales serán protegidos y tratados, con fundamento en lo que dispone la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos en sus artículos 6 párrafo segundo fracción II, 16 párrafo segundo y 108 párrafo primero. El artículo 7, inciso E), puntos 1, 2, 3 y 4 de la Constitución Política de la Ciudad de México. La Convención Americana sobre Derechos Humanos en su artículo 19. La Convención Americana de los Derechos del Niño en sus artículos 1, 3, 8, 12 y 19. La Ley de los Derechos de las Niñas y Niños en el Distrito Federal en sus artículos 7, 8, 45 y 85. La Ley de Asistencia y Prevención de la Violencia Familiar del Distrito Federal en sus artículos 9 y 10. El Código Civil para el Distrito Federal en su artículo 323 Septimus y el Código de Procedimientos Civiles para el Distrito Federal en sus artículos 278 y 279. Así como lo establecido en el artículo 1 de la Ley Orgánica del Tribunal Superior de Justicia del Distrito Federal ahora Ciudad de México. Los artículos 6, fracciones XII, XIII, XIV, XV, XVI, XVII, XXII, XLI y XLII y 186 de la Ley de Transparencia, Acceso a la Información Pública y Rendición de Cuentas de la Ciudad de México. Los artículos 1, 2, 3, fracciones I, II, IX, XI, XXIX, 4, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 24, 25, 26, 37, 38 y 39 de la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados de la Ciudad de México. Los artículos 1, 3 fracción X, 30 fracciones VI y VII, 31, 32, 33, 34, 35 fracción VIII, 37, 38 y 40 de la Ley de Archivos del Distrito Federal ahora Ciudad de México. Artículo 15 de los Lineamientos para la Organización y Conservación de Archivos. Artículos 49, fracciones I y V, y 210 Ley de Responsabilidades Administrativas de la Ciudad de México y los Lineamientos para el Desarrollo y Aplicación de Estudios Psicológicos, Peritajes en Psicología, Exámenes Psicotécnicos, Asistencias Técnicas Psicológicas, Terapias para Adultos y Terapias para Niñas, Niños y Adolescentes, que se practican por la Dirección de Evaluación e Intervención Psicológica para Apoyo Judicial del Tribunal Superior de Justicia de la Ciudad de México aprobados por Acuerdo 11-14/2017.

- **Los datos personales que serán sometidos a tratamiento, así como la existencia de un sistema de datos personales:**
  - Clave Única de Registro de Población (CURP).
  - Domicilio.
  - Edad.
  - Fecha de nacimiento.
  - Firma.
  - Fotografía.
  - Lugar de nacimiento.
  - Nacionalidad.
  - Nombre.
  - Número de pasaporte.
  - Teléfono celular.
  - Teléfono particular.
  - Procedimientos administrativo seguido en forma de juicio.
  - Trayectoria educativa.
  - Consumo de estupefacientes.
  - Detección de enfermedades.
  - Diagnóstico psicológico.
  - Discapacidades.
  - Estado físico o mental de la persona.
  - Incapacidades médicas.
  - Referencias o descripción de sintomatologías.
  - Características emocionales.
  - Características morales.Convicciones filosóficas.
  - Convicciones religiosas.
  - Creencias.
  - Ideología.
  - Opiniones políticas.
  - Origen étnico o racial.
  - Preferencia sexual.
  - Huella digital.
  - Folio de elector.
  - Clave de elector.
  - Sexo.
  - Referencias laborales no oficial.

Av. Niños Héroes núm. 150, 3er. Piso, Colonia Doctores, Alcaldía Cuauhtémoc, C.P. 06720, CDMX.
Tel. 91 56 49 97 Ext. 51 14 12

- Correo electrónico.

Inscritos en el SISTEMA DE GESTIÓN DE EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA PARA APOYO JUDICIAL (SGEIPAJ)

- **Las finalidades del tratamiento para las cuales se recaban los datos personales, el ciclo de vida de los mismos, la revocación del consentimiento y los derechos del titular sobre éstos:**

La finalidad del tratamiento de sus datos personales es dar cumplimiento a los ordenamientos jurisdiccionales enviados por Salas y Juzgados, mediante la correcta y oportuna programación y trámites administrativos que se requieren para la realización de evaluaciones psicológicas y psicotécnicas, periciales, opiniones técnicas y procesos psicoterapéuticos para adultos, niñas, niños y/o adolescentes.El ciclo de vida de sus datos personales es el siguiente:

Ciclo vital del Dato Personal (Principio de temporalidad)	
Archivo de Trámite	5 años
Archivo de Concentración	5 años
Archivo historico	Sí
Supresión	10 años
Ciclo vital del Dato Personal Libretas de control (Principio de temporalidad)	
Archivo de Trámite	1 año
Archivo de Concentración	1 año
Archivo historico	No
Supresión	2 años

Revocación del consentimiento: Procederá a partir de que el titular exprese de manera libre, voluntaria e inequívoca su solicitud para que cese el tratamiento de sus datos personales, el cual no tendrá efectos retroactivos.

Derechos del titular: El titular que acredite su identidad o, en su caso, su representante que acredite identidad y personalidad, podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición (ARCO).

- **Los Mecanismos, medios y procedimientos disponibles para ejercer los derechos de Acceso, Rectificación, Cancelación y Oposición:**

El titular de los datos personales y de conformidad con el Título Tercero, Capítulos I y II de la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados de la Ciudad de México, tiene derecho al Acceso, Rectificación, Cancelación y Oposición de sus datos, por lo que, para ejercer su derecho podrá realizarlo de la siguiente manera:

1.- Solicitar información a través del sistema de solicitudes de información (INFOMEX) http://www.infomexdf.org.mx/InfomexDF/default.aspx, Plataforma Nacional de Transparencia http://www.plataformadetransparencia.org.mx/web/guest/sac,
2.- Vía correo electrónico a la dirección de la Unidad de Transparencia oip@tsjcdmx.gob.mx.
3.- De manera personal en las oficinas de la Unidad de Transparencia del Tribunal Superior de Justicia de la Ciudad de México.
4.- Tel-Infodf al número 5636-4636.

- **El domicilio de la Unidad de Transparencia:**

Unidad de Transparencia del Tribunal Superior de Justicia de la Ciudad de México, cuyo domicilio se localiza en Avenida Niños Héroes número 132, Planta Baja, Colonia Doctores, Delegación Cuauhtémoc, Código Postal 06720, Ciudad de México, en días hábiles y en un horario de atención al público de 9:00 a 15:00 horas de lunes a jueves y de 9:00 a 14:00 horas los días viernes.

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

Subdirección de Intervención Psicológica
JUD Terapia para Adultos

USO EXCLUSIVO DE TERAPIA PARA ADULTOS **IP - (1)**

(2) **(3)**

_____ / _____ / _____ Fecha de entrega: ___ /___/___
Nombre (s) Apellido Paterno Apellido Materno D M A

EJERCICIO
Prepárate para tu primera sesión

Responda las siguientes preguntas:
(4)

1. ¿Qué idea tienes sobre una terapia psicológica?

_____
_____
_____

2. ¿Por qué estoy aquí?

_____
_____
_____

3. ¿Qué me gustaría que sucediera en esta terapia?

_____
_____
_____

4. ¿Qué no me gustaría que sucediera?

_____
_____
_____

(5)

_____
Nombre completo y firma.

RECUERDE TRAER ESTA HOJA CONTESTADA EN SU PRIMERA SESIÓN.

DEIP-TA-05

Av. Niños Héroes núm. 150, 3er. Piso, Colonia Doctores, Alcaldía Cuauhtémoc, C.P. 06720, CDMX.
Tel. 91 56 49 97 Ext. 51 14 12

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

Subdirección de Intervención Psicológica
JUD Terapia para Adultos

AVISO DE PRIVACIDAD

- **Identificación del responsable y la ubicación de su domicilio**

El responsable de dar tratamiento a los datos personales es la Mtra. Mariana Ortiz Castañares, Coordinadora de Intervención Especializada para Apoyo Judicial del Tribunal Superior de Justicia de la Ciudad de México, con domicilio en Avenida Niños Héroes, Número 150, Piso 3, Colonia Doctores, Delegación Cuauhtémoc, C.P. 06720, Ciudad de México.

- **El fundamento legal que faculta al responsable para llevar a cabo el tratamiento:**

Los datos personales serán protegidos y tratados, con fundamento en lo que dispone la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos en sus artículos 6 párrafo segundo fracción II, 16 párrafo segundo y 108 párrafo primero. El artículo 7, inciso E), puntos 1, 2, 3 y 4 de la Constitución Política de la Ciudad de México. La Convención Americana sobre Derechos Humanos en su artículo 19. La Convención Americana de los Derechos del Niño en sus artículos 1, 3, 8, 12 y 19. La Ley de los Derechos de las Niñas y Niños en el Distrito Federal en sus artículos 7, 8, 45 y 85. La Ley de Asistencia y Prevención de la Violencia Familiar del Distrito Federal en sus artículos 9 y 10. El Código Civil para el Distrito Federal en su artículo 323 Septimus y el Código de Procedimientos Civiles para el Distrito Federal en sus artículos 278 y 279. Así como lo establecido en el artículo 1 de la Ley Orgánica del Tribunal Superior de Justicia del Distrito Federal ahora Ciudad de México. Los artículos 6, fracciones XII, XIII, XIV, XV, XVI, XVII, XXII, XLI y XLII y 186 de la Ley de Transparencia, Acceso a la Información Pública y Rendición de Cuentas de la Ciudad de México. Los artículos 1, 2, 3, fracciones I, II, IX, XI, XXIX, 4, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 24, 25, 26, 37, 38 y 39 de la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados de la Ciudad de México. Los artículos 1, 3 fracción X, 30 fracciones VI y VII, 31, 32, 33, 34, 35 fracción VIII, 37, 38 y 40 de la Ley de Archivos del Distrito Federal ahora Ciudad de México. Artículo 15 de los Lineamientos para la Organización y Conservación de Archivos. Artículos 49, fracciones I y V, y 210 Ley de Responsabilidades Administrativas de la Ciudad de México y los Lineamientos para el Desarrollo y Aplicación de Estudios Psicológicos, Peritajes en Psicología, Exámenes Psicotécnicos, Asistencias Técnicas Psicológicas, Terapias para Adultos y Terapias para Niñas, Niños y Adolescentes, que se practican por la Dirección de Evaluación e Intervención Psicológica para Apoyo Judicial del Tribunal Superior de Justicia de la Ciudad de México aprobados por Acuerdo 11-14/2017.

- **Los datos personales que serán sometidos a tratamiento, así como la existencia de un sistema de datos personales:**
  - Clave Única de Registro de Población (CURP).
  - Domicilio.
  - Edad.
  - Fecha de nacimiento.
  - Firma.
  - Fotografía.
  - Lugar de nacimiento.
  - Nacionalidad.
  - Nombre.
  - Número de pasaporte.
  - Teléfono celular.
  - Teléfono particular.
  - Procedimientos administrativo seguido en forma de juicio.
  - Trayectoria educativa.
  - Consumo de estupefacientes.
  - Detección de enfermedades.
  - Diagnóstico psicológico.
  - Discapacidades.
  - Estado físico o mental de la persona.
  - Incapacidades médicas.
  - Referencias o descripción de sintomatologías.
  - Características emocionales.
  - Características morales.Convicciones filosóficas.
  - Convicciones religiosas.
  - Creencias.
  - Ideología.
  - Opiniones políticas.
  - Origen étnico o racial.
  - Preferencia sexual.
  - Huella digital.
  - Folio de elector.
  - Clave de elector.
  - Sexo.
  - Referencias laborales no oficial.

Av. Niños Héroes núm. 150, 3er. Piso, Colonia Doctores, Alcaldía Cuauhtémoc, C.P. 06720, CDMX.
Tel. 91 56 49 97 Ext. 51 14 12

- Correo electrónico.

Inscritos en el SISTEMA DE GESTIÓN DE EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA PARA APOYO JUDICIAL (SGEIPAJ)

- **Las finalidades del tratamiento para las cuales se recaban los datos personales, el ciclo de vida de los mismos, la revocación del consentimiento y los derechos del titular sobre éstos:**

La finalidad del tratamiento de sus datos personales es dar cumplimiento a los ordenamientos jurisdiccionales enviados por Salas y Juzgados, mediante la correcta y oportuna programación y trámites administrativos que se requieren para la realización de evaluaciones psicológicas y psicotécnicas, periciales, opiniones técnicas y procesos psicoterapéuticos para adultos, niñas, niños y/o adolescentes.El ciclo de vida de sus datos personales es el siguiente:

Ciclo vital del Dato Personal (Principio de temporalidad)	
Archivo de Trámite	5 años
Archivo de Concentración	5 años
Archivo historico	Sí
Supresión	10 años
Ciclo vital del Dato Personal Libretas de control (Principio de temporalidad)	
Archivo de Trámite	1 año
Archivo de Concentración	1 año
Archivo historico	No
Supresión	2 años

Revocación del consentimiento: Procederá a partir de que el titular exprese de manera libre, voluntaria e inequívoca su solicitud para que cese el tratamiento de sus datos personales, el cual no tendrá efectos retroactivos.

Derechos del titular: El titular que acredite su identidad o, en su caso, su representante que acredite identidad y personalidad, podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición (ARCO).

- **Los Mecanismos, medios y procedimientos disponibles para ejercer los derechos de Acceso, Rectificación, Cancelación y Oposición:**

El titular de los datos personales y de conformidad con el Título Tercero, Capítulos I y II de la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados de la Ciudad de México, tiene derecho al Acceso, Rectificación, Cancelación y Oposición de sus datos, por lo que, para ejercer su derecho podrá realizarlo de la siguiente manera:

1.- Solicitar información a través del sistema de solicitudes de información (INFOMEX) http://www.infomexdf.org.mx/InfomexDF/default.aspx, Plataforma Nacional de Transparencia http://www.plataformadetransparencia.org.mx/web/guest/sac,
2.- Vía correo electrónico a la dirección de la Unidad de Transparencia oip@tsjcdmx.gob.mx.
3.- De manera personal en las oficinas de la Unidad de Transparencia del Tribunal Superior de Justicia de la Ciudad de México.
4.- Tel-Infodf al número 5636-4636.

- **El domicilio de la Unidad de Transparencia:**

Unidad de Transparencia del Tribunal Superior de Justicia de la Ciudad de México, cuyo domicilio se localiza en Avenida Niños Héroes número 132, Planta Baja, Colonia Doctores, Delegación Cuauhtémoc, Código Postal 06720, Ciudad de México, en días hábiles y en un horario de atención al público de 9:00 a 15:00 horas de lunes a jueves y de 9:00 a 14:00 horas los días viernes.

DESCRIPCIÓN DEL FORMATO

Nombre:	**EJERCICIO INICIAL**
Clave:	**DEIP-TA-05**
Objetivo:	Entregar a la o el usuario la primera tarea, con la finalidad de que al asistir a su primera sesión reflexione acerca de las preguntas que se realizan en el formato.
Elabora:	Jefatura de Unidad Departamental de Terapia para Adultos/Usuario.
Número de tantos:	Original.
Distribución:	Original.-Subdirección de Asistencia Técnica e Intervención Psicológica (Expediente general).

INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
1	IP	Registro del número de expediente.
2	DATOS DEL ADULTO	Se anotan los datos personales del Adulto que llevará a cabo su proceso terapéutico, como son su nombre completo.
3	FECHA DE ENTREGA	Se anota la fecha en que se realiza su tarea para la primera sesión de terapia.
4	RESPONDA LAS SIGUIENTES PREGUNTAS	Se anota una breve descripción de que idea tiene el Adulto sobre una terapia.
5	NOMBRE COMPLETO Y FIRMA	Firma la o el usuario que da la información requerida para la inscripción al proceso terapéutico.

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

PROCEDIMIENTOS

Procedimiento: CIEAJ -007	Pláticas supervisadas de Terapias para Adultos.
Objetivo general:	Brindar apoyo supervisado entre las partes que asisten a Terapia para Adultos, para propiciar una comunicación asertiva y convenir por el bienestar de sus hijos.
Políticas y normas de operación:	

1. Las y los usuarios que asisten a Terapia Psicológicas para Adultos son invitados a que soliciten las pláticas supervisadas con su contraparte en el juicio.

2. Las pláticas supervisadas sólo se pueden llevar acabo en las instalaciones de la Dirección de Evaluación e Intervención Psicológica del Tribunal Superior de Justicia de la Ciudad de México.

3. Se agendarán citas de acuerdo a la disponibilidad de las y los terapeutas y las y los usuarios.

4. Las pláticas supervisadas sólo se podrán llevar a cabo con el consentimiento de ambas partes, previa valoración de las y los psicólogos sí existen las condiciones para realizarlas.

5. En caso de ser necesario se dará una cita de seguimiento.

No.	Área.	Descripción de la actividad.	Documentos y/o sistemas de apoyo.
1	Jefatura de Unidad Departamental de Terapia para Adultos. (Psicóloga o Psicólogo)	Invita a las y los usuarios asistentes a Terapia Psicológica para Adultos a llevar plática supervisada.	
2 3	La o el consultante	Recibe información para solicitar la plática supervisada. **¿Acepta participar en la plática supervisada?** **No.** Continúa en la actividad no. 3 **Sí.** Continúa en la actividad no. 10 Comunica a la psicóloga o el psicólogo que no desea participar en la plática supervisada.	
4	Jefatura de Unidad Departamental de Terapia para Adultos (Psicóloga o Psicólogo)	Canaliza a la o el consultante con el Jefe de Unidad Departamental de Terapia para Adultos.	
5 6	Jefatura de Unidad Departamental de Terapia para Adultos	Recibe a la o el consultante que no acepta la plática supervisada. Entrega a la o el consultante formato de desistimiento de plática supervisada.	
7	La o el Consultante	Recibe, requisita, firma y devuelve formato de desistimiento de plática supervisada.	• Formato DEIP-TA-07
8	Jefatura de Unidad Departamental de Terapia para Adultos	Recibe formato de desistimiento de plática supervisada e informa a la contraparte que no se puede llevar a cabo la plática supervisada.	

No.	Área.	Descripción de la actividad.	Documentos y/o sistemas de apoyo.
9	Jefatura de Unidad Departamental de Terapia para Adultos (Psicóloga o Psicólogo)	Integra formato de desistimiento de plática supervisada al expediente que corresponda. (Conecta con el fin del procedimiento)	• Expediente
10	La o el consultante	Comunica a la psicóloga o el psicólogo que desea participar en la plática supervisada.	
11	Jefatura de Unidad Departamental de Terapia para Adultos (Psicóloga o Psicólogo)	Canaliza a la o el consultante interesado en la plática supervisada a la Jefatura de Unidad Departamental de Terapia para Adultos.	
12 13	Jefatura de Unidad Departamental de Terapia para Adultos	Recibe e informa a la o el consultante interesado la metodología y finalidad de la plática supervisada. Entrega a la o el consultante formato para que este otorgue el consentimiento para llevar a cabo la plática supervisada.	
14	La o el consultante	Recibe, requisita, firma y devuelve formato otorgando el consentimiento para llevar a cabo la plática supervisada.	• Formato DEIP-TA-08
15 16	Jefatura de Unidad Departamental de Terapia para Adultos	Recibe formato otorgando el consentimiento para llevar a cabo la plática supervisada. Verifica que la contraparte asiste al proceso terapéutico para llevar a cabo la plática supervisada. **¿Asiste la contraparte a Terapia para Adultos?** **No.** Continúa en la actividad no. 17 **Sí.** Continúa en la actividad no. 18	

No.	Área.	Descripción de la actividad.	Documentos y/o sistemas de apoyo.
17 18	Jefatura de Unidad Departamental de Terapia para Adultos	Informa a la o el consultante solicitante que no se puede llevar a cabo la plática supervisada. (Conecta con el fin del procedimiento) Informa a la contraparte de la o el consultante solicitante que este desea realizar una plática supervisada.	
19 20	Contraparte	Recibe la información y metodología para asistir a la plática supervisada. **¿Acepta participar en la plática supervisada?** **No.** Continúa en la actividad no. 20 **Sí.** Continúa en la actividad no. 26 Comunica a la Jefatura de Unidad Departamental de Terapia Adultos su negativa a participar en la plática supervisada.	
21	Jefatura de Unidad Departamental de Terapia para Adultos	Entrega a la o el consultante formato de desistimiento de plática supervisada.	
22	Contraparte	Recibe, requisita, firma y devuelve formato de desistimiento de plática supervisada.	• Formato. DEIP-TA-07
23 24	Jefatura de Unidad Departamental de Terapia para Adultos	Recibe formato de desistimiento de plática supervisada. Informa a la contraparte de la o el consultante solicitante que este no desea la plática supervisada.	
25	Jefatura de Unidad Departamental de Terapia para Adultos (Psicóloga o Psicólogo)	Archiva formato de desistimiento de plática supervisada en expediente. (Conecta con el fin del procedimiento)	• Expediente

No.	Área.	Descripción de la actividad.	Documentos y/o sistemas de apoyo.
26	Contraparte	Comunica a la Jefatura de Unidad Departamental de Terapia para Adultos, que desea participar en la plática supervisada.	
27	Jefatura de Unidad Departamental de Terapia para Adultos	Entrega a la contraparte formato para que este otorgue el consentimiento para llevar a cabo la plática supervisada.	
28	Contraparte	Recibe, requisita, firma y devuelve formato otorgando el consentimiento para llevar a cabo la plática supervisada.	• Formato DEIP-TA-08
29	Jefatura de Unidad Departamental de Terapia para Adultos	Recibe formato otorgando el consentimiento para llevar a cabo la plática supervisada.	
30		Programa, agenda e informa a la usuaria o el usuario y a su contraparte el día y hora de la plática supervisada.	
31		Informa y cita a la psicóloga el psicólogo el día y hora que se llevará a cabo la plática supervisada.	
32		Espera a que acudan la o el consultante y la Contraparte a la plática supervisada. **¿Asisten a la plática supervisada?** **No.** Continúa en la actividad no. 33 **Sí.** Continúa a la actividad no.34	
33		Cancela la plática supervisada. (Conecta con el fin del procedimiento)	
34		Recibe a la psicóloga o el psicólogo, la o el consultante y la contraparte a la plática supervisada.	

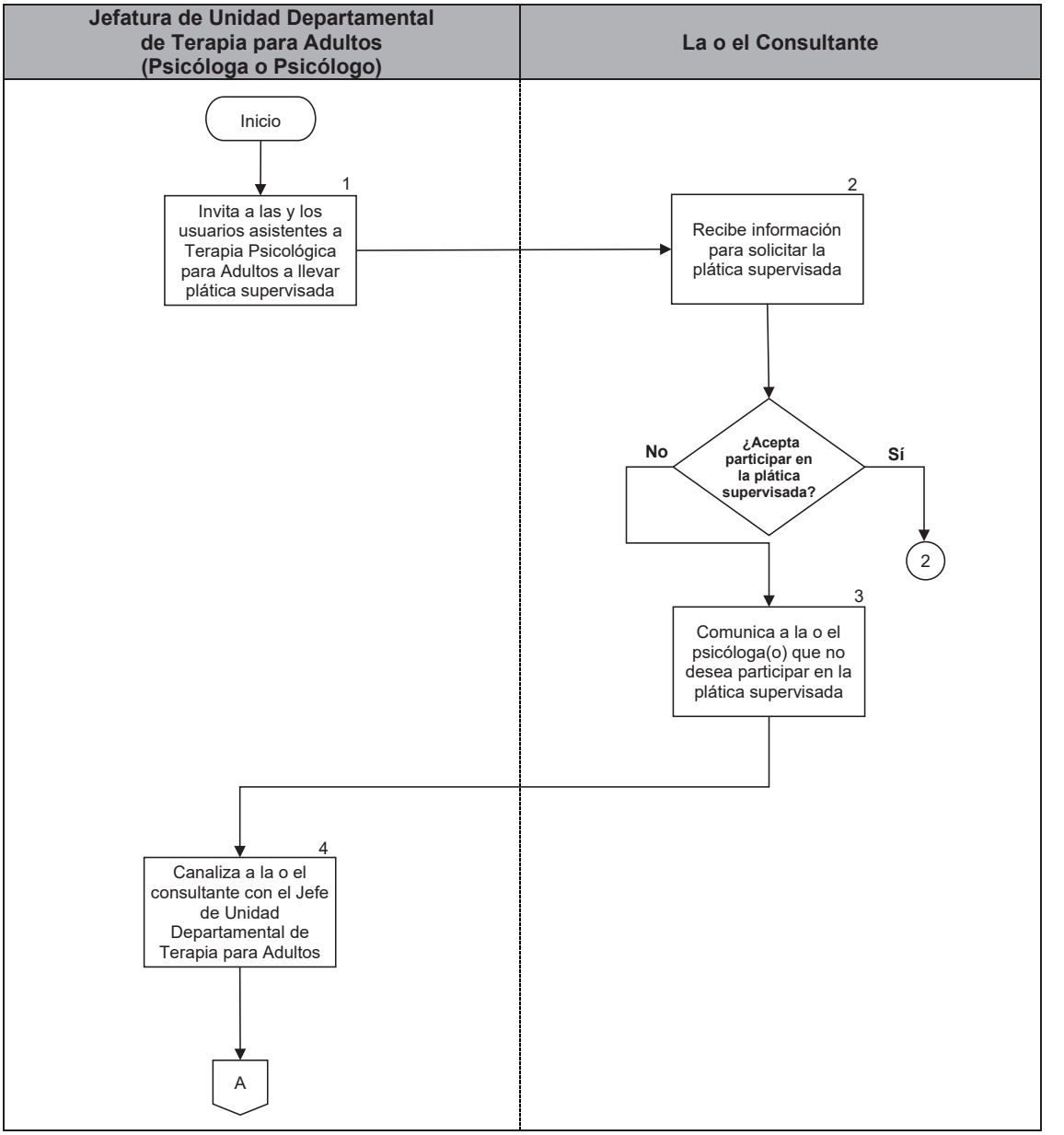
No.	Área.	Descripción de la actividad.	Documentos y/o sistemas de apoyo.
35	Jefatura de Unidad Departamental de Terapia para Adultos	Realiza la plática supervisada. **¿Considera realizar otra plática de seguimiento, si no se ha llevado a cabo alguna adicional?** **Sí.** Continúa en la actividad no. 36 **No.** Continúa en la actividad no. 37	
36		Programa y agenda una plática más de seguimiento e informa a la psicóloga o el psicólogo, la o el consultante y a su contraparte el día y hora de la plática supervisada de seguimiento. (Regresa a la actividad no. 31)	
37		Elabora y recaba firma de los resultados y compromisos derivados de la plática supervisada.	• Formato DEIP-TA-08
38		Archiva en el expediente, los resultados y compromisos derivados de la plática supervisada.	• Expediente

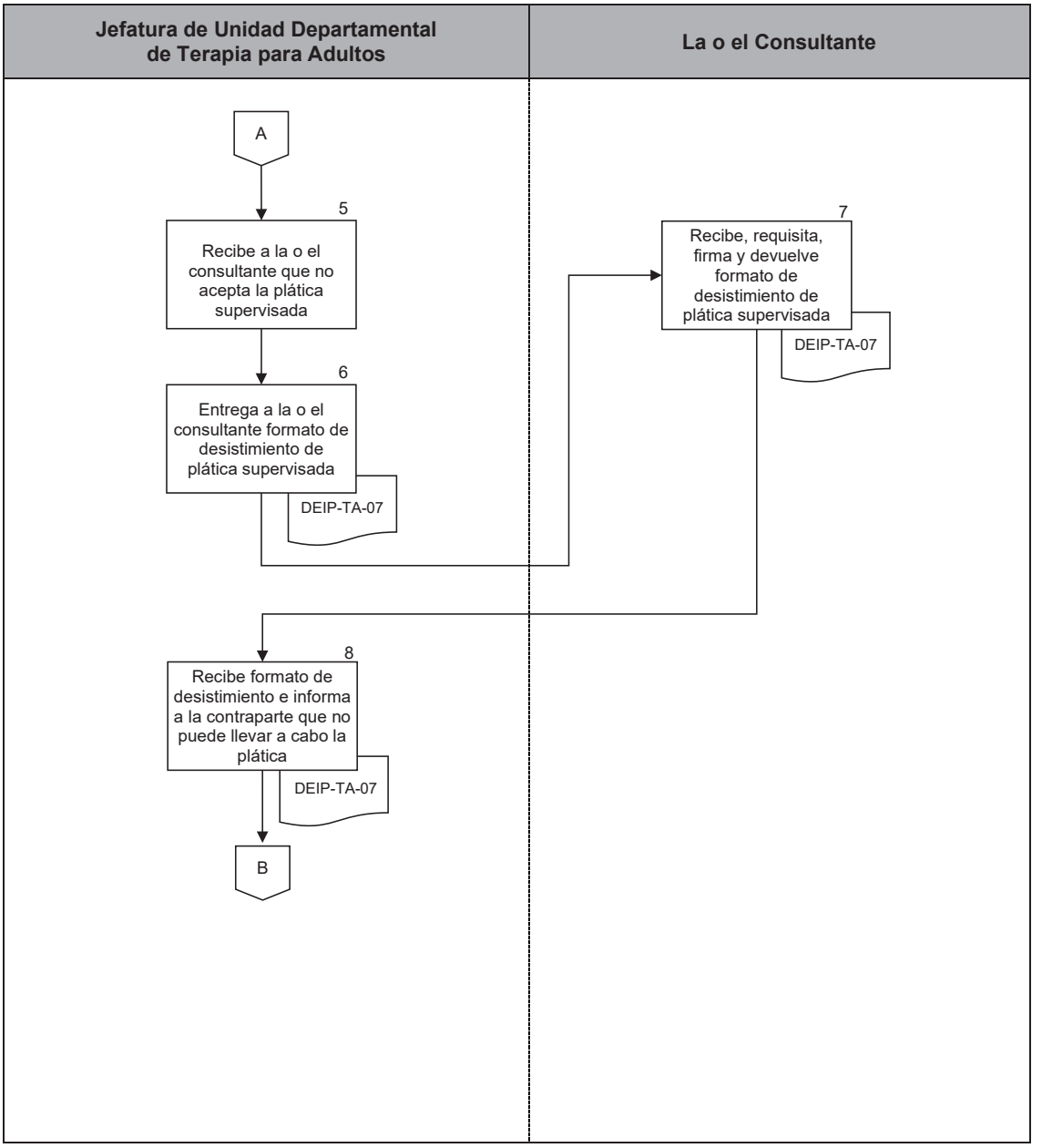
FIN DEL PROCEDIMIENTO

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

PROCEDIMIENTOS

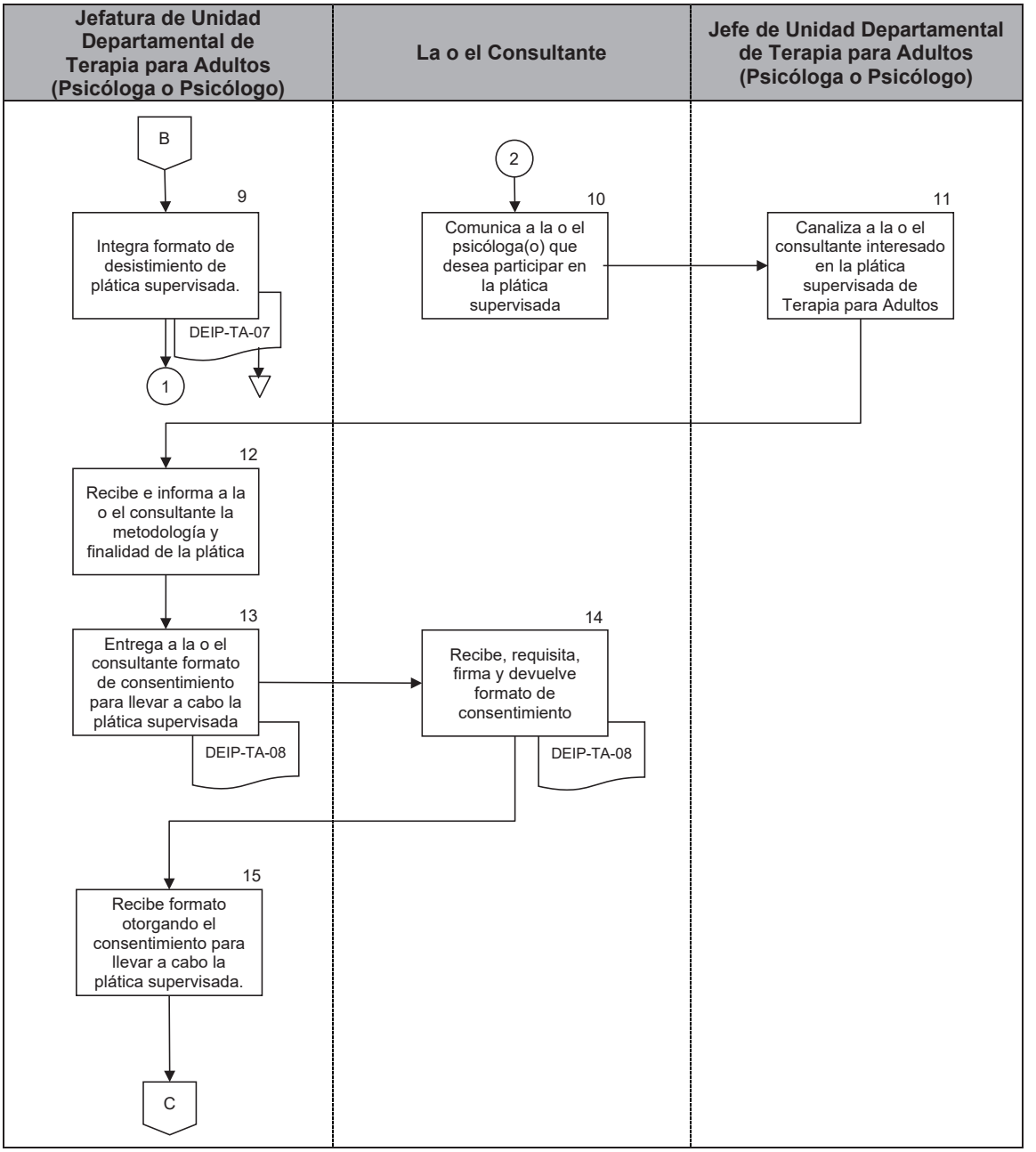



Jefatura de Unidad Departamental de Terapia para Adultos
La o el Consultante
A
5
Recibe a la o el consultante que no acepta la plática supervisada
6
Entrega a la o el consultante formato de desistimiento de plática supervisada
DEIP-TA-07
7
Recibe, requisita, firma y devuelve formato de desistimiento de plática supervisada
DEIP-TA-07
8
Recibe formato de desistimiento e informa a la contraparte que no puede llevar a cabo la plática
DEIP-TA-07
B

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

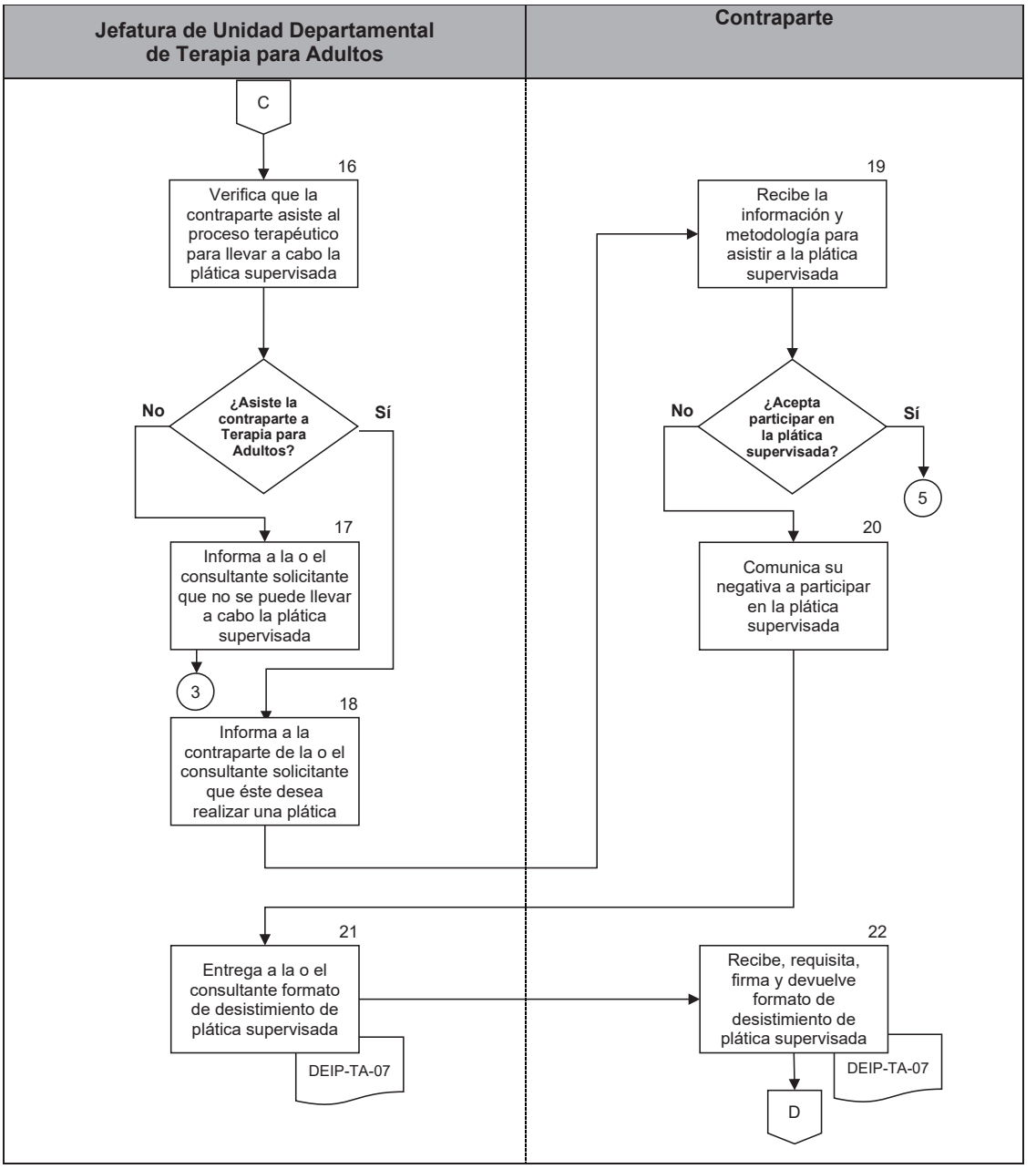
PROCEDIMIENTOS



PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

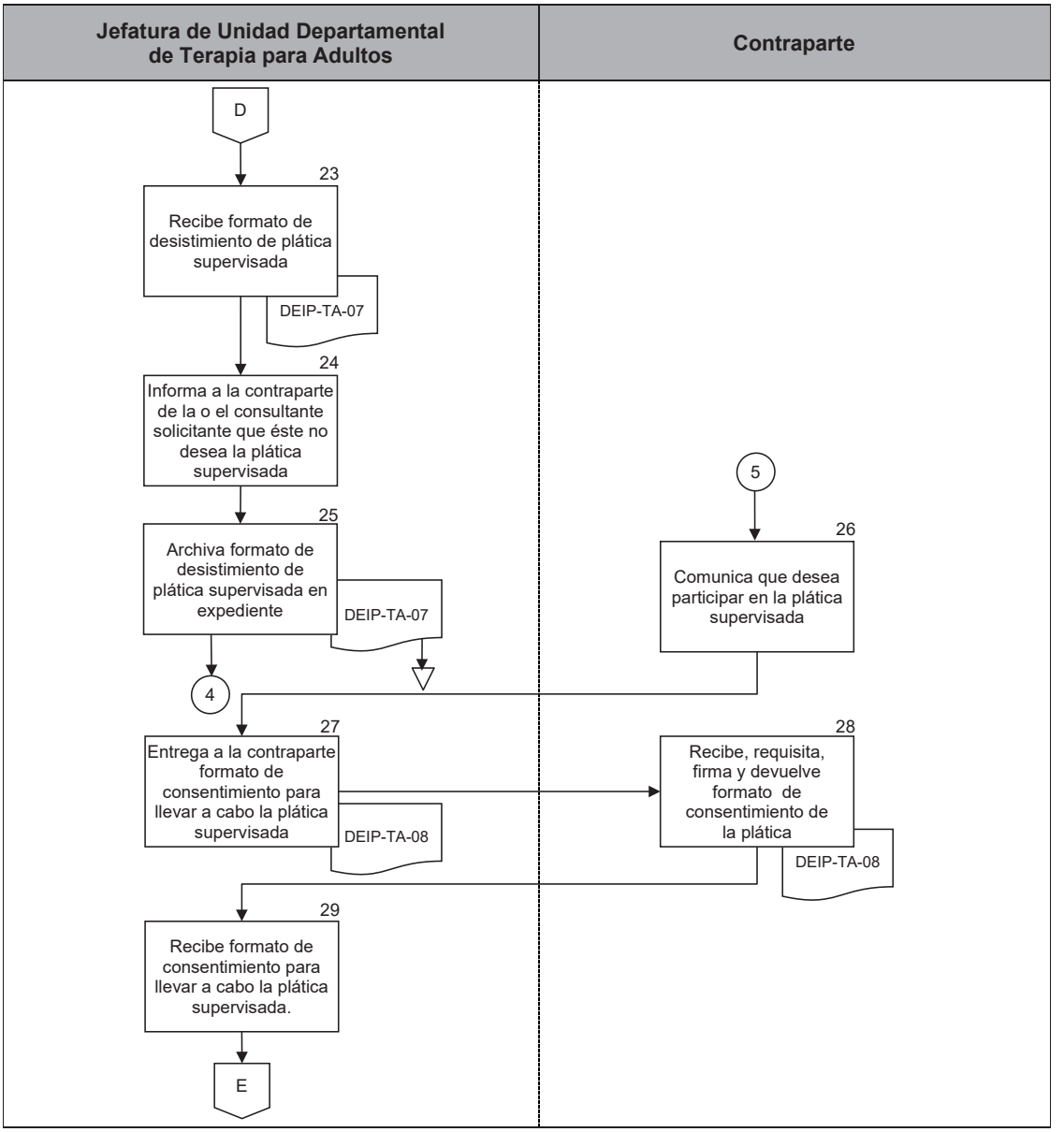
PROCEDIMIENTOS



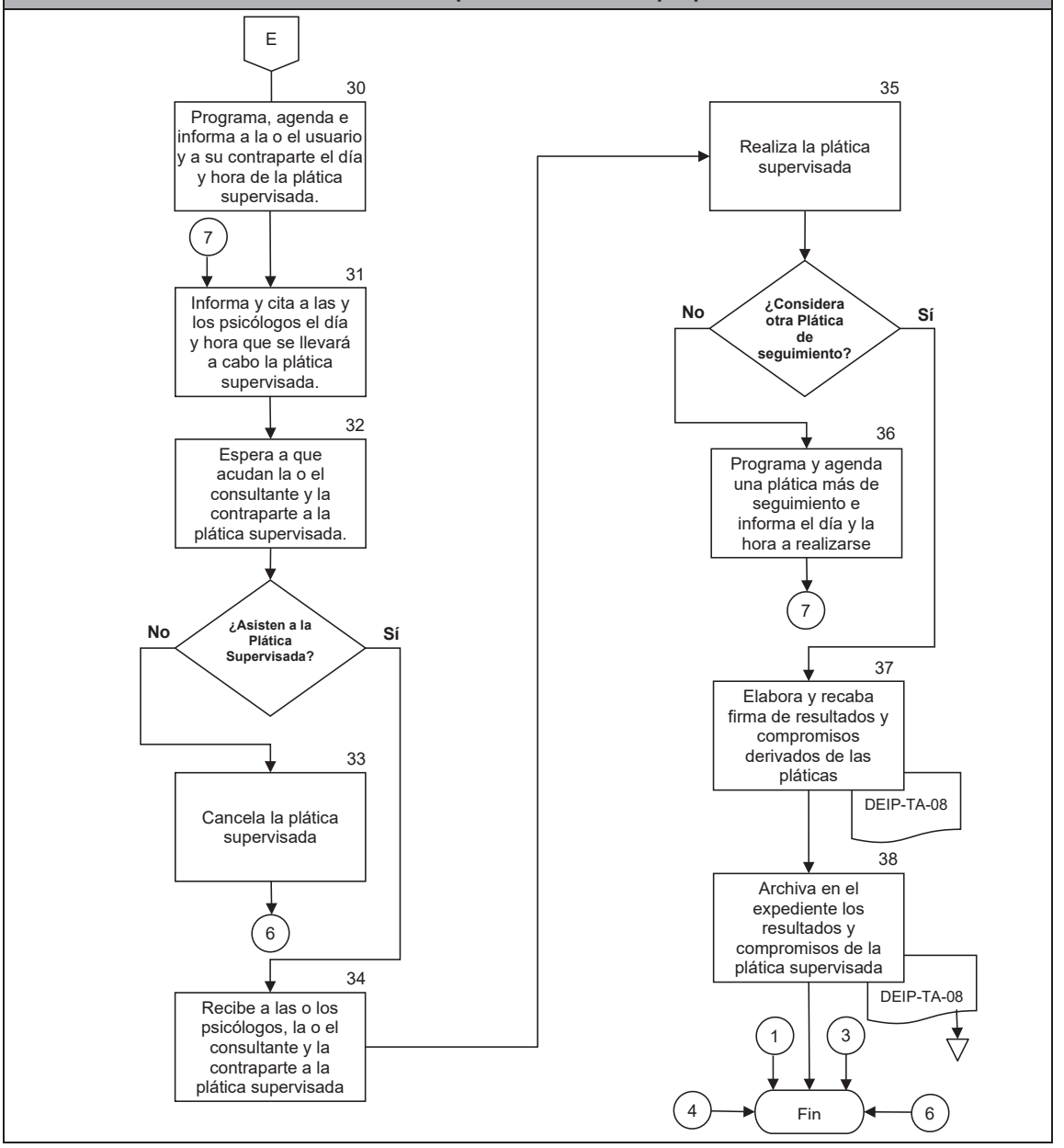
PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

PROCEDIMIENTOS



Jefatura de Unidad Departamental de Terapia para Adultos



PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA
TSJCDMX

Subdirección de Intervención Psicológica.
JUD Terapia para Adultos.

DESISTIMIENTO PARA NO LLEVAR PLÁTICA PSICOLÓGICA CON MI CONTRAPARTE

Fecha: / /

Yo_____, NO estoy de acuerdo en realizar una plática de acercamiento con mi contraparte por no convenir a mis intereses particulares.

Exponga brevemente sus motivos:

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

_____
Firma del interesado(a).

_____ _____
Psicólogo(a) responsable. JUD Terapia para Adultos.

DEIP-TA-07

Ave. Niños Héroes núm. 150, 3er. Piso. Colonia Doctores. Alcaldía Cuauhtémoc. C.P. 06720. CDMX.
Teléfono: 9156-4997 Exts.: 511412 y 511420

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

Subdirección de Intervención Psicológica.
JUD Terapia para Adultos.

AVISO DE PRIVACIDAD

- **Identificación del responsable y la ubicación de su domicilio**

El responsable de dar tratamiento a los datos personales es la Mtra. Mariana Ortiz Castañares, Coordinadora de Intervención Especializada para Apoyo Judicial del Tribunal Superior de Justicia de la Ciudad de México, con domicilio en Avenida Niños Héroes, Número 150, Piso 3, Colonia Doctores, Delegación Cuauhtémoc, C.P. 06720, Ciudad de México.

- **El fundamento legal que faculta al responsable para llevar a cabo el tratamiento:**

Los datos personales serán protegidos y tratados, con fundamento en lo que dispone la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos en sus artículos 6 párrafo segundo fracción II, 16 párrafo segundo y 108 párrafo primero. El artículo 7, inciso E), puntos 1, 2, 3 y 4 de la Constitución Política de la Ciudad de México. La Convención Americana sobre Derechos Humanos en su artículo 19. La Convención Americana de los Derechos del Niño en sus artículos 1, 3, 8, 12 y 19. La Ley de los Derechos de las Niñas y Niños en el Distrito Federal en sus artículos 7, 8, 45 y 85. La Ley de Asistencia y Prevención de la Violencia Familiar del Distrito Federal en sus artículos 9 y 10. El Código Civil para el Distrito Federal en su artículo 323 Septimus y el Código de Procedimientos Civiles para el Distrito Federal en sus artículos 278 y 279. Así como lo establecido en el artículo 1 de la Ley Orgánica del Tribunal Superior de Justicia del Distrito Federal ahora Ciudad de México. Los artículos 6, fracciones XII, XIII, XIV, XV, XVI, XVII, XXII, XLI y XLII y 186 de la Ley de Transparencia, Acceso a la Información Pública y Rendición de Cuentas de la Ciudad de México. Los artículos 1, 2, 3, fracciones I, II, IX, XI, XXIX, 4, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 24, 25, 26, 37, 38 y 39 de la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados de la Ciudad de México. Los artículos 1, 3 fracción X, 30 fracciones VI y VII, 31, 32, 33, 34, 35 fracción VIII, 37, 38 y 40 de la Ley de Archivos del Distrito Federal ahora Ciudad de México. Artículo 15 de los Lineamientos para la Organización y Conservación de Archivos. Artículos 49, fracciones I y V, y 210 Ley de Responsabilidades Administrativas de la Ciudad de México y los Lineamientos para el Desarrollo y Aplicación de Estudios Psicológicos, Peritajes en Psicología, Exámenes Psicotécnicos, Asistencias Técnicas Psicológicas, Terapias para Adultos y Terapias para Niñas, Niños y Adolescentes, que se practican por la Dirección de Evaluación e Intervención Psicológica para Apoyo Judicial del Tribunal Superior de Justicia de la Ciudad de México aprobados por Acuerdo 11-14/2017.

- **Los datos personales que serán sometidos a tratamiento, así como la existencia de un sistema de datos personales:**
  - Clave Única de Registro de Población (CURP).
  - Domicilio.
  - Edad.
  - Fecha de nacimiento.
  - Firma.
  - Fotografía.
  - Lugar de nacimiento.
  - Nacionalidad.
  - Nombre.
  - Número de pasaporte.
  - Teléfono celular.
  - Teléfono particular.
  - Procedimientos administrativo seguido en forma de juicio.
  - Trayectoria educativa.
  - Consumo de estupefacientes.
  - Detección de enfermedades.
  - Diagnóstico psicológico.
  - Discapacidades.
  - Estado físico o mental de la persona.
  - Incapacidades médicas.
  - Referencias o descripción de sintomatologías.
  - Características emocionales.
  - Características morales.Convicciones filosóficas.
  - Convicciones religiosas.
  - Creencias.
  - Ideología.
  - Opiniones políticas.
  - Origen étnico o racial.
  - Preferencia sexual.
  - Huella digital.
  - Folio de elector.
  - Clave de elector.
  - Sexo.
  - Referencias laborales no oficial.
  - Correo electrónico.

Ave. Niños Héroes núm. 150, 3er. Piso, Colonia Doctores, Alcaldía Cuauhtémoc, C.P. 06720, CDMX.
Teléfono: 9156-4997 Exts.: 511412 y 511420

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

Subdirección de Intervención Psicológica.
JUD Terapia para Adultos.

Inscritos en el SISTEMA DE GESTIÓN DE EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA PARA APOYO JUDICIAL (SGEIPAJ)

- **Las finalidades del tratamiento para las cuales se recaban los datos personales, el ciclo de vida de los mismos, la revocación del consentimiento y los derechos del titular sobre éstos:**

La finalidad del tratamiento de sus datos personales es dar cumplimiento a los ordenamientos jurisdiccionales enviados por Salas y Juzgados, mediante la correcta y oportuna programación y trámites administrativos que se requieren para la realización de evaluaciones psicológicas y psicotécnicas, periciales, opiniones técnicas y procesos psicoterapéuticos para adultos, niñas, niños y/o adolescentes.
El ciclo de vida de sus datos personales es el siguiente:

Ciclo vital del Dato Personal (Principio de temporalidad)	
Archivo de Trámite	5 años
Archivo de Concentración	5 años
Archivo historico	Sí
Supresión	10 años
Ciclo vital del Dato Personal Libretas de control (Principio de temporalidad)	
Archivo de Trámite	1 año
Archivo de Concentración	1 año
Archivo historico	No
Supresión	2 años

Revocación del consentimiento: Procederá a partir de que el titular exprese de manera libre, voluntaria e inequívoca su solicitud para que cese el tratamiento de sus datos personales, el cual no tendrá efectos retroactivos.
Derechos del titular: El titular que acredite su identidad o, en su caso, su representante que acredite identidad y personalidad, podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición (ARCO).

- **Los Mecanismos, medios y procedimientos disponibles para ejercer los derechos de Acceso, Rectificación, Cancelación y Oposición:**

El titular de los datos personales y de conformidad con el Título Tercero, Capítulos I y II de la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados de la Ciudad de México, tiene derecho al Acceso, Rectificación, Cancelación y Oposición de sus datos, por lo que, para ejercer su derecho podrá realizarlo de la siguiente manera:

1.- Solicitar información a través del sistema de solicitudes de información (INFOMEX) http://www.infomexdf.org.mx/InfomexDF/default.aspx, Plataforma Nacional de Transparencia http://www.plataformadetransparencia.org.mx/web/guest/sac,
2.- Vía correo electrónico a la dirección de la Unidad de Transparencia oip@tsjcdmx.gob.mx.
3.- De manera personal en las oficinas de la Unidad de Transparencia del Tribunal Superior de Justicia de la Ciudad de México.
4.- Tel-Infodf al número 5636-4636.

- **El domicilio de la Unidad de Transparencia:**

Unidad de Transparencia del Tribunal Superior de Justicia de la Ciudad de México, cuyo domicilio se localiza en Avenida Niños Héroes número 132, Planta Baja, Colonia Doctores, Delegación Cuauhtémoc, Código Postal 06720, Ciudad de México, en días hábiles y en un horario de atención al público de 9:00 a 15:00 horas de lunes a jueves y de 9:00 a 14:00 horas los días viernes.

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA
TSJCDMX

Subdirección de Intervención Psicológica.
JUD Terapia para Adultos.

DESISTIMIENTO PARA NO LLEVAR PLÁTICA PSICOLÓGICA CON MI CONTRAPARTE

(1)
Fecha: / /

Yo*_____(2)_____*, NO estoy de acuerdo en realizar una plática de acercamiento con mi contraparte por no convenir a mis intereses particulares.

Exponga brevemente sus motivos:

_____(3)_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

(4)
_____
Firma del interesado(a).

(5)
_____
Psicólogo(a) responsable.

(6)
_____
JUD Terapia para Adultos.

DEIP-TA-07

Ave. Niños Héroes núm. 150, 3er. Piso, Colonia Doctores, Alcaldía Cuauhtémoc, C.P. 06720, CDMX.
Teléfono: 9156-4997 Ext.: 511412 y 511420

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

Subdirección de Intervención Psicológica.
JUD Terapia para Adultos.

AVISO DE PRIVACIDAD

- **Identificación del responsable y la ubicación de su domicilio**

El responsable de dar tratamiento a los datos personales es la Mtra. Mariana Ortiz Castañares, Coordinadora de Intervención Especializada para Apoyo Judicial del Tribunal Superior de Justicia de la Ciudad de México, con domicilio en Avenida Niños Héroes, Número 150, Piso 3, Colonia Doctores, Delegación Cuauhtémoc, C.P. 06720, Ciudad de México.

- **El fundamento legal que faculta al responsable para llevar a cabo el tratamiento:**

Los datos personales serán protegidos y tratados, con fundamento en lo que dispone la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos en sus artículos 6 párrafo segundo fracción II, 16 párrafo segundo y 108 párrafo primero. El artículo 7, inciso E), puntos 1, 2, 3 y 4 de la Constitución Política de la Ciudad de México. La Convención Americana sobre Derechos Humanos en su artículo 19. La Convención Americana de los Derechos del Niño en sus artículos 1, 3, 8, 12 y 19. La Ley de los Derechos de las Niñas y Niños en el Distrito Federal en sus artículos 7, 8, 45 y 85. La Ley de Asistencia y Prevención de la Violencia Familiar del Distrito Federal en sus artículos 9 y 10. El Código Civil para el Distrito Federal en su artículo 323 Septimus y el Código de Procedimientos Civiles para el Distrito Federal en sus artículos 278 y 279. Así como lo establecido en el artículo 1 de la Ley Orgánica del Tribunal Superior de Justicia del Distrito Federal ahora Ciudad de México. Los artículos 6, fracciones XII, XIII, XIV, XV, XVI, XVII, XXII, XLI y XLII y 186 de la Ley de Transparencia, Acceso a la Información Pública y Rendición de Cuentas de la Ciudad de México. Los artículos 1, 2, 3, fracciones I, II, IX, XI, XXIX, 4, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 24, 25, 26, 37, 38 y 39 de la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados de la Ciudad de México. Los artículos 1, 3 fracción X, 30 fracciones VI y VII, 31, 32, 33, 34, 35 fracción VIII, 37, 38 y 40 de la Ley de Archivos del Distrito Federal ahora Ciudad de México. Artículo 15 de los Lineamientos para la Organización y Conservación de Archivos. Artículos 49, fracciones I y V, y 210 Ley de Responsabilidades Administrativas de la Ciudad de México y los Lineamientos para el Desarrollo y Aplicación de Estudios Psicológicos, Peritajes en Psicología, Exámenes Psicotécnicos, Asistencias Técnicas Psicológicas, Terapias para Adultos y Terapias para Niñas, Niños y Adolescentes, que se practican por la Dirección de Evaluación e Intervención Psicológica para Apoyo Judicial del Tribunal Superior de Justicia de la Ciudad de México aprobados por Acuerdo 11-14/2017.

- **Los datos personales que serán sometidos a tratamiento, así como la existencia de un sistema de datos personales:**
  - Clave Única de Registro de Población (CURP).
  - Domicilio.
  - Edad.
  - Fecha de nacimiento.
  - Firma.
  - Fotografía.
  - Lugar de nacimiento.
  - Nacionalidad.
  - Nombre.
  - Número de pasaporte.
  - Teléfono celular.
  - Teléfono particular.
  - Procedimientos administrativo seguido en forma de juicio.
  - Trayectoria educativa.
  - Consumo de estupefacientes.
  - Detección de enfermedades.
  - Diagnóstico psicológico.
  - Discapacidades.
  - Estado físico o mental de la persona.
  - Incapacidades médicas.
  - Referencias o descripción de sintomatologías.
  - Características emocionales.
  - Características morales.Convicciones filosóficas.
  - Convicciones religiosas.
  - Creencias.
  - Ideología.
  - Opiniones políticas.
  - Origen étnico o racial.
  - Preferencia sexual.
  - Huella digital.
  - Folio de elector.
  - Clave de elector.
  - Sexo.
  - Referencias laborales no oficial.
  - Correo electrónico.

Ave. Niños Héroes núm. 150, 3er. Piso, Colonia Doctores, Alcaldía Cuauhtémoc, C.P. 06720, CDMX.
Teléfono: 9156-4997 Exts.: 511412 y 511420

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

Subdirección de Intervención Psicológica.
JUD Terapia para Adultos.

Inscritos en el SISTEMA DE GESTIÓN DE EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA PARA APOYO JUDICIAL (SGEIPAJ)

- **Las finalidades del tratamiento para las cuales se recaban los datos personales, el ciclo de vida de los mismos, la revocación del consentimiento y los derechos del titular sobre éstos:**

La finalidad del tratamiento de sus datos personales es dar cumplimiento a los ordenamientos jurisdiccionales enviados por Salas y Juzgados, mediante la correcta y oportuna programación y trámites administrativos que se requieren para la realización de evaluaciones psicológicas y psicotécnicas, periciales, opiniones técnicas y procesos psicoterapéuticos para adultos, niñas, niños y/o adolescentes.
El ciclo de vida de sus datos personales es el siguiente:

Ciclo vital del Dato Personal (Principio de temporalidad)	
Archivo de Trámite	5 años
Archivo de Concentración	5 años
Archivo historico	Sí
Supresión	10 años
Ciclo vital del Dato Personal Libretas de control (Principio de temporalidad)	
Archivo de Trámite	1 año
Archivo de Concentración	1 año
Archivo historico	No
Supresión	2 años

Revocación del consentimiento: Procederá a partir de que el titular exprese de manera libre, voluntaria e inequívoca su solicitud para que cese el tratamiento de sus datos personales, el cual no tendrá efectos retroactivos.
Derechos del titular: El titular que acredite su identidad o, en su caso, su representante que acredite identidad y personalidad, podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición (ARCO).

- **Los Mecanismos, medios y procedimientos disponibles para ejercer los derechos de Acceso, Rectificación, Cancelación y Oposición:**

El titular de los datos personales y de conformidad con el Título Tercero, Capítulos I y II de la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados de la Ciudad de México, tiene derecho al Acceso, Rectificación, Cancelación y Oposición de sus datos, por lo que, para ejercer su derecho podrá realizarlo de la siguiente manera:

1.- Solicitar información a través del sistema de solicitudes de información (INFOMEX) http://www.infomexdf.org.mx/InfomexDF/default.aspx, Plataforma Nacional de Transparencia http://www.plataformadetransparencia.org.mx/web/guest/sac.
2.- Vía correo electrónico a la dirección de la Unidad de Transparencia oip@tsjcdmx.gob.mx.
3.- De manera personal en las oficinas de la Unidad de Transparencia del Tribunal Superior de Justicia de la Ciudad de México.
4.- Tel-Infodf al número 5636-4636.

- **El domicilio de la Unidad de Transparencia:**

Unidad de Transparencia del Tribunal Superior de Justicia de la Ciudad de México, cuyo domicilio se localiza en Avenida Niños Héroes número 132, Planta Baja, Colonia Doctores, Delegación Cuauhtémoc, Código Postal 06720, Ciudad de México, en días hábiles y en un horario de atención al público de 9:00 a 15:00 horas de lunes a jueves y de 9:00 a 14:00 horas los días viernes.

DESCRIPCIÓN DEL FORMATO

Nombre:	**DESISTIMIENTO PARA NO LLEVAR PLÁTICA PSICOLÓGICA CON MI CONTRAPARTE**
Clave:	**DEIP-TA-07**
Objetivo:	Que la o el Usuaria(o) exprese por escrito los motivos de su desistimiento para que no se lleve a cabo la plática psicológica.
Elabora:	Jefatura de Unidad Departamental de Terapia para Adultos/Usuario.
Número de tantos:	Original.
Distribución:	Original.- Subdirección de Asistencia Técnica e Intervención Psicológica (Expediente general).

INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
1	FECHA	Se registra la fecha del día en curso.
2	NOMBRE	Se anota el nombre del adulto o adulta que no está de acuerdo para llevar a cabo la plática de acercamiento con la contraparte.
3	MOTIVO DEL DESISTIMIENTO	Se detalla el motivo por el que el adulto o adulta desiste del proceso terapéutico.
4	FIRMA DEL INTERESADO(A)	Se anota el nombre y firma del adulto o adulta que no está de acuerdo para llevar a cabo la plática de acercamiento con la contraparte.
5	PSICÓLOGO(A) RESPONSABLE	Se anota el nombre completo y la firma de lo el psicólogo responsable.
6	JUD TERAPIA PARA ADULTOS	Se anota el nombre completo y la firma del Jefe de Departamento de Terapia para Adulto responsable.

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

Subdirección de Intervención Psicológica.
JUD Terapia para Adultos.

CONSENTIMIENTO PARA SOLICITAR PLÁTICA PSICOLÓGICA CON MI CONTRAPARTE.

I P -

Contraparte: _____ Terapeuta: _____

Observaciones: _____

Teléfono de casa: _____ No. de Celular: _____

Disponibilidad de horario: _____ Terapeuta: _____

Observaciones: _____

Fecha: / /

Este consentimiento tiene como propósito un ACERCAMIENTO TERAPEUTICO, entre las partes interesadas.

Yo_____,

solicito que se realice de acuerdo a mis intereses una plática con los psicólogos responsable de mis sesiones terapéuticas de esta Unidad. Tomando en cuenta los siguientes lineamientos:

1. Se llevará a cabo en las instalaciones de la Unidad de terapia para adultos.
2. Se establecerá tentativamente el día _____ de _____ del 2019, a las _____ horas, de acuerdo a lo que ambas partes convengan.
3. La duración de la plática será de 40 minutos aproximadamente.
4. Se llevará a cabo en un ambiente de cordialidad y respeto.
5. Durante la plática los psicólogos intervendrán de manera imparcial, buscando favorecer la comunicación entre las partes.
6. Así mismo al finalizar la plática se establecerán compromiso derivados de la misma.

_____
Firma del interesado(a)

Ave. Niños Héroes núm. 150. 3er. Piso. Colonia Doctores. Alcaldía Cuauhtémoc. C.P. 06720, CDMX.
Teléfono: 9156-4997 Exts.: 511-412 y 511-420

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

Subdirección de Intervención Psicológica.
JUD Terapia para Adultos.

DEIP—TA-08

Fecha: / /

Resultados y compromisos derivados de la plática.

_____

Nombre y firma del interesado (a)

Nombre y Firma del interesado(a)

Nombre y firma Psicólogo(a) responsable

Nombre y firma Psicólogo(a) responsable

Superviso la plática.

Ave. Niños Héroes núm. 150, 3er. Piso, Colonia Doctores, Alcaldía Cuauhtémoc, C.P. 06720, CDMX.
Teléfono: 9156-4997 Exts.: 511412 y 511420

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

Subdirección de Intervención Psicológica.
JUD Terapia para Adultos.

AVISO DE PRIVACIDAD

- **Identificación del responsable y la ubicación de su domicilio**

El responsable de dar tratamiento a los datos personales es la Mtra. Mariana Ortiz Castañares, Coordinadora de Intervención Especializada para Apoyo Judicial del Tribunal Superior de Justicia de la Ciudad de México, con domicilio en Avenida Niños Héroes, Número 150, Piso 3, Colonia Doctores, Delegación Cuauhtémoc, C.P. 06720, Ciudad de México.

- **El fundamento legal que faculta al responsable para llevar a cabo el tratamiento:**

Los datos personales serán protegidos y tratados, con fundamento en lo que dispone la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos en sus artículos 6 párrafo segundo fracción II, 16 párrafo segundo y 108 párrafo primero. El artículo 7, inciso E), puntos 1, 2, 3 y 4 de la Constitución Política de la Ciudad de México. La Convención Americana sobre Derechos Humanos en su artículo 19. La Convención Americana de los Derechos del Niño en sus artículos 1, 3, 8, 12 y 19. La Ley de los Derechos de las Niñas y Niños en el Distrito Federal en sus artículos 7, 8, 45 y 85. La Ley de Asistencia y Prevención de la Violencia Familiar del Distrito Federal en sus artículos 9 y 10. El Código Civil para el Distrito Federal en su artículo 323 Septimus y el Código de Procedimientos Civiles para el Distrito Federal en sus artículos 278 y 279. Así como lo establecido en el artículo 1 de la Ley Orgánica del Tribunal Superior de Justicia del Distrito Federal ahora Ciudad de México. Los artículos 6, fracciones XII, XIII, XIV, XV, XVI, XVII, XXII, XLI y XLII y 186 de la Ley de Transparencia, Acceso a la Información Pública y Rendición de Cuentas de la Ciudad de México. Los artículos 1, 2, 3, fracciones I, II, IX, XI, XXIX, 4, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 24, 25, 26, 37, 38 y 39 de la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados de la Ciudad de México. Los artículos 1, 3 fracción X, 30 fracciones VI y VII, 31, 32, 33, 34, 35 fracción VIII, 37, 38 y 40 de la Ley de Archivos del Distrito Federal ahora Ciudad de México. Artículo 15 de los Lineamientos para la Organización y Conservación de Archivos. Artículos 49, fracciones I y V, y 210 Ley de Responsabilidades Administrativas de la Ciudad de México y los Lineamientos para el Desarrollo y Aplicación de Estudios Psicológicos, Peritajes en Psicología, Exámenes Psicotécnicos, Asistencias Técnicas Psicológicas, Terapias para Adultos y Terapias para Niñas, Niños y Adolescentes, que se practican por la Dirección de Evaluación e Intervención Psicológica para Apoyo Judicial del Tribunal Superior de Justicia de la Ciudad de México aprobados por Acuerdo 11-14/2017.

- **Los datos personales que serán sometidos a tratamiento, así como la existencia de un sistema de datos personales:**
  - Clave Única de Registro de Población (CURP).
  - Domicilio.
  - Edad.
  - Fecha de nacimiento.
  - Firma.
  - Fotografía.
  - Lugar de nacimiento.
  - Nacionalidad.
  - Nombre.
  - Número de pasaporte.
  - Teléfono celular.
  - Teléfono particular.
  - Procedimientos administrativo seguido en forma de juicio.
  - Trayectoria educativa.
  - Consumo de estupefacientes.
  - Detección de enfermedades.
  - Diagnóstico psicológico.
  - Discapacidades.
  - Estado físico o mental de la persona.
  - Incapacidades médicas.
  - Referencias o descripción de sintomatologías.
  - Características emocionales.
  - Características morales.Convicciones filosóficas.
  - Convicciones religiosas.
  - Creencias.
  - Ideología.
  - Opiniones políticas.
  - Origen étnico o racial.
  - Preferencia sexual.
  - Huella digital.
  - Folio de elector.
  - Clave de elector.
  - Sexo.
  - Referencias laborales no oficial.
  - Correo electrónico.

Ave. Niños Héroes núm. 150, 3er. Piso, Colonia Doctores, Alcaldía Cuauhtémoc, C.P. 06720, CDMX.
Teléfono: 9156-4997 Exts.: 511412 y 511420

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

Subdirección de Intervención Psicológica.
JUD Terapia para Adultos.

Inscritos en el SISTEMA DE GESTIÓN DE EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA PARA APOYO JUDICIAL (SGEIPAJ)

- **Las finalidades del tratamiento para las cuales se recaban los datos personales, el ciclo de vida de los mismos, la revocación del consentimiento y los derechos del titular sobre éstos:**

La finalidad del tratamiento de sus datos personales es dar cumplimiento a los ordenamientos jurisdiccionales enviados por Salas y Juzgados, mediante la correcta y oportuna programación y trámites administrativos que se requieren para la realización de evaluaciones psicológicas y psicotécnicas, periciales, opiniones técnicas y procesos psicoterapéuticos para adultos, niñas, niños y/o adolescentes.
El ciclo de vida de sus datos personales es el siguiente:

Ciclo vital del Dato Personal (Principio de temporalidad)	
Archivo de Trámite	5 años
Archivo de Concentración	5 años
Archivo historico	Sí
Supresión	10 años
Ciclo vital del Dato Personal Libretas de control (Principio de temporalidad)	
Archivo de Trámite	1 año
Archivo de Concentración	1 año
Archivo historico	No
Supresión	2 años

Revocación del consentimiento: Procederá a partir de que el titular exprese de manera libre, voluntaria e inequívoca su solicitud para que cese el tratamiento de sus datos personales, el cual no tendrá efectos retroactivos.
Derechos del titular: El titular que acredite su identidad o, en su caso, su representante que acredite identidad y personalidad, podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición (ARCO).

- **Los Mecanismos, medios y procedimientos disponibles para ejercer los derechos de Acceso, Rectificación, Cancelación y Oposición:**

El titular de los datos personales y de conformidad con el Título Tercero, Capítulos I y II de la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados de la Ciudad de México, tiene derecho al Acceso, Rectificación, Cancelación y Oposición de sus datos, por lo que, para ejercer su derecho podrá realizarlo de la siguiente manera:

1.- Solicitar información a través del sistema de solicitudes de información (INFOMEX) http://www.infomexdf.org.mx/InfomexDF/default.aspx, Plataforma Nacional de Transparencia http://www.plataformadetransparencia.org.mx/web/guest/sac.
2.- Vía correo electrónico a la dirección de la Unidad de Transparencia oip@tsjcdmx.gob.mx.
3.- De manera personal en las oficinas de la Unidad de Transparencia del Tribunal Superior de Justicia de la Ciudad de México.
4.- Tel-Infodf al número 5636-4636.

- **El domicilio de la Unidad de Transparencia:**

Unidad de Transparencia del Tribunal Superior de Justicia de la Ciudad de México, cuyo domicilio se localiza en Avenida Niños Héroes número 132, Planta Baja, Colonia Doctores, Delegación Cuauhtémoc, Código Postal 06720, Ciudad de México, en días hábiles y en un horario de atención al público de 9:00 a 15:00 horas de lunes a jueves y de 9:00 a 14:00 horas los días viernes.

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA
TSJCDMX

Subdirección de Intervención Psicológica.
JUD Terapia para Adultos.

CONSENTIMIENTO PARA SOLICITAR PLÁTICA PSICOLÓGICA CON MI CONTRAPARTE.

I P (1)

Contraparte: _____**(2)**_____ Terapeuta: _____**(3)**_____

Observaciones: _____**(4)**_____

Teléfono de casa: _____**(5)**_____ No. de Celular: _____**(6)**_____

Disponibilidad de horario: _____**(7)**_____ Terapeuta:_____**(8)**_____

Observaciones: _____**(9)**_____

(10)

Fecha: / /

Este consentimiento tiene como propósito un ACERCAMIENTO TERAPEUTICO, entre las partes interesadas.

Yo_____(11)_____,
solicito que se realice de acuerdo a mis intereses una plática con los psicólogos responsable de mis sesiones terapéuticas de esta Unidad. Tomando en cuenta los siguientes lineamientos:

1. Se llevará a cabo en las instalaciones de la Unidad de terapia para adultos.

Se establecerá tentativamente el día _____**(12)**_____ de _____**(12)**_____ del 2019, a las ___**(13)**__ horas, de acuerdo a lo que ambas partes convengan.

2. La duración de la plática será de 40 minutos aproximadamente.
3. Se llevará a cabo en un ambiente de cordialidad y respeto.
4. Durante la plática los psicólogos intervendrán de manera imparcial, buscando favorecer la comunicación entre las partes.
5. Así mismo al finalizar la plática se establecerán compromiso derivados de la misma.

(14)

_____
Firma del interesado(a)

DEIP—TA-08

Ave. Niños Héroes núm. 150, 3er. Piso. Colonia Doctores, Alcaldía Cuauhtémoc, C.P. 06720, CDMX.
Teléfono: 9156-4997 Exts.: 511412 y 511420

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

PROCEDIMIENTOS

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

Subdirección de Intervención Psicológica.
JUD Terapia para Adultos.

(15)
Fecha: / /

Resultados y compromisos derivados de la plática.

(16)

_____

(17)
_____
Nombre y firma del interesado (a)

(18)
_____
Nombre y Firma del interesado(a)

(19)
_____
Nombre y firma Psicólogo(a) responsable

(20)
_____
Nombre y firma Psicólogo(a) responsable

(21)
_____
Superviso la plática.

DEIP-TA-08

Ave. Niños Héroes núm. 150, 3er. Piso. Colonia Doctores, Alcaldía Cuauhtémoc. C.P. 06720, CDMX.
Teléfono: 9156-4997 Exts.: 511412 y 511420

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

Subdirección de Intervención Psicológica.
JUD Terapia para Adultos.

AVISO DE PRIVACIDAD

- **Identificación del responsable y la ubicación de su domicilio**

El responsable de dar tratamiento a los datos personales es la Mtra. Mariana Ortiz Castañares, Coordinadora de Intervención Especializada para Apoyo Judicial del Tribunal Superior de Justicia de la Ciudad de México, con domicilio en Avenida Niños Héroes, Número 150, Piso 3, Colonia Doctores, Delegación Cuauhtémoc, C.P. 06720, Ciudad de México.

- **El fundamento legal que faculta al responsable para llevar a cabo el tratamiento:**

Los datos personales serán protegidos y tratados, con fundamento en lo que dispone la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos en sus artículos 6 párrafo segundo fracción II, 16 párrafo segundo y 108 párrafo primero. El artículo 7, inciso E), puntos 1, 2, 3 y 4 de la Constitución Política de la Ciudad de México. La Convención Americana sobre Derechos Humanos en su artículo 19. La Convención Americana de los Derechos del Niño en sus artículos 1, 3, 8, 12 y 19. La Ley de los Derechos de las Niñas y Niños en el Distrito Federal en sus artículos 7, 8, 45 y 85. La Ley de Asistencia y Prevención de la Violencia Familiar del Distrito Federal en sus artículos 9 y 10. El Código Civil para el Distrito Federal en su artículo 323 Septimus y el Código de Procedimientos Civiles para el Distrito Federal en sus artículos 278 y 279. Así como lo establecido en el artículo 1 de la Ley Orgánica del Tribunal Superior de Justicia del Distrito Federal ahora Ciudad de México. Los artículos 6, fracciones XII, XIII, XIV, XV, XVI, XVII, XXII, XLI y XLII y 186 de la Ley de Transparencia, Acceso a la Información Pública y Rendición de Cuentas de la Ciudad de México. Los artículos 1, 2, 3, fracciones I, II, IX, XI, XXIX, 4, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 24, 25, 26, 37, 38 y 39 de la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados de la Ciudad de México. Los artículos 1, 3 fracción X, 30 fracciones VI y VII, 31, 32, 33, 34, 35 fracción VIII, 37, 38 y 40 de la Ley de Archivos del Distrito Federal ahora Ciudad de México. Artículo 15 de los Lineamientos para la Organización y Conservación de Archivos. Artículos 49, fracciones I y V, y 210 Ley de Responsabilidades Administrativas de la Ciudad de México y los Lineamientos para el Desarrollo y Aplicación de Estudios Psicológicos, Peritajes en Psicología, Exámenes Psicotécnicos, Asistencias Técnicas Psicológicas, Terapias para Adultos y Terapias para Niñas, Niños y Adolescentes, que se practican por la Dirección de Evaluación e Intervención Psicológica para Apoyo Judicial del Tribunal Superior de Justicia de la Ciudad de México aprobados por Acuerdo 11-14/2017.

- **Los datos personales que serán sometidos a tratamiento, así como la existencia de un sistema de datos personales:**
  - Clave Única de Registro de Población (CURP).
  - Domicilio.
  - Edad.
  - Fecha de nacimiento.
  - Firma.
  - Fotografía.
  - Lugar de nacimiento.
  - Nacionalidad.
  - Nombre.
  - Número de pasaporte.
  - Teléfono celular.
  - Teléfono particular.
  - Procedimientos administrativo seguido en forma de juicio.
  - Trayectoria educativa.
  - Consumo de estupefacientes.
  - Detección de enfermedades.
  - Diagnóstico psicológico.
  - Discapacidades.
  - Estado físico o mental de la persona.
  - Incapacidades médicas.
  - Referencias o descripción de sintomatologías.
  - Características emocionales.
  - Características morales.Convicciones filosóficas.
  - Convicciones religiosas.
  - Creencias.
  - Ideología.
  - Opiniones políticas.
  - Origen étnico o racial.
  - Preferencia sexual.
  - Huella digital.
  - Folio de elector.
  - Clave de elector.
  - Sexo.
  - Referencias laborales no oficial.
  - Correo electrónico.

Ave. Niños Héroes núm. 150, 3er. Piso, Colonia Doctores, Alcaldía Cuauhtémoc, C.P. 06720, CDMX.
Teléfono: 9156-4997 Exts.: 511412 y 511420

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

Subdirección de Intervención Psicológica.
JUD Terapia para Adultos.

Inscritos en el SISTEMA DE GESTIÓN DE EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA PARA APOYO JUDICIAL (SGEIPAJ)

- **Las finalidades del tratamiento para las cuales se recaban los datos personales, el ciclo de vida de los mismos, la revocación del consentimiento y los derechos del titular sobre éstos:**

La finalidad del tratamiento de sus datos personales es dar cumplimiento a los ordenamientos jurisdiccionales enviados por Salas y Juzgados, mediante la correcta y oportuna programación y trámites administrativos que se requieren para la realización de evaluaciones psicológicas y psicotécnicas, periciales, opiniones técnicas y procesos psicoterapéuticos para adultos, niñas, niños y/o adolescentes.
El ciclo de vida de sus datos personales es el siguiente:

Ciclo vital del Dato Personal (Principio de temporalidad)	
Archivo de Trámite	5 años
Archivo de Concentración	5 años
Archivo historico	Sí
Supresión	10 años
Ciclo vital del Dato Personal Libretas de control (Principio de temporalidad)	
Archivo de Trámite	1 año
Archivo de Concentración	1 año
Archivo historico	No
Supresión	2 años

Revocación del consentimiento: Procederá a partir de que el titular exprese de manera libre, voluntaria e inequívoca su solicitud para que cese el tratamiento de sus datos personales, el cual no tendrá efectos retroactivos.
Derechos del titular: El titular que acredite su identidad o, en su caso, su representante que acredite identidad y personalidad, podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición (ARCO).

- **Los Mecanismos, medios y procedimientos disponibles para ejercer los derechos de Acceso, Rectificación, Cancelación y Oposición:**

El titular de los datos personales y de conformidad con el Título Tercero, Capítulos I y II de la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados de la Ciudad de México, tiene derecho al Acceso, Rectificación, Cancelación y Oposición de sus datos, por lo que, para ejercer su derecho podrá realizarlo de la siguiente manera:

1.- Solicitar información a través del sistema de solicitudes de información (INFOMEX) http://www.infomexdf.org.mx/InfomexDF/default.aspx, Plataforma Nacional de Transparencia http://www.plataformadetransparencia.org.mx/web/guest/sac.
2.- Vía correo electrónico a la dirección de la Unidad de Transparencia oip@tsjcdmx.gob.mx.
3.- De manera personal en las oficinas de la Unidad de Transparencia del Tribunal Superior de Justicia de la Ciudad de México.
4.- Tel-Infodf al número 5636-4636.

- **El domicilio de la Unidad de Transparencia:**

Unidad de Transparencia del Tribunal Superior de Justicia de la Ciudad de México, cuyo domicilio se localiza en Avenida Niños Héroes número 132, Planta Baja, Colonia Doctores, Delegación Cuauhtémoc, Código Postal 06720, Ciudad de México, en días hábiles y en un horario de atención al público de 9:00 a 15:00 horas de lunes a jueves y de 9:00 a 14:00 horas los días viernes.

DESCRIPCIÓN DEL FORMATO

Nombre:	**CONSENTIMIENTO PARA SOLICITAR PLÁTICA PSICOLÓGICA CON MI CONTRAPARTE**
Clave:	**DEIP-TA-08**
Objetivo:	Que la o el Usuario exprese su voluntad de asistir a la Plática Supervisada para Adultos con su contraparte.
Elabora:	Jefatura de Unidad Departamental de Terapia para Adultos/Usuario.
Número de tantos:	Original.
Distribución:	Original.-Subdirección de Asistencia Técnica e Intervención Psicológica (Expediente general).

INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
1	IP	Se anota el número de registro del expediente.
2	CONTRAPARTE	Se anota el nombre de la contraparte para el proceso terapéutico.
3	TERAPEUTA	Se anota el nombre de la o el psicólogo de la contraparte para el proceso terapéutico.
4	OBSERVACIONES	Se anota si existe alguna observación para llevar a cabo el proceso terapéutico.
5	TELÉFONO DE CASA	Se anota el número telefónico de casa de la o el usuario que solicita la plática.
6	NO. DE CELULAR	Se anota el número de celular de la o el usuario que solicita la plática.
7	DISPONIBILIDAD DE HORARIO	Se anota si tienen algún tipo de complicación en el horario.
8	TERAPEUTA	Se anota el nombre de la o el psicólogo de la persona que solicita la plática
9	OBSERVACIONES	Se anota si existe alguna observación sobre los datos de la o el usuario para llevar a cabo el proceso terapéutico.
10	FECHA	Se anota la fecha del día en curso.
11	NOMBRE	Se anota el nombre de la o el que solicita la plática.

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
12	DÍA	Se anota la fecha del día en que se llevará a cabo la plática psicológica.
13	HORA	Se anota el horario en que se llevará a cabo la plática psicológica.
14	FIRMA DEL INTERESADO(A)	Se anota el nombre completo y la firma de la o el interesado.
15	FECHA	Se registra la fecha del día en curso.
16	RESULTADOS Y COMPROMISOS DERIVADOS DE LA PLÁTICA	Se anota los acuerdos y/o compromisos a los que se llegan derivados de la plática supervisada.
17	NOMBRE Y FIRMA DEL INTERESADO(A)	Se anota el nombre de la o el que solicita la plática.
18	NOMBRE Y FIRMA DEL INTERESADO(A)	Se anota el nombre de la contraparte.
19	NOMBRE Y FIRMA PSICÓLOGO(A) RESPONSABLE	Se anota el nombre y la firma de la o el psicólogo responsable de la o el usuario que solicitó la plática.
20	NOMBRE Y FIRMA PSICÓLOGO(A) RESPONSABLE	Se anota el nombre y la firma de la o el psicólogo responsable de la contraparte.
21	SUPERVISÓ LA PLÁTICA	Se anota el nombre y la firma del que supervisó las pláticas.

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

PROCEDIMIENTOS

Procedimiento: CIEAJ -008	Atención de solicitudes de Terapia Psicológica para Niñas, Niños y/o Adolescentes.
Objetivo general:	Atender las solicitudes de tratamiento psicológico individual a Niñas, Niños y/o Adolescentes que se encuentran inmersos en un proceso legal familiar por la separación de sus padres, y que son enviados por los Órganos Jurisdiccionales para auxiliar a la autoridad judicial con mayores elementos y, asimismo, para favorecer en las Niñas, Niños y Adolescentes la adquisición de recursos de comunicación y adaptación a su entorno familiar de acuerdo a su etapa de desarrollo.
Políticas y normas de operación:	

1. La Terapia Psicológica para Niñas, Niños y Adolescentes se otorgará conforme a los “Lineamientos para el Desarrollo y Aplicación de Estudios Psicológicos, Peritajes en Psicología, Exámenes Psicotécnicos, Asistencias Técnicas Psicológicas, Terapias para Adultos y Terapias para Niñas, Niños y/o Adolescentes en el Poder Judicial de la Ciudad de México”.

2. La Terapia Psicológica para Niñas, Niños y Adolescentes solicitada mediante oficio por los Órganos Jurisdiccionales será atendida por la Subdirección de Intervención Psicológica.

3. La Subdirección de Intervención Psicológica recibe los oficios provenientes de la Oficialía de Partes de la Coordinación de Intervención Especializada para Apoyo Judicial del Tribunal Superior de Justicia de la Ciudad de México.

4. Se asignará un número de registro interno por ordenamiento recibido, ejemplo: IP-Número consecutivo-H1, H2, etc., en orden descendente (de la o el hijo mayor al menor).

5. En la Unidad de Terapia para Niñas, Niños y/o Adolescentes se les denominará "consultantes" a las y los usuarios del servicio.

6. El padre, madre o tutor(a) del consultante que detente la guarda y custodia, provisional o definitiva, será quien deberá realizar la inscripción al Programa de Terapia para Niñas, Niños y/o Adolescentes.

7. Los horarios disponibles de sesiones terapéuticas son de lunes a jueves de 9:30 a 13:30 horas.

8. Si el padre, madre o tutor(a) del consultante decide no realizar la inscripción de sus hijos o hijas al Programa de Terapia para Niñas, Niños y/o Adolescentes, llenarán y firmarán el formato de Desistimiento de Terapia.

9. Al momento de la inscripción al proceso de Terapia, se entregará al padre, madre o tutor(a) de los consultantes para su llenado y firma los siguientes formatos:

    a. Reglamento de la Unidad de Terapia para Niñas, Niños y/o Adolescentes.
    b. Consentimiento Informado.
    c. Antecedentes Niñas, Niños y/o Adolescentes.

    Todos estos formatos se integrarán al expediente del consultante.

10. Previo a iniciar el proceso de Terapia con las Niñas, Niños y/o Adolescentes se realizarán entrevistas con el padre y madre o tutor(a), por separado, en el día y horario asignados para las sesiones de Terapia de sus hijos. En el caso de que el padre, madre o tutor(a) no se presenten a la entrevista, se otorgarán máximo dos citas adicionales. Si no se presentaran ninguno de los padres, madres o tutores, se procederá a dar de baja al consultante.

11. Se realizarán máximo 14 sesiones de Terapia individual, cada una con duración aproximada de 60 minutos, una vez a la semana.

12. Si se dieran dos inasistencias al proceso de Terapia, se procederá a dar de baja al consultante.

13. Algunas de las sesiones se realizarán en la cámara de Gesell como se especifica en el numeral 2, apartados b y d, del Reglamento de la Unidad de Terapia para Niñas, Niños y/o Adolescentes.

14. La Terapia Psicológica sólo podrá ser impartida en las instalaciones de la Coordinación de Intervención Especializada para Apoyo Judicial del Tribunal Superior de Justicia de la Ciudad de México.

15. Las sesiones de Terapia serán dirigidas por la o el terapeuta titular con el apoyo de una o un asistente de Terapia, si se cuenta con prestadores de servicio social o de prácticas profesionales en el área.

16. Se solicitará a las y los consultantes que al final de las sesiones 1, 7 y 14 contesten la encuesta de salida Evaluación N, N y A.

17. Al finalizar el proceso de Terapia para Niñas, Niños y/o Adolescentes se entregará al padre, madre o tutor(a) de los consultantes para su llenado y firma el Formato de Encuesta Final.

18. Al finalizar el proceso de Terapia se contará con 15 días hábiles para elaborar, revisar y enviar el Informe de Terapia al Órgano Jurisdiccional.

19. El envío de oficios, informes y documentación que tramitan las diversas áreas de la Coordinación de Intervención Especializada para Apoyo Judicial, así como la recepción de los correspondientes acuses, se realizará a través del personal administrativo de la Subdirección Administrativa.

No.	Área.	Descripción de la actividad.	Documentos y/o sistemas de apoyo.
1	Coordinación de Intervención Especializada para Apoyo Judicial (Oficialía de Partes)	Envía listado y oficios a la Subdirección de Intervención Psicológica, para atender las solicitudes de Terapia para Niñas, Niños y/o Adolescentes a petición de los Órganos Jurisdiccionales.	
2	Subdirección de Intervención Psicológica (Personal A administrativo)	Recibe listado y oficios, para atender las solicitudes de Terapia para Niñas, Niños y/o Adolescentes a petición de los Órganos Jurisdiccionales.	
3		Captura en el sistema la información del oficio enviado por el Órgano Jurisdiccional en el que solicitan Terapia para Niñas, Niños y/o Adolescentes.	• Sistema
4		Elabora expediente de la solicitud de Terapia para Niñas, Niños y/o Adolescentes.	• Expediente
5		Analiza que el oficio cuente con la información necesaria para poder realizar la Terapia para Niñas, Niños y/o Adolescentes. **¿Cuenta con la información necesaria?** **No.** Continúa en la actividad no. 6 **Sí.** Continúa en la actividad no. 10	
6		Genera, edita, imprime y recaba firma de la Subdirección de Intervención Psicológica, del oficio en el que se indica el motivo por el cual no puede ser atendido el requerimiento.	• Oficio • Sistema.
7		Realiza trámite de envío de oficio al Órgano Jurisdiccional, en el que se indica el motivo por el cual no puede ser atendido el requerimiento.	

No.	Área.	Descripción de la actividad.	Documentos y/o sistemas de apoyo.
8	Órgano Jurisdiccional (Oficialía de Partes)	Recibe, acusa el oficio y lo devuelve.	
9	Subdirección de Intervención Psicológica (Personal administrativo)	Recibe y archiva acuse del oficio en el expediente. (Continúa en la actividad no. 72)	• Expediente
10		Genera, edita, imprime y recaba firma de la Subdirección de Intervención Psicológica, del oficio en el que se solicita al padre, madre o tutor(a) de las o los consultantes se presente a inscribir a su(s) hijo(s) y/o hija(s) al Programa de Terapia para Niñas, Niños y/o Adolescentes.	• Sistema • Oficio
11		Realiza trámite de envío del oficio al Órgano Jurisdiccional, en el que se solicita al padre, madre o tutor(a) de las o los consultantes se presente a inscribir a su(s) hijo(s) y/o hija(s) al Programa de Terapia para Niñas, Niños y/o Adolescentes.	
12	Órgano Jurisdiccional (Oficialía de Partes)	Recibe, acusa el oficio y lo devuelve.	
13	Subdirección de Intervención Psicológica (Personal A administrativo)	Recibe el acuse del oficio e ingresa al sistema la información del oficio en el que se solicita al padre, madre o tutor(a) de las y los consultantes se presente a inscribir a su(s) hijo(s) y/o hija(s) al Programa de Terapia para Niñas, Niños y/o Adolescentes.	• Sistema
14		Archiva acuse del oficio en el expediente.	• Expediente.
15		Espera a que el padre, madre o tutor(a) de la o el consultante se presente para realizar la inscripción.	

No.	Área.	Descripción de la actividad.	Documentos y/o sistemas de apoyo.
		¿Acude el padre, madre o tutor(a) a realizar la inscripción? **No.** Continúa en la actividad no. 16 **Sí.** Continúa en la actividad no. 20	
16	Subdirección de Intervención Psicológica (Personal administrativo)	Genera, edita, imprime y recaba firma de la Subdirección de Intervención Psicológica, del oficio en el que se indica al Órgano Jurisdiccional que el padre, madre o tutor(a) del consultante no se presentó a realizar la inscripción de su(s) hijo(s) y/o hija(s) al Programa de Terapia para Niñas, Niños y/o Adolescentes.	• Sistema • Oficio
17		Realiza trámite de envío de oficio al Órgano Jurisdiccional, en el que se indica que el padre, madre o tutor(a) de la o el consultante no se presentó a realizar la inscripción de su(s) hijo(s) y/o hija(s) al Programa de Terapia para Niñas, Niños y/o Adolescentes.	
18	Órgano Jurisdiccional (Oficialía de Partes)	Recibe, acusa el oficio y lo devuelve.	
19	Subdirección de Intervención Psicológica (Personal administrativo)	Recibe e integra acuse del oficio en el expediente. (Continúa en la actividad no. 72)	• Expediente
20		Recibe al padre, madre o tutor(a) de la o el consultante para realizar la inscripción al Programa de Terapia para Niñas, Niños y/o Adolescentes y le informa en qué consiste el Programa. **¿El padre, madre o tutor(a) acepta que el consultante tome la Terapia?** **No.** Continúa en la actividad no. 21 **Sí.** Continúa en la actividad no. 28	

No.	Área.	Descripción de la actividad.	Documentos y/o sistemas de apoyo.
21	Subdirección de Intervención Psicológica (Personal administrativo)	Entrega al padre, madre o tutor(a) de la o el consultante Formato de Desistimiento de la Terapia para Niñas, Niños y/o Adolescentes, para su llenado y firma.	
22	Padre, Madre o Tutor(a)	Recibe, requisita, firma y devuelve el Formato de Desistimiento de la Terapia para Niñas, Niños y/o Adolescentes.	• Formato DEIP-TNNA-04
23 24 25	Subdirección de Intervención Psicológica (Personal administrativo)	Recibe y archiva el Formato de Desistimiento de la Terapia para Niñas, Niños y/o Adolescentes en el expediente. Genera, edita, imprime y recaba firma de la Subdirección de Intervención Psicológica, del oficio en el que se indica al Órgano Jurisdiccional que el padre, madre o tutor(a) de la o el consultante se desistió de que su(s) hijo(s) o hija(s) tome(n) la Terapia para Niñas, Niños y/o Adolescentes. Realiza trámite de envío de oficio en el que se indica al Órgano Jurisdiccional que el padre, madre o tutor(a) del consultante desistió de que su(s) hijo(s) y/o hija(s) tome(n) la Terapia para Niñas, Niños y/o Adolescentes.	• Expediente • Oficio • Sistema
26	Órgano Jurisdiccional (Oficialía de Partes)	Recibe, acusa el oficio y lo devuelve.	
27 28	Subdirección de Intervención Psicológica (Personal administrativo)	Recibe y archiva acuse del oficio en el expediente. (Continúa en la actividad no. 72) Entrega al padre, madre o tutor(a) del consultante Reglamento de la Unidad de Terapia para Niñas, Niños y/o Adolescentes, Consentimiento Informado; y Formato Antecedentes Niñas, Niños y/o Adolescentes.	• Expediente

No.	Área.	Descripción de la actividad.	Documentos y/o sistemas de apoyo.
29	El Padre, Madre o Tutor(a)	Recibe, requisita, firma y devuelve Reglamento de la Unidad de Terapia para Niñas, Niños y/o Adolescentes; Consentimiento Informado; y Formato Antecedentes Niña, Niño o Adolescente.	• Formatos DEIP-TNNA-01 DEIP-TNNA-02 DEIP-TNNA-03
30	Subdirección de Intervención Psicológica (Personal administrativo)	Recibe y archiva en el expediente Reglamento de la Unidad de Terapia para Niñas, Niños y/o Adolescentes; Consentimiento Informado; y Formato Antecedentes Niñas, Niños y/o Adolescentes.	• Expediente
31		Asigna psicóloga o psicólogo, y agenda e informa al padre, madre o tutor(a), el día y horario en el que se llevarán a cabo las sesiones de Terapia para Niñas, Niños y/o Adolescentes.	• Sistema
32		Entrega al padre, madre o tutor(a) calendario de sesiones.	
33		Genera, edita, imprime y recaba firma de la Subdirección de Intervención Psicológica, del oficio en el que se indica al Órgano Jurisdiccional: psicóloga asignada o psicólogo asignado, fecha, lugar y hora en que se impartirá la Terapia para Niñas, Niños y/o Adolescentes.	• Oficio • Sistema
34	Subdirección de Intervención Psicológica	Realiza trámite de envío de oficio en el que se indica al Órgano Jurisdiccional: psicóloga asignada o psicólogo asignado, fecha, lugar y hora en que se impartirá la Terapia para Niñas, Niños y/o Adolescentes.	
35	Órgano Jurisdiccional (Oficialía de Partes)	Recibe, acusa el oficio y lo devuelve.	

No.	Área.	Descripción de la actividad.	Documentos y/o sistemas de apoyo.
36	Subdirección de Intervención Psicológica (Personal administrativo)	Recibe y archiva acuse del oficio en el expediente.	• Expediente
37		Elabora expediente de la o el consultante de Terapia para Niñas, Niños y/o Adolescentes.	• Expediente
38		Entrega expediente a la Jefatura de Unidad Departamental de Terapia para Niñas, Niños y/o Adolescentes.	
39	Jefatura de Unidad Departamental de Terapia para Niñas, Niños y/o Adolescentes	Recibe expediente de la o el consultante que recibirá la Terapia para Niñas, Niños y/o Adolescentes.	
40		Captura información general de la niña, niño y/o adolescente.	• Sistema.
41		Entrega expediente al psicólogo responsable de llevar a cabo las sesiones de Terapia para Niñas, Niños y/o Adolescentes.	
42	Subdirección de Intervención Psicológica (Psicóloga o Psicólogo)	Recibe expediente de la o el consultante para la realización de la Terapia para Niñas, Niños y/o Adolescentes.	
43		Espera al padre, madre o tutor(a) de la o el consultante, por separado, para realizar las entrevistas, previo a dar inicio a las sesiones de Terapia. **¿Se presenta el padre, madre o tutor(a) a la entrevista?** **No.** Continúa en la actividad no. 44 **Sí.** Continúa en la actividad no. 50	

No.	Área.	Descripción de la actividad.	Documentos y/o sistemas de apoyo.
44 45	Subdirección de Intervención Psicológica (Psicóloga o Psicólogo)	Genera, edita e imprime oficio en el que se indica al Órgano Jurisdiccional que el padre, madre o tutor(a) del consultante no se presentó a la entrevista e informa una nueva fecha y hora. Entrega oficio a la Jefatura de Unidad Departamental de Terapia para Niñas, Niños y/o Adolescentes, para su revisión.	• Oficio • Sistema
46	Jefatura de Unidad Departamental de Terapia para Niñas, Niños y/o Adolescentes	Recibe, revisa oficio y recaba firma de la Subdirección de Intervención Psicológica, y lo entrega al personal administrativo de la Subdirección de Intervención Psicológica, para su trámite de envío.	
47	Subdirección de Intervención Psicológica (Personal administrativo)	Recibe y realiza trámite de envío del oficio en el que se indica al Órgano Jurisdiccional que el padre, madre o tutor(a) del consultante no se presentó a la entrevista e informa una nueva fecha y hora.	
48	Órgano Jurisdiccional (Oficialía de Partes)	Recibe, acusa el oficio y lo devuelve.	
49 50	Subdirección de Intervención Psicológica (Personal administrativo)	Recibe y archiva el acuse del oficio en el expediente. (Regresa a la actividad no. 44) Recibe y envía al padre, madre o tutor(a) de la o el consultante con el psicólogo asignado para entrevista.	• Expediente
51 52	Subdirección de Intervención Psicológica (Psicóloga o Psicólogo)	Recibe y realiza la entrevista con el padre, madre o tutor(a) del consultante. Espera, después de realizar la entrevista, a la o el consultante para realizar las sesiones de Terapia.	

No.	Área.	Descripción de la actividad.	Documentos y/o sistemas de apoyo.
53 54	Subdirección de Intervención Psicológica (Psicóloga o Psicólogo)	**¿Presentan a la o el consultante a sus sesiones de Terapia?** **No.** Continúa en la actividad no. 53 **Sí.** Continúa en la actividad no. 59 Genera, edita e imprime oficio en el que se indica al Órgano Jurisdiccional que el consultante no fue presentado a tres sesiones de Terapia y que por lo tanto, causa baja del programa. Entrega oficio para revisión a la Jefatura de Unidad Departamental de Terapia para Niñas, Niños y/o Adolescentes.	• Oficio. • Sistema.
55	Jefatura de Unidad Departamental de Terapia para Niñas, Niños y/o Adolescentes	Recibe, revisa oficio, recaba firma de la Subdirección de Intervención Psicológica y lo entrega al personal administrativo de la Subdirección de Intervención Psicológica.	
56	Subdirección de Intervención Psicológica (Personal administrativo)	Realiza trámite de envío del oficio en el que se indica Órgano Jurisdiccional que la o el consultante no fue presentado a tres sesiones de Terapia y que por lo tanto causa baja del programa.	
57	Órgano Jurisdiccional (Oficialía de Partes)	Recibe, acusa el oficio y lo devuelve.	
58	Subdirección de Intervención Psicológica (Personal administrativo)	Recibe y archiva acuse del oficio en el expediente. (Continúa en la actividad no. 72)	• Expediente
59	Subdirección de Intervención Psicológica (Psicóloga o Psicólogo)	Realiza sesiones terapéuticas individuales con la o el consultante.	

No.	Área.	Descripción de la actividad.	Documentos y/o sistemas de apoyo.
60	Subdirección de Intervención Psicológica (Psicóloga o Psicólogo)	Elabora, imprime y entrega a la Jefatura de Unidad Departamental de Terapia para Niñas, Niños y/o Adolescentes, el Informe de Terapia al finalizar el proceso, para su revisión.	• Informe de Terapia
61 62 63	Jefatura de Unidad Departamental de Terapia para Niñas, Niños y/o Adolescentes	Recibe Informe de Terapia para su revisión y autorización. **¿Autoriza Informe de Terapia?** **No.** Continúa en la actividad no. 62 **Sí.** Continúa en la actividad no. 63 Revisa y devuelve Informe de Terapia a la psicóloga o el psicólogo con observaciones. (Regresa a la actividad no. 60) Autoriza y devuelve el Informe de Terapia a la psicóloga o el psicólogo para firma.	
64 65 66	Subdirección de Intervención Psicológica (Psicóloga o Psicólogo)	Recibe, firma y prepara para entrega de Informe de Terapia del consultante. Genera, edita e imprime oficio para envío del Informe de Terapia al Órgano Jurisdiccional. Entrega a la Jefatura de Unidad Departamental de Terapia para Niñas, Niños y/o Adolescentes, oficio, Informe de Terapia y expediente.	• Oficio • Sistema
67	Jefatura de Unidad Departamental de Terapia para Niñas, Niños y/o Adolescentes	Recibe oficio, Informe de Terapia y expediente, y recaba firma de la Subdirección de Intervención Psicológica en el oficio del Informe de Terapia.	

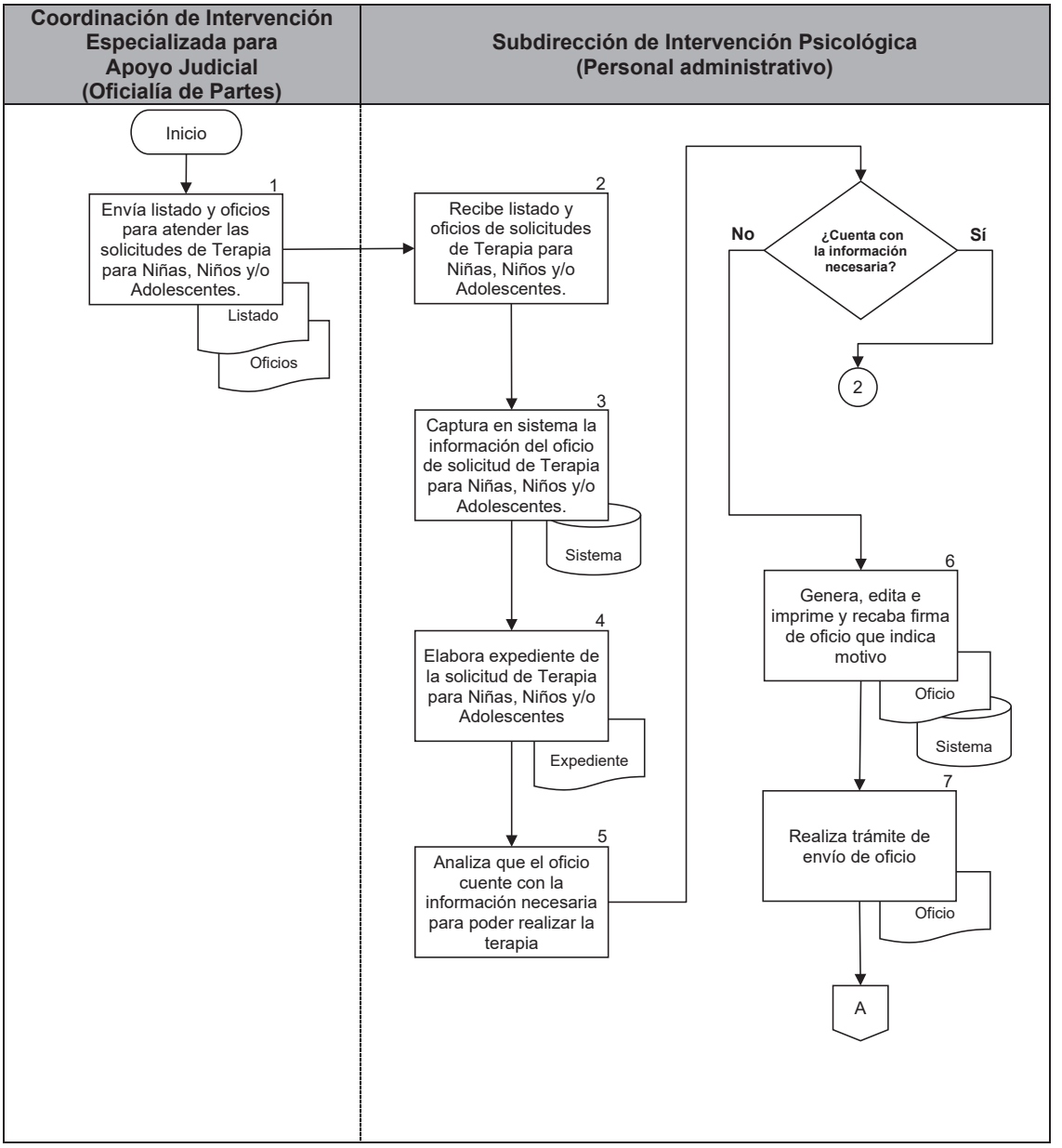
No.	Área.	Descripción de la actividad.	Documentos y/o sistemas de apoyo.
68	Jefatura de Unidad Departamental de Terapia para Niñas, Niños y/o Adolescentes	Entrega oficio, Informe de Terapia y expediente al personal administrativo de la Subdirección de Intervención Psicológica.	
69	Subdirección de Intervención Psicológica. (Personal administrativo)	Recibe oficio, Informe de Terapia y expediente, y realiza trámite de envío del oficio de Informe de Terapia para el Órgano Jurisdiccional.	
70	Órgano Jurisdiccional (Oficialía de Partes)	Recibe, acusa el oficio y lo devuelve.	
71	Subdirección de Intervención Psicológica (Personal administrativo)	Recibe y archiva el acuse del oficio en el expediente.	• Expediente
72		Archiva expediente de Terapia.	• Expediente

FIN DEL PROCEDIMIENTO

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

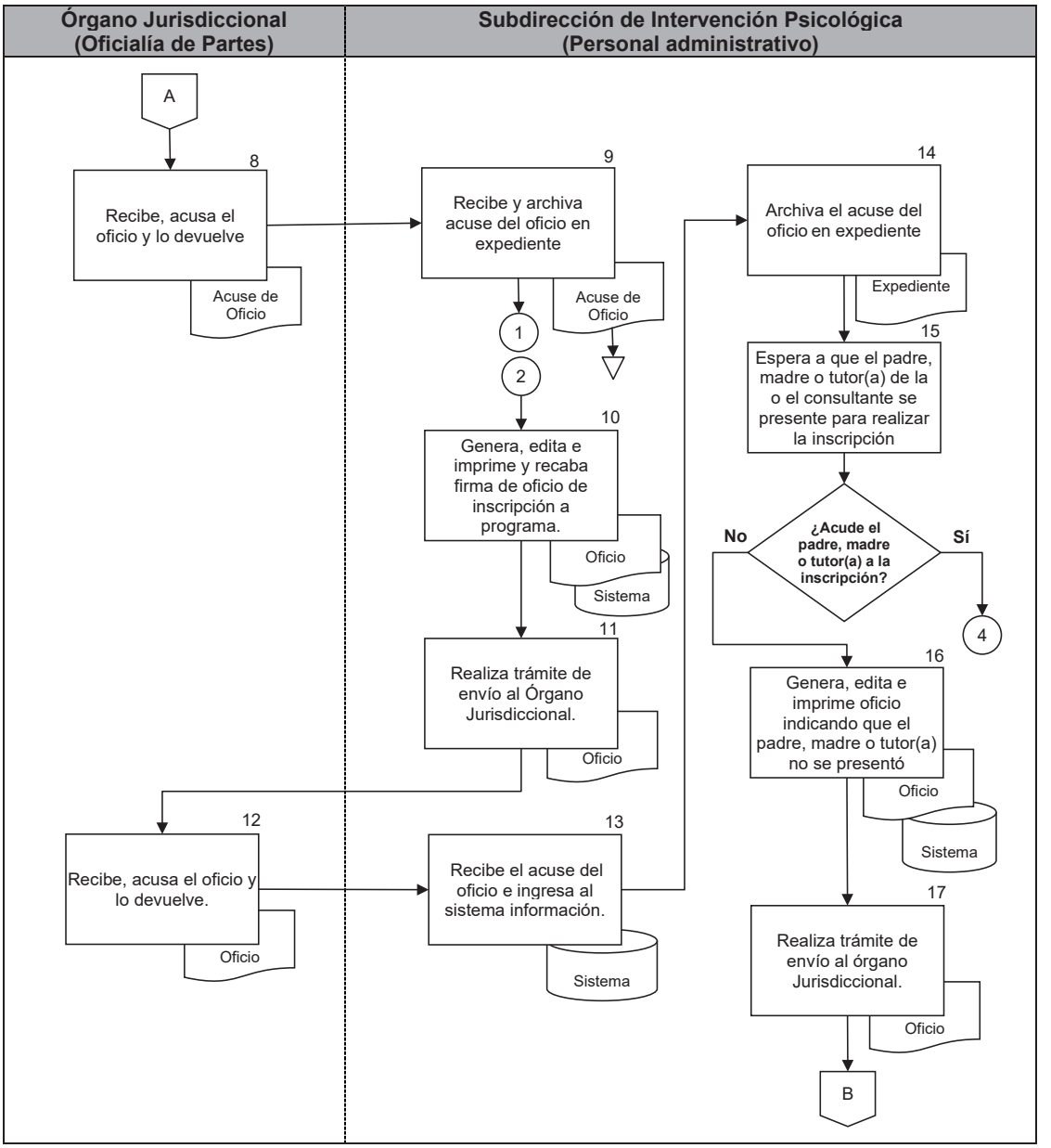
PROCEDIMIENTOS



PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

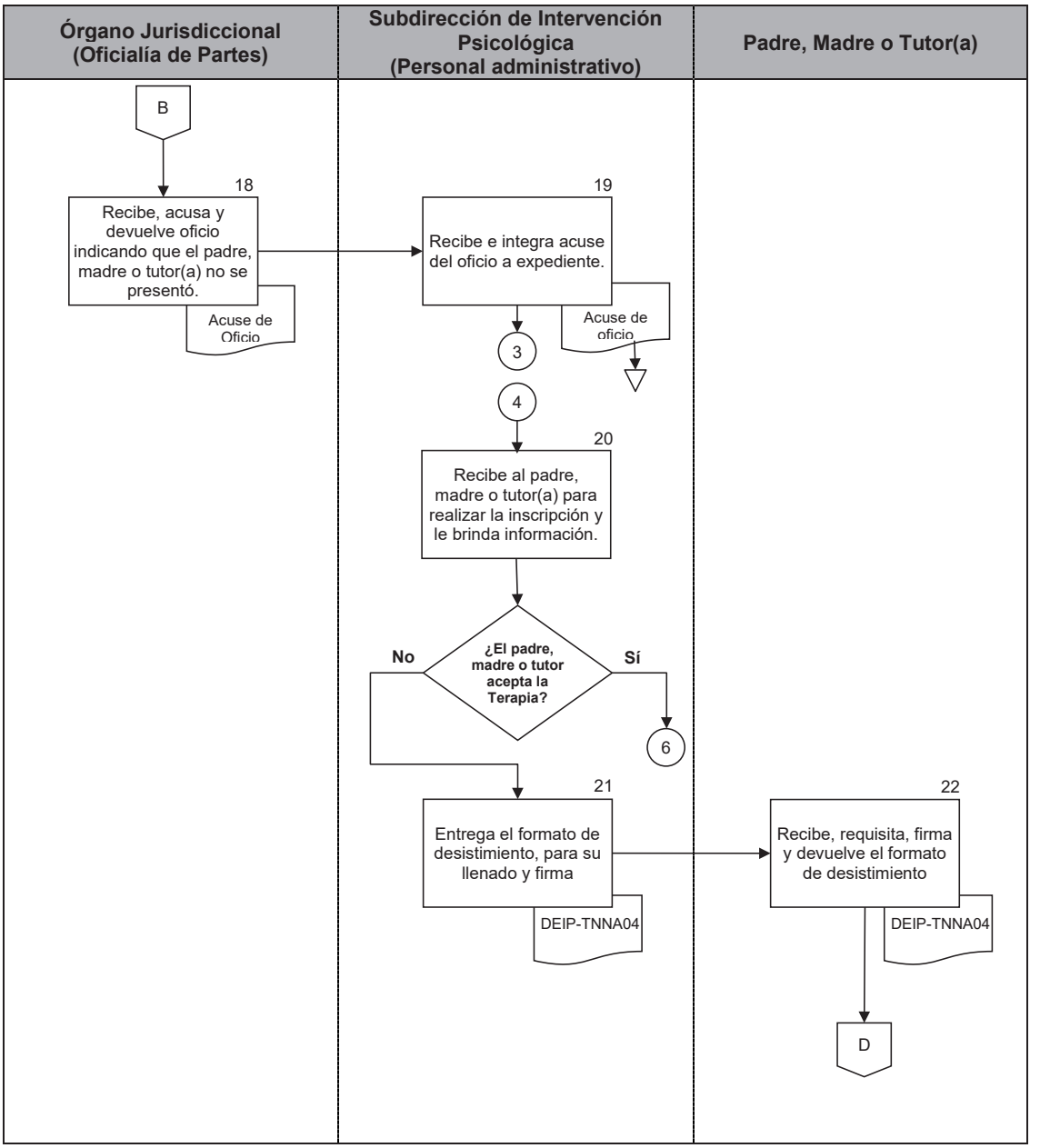
PROCEDIMIENTOS



PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

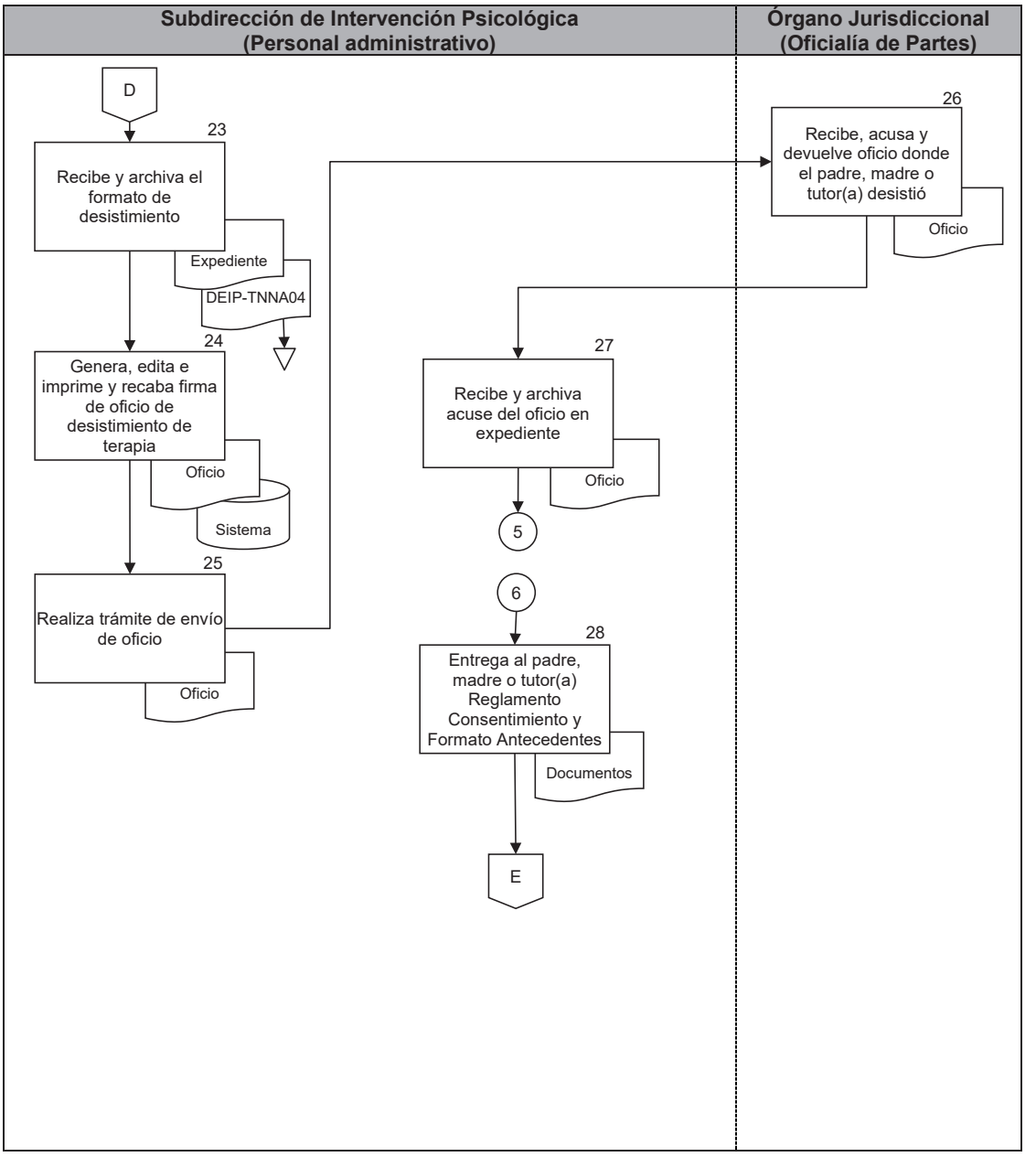
PROCEDIMIENTOS



PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

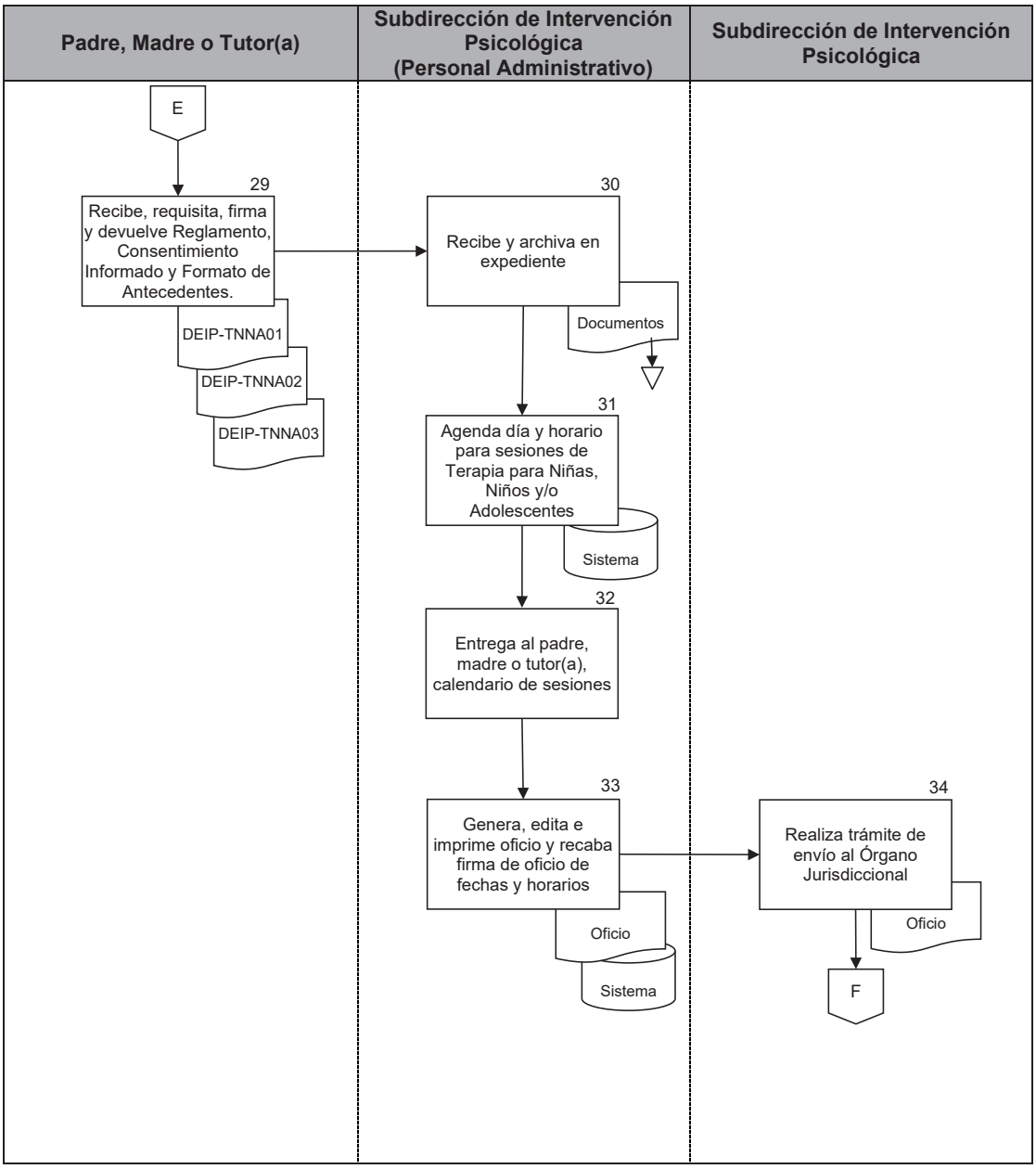
PROCEDIMIENTOS



PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

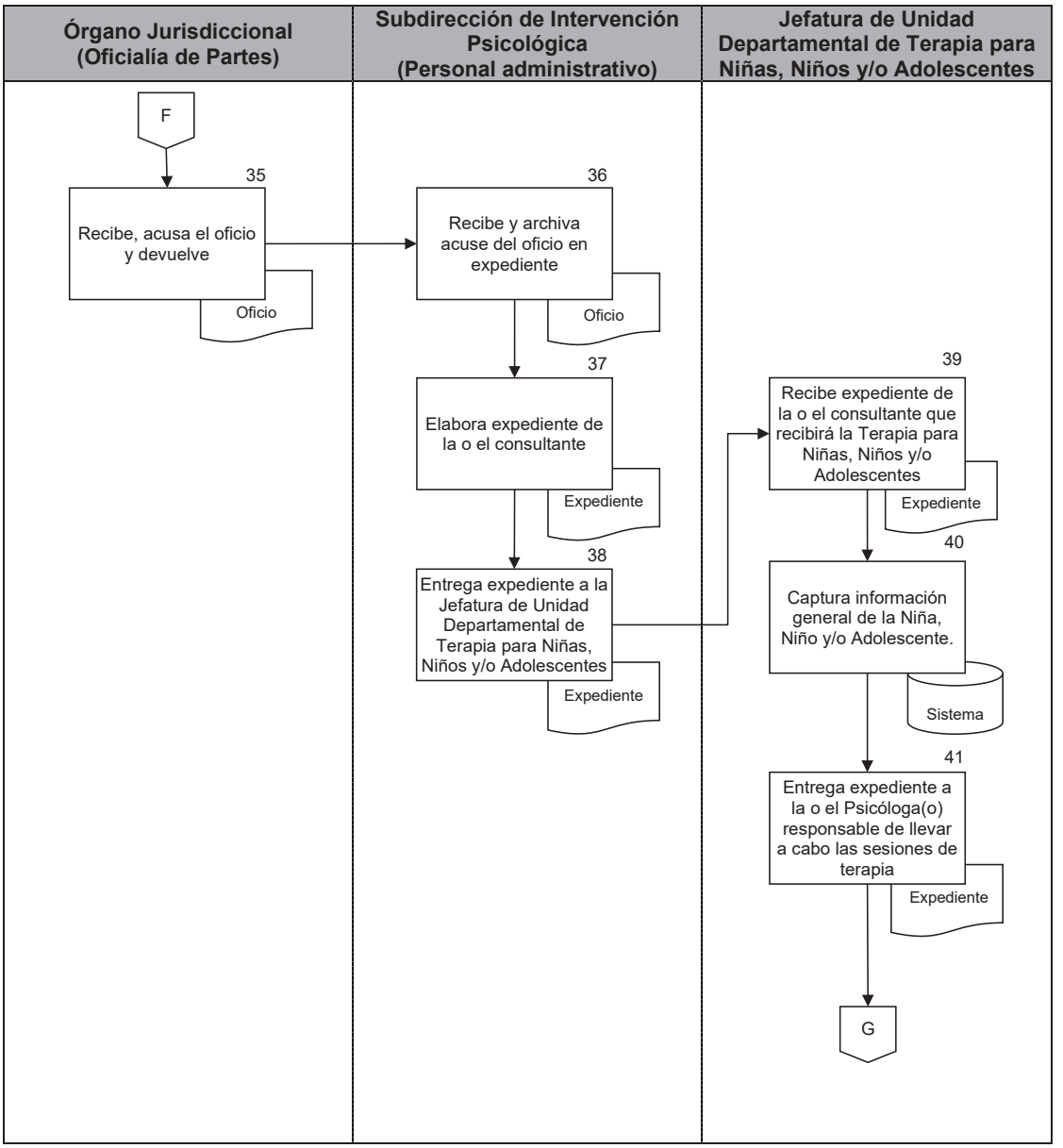
PROCEDIMIENTOS



PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

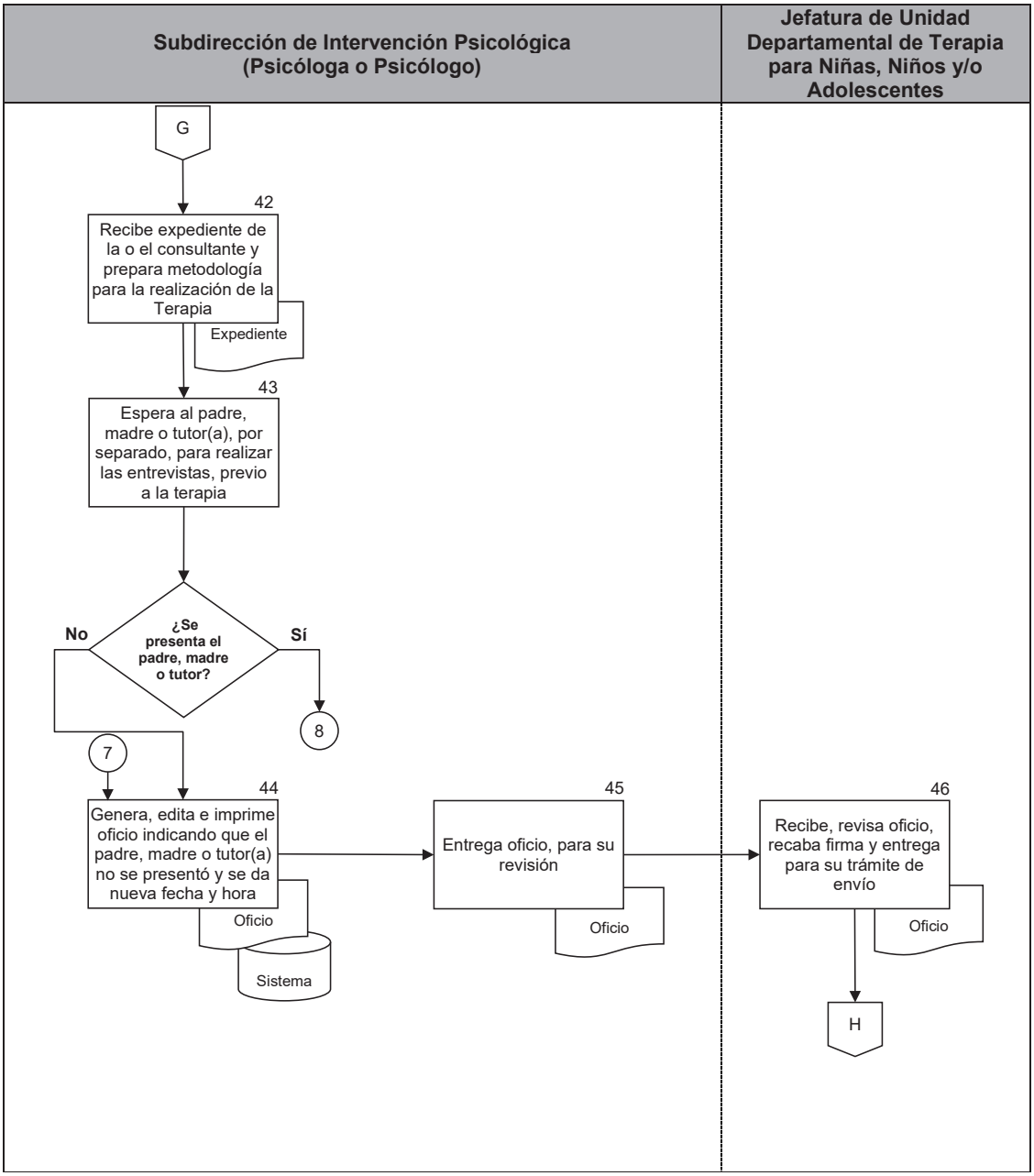
PROCEDIMIENTOS



PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

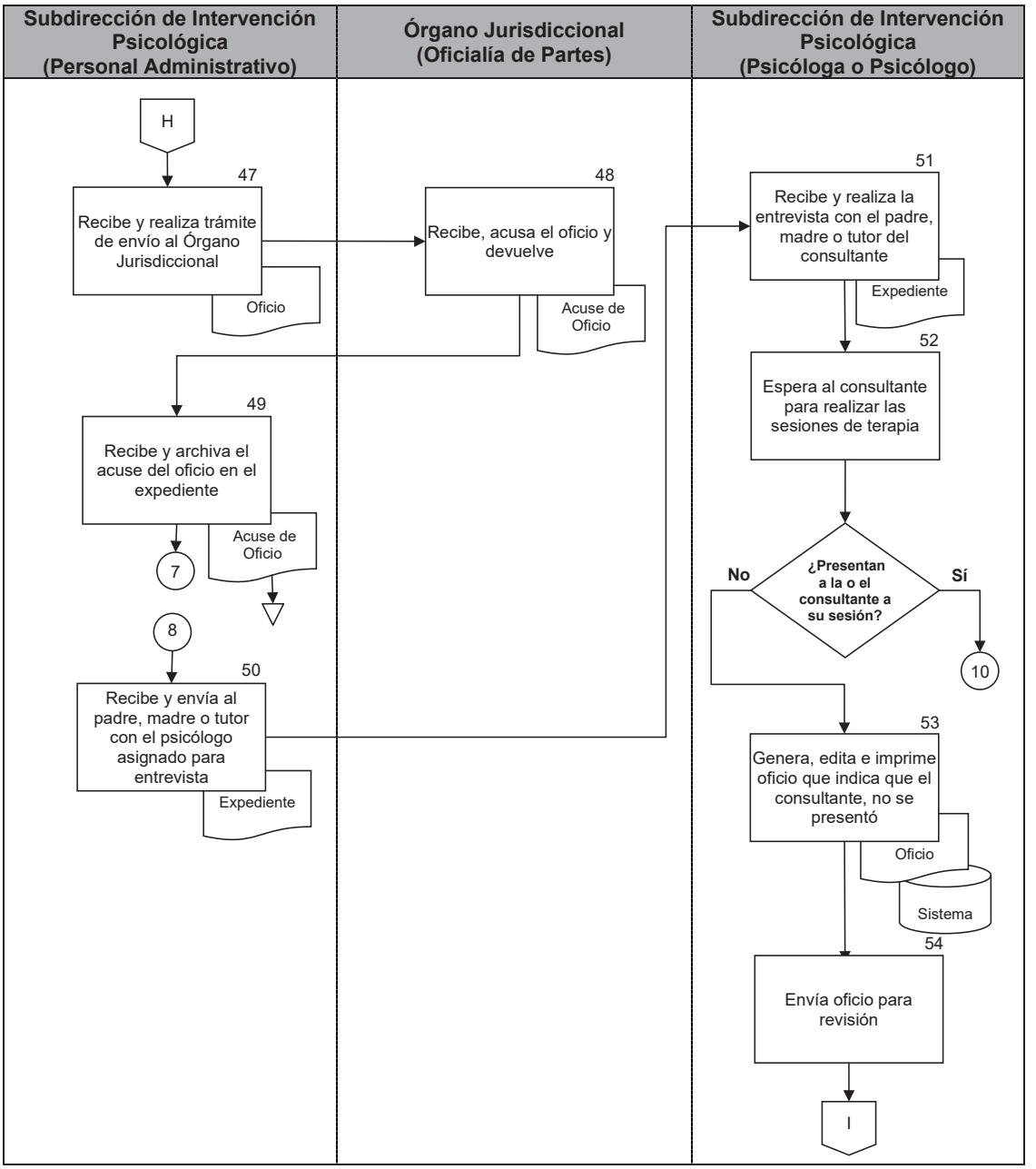
PROCEDIMIENTOS



PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

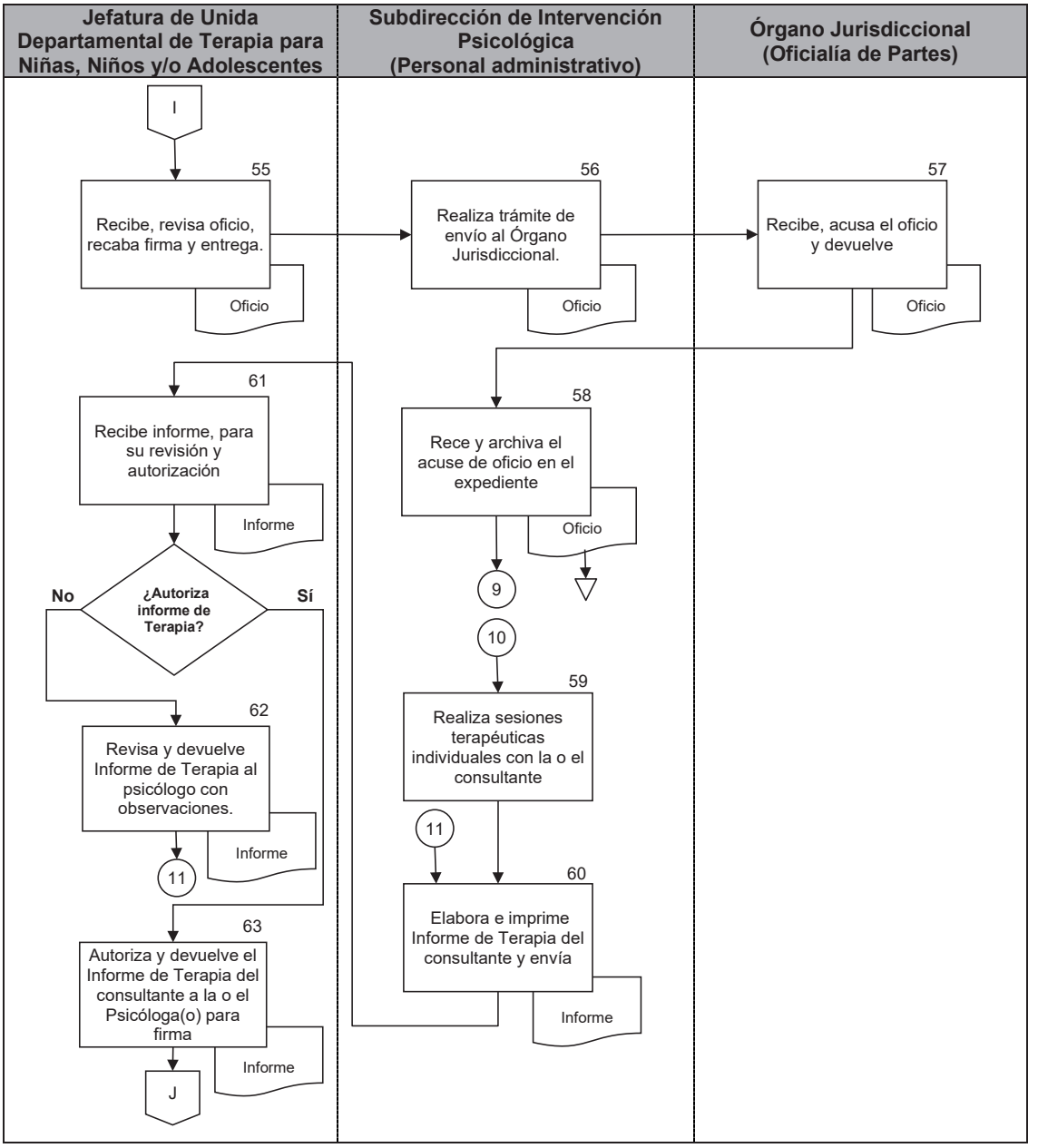
PROCEDIMIENTOS



PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

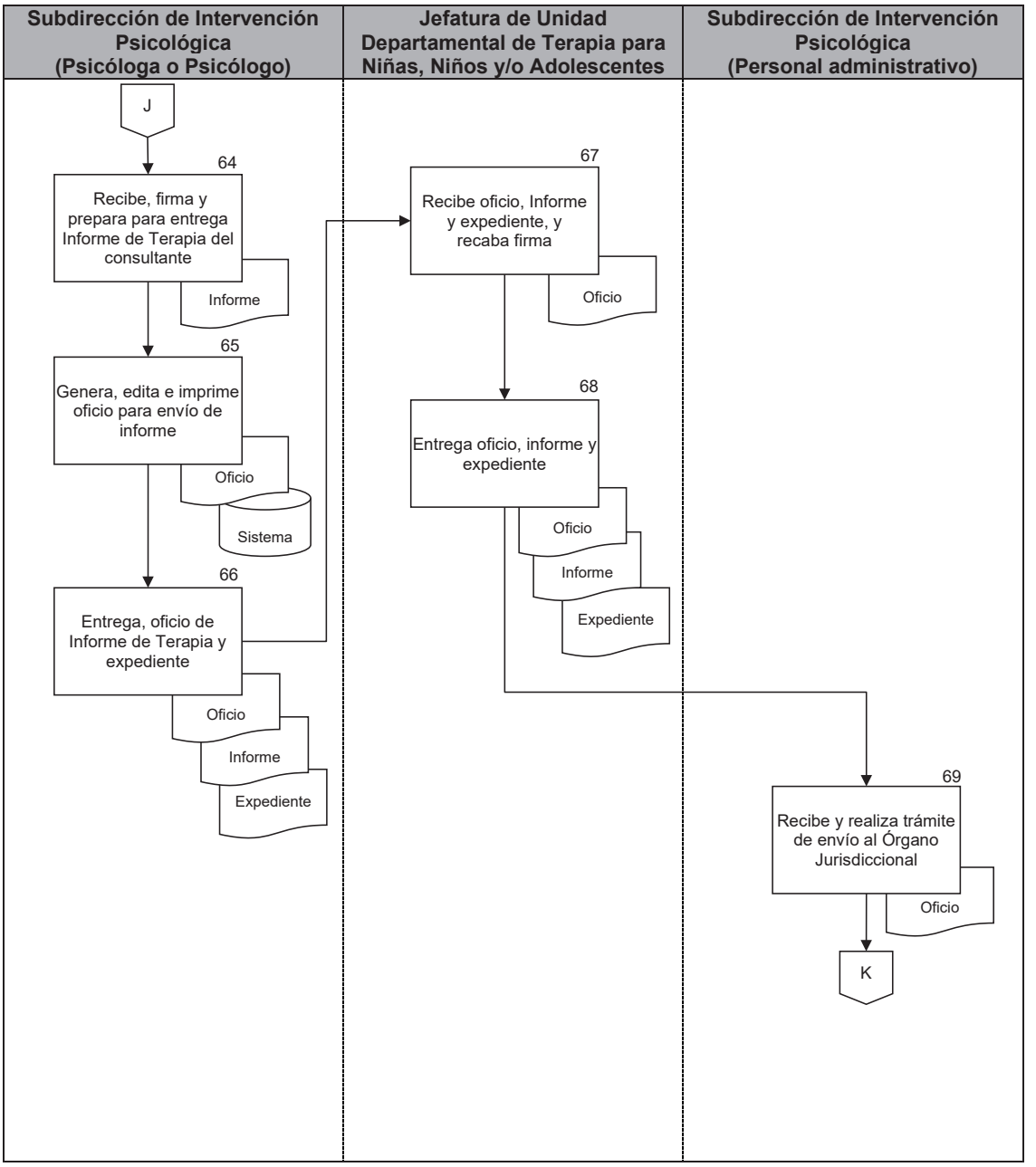
PROCEDIMIENTOS



PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

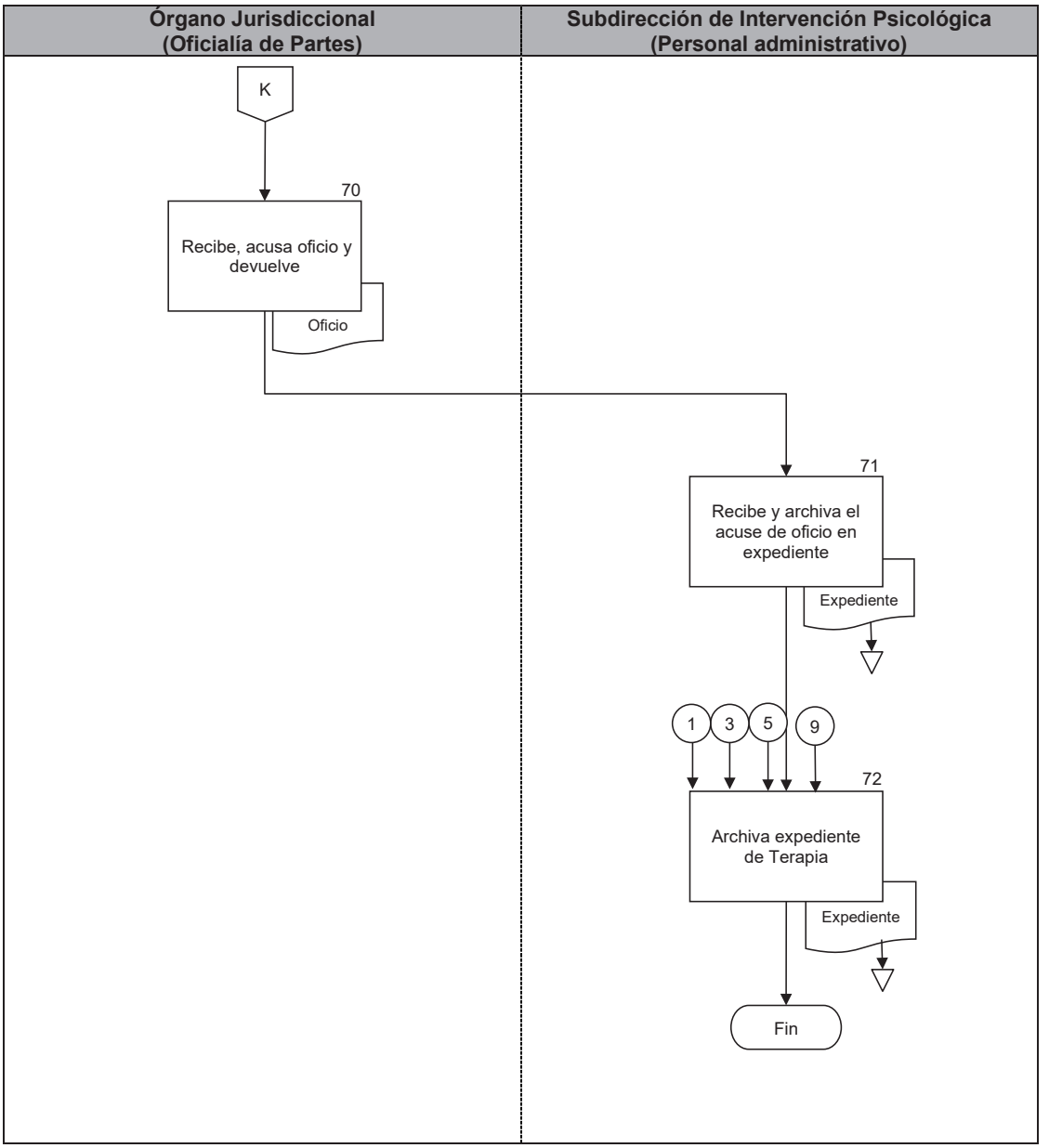
PROCEDIMIENTOS



PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

PROCEDIMIENTOS



PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

Subdirección de Intervención Psicológica.
JUD de Terapia para Niñas, Niños y Adolescentes.

REG. IP.: _____.

R E G L A M E N T O.

1. El proceso psicoterapéutico de _____ tendrá una duración, como máximo, de 14 sesiones individuales con la niña, niño o adolescente, y cada sesión será aproximadamente de 60 minutos, una vez por semana.

2. El tratamiento, además de las 14 sesiones, incluirá una entrevista forense con ambos padres o tutor, por separado; y en caso de estimarse conveniente para el proceso terapéutico de la niña, niño o adolescente, se realizarán las siguientes actividades:

   a. Pláticas de orientación, talleres y actividades que se consideren necesarias para alcanzar el objetivo terapéutico, en las que participarán ambos progenitores o partes contendientes, ya sea por separado o en conjunto.
   b. Sesión (es) de interacción con aplicación de técnicas lúdicas entre el consultante y ambos progenitores, por separado; esta estrategia está planeada para realizarse en cámara de Gesell, y se aplicará entre las sesiones 4 y 6.
   c. Después de llevar a cabo la sesión de interacción supervisada se tendrá una plática de retroalimentación con el progenitor que haya intervenido en dicha sesión.
   d. Sesiones terapéuticas supervisadas y de análisis en cámara de Gesell.

3. El día y horario asignados paras las sesiones, serán siempre los mismos a lo largo del proceso psicoterapéutico.

4. Atendiendo al caso en particular, el programa terapéutico, de ser necesario podrá ampliarse el número de sesiones que se considere prudente, ello con la finalidad de alcanzar el objetivo terapéutico.

5. Es necesario que la persona autorizada para presentar al consultante a su cita, exhiba identificación oficial vigente con fotografía (INE, cédula profesional o pasaporte) en cada una de las sesiones. Asimismo, el consultante se identificará con credencial escolar con fotografía o pasaporte.

6. La niña, niño y adolescente tendrá que ser presentado por el progenitor que ostente la guarda y custodia, provisional o definitiva, o por la persona autorizada por la autoridad judicial para tal fin. **No se permiten otros acompañantes.**

7. En caso de inasistencia de la niña, niño o adolescente por cuestiones médicas, accidente o examen escolar, el padre o persona responsable del mismo deberá informar, sin falta, el motivo de la ausencia y entregar copia del justificante correspondiente que se haya ingresado a la autoridad judicial. El porcentaje mínimo de asistencia para cubrir el objetivo terapéutico es de 80%.

8. Se solicita que se presenten 10 minutos antes de que inicie la sesión psicoterapéutica, con la finalidad de agilizar el registro de asistencia, dado que las sesiones de terapia comenzarán puntualmente, no hay tolerancia.

9. La niña, niño o adolescente deberán ingresar al espacio terapéutico sin alimentos, bebidas, juguetes, objetos personales como iPads, PSP, juegos electrónicos, teléfonos celulares, etc., pues el personal del Tribunal Superior de Justicia de la Ciudad de México no se hará responsable de objetos, en caso de que llegaran a extraviarse.

DEIP-TNNA-01

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

Subdirección de Intervención Psicológica.
JUD de Terapia para Niñas, Niños y Adolescentes.

10. Es indispensable que la niña, niño y adolescente se presente en adecuadas condiciones de higiene y aliño personal, así como de salud.

11. Es primordial respetar a todo el personal que se encuentra en la Dirección de Evaluación e Intervención Psicológica para Apoyo Judicial.

12. Está terminantemente prohibido ofrecer cualquier tipo de gratificación o regalo al personal.

13. Los padres se comprometerán a asistir a la entrevista inicial con la psicóloga encargada de la terapia de la niña niño o adolescente que tengan a su cuidado, así como facilitar y participar en la observación de la dinámica de relación del consultante con la madre o padre, según sea el caso, por separado y en las pláticas de orientación o talleres que se considere necesarias para alcanzar el objetivo terapéutico.

14. Deberá cumplirse en tiempo y forma con las actividades asignadas para realizar en casa; las niñas, niños o adolescentes podrán solicitar el apoyo de sus padres, si así lo desean.

15. Cuando sea el turno de llevar a casa el títere itinerante, los consultantes junto con sus padres, serán los responsables de su cuidado y devolución a la terapeuta responsable, en la siguiente sesión.

16. En caso de que el consultante requiera cualquier tipo de apoyo o asistencia, la persona responsable de presentarlo tendrá que hacerse cargo de él (uso de sanitario, en caso de siniestro o alguna cuestión de salud).

17. Las Unidades de Terapia para Adultos y Terapia para Niñas, Niños y Adolescentes estarán en constante comunicación, en caso de considerarlo necesario, con la intención de conocer y articular la información que se genere en los procesos de terapia de la Subdirección de Intervención Psicológica.

FECHA: _____

_____ _____

Nombre y firma del padre o tutor. **Nombre y firma de la madre o tutor.**

DEIP-TNNA-01

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

Subdirección de Intervención Psicológica.
JUD de Terapia para Niñas, Niños y Adolescentes.

AVISO DE PRIVACIDAD

- **Identificación del responsable y la ubicación de su domicilio:**
  El responsable de dar tratamiento a los datos personales es la Mtra. Mariana Ortiz Castañares, Coordinadora de Intervención Especializada para Apoyo Judicial del Tribunal Superior de Justicia de la Ciudad de México, con domicilio en Avenida Niños Héroes, Número 150, Piso 3, Colonia Doctores, Alcaldía Cuauhtémoc, C.P. 06720, Ciudad de México.

- **El fundamento legal que faculta al responsable para llevar a cabo el tratamiento:**
  Los datos personales serán protegidos y tratados, con fundamento en lo que dispone la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos en sus artículos 6 párrafo segundo fracción II, 16 párrafo segundo y 108 párrafo primero. El artículo 7, inciso E), puntos 1, 2, 3 y 4 de la Constitución Política de la Ciudad de México. La Convención Americana sobre Derechos Humanos en su artículo 19. La Convención Americana de los Derechos del Niño en sus artículos 1, 3, 8, 12 y 19. La Ley de los Derechos de las Niñas y Niños en el Distrito Federal en sus artículos 7, 8, 45 y 85. La Ley de Asistencia y Prevención de la Violencia Familiar del Distrito Federal en sus artículos 9 y 10. El Código de Procedimientos Civiles para el Distrito Federal en sus artículos 278 y 279. Así como lo establecido en el artículo 1 de la Ley Orgánica del Tribunal Superior de Justicia del Distrito Federal ahora Ciudad de México. Los artículos 6, fracciones XII, XIII, XIV, XV, XVI, XVII, XXII, XLI y XLII y 186 de la Ley de Transparencia, Acceso a la Información Pública y Rendición de Cuentas de la Ciudad de México. Los artículos 1, 2, 3, fracciones I, II, IX, XI, XXIX, 4, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 24, 25, 26, 37, 38 y 39 de la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados de la Ciudad de México. Los artículos 1, 3 fracción X, 30 fracciones VI y VII, 31, 32, 33, 34, 35 fracción VIII, 37, 38 y 40 de la Ley de Archivos del Distrito Federal ahora Ciudad de México. Artículo 15 de los Lineamientos para la Organización y Conservación de Archivos. Artículos 49, fracciones I y V, y 210 Ley de Responsabilidades Administrativas de la Ciudad de México y los artículos 13 y 41 de los Lineamientos para el desarrollo y aplicación de estudios psicológicos, peritajes en psicología, exámenes psicotécnicos, asistencias técnicas psicológicas, terapias para adultos y terapias para niñas, niños y adolescentes, en el Poder Judicial de la Ciudad de México.

- **Los datos personales que serán sometidos a tratamiento, así como la existencia de un sistema de datos personales:**
  - Clave Única de Registro de Población (CURP).
  - Domicilio.
  - Edad.
  - Fecha de nacimiento.
  - Firma.
  - Fotografía.
  - Lugar de nacimiento.
  - Nacionalidad.
  - Nombre.
  - Número de pasaporte.
  - Teléfono celular.
  - Teléfono particular.
  - Correo electrónico no oficial.
  - Referencias laborales.
  - Procedimientos administrativos seguidos en forma de juicio.
  - Trayectoria educativa.
  - Consumo de estupefacientes.
  - Detección de enfermedades.
  - Diagnóstico psicológico.
  - Discapacidades.
  - Estado físico o mental de la persona.
  - Incapacidades médicas.
  - Referencias o descripción de sintomatologías.
  - Características emocionales.
  - Características morales.
  - Convicciones filosóficas.
  - Convicciones religiosas.
  - Creencias.
  - Ideología.
  - Opiniones políticas.
  - Origen étnico o racial.
  - Preferencia sexual.
  - Huella digital.
  - Folio de elector.
  - Clave de elector.
  - Sexo.

  Inscritos en el SISTEMA DE GESTIÓN DE EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA PARA APOYO JUDICIAL (SGEIPAJ).

- **Las finalidades del tratamiento para las cuales se recaban los datos personales, el ciclo de vida de los mismos, la revocación del consentimiento y los derechos del titular sobre éstos:**
  Dar cumplimiento a los ordenamientos jurisdiccionales enviados por Salas y Juzgados, mediante la correcta y oportuna programación y trámites administrativos que se requieren para la realización de evaluaciones psicológicas y psicotécnicas, periciales, opiniones técnicas y procesos psicoterapéuticos para adultos, niñas, niños y/o adolescentes.

  El ciclo de vida de sus datos personales es el siguiente:

Ciclo vital del Dato Personal (Principio de temporalidad)	
Archivo de Trámite	5 años
Archivo de Concentración	5 años
Archivo historico	Si
Supresión	10 años
Ciclo vital del Dato Personal Libretas de control (Principio de temporalidad)	
Archivo de Trámite	1 año
Archivo de Concentración	1 año
Archivo historico	No
Supresión	2 años

  Revocación del consentimiento: Procederá a partir de que el titular exprese de manera libre, voluntaria e inequívoca su solicitud para que cese el tratamiento de sus datos personales, el cual no tendrá efectos retroactivos.

  Derechos del titular: El titular que acredite su identidad o, en su caso, su representante que acredite identidad y personalidad, podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición (ARCO).

- **Los Mecanismos, medios y procedimientos disponibles para ejercer los derechos de Acceso, Rectificación, Cancelación y Oposición:**
  El titular de los datos personales y de conformidad con el Título Tercero, Capítulos I y II de la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados de la Ciudad de México, tiene derecho al Acceso Rectificación, Cancelación y Oposición de sus datos, por lo que, para ejercer su derecho podrá realizarlo de la siguiente manera:
  1.- Solicitar información a través del sistema de solicitudes de información (INFOMEX) http://www.infomexdf.org.mx/InfomexDF/default.aspx, Plataforma Nacional de Transparencia http://www.plataformadetransparencia.org.mx/web/guest/sac,
  2.- Vía correo electrónico a la dirección de la Unidad de Transparencia oip@tsjcdmx.gob.mx.
  3.- De manera personal en las oficinas de la Unidad de Transparencia del Tribunal Superior de Justicia de la Ciudad de México.
  4.- Tel-Infodf al número 5636-4636.

- **El domicilio de la Unidad de Transparencia:**
  Unidad de Transparencia del Tribunal Superior de Justicia de la Ciudad de México, cuyo domicilio se localiza en Avenida Niños Héroes número 132, Planta Baja, Colonia Doctores, Alcaldía Cuauhtémoc, Código Postal 06720, Ciudad de México, en días hábiles y en un horario de atención al público de 9:00 a 15:00 horas de lunes a jueves y de 9:00 a 14:00 horas los días viernes.

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA
TSJCDMX

Subdirección de Intervención Psicológica.
JUD de Terapia para Niñas, Niños y Adolescentes.

(1)

REG. IP.: _____.

R E G L A M E N T O.

(2)

18. El proceso psicoterapéutico de _____ tendrá una duración, como máximo, de 14 sesiones individuales con la niña, niño o adolescente, y cada sesión será aproximadamente de 60 minutos, una vez por semana.

19. El tratamiento, además de las 14 sesiones, incluirá una entrevista forense con ambos padres o tutor, por separado; y en caso de estimarse conveniente para el proceso terapéutico de la niña, niño o adolescente, se realizarán las siguientes actividades:

e. Pláticas de orientación, talleres y actividades que se consideren necesarias para alcanzar el objetivo terapéutico, en las que participarán ambos progenitores o partes contendientes, ya sea por separado o en conjunto.
f. Sesión (es) de interacción con aplicación de técnicas lúdicas entre el consultante y ambos progenitores, por separado; esta estrategia está planeada para realizarse en cámara de Gesell, y se aplicará entre las sesiones 4 y 6.
g. Después de llevar a cabo la sesión de interacción supervisada se tendrá una plática de retroalimentación con el progenitor que haya intervenido en dicha sesión.
h. Sesiones terapéuticas supervisadas y de análisis en cámara de Gesell.

20. El día y horario asignados paras las sesiones, serán siempre los mismos a lo largo del proceso psicoterapéutico.

21. Atendiendo al caso en particular, el programa terapéutico, de ser necesario podrá ampliarse el número de sesiones que se considere prudente, ello con la finalidad de alcanzar el objetivo terapéutico.

22. Es necesario que la persona autorizada para presentar al consultante a su cita, exhiba identificación oficial vigente con fotografía (INE, cédula profesional o pasaporte) en cada una de las sesiones. Asimismo, el consultante se identificará con credencial escolar con fotografía o pasaporte.

23. La niña, niño y adolescente tendrá que ser presentado por el progenitor que ostente la guarda y custodia, provisional o definitiva, o por la persona autorizada por la autoridad judicial para tal fin. **No se permiten otros acompañantes.**

24. En caso de inasistencia de la niña, niño o adolescente por cuestiones médicas, accidente o examen escolar, el padre o persona responsable del mismo deberá informar, sin falta, el motivo de la ausencia y entregar copia del justificante correspondiente que se haya ingresado a la autoridad judicial. El porcentaje mínimo de asistencia para cubrir el objetivo terapéutico es de 80%.

25. Se solicita que se presenten 10 minutos antes de que inicie la sesión psicoterapéutica, con la finalidad de agilizar el registro de asistencia, dado que las sesiones de terapia comenzarán puntualmente, no hay tolerancia.

26. La niña, niño o adolescente deberán ingresar al espacio terapéutico sin alimentos, bebidas, juguetes, objetos personales como iPads, PSP, juegos electrónicos, teléfonos celulares, etc., pues el personal del Tribunal Superior de Justicia de la Ciudad de México no se hará responsable de objetos, en caso de que llegaran a extraviarse.

DEIP-TNNA-01

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

Subdirección de Intervención Psicológica.
JUD de Terapia para Niñas, Niños y Adolescentes.

27. Es indispensable que la niña, niño y adolescente se presente en adecuadas condiciones de higiene y aliño personal, así como de salud.

28. Es primordial respetar a todo el personal que se encuentra en la Dirección de Evaluación e Intervención Psicológica para Apoyo Judicial.

29. Está terminantemente prohibido ofrecer cualquier tipo de gratificación o regalo al personal.

30. Los padres se comprometerán a asistir a la entrevista inicial con la psicóloga encargada de la terapia de la niña, niño o adolescente que tengan a su cuidado, así como facilitar y participar en la observación de la dinámica de relación del consultante con la madre o padre, según sea el caso, por separado y en las pláticas de orientación o talleres que se considere necesarias para alcanzar el objetivo terapéutico.

31. Deberá cumplirse en tiempo y forma con las actividades asignadas para realizar en casa; las niñas, niños o adolescentes podrán solicitar el apoyo de sus padres, si así lo desean.

32. Cuando sea el turno de llevar a casa el títere itinerante, los consultantes junto con sus padres, serán los responsables de su cuidado y devolución a la terapeuta responsable, en la siguiente sesión.

33. En caso de que el consultante requiera cualquier tipo de apoyo o asistencia, la persona responsable de presentarlo tendrá que hacerse cargo de él (uso de sanitario, en caso de siniestro o alguna cuestión de salud).

34. Las Unidades de Terapia para Adultos y Terapia para Niñas, Niños y Adolescentes estarán en constante comunicación, en caso de considerarlo necesario, con la intención de conocer y articular la información que se genere en los procesos de terapia de la Subdirección de Intervención Psicológica.

FECHA: (3) _____

(4) _____
Nombre y firma del padre o tutor.

(5) _____
Nombre y firma de la madre o tutor.

DEIP-TNNA-01

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

Subdirección de Intervención Psicológica.
JUD de Terapia para Niñas, Niños y Adolescentes.

AVISO DE PRIVACIDAD

- **Identificación del responsable y la ubicación de su domicilio:**
  El responsable de dar tratamiento a los datos personales es la Mtra. Mariana Ortiz Castañares, Coordinadora de Intervención Especializada para Apoyo Judicial del Tribunal Superior de Justicia de la Ciudad de México, con domicilio en Avenida Niños Héroes, Número 150, Piso 3, Colonia Doctores, Alcaldía Cuauhtémoc, C.P. 06720, Ciudad de México.

- **El fundamento legal que faculta al responsable para llevar a cabo el tratamiento:**
  Los datos personales serán protegidos y tratados, con fundamento en lo que dispone la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos en sus artículos 6 párrafo segundo fracción II, 16 párrafo segundo y 108 párrafo primero. El artículo 7, inciso E), puntos 1, 2, 3 y 4 de la Constitución Política de la Ciudad de México. La Convención Americana sobre Derechos Humanos en su artículo 19. La Convención Americana de los Derechos del Niño en sus artículos 1, 3, 8, 12 y 19. La Ley de los Derechos de las Niñas y Niños en el Distrito Federal en sus artículos 7, 8, 45 y 85. La Ley de Asistencia y Prevención de la Violencia Familiar del Distrito Federal en sus artículos 9 y 10. El Código de Procedimientos Civiles para el Distrito Federal en sus artículos 278 y 279. Así como lo establecido en el artículo 1 de la Ley Orgánica del Tribunal Superior de Justicia del Distrito Federal ahora Ciudad de México. Los artículos 6, fracciones XII, XIII, XIV, XV, XVI, XVII, XXII, XLI y XLII y 186 de la Ley de Transparencia, Acceso a la Información Pública y Rendición de Cuentas de la Ciudad de México. Los artículos 1, 2, 3, fracciones I, II, IX, XI, XXIX, 4, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 24, 25, 26, 37, 38 y 39 de la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados de la Ciudad de México. Los artículos 1, 3 fracción X, 30 fracciones VI y VII, 31, 32, 33, 34, 35 fracción VIII, 37, 38 y 40 de la Ley de Archivos del Distrito Federal ahora Ciudad de México. Artículo 15 de los Lineamientos para la Organización y Conservación de Archivos. Artículos 49, fracciones I y V, y 210 Ley de Responsabilidades Administrativas de la Ciudad de México y los artículos 13 y 41 de los Lineamientos para el desarrollo y aplicación de estudios psicológicos, peritajes en psicología, exámenes psicotécnicos, asistencias técnicas psicológicas, terapias para adultos y terapias para niñas, niños y adolescentes, en el Poder Judicial de la Ciudad de México.

- **Los datos personales que serán sometidos a tratamiento, así como la existencia de un sistema de datos personales:**
  - Clave Única de Registro de Población (CURP).
  - Domicilio.
  - Edad.
  - Fecha de nacimiento.
  - Firma.
  - Fotografía.
  - Lugar de nacimiento.
  - Nacionalidad.
  - Nombre.
  - Número de pasaporte.
  - Teléfono celular.
  - Teléfono particular.
  - Correo electrónico no oficial.
  - Referencias laborales.
  - Procedimientos administrativos seguidos en forma de juicio.
  - Trayectoria educativa.
  - Consumo de estupefacientes.
  - Detección de enfermedades.
  - Diagnóstico psicológico.
  - Discapacidades.
  - Estado físico o mental de la persona.
  - Incapacidades médicas.
  - Referencias o descripción de sintomatologías.
  - Características emocionales.
  - Características morales.
  - Convicciones filosóficas.
  - Convicciones religiosas.
  - Creencias.
  - Ideología.
  - Opiniones políticas.
  - Origen étnico o racial.
  - Preferencia sexual.
  - Huella digital.
  - Folio de elector.
  - Clave de elector.
  - Sexo.

Inscritos en el SISTEMA DE GESTIÓN DE EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA PARA APOYO JUDICIAL (SGEIPAJ).

- **Las finalidades del tratamiento para las cuales se recaban los datos personales, el ciclo de vida de los mismos, la revocación del consentimiento y los derechos del titular sobre éstos:**
  Dar cumplimiento a los ordenamientos jurisdiccionales enviados por Salas y Juzgados, mediante la correcta y oportuna programación y trámites administrativos que se requieren para la realización de evaluaciones psicológicas y psicotécnicas, periciales, opiniones técnicas y procesos psicoterapéuticos para adultos, niñas, niños y/o adolescentes.

  El ciclo de vida de sus datos personales es el siguiente:

Ciclo vital del Dato Personal (Principio de temporalidad)	
Archivo de Trámite	5 años
Archivo de Concentración	5 años
Archivo historico	Si
Supresión	10 años
Ciclo vital del Dato Personal Libretas de control (Principio de temporalidad)	
Archivo de Trámite	1 año
Archivo de Concentración	1 año
Archivo historico	No
Supresión	2 años

  Revocación del consentimiento: Procederá a partir de que el titular exprese de manera libre, voluntaria e inequívoca su solicitud para que cese el tratamiento de sus datos personales, el cual no tendrá efectos retroactivos.

  Derechos del titular: El titular que acredite su identidad o, en su caso, su representante que acredite identidad y personalidad, podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición (ARCO).

- **Los Mecanismos, medios y procedimientos disponibles para ejercer los derechos de Acceso, Rectificación, Cancelación y Oposición:**
  El titular de los datos personales y de conformidad con el Título Tercero, Capítulos I y II de la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados de la Ciudad de México, tiene derecho al Acceso Rectificación, Cancelación y Oposición de sus datos, por lo que, para ejercer su derecho podrá realizarlo de la siguiente manera:
  1.- Solicitar información a través del sistema de solicitudes de información (INFOMEX) http://www.infomexdf.org.mx/InfomexDF/default.aspx, Plataforma Nacional de Transparencia http://www.plataformadetransparencia.org.mx/web/guest/sac,
  2.- Vía correo electrónico a la dirección de la Unidad de Transparencia oip@tsjcdmx.gob.mx.
  3.- De manera personal en las oficinas de la Unidad de Transparencia del Tribunal Superior de Justicia de la Ciudad de México.
  4.- Tel-Infodf al número 5636-4636.

- **El domicilio de la Unidad de Transparencia:**
  Unidad de Transparencia del Tribunal Superior de Justicia de la Ciudad de México, cuyo domicilio se localiza en Avenida Niños Héroes número 132, Planta Baja, Colonia Doctores, Alcaldía Cuauhtémoc, Código Postal 06720, Ciudad de México, en días hábiles y en un horario de atención al público de 9:00 a 15:00 horas de lunes a jueves y de 9:00 a 14:00 horas los días viernes.

DESCRIPCIÓN DEL FORMATO

Nombre:	**REGLAMENTO**
Clave:	**DEIP-TNNA-01**
Objetivo:	Dar a conocer al padre, madre o tutor(a) o tutores de los consultantes el reglamento del área de Terapia para Niñas, Niños y/o Adolescentes.
Elabora:	Jefatura de Unidad Departamental de Terapia para Niñas, Niños y/o Adolescentes/Padres o tutores de las Niñas, Niños y/o Adolescentes.
Número de tantos:	Original.
Distribución:	Original.-Subdirección de Asistencia Técnica e Intervención Psicológica (Expediente general).

INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
1	IP	Número que se otorga a cada expediente expedido por el sistema automáticamente.
2	NOMBRE	Se anota el nombre de la niña, niño y/o adolescente que se presenta al proceso terapéutico.
3	FECHA	Se registra la fecha que se presenta la niña, niño y/o adolescente al proceso terapéutico.
4	NOMBRE Y FIRMA DEL PADRE O TUTOR	Se registra el nombre completo y la firma del padre o tutor(a) que autoriza que se lleve a cabo proceso terapéutico.
5	NOMBRE Y FIRMA DE LA MADRE O TUTOR	Se registra el nombre completo y la firma de la madre o tutor(a) que autoriza que se lleve a cabo proceso terapéutico.

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

xico
mo:

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA
TSJCDMX

Subdirección de Intervención Psicológica.
JUD de Terapia para Niñas, Niños y Adolescentes.

CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Fecha: _____

Nombre del consultante: _____ / _____ / _____
Apellido Paterno Apellido Materno Nombre(s)
Edad: _____ Sexo: H ☐ M ☐ Teléfono casa: _____ celular: _____
Escolaridad: _____
Sala o Juzgado: _____ Número de expediente/toca: _____
Tipo de juicio: _____
En caso de emergencia llamar a: _____ Tel: _____

1. Yo, _____, estoy de acuerdo en que mi _____, _____, asista al proceso psicoterapéutico que consiste en un máximo de 14 sesiones individuales, con una duración aproximada de 60 minutos, una vez por semana.

2. Estoy de acuerdo con la programación del día y horario que me fueron asignados para las sesiones psicoterapéuticas de mí _____.

3. Me comprometo a acudir a la primera cita en la cual me será realizada una entrevista.

4. Estoy enterada/o de que todo lo anterior tendrá lugar en la Subdirección de Intervención Psicológica del Tribunal Superior de Justicia de la Ciudad de México, ubicada en: Av. Niños Héroes No. 150, 3° piso, Colonia Doctores, Delegación Cuauhtémoc, C.P. 06720.

5. Me comprometo a apoyar en todo el proceso psicoterapéutico a mí _____.

6. Acepto que en caso de ser necesario se revise el expediente judicial de mi caso.

7. Asimismo, **acepto cada una de las cláusulas de este consentimiento informado.**

_____
Nombre completo y firma del progenitor o tutor.

DEIP-TNNA-02

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

Subdirección de Intervención Psicológica.
JUD de Terapia para Niñas, Niños y Adolescentes.

AVISO DE PRIVACIDAD

- **Identificación del responsable y la ubicación de su domicilio:**
  El responsable de dar tratamiento a los datos personales es la Mtra. Mariana Ortiz Castañares, Coordinadora de Intervención Especializada para Apoyo Judicial del Tribunal Superior de Justicia de la Ciudad de México, con domicilio en Avenida Niños Héroes, Número 150, Piso 3, Colonia Doctores, Alcaldía Cuauhtémoc, C.P. 06720, Ciudad de México.

- **El fundamento legal que faculta al responsable para llevar a cabo el tratamiento:**
  Los datos personales serán protegidos y tratados, con fundamento en lo que dispone la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos en sus artículos 6 párrafo segundo fracción II, 16 párrafo segundo y 108 párrafo primero. El artículo 7, inciso E), puntos 1, 2, 3 y 4 de la Constitución Política de la Ciudad de México. La Convención Americana sobre Derechos Humanos en su artículo 19. La Convención Americana de los Derechos del Niño en sus artículos 1, 3, 8, 12 y 19. La Ley de los Derechos de las Niñas y Niños en el Distrito Federal en sus artículos 7, 8, 45 y 85. La Ley de Asistencia y Prevención de la Violencia Familiar del Distrito Federal en sus artículos 9 y 10. El Código de Procedimientos Civiles para el Distrito Federal en sus artículos 278 y 279. Así como lo establecido en el artículo 1 de la Ley Orgánica del Tribunal Superior de Justicia del Distrito Federal ahora Ciudad de México. Los artículos 6, fracciones XII, XIII, XIV, XV, XVI, XVII, XXII, XLI y XLII y 186 de la Ley de Transparencia, Acceso a la Información Pública y Rendición de Cuentas de la Ciudad de México. Los artículos 1, 2, 3, fracciones I, II, IX, XI, XXIX, 4, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 24, 25, 26, 37, 38 y 39 de la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados de la Ciudad de México. Los artículos 1, 3 fracción X, 30 fracciones VI y VII, 31, 32, 33, 34, 35 fracción VIII, 37, 38 y 40 de la Ley de Archivos del Distrito Federal ahora Ciudad de México. Artículo 15 de los Lineamientos para la Organización y Conservación de Archivos. Artículos 49, fracciones I y V, y 210 Ley de Responsabilidades Administrativas de la Ciudad de México y los artículos 13 y 41 de los Lineamientos para el desarrollo y aplicación de estudios psicológicos, peritajes en psicología, exámenes psicotécnicos, asistencias técnicas psicológicas, terapias para adultos y terapias para niñas, niños y adolescentes, en el Poder Judicial de la Ciudad de México.

- **Los datos personales que serán sometidos a tratamiento, así como la existencia de un sistema de datos personales:**
  - Clave Única de Registro de Población (CURP).
  - Domicilio.
  - Edad.
  - Fecha de nacimiento.
  - Firma.
  - Fotografía.
  - Lugar de nacimiento.
  - Nacionalidad.
  - Nombre.
  - Número de pasaporte.
  - Teléfono celular.
  - Teléfono particular.
  - Correo electrónico no oficial.
  - Referencias laborales.
  - Procedimientos administrativos seguidos en forma de juicio.
  - Trayectoria educativa.
  - Consumo de estupefacientes.
  - Detección de enfermedades.
  - Diagnóstico psicológico.
  - Discapacidades.
  - Estado físico o mental de la persona.
  - Incapacidades médicas.
  - Referencias o descripción de sintomatologías.
  - Características emocionales.
  - Características morales.
  - Convicciones filosóficas.
  - Convicciones religiosas.
  - Creencias.
  - Ideología.
  - Opiniones políticas.
  - Origen étnico o racial.
  - Preferencia sexual.
  - Huella digital.
  - Folio de elector.
  - Clave de elector.
  - Sexo.

  Inscritos en el SISTEMA DE GESTIÓN DE EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA PARA APOYO JUDICIAL (SGEIPAJ).

- **Las finalidades del tratamiento para las cuales se recaban los datos personales, el ciclo de vida de los mismos, la revocación del consentimiento y los derechos del titular sobre éstos:**
  Dar cumplimiento a los ordenamientos jurisdiccionales enviados por Salas y Juzgados, mediante la correcta y oportuna programación y trámites administrativos que se requieren para la realización de evaluaciones psicológicas y psicotécnicas, periciales, opiniones técnicas y procesos psicoterapéuticos para adultos, niñas, niños y/o adolescentes.

  El ciclo de vida de sus datos personales es el siguiente:

Ciclo vital del Dato Personal (Principio de temporalidad)	
Archivo de Trámite	5 años
Archivo de Concentración	5 años
Archivo historico	Sí
Supresión	10 años
Ciclo vital del Dato Personal Libretas de control (Principio de temporalidad)	
Archivo de Trámite	1 año
Archivo de Concentración	1 año
Archivo historico	No
Supresión	2 años

  Revocación del consentimiento: Procederá a partir de que el titular exprese de manera libre, voluntaria e inequívoca su solicitud para que cese el tratamiento de sus datos personales, el cual no tendrá efectos retroactivos.

  Derechos del titular: El titular que acredite su identidad o, en su caso, su representante que acredite identidad y personalidad, podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición (ARCO).

- **Los Mecanismos, medios y procedimientos disponibles para ejercer los derechos de Acceso, Rectificación, Cancelación y Oposición:**
  El titular de los datos personales y de conformidad con el Título Tercero, Capítulos I y II de la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados de la Ciudad de México, tiene derecho al Acceso Rectificación, Cancelación y Oposición de sus datos, por lo que, para ejercer su derecho podrá realizarlo de la siguiente manera:
  1.- Solicitar información a través del sistema de solicitudes de información (INFOMEX) http://www.infomexdf.org.mx/InfomexDF/default.aspx, Plataforma Nacional de Transparencia http://www.plataformadetransparencia.org.mx/web/guest/sac,
  2.- Vía correo electrónico a la dirección de la Unidad de Transparencia oip@tsjcdmx.gob.mx.
  3.- De manera personal en las oficinas de la Unidad de Transparencia del Tribunal Superior de Justicia de la Ciudad de México.
  4.- Tel-Infodf al número 5636-4636.

- **El domicilio de la Unidad de Transparencia:**
  Unidad de Transparencia del Tribunal Superior de Justicia de la Ciudad de México, cuyo domicilio se localiza en Avenida Niños Héroes número 132, Planta Baja, Colonia Doctores, Alcaldía Cuauhtémoc, Código Postal 06720, Ciudad de México, en días hábiles y en un horario de atención al público de 9:00 a 15:00 horas de lunes a jueves y de 9:00 a 14:00 horas los días viernes.

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

Subdirección de Intervención Psicológica.
JUD de Terapia para Niñas, Niños y Adolescentes.

CONSENTIMIENTO INFORMADO.

(1)

Fecha: _____

(2)

Nombre del consultante: _____ / _____ / _____
Apellido Paterno Apellido Materno Nombre(s)
Edad: _____ Sexo: H ☐ M ☐ Teléfono casa: _____ celular: _____
Escolaridad: _____
Sala o Juzgado: _____ Número de expediente/toca: _____
Tipo de juicio: _____
En caso de emergencia llamar a: _____ Tel: _____

1. Yo, _____**(3)**_____, estoy de acuerdo en que mi _____**(4)**_____, _____**(5)**_____, asista al proceso psicoterapéutico que consiste en un máximo de 14 sesiones individuales, con una duración aproximada de 60 minutos, una vez por semana.

2. Estoy de acuerdo con la programación del día y horario que me fueron asignados para las sesiones psicoterapéuticas de mí _____**(6)**_____.

3. Me comprometo a acudir a la primera cita en la cual me será realizada una entrevista.

4. Estoy enterada/o de que todo lo anterior tendrá lugar en la Subdirección de Intervención Psicológica del Tribunal Superior de Justicia de la Ciudad de México, ubicada en: Av. Niños Héroes No. 150, 3° piso, Colonia Doctores, Delegación Cuauhtémoc, C.P. 06720.

5. Me comprometo a apoyar en todo el proceso psicoterapéutico a mí _____**(7)**_____.

6. Acepto que en caso de ser necesario se revise el expediente judicial de mi caso.

7. Asimismo, **acepto cada una de las cláusulas de este consentimiento informado.**

(8)

_____
Nombre completo y firma del progenitor o tutor.

DEIP-TNNA-02

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

Subdirección de Intervención Psicológica.
JUD de Terapia para Niñas, Niños y Adolescentes.

AVISO DE PRIVACIDAD

- **Identificación del responsable y la ubicación de su domicilio:**
  El responsable de dar tratamiento a los datos personales es la Mtra. Mariana Ortiz Castañares, Coordinadora de Intervención Especializada para Apoyo Judicial del Tribunal Superior de Justicia de la Ciudad de México, con domicilio en Avenida Niños Héroes, Número 150, Piso 3, Colonia Doctores, Alcaldía Cuauhtémoc, C.P. 06720, Ciudad de México.

- **El fundamento legal que faculta al responsable para llevar a cabo el tratamiento:**
  Los datos personales serán protegidos y tratados, con fundamento en lo que dispone la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos en sus artículos 6 párrafo segundo fracción II, 16 párrafo segundo y 108 párrafo primero. El artículo 7, inciso E), puntos 1, 2, 3 y 4 de la Constitución Política de la Ciudad de México. La Convención Americana sobre Derechos Humanos en su artículo 19. La Convención Americana de los Derechos del Niño en sus artículos 1, 3, 8, 12 y 19. La Ley de los Derechos de las Niñas y Niños en el Distrito Federal en sus artículos 7, 8, 45 y 85. La Ley de Asistencia y Prevención de la Violencia Familiar del Distrito Federal en sus artículos 9 y 10. El Código de Procedimientos Civiles para el Distrito Federal en sus artículos 278 y 279. Así como lo establecido en el artículo 1 de la Ley Orgánica del Tribunal Superior de Justicia del Distrito Federal ahora Ciudad de México. Los artículos 6, fracciones XII, XIII, XIV, XV, XVI, XVII, XXII, XLI y XLII y 186 de la Ley de Transparencia, Acceso a la Información Pública y Rendición de Cuentas de la Ciudad de México. Los artículos 1, 2, 3, fracciones I, II, IX, XI, XXIX, 4, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 24, 25, 26, 37, 38 y 39 de la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados de la Ciudad de México. Los artículos 1, 3 fracción X, 30 fracciones VI y VII, 31, 32, 33, 34, 35 fracción VIII, 37, 38 y 40 de la Ley de Archivos del Distrito Federal ahora Ciudad de México. Artículo 15 de los Lineamientos para la Organización y Conservación de Archivos. Artículos 49, fracciones I y V, y 210 Ley de Responsabilidades Administrativas de la Ciudad de México y los artículos 13 y 41 de los Lineamientos para el desarrollo y aplicación de estudios psicológicos, peritajes en psicología, exámenes psicotécnicos, asistencias técnicas psicológicas, terapias para adultos y terapias para niñas, niños y adolescentes, en el Poder Judicial de la Ciudad de México.

- **Los datos personales que serán sometidos a tratamiento, así como la existencia de un sistema de datos personales:**
  - Clave Única de Registro de Población (CURP).
  - Domicilio.
  - Edad.
  - Fecha de nacimiento.
  - Firma.
  - Fotografía.
  - Lugar de nacimiento.
  - Nacionalidad.
  - Nombre.
  - Número de pasaporte.
  - Teléfono celular.
  - Teléfono particular.
  - Correo electrónico no oficial.
  - Referencias laborales.
  - Procedimientos administrativos seguidos en forma de juicio.
  - Trayectoria educativa.
  - Consumo de estupefacientes.
  - Detección de enfermedades.
  - Diagnóstico psicológico.
  - Discapacidades.
  - Estado físico o mental de la persona.
  - Incapacidades médicas.
  - Referencias o descripción de sintomatologías.
  - Características emocionales.
  - Características morales.
  - Convicciones filosóficas.
  - Convicciones religiosas.
  - Creencias.
  - Ideología.
  - Opiniones políticas.
  - Origen étnico o racial.
  - Preferencia sexual.
  - Huella digital.
  - Folio de elector.
  - Clave de elector.
  - Sexo.

Inscritos en el SISTEMA DE GESTIÓN DE EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA PARA APOYO JUDICIAL (SGEIPAJ).

- **Las finalidades del tratamiento para las cuales se recaban los datos personales, el ciclo de vida de los mismos, la revocación del consentimiento y los derechos del titular sobre éstos:**
  Dar cumplimiento a los ordenamientos jurisdiccionales enviados por Salas y Juzgados, mediante la correcta y oportuna programación y trámites administrativos que se requieren para la realización de evaluaciones psicológicas y psicotécnicas, periciales, opiniones técnicas y procesos psicoterapéuticos para adultos, niñas, niños y/o adolescentes.

  El ciclo de vida de sus datos personales es el siguiente:

Ciclo vital del Dato Personal (Principio de temporalidad)	
Archivo de Trámite	5 años
Archivo de Concentración	5 años
Archivo historico	Sí
Supresión	10 años
Ciclo vital del Dato Personal Libretas de control (Principio de temporalidad)	
Archivo de Trámite	1 año
Archivo de Concentración	1 año
Archivo historico	No
Supresión	2 años

  Revocación del consentimiento: Procederá a partir de que el titular exprese de manera libre, voluntaria e inequívoca su solicitud para que cese el tratamiento de sus datos personales, el cual no tendrá efectos retroactivos.

  Derechos del titular: El titular que acredite su identidad o, en su caso, su representante que acredite identidad y personalidad, podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición (ARCO).

- **Los Mecanismos, medios y procedimientos disponibles para ejercer los derechos de Acceso, Rectificación, Cancelación y Oposición:**
  El titular de los datos personales y de conformidad con el Título Tercero, Capítulos I y II de la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados de la Ciudad de México, tiene derecho al Acceso Rectificación, Cancelación y Oposición de sus datos, por lo que, para ejercer su derecho podrá realizarlo de la siguiente manera:
  1.- Solicitar información a través del sistema de solicitudes de información (INFOMEX) http://www.infomexdf.org.mx/InfomexDF/default.aspx, Plataforma Nacional de Transparencia http://www.plataformadetransparencia.org.mx/web/guest/sac,
  2.- Vía correo electrónico a la dirección de la Unidad de Transparencia oip@tsjcdmx.gob.mx.
  3.- De manera personal en las oficinas de la Unidad de Transparencia del Tribunal Superior de Justicia de la Ciudad de México.
  4.- Tel-Infodf al número 5636-4636.

- **El domicilio de la Unidad de Transparencia:**
  Unidad de Transparencia del Tribunal Superior de Justicia de la Ciudad de México, cuyo domicilio se localiza en Avenida Niños Héroes número 132, Planta Baja, Colonia Doctores, Alcaldía Cuauhtémoc, Código Postal 06720, Ciudad de México, en días hábiles y en un horario de atención al público de 9:00 a 15:00 horas de lunes a jueves y de 9:00 a 14:00 horas los días viernes.

DESCRIPCIÓN DEL FORMATO

Nombre:	**CONSENTIMIENTO INFORMADO**
Clave:	**DEIP-TNNA-02**
Objetivo:	Que el usuario y los padres y/o tutores que ostentan la guarda y custodia, expresen su voluntad de que su (s) hija (s), Hijo (s) y/o Adolescente (s) asista al proceso de Terapia para Niñas, Niños y/o Adolescentes.
Elabora:	Jefatura de Unidad Departamental de Terapia para Niñas, Niños y/o Adolescentes/Padres o tutores de las Niñas, Niños y/o Adolescentes.
Número de tantos:	Original.
Distribución:	Original- Subdirección de Asistencia Técnica e Intervención Psicológica (Expediente general).

INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
1	FECHA	Se registra la fecha del día en curso.
2	DATOS GENERALES	Se anotan los datos personales de la niña, niño y/o adolescente para llevar a cabo su proceso terapéutico, como son su nombre completo, edad, sexo, escolaridad, así como los datos de la Sala o juzgado, número de expediente/toca, tipo de juicio, etc.
3	NOMBRE	Se anota el nombre del padre, madre o tutor(a) que tiene la guarda y custodia de la niña, niño o adolescente.
4	PARENTESCO	Se anota el tipo de parentesco que tiene con la niña, niño y/o adolescente.
5	NOMBRE	Se anota el nombre de la niña, niño o adolescente.
6	PARENTESCO	Se anota el tipo de parentesco que tiene con la niña, niño y/o adolescente.
7	PARENTESCO	Se anota el tipo de parentesco que tiene con la niña, niño y/o adolescente.
8	NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL PROGENITOR O TUTOR	Se anota el nombre y la firma del padre, madre o tutor(a) que tiene la guarda y custodia de la niña, niño y/o adolescente.

PJCDMX PODER JUDICIAL

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

Subdirección de Intervención Psicológica.
JUD de Terapia para Niñas, Niños y Adolescentes.

F.1 ANTECEDENTES NIÑA, NIÑO O ADOLESCENTE.

REG.: _____.

1. DATOS GENERALES DE LA NIÑA, NIÑO O ADOLESCENTE.	
NOMBRE:	
SEXO:	
EDAD:	
FECHA DE NACIMIENTO	
NACIONALIDAD:	
RELIGIÓN:	
ESCOLARIDAD:	
DOMICILIO (DELEGACIÓN O MUNICIPIO):	

2. DATOS CLÍNICOS DE LA NIÑA, NIÑO O ADOLESCENTE.			
HA SIDO EVALUADO PSICOLÓGICAMENTE:	SI	NO	Fecha de la evaluación:
			Lugar:
HA TOMADO TERAPIA PSICOLÓGICA:	SI	NO	Período de la terapia:
			Motivo:
			Lugar:
HA SIDO VALORADO POR MÉDICO PSIQUIATRA:	SI	NO	Fecha de valoración:
			Lugar:
			Diagnóstico:
			Medicamentos prescritos:
			Frecuencia de la toma del medicamento:
PRESENTA ALGUNA ENFERMEDAD CRÓNICO-DEGENERATIVA:	SI	NO	Diagnóstico:
			Fecha del diagnóstico:
			Medicamentos prescritos:
			Frecuencia de la toma del medicamento:
¿ES USUARIO DEL CENTRO DE CONVIVENCIAS?	SI	NO	Numero de convivencia o entrega recepción:

De manera breve, a continuación describa:

3. HISTORIA DEL DESARROLLO DE LA NIÑA, NIÑO O ADOLESCENTE.
LA EXISTENCIA DE ALGÚN EVENTO DE IMPORTANCIA, DURANTE EL EMBARAZO, PARTO O POSTERIOR, QUE AFECTÓ O AFECTE EL DESARROLLO NORMAL DE SU HIJA (O), EN LAS ÁREAS MOTRIZ, LENGUAJE, ALIMENTACIÓN, CONTROL DE ESFÍNTERES, O CUALQUIER OTRA.
LA CALIDAD DEL SUEÑO O PROBLEMAS RELACIONADOS CON PESADILLAS, SONAMBULISMO, INSOMNIO, ETC.

DEIP-TNNA-03

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

Subdirección de Intervención Psicológica
JUD de Terapia para Niñas, Niños y Adolescentes

4. DINÁMICA EMOCIONAL DE LA NIÑA, NIÑO O ADOLESCENTE.
DESCRIBA TEMPERAMENTO, INTERESES, FORTALEZAS, DEBILIDADES, ETC. DE SU HIJA (O).
LA MANERA EN QUE SU HIJA (O) EXPRESA SUS EMOCIONES Y PENSAMIENTOS.
LA MANERA DE REACCIONAR QUE PRESENTA SU HIJA (O) ANTE SITUACIONES QUE LE PROVOCAN TRISTEZA, ENOJO, CULPA, MIEDO.
ESTILO DE CRIANZA QUE UD. EMPLEA CON SU HIJA (O) Y EL TIPO DE RELACIÓN QUE TIENE CON ELLA (ÉL) EN LA ACTUALIDAD.
LA RELACIÓN Y ESTILO DE CRIANZA DEL OTRO PROGENITOR CON SU HIJA (O) ANTES Y DESPUÉS DE LA SEPARACIÓN.
TIPO DE RELACIÓN ENTRE USTED Y EL PADRE/MADRE DE SU HIJA (O) ANTES Y DESPUÉS DE LA SEPARACIÓN.
DESCRIBA SI HAY INTERVENCIÓN DE OTROS FAMILIARES Y/O NUEVA PAREJA EN EL CUIDADO DE SU HIJA (O) (APOYO ECONÓMICO, CRIANZA, NUEVOS HERMANOS, ETC.).

DEIP-TNNA-03

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

Subdirección de Intervención Psicológica.
JUD de Terapia para Niñas, Niños y Adolescentes.

NOMBRE DE LA PERSONA QUE CUIDA A SU HIJA (O) CUÁNDO USTED SALE A TRABAJAR O REALIZA OTRAS ACTIVIDADES, ASÍ CÓMO, DESCRIBA EL TIPO DE RELACIÓN QUE EXISTE CON ESA O ESAS PERSONAS.
LA RELACIÓN DE SU HIJA (O) CON SUS HERMANOS (AS).
LAS RELACIONES SOCIALES DE SU HIJA (O).
EL RENDIMIENTO ESCOLAR DE SU HIJA (O) ANTES Y DESPUÉS DE LA SEPARACIÓN DE LOS PADRES.

AS.

FECHA: _____.

NOMBRE: _____. **FIRMA:** _____.

PARENTESCO CON LA NIÑA, NIÑO O ADOLESCENTE: _____.

TELÉFONO DE CONTACTO: CASA: _____. **CEL.:** _____.

EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A: _____ **TEL:** _____.

DEIP-TNNA-03

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

Subdirección de Intervención Psicológica.
JUD de Terapia para Niñas, Niños y Adolescentes.

AVISO DE PRIVACIDAD

- **Identificación del responsable y la ubicación de su domicilio:**
  El responsable de dar tratamiento a los datos personales es la Mtra. Mariana Ortiz Castañares, Coordinadora de Intervención Especializada para Apoyo Judicial del Tribunal Superior de Justicia de la Ciudad de México, con domicilio en Avenida Niños Héroes, Número 150, Piso 3, Colonia Doctores, Alcaldía Cuauhtémoc, C.P. 06720, Ciudad de México.

- **El fundamento legal que faculta al responsable para llevar a cabo el tratamiento:**
  Los datos personales serán protegidos y tratados, con fundamento en lo que dispone la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos en sus artículos 6 párrafo segundo fracción II, 16 párrafo segundo y 108 párrafo primero. El artículo 7, inciso E), puntos 1, 2, 3 y 4 de la Constitución Política de la Ciudad de México. La Convención Americana sobre Derechos Humanos en su artículo 19. La Convención Americana de los Derechos del Niño en sus artículos 1, 3, 8, 12 y 19. La Ley de los Derechos de las Niñas y Niños en el Distrito Federal en sus artículos 7, 8, 45 y 85. La Ley de Asistencia y Prevención de la Violencia Familiar del Distrito Federal en sus artículos 9 y 10. El Código de Procedimientos Civiles para el Distrito Federal en sus artículos 278 y 279. Así como lo establecido en el artículo 1 de la Ley Orgánica del Tribunal Superior de Justicia del Distrito Federal ahora Ciudad de México. Los artículos 6, fracciones XII, XIII, XIV, XV, XVI, XVII, XXII, XLI y XLII y 186 de la Ley de Transparencia, Acceso a la Información Pública y Rendición de Cuentas de la Ciudad de México. Los artículos 1, 2, 3, fracciones I, II, IX, XI, XXIX, 4, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 24, 25, 26, 37, 38 y 39 de la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados de la Ciudad de México. Los artículos 1, 3 fracción X, 30 fracciones VI y VII, 31, 32, 33, 34, 35 fracción VIII, 37, 38 y 40 de la Ley de Archivos del Distrito Federal ahora Ciudad de México. Artículo 15 de los Lineamientos para la Organización y Conservación de Archivos. Artículos 49, fracciones I y V, y 210 Ley de Responsabilidades Administrativas de la Ciudad de México y los artículos 13 y 41 de los Lineamientos para el desarrollo y aplicación de estudios psicológicos, peritajes en psicología, exámenes psicotécnicos, asistencias técnicas psicológicas, terapias para adultos y terapias para niñas, niños y adolescentes, en el Poder Judicial de la Ciudad de México.

- **Los datos personales que serán sometidos a tratamiento, así como la existencia de un sistema de datos personales:**
  - Clave Única de Registro de Población (CURP).
  - Domicilio.
  - Edad.
  - Fecha de nacimiento.
  - Firma.
  - Fotografía.
  - Lugar de nacimiento.
  - Nacionalidad.
  - Nombre.
  - Número de pasaporte.
  - Teléfono celular.
  - Teléfono particular.
  - Correo electrónico no oficial.
  - Referencias laborales.
  - Procedimientos administrativos seguidos en forma de juicio.
  - Trayectoria educativa.
  - Consumo de estupefacientes.
  - Detección de enfermedades.
  - Diagnóstico psicológico.
  - Discapacidades.
  - Estado físico o mental de la persona.
  - Incapacidades médicas.
  - Referencias o descripción de sintomatologías.
  - Características emocionales.
  - Características morales.
  - Convicciones filosóficas.
  - Convicciones religiosas.
  - Creencias.
  - Ideología.
  - Opiniones políticas.
  - Origen étnico o racial.
  - Preferencia sexual.
  - Huella digital.
  - Folio de elector.
  - Clave de elector.
  - Sexo.

  Inscritos en el SISTEMA DE GESTIÓN DE EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA PARA APOYO JUDICIAL (SGEIPAJ).

- **Las finalidades del tratamiento para las cuales se recaban los datos personales, el ciclo de vida de los mismos, la revocación del consentimiento y los derechos del titular sobre éstos:**
  Dar cumplimiento a los ordenamientos jurisdiccionales enviados por Salas y Juzgados, mediante la correcta y oportuna programación y trámites administrativos que se requieren para la realización de evaluaciones psicológicas y psicotécnicas, periciales, opiniones técnicas y procesos psicoterapéuticos para adultos, niñas, niños y/o adolescentes.

  El ciclo de vida de sus datos personales es el siguiente:

Ciclo vital del Dato Personal (Principio de temporalidad)	
Archivo de Trámite	5 años
Archivo de Concentración	5 años
Archivo historico	Si
Supresión	10 años
Ciclo vital del Dato Personal Libretas de control (Principio de temporalidad)	
Archivo de Trámite	1 año
Archivo de Concentración	1 año
Archivo historico	No
Supresión	2 años

  Revocación del consentimiento: Procederá a partir de que el titular exprese de manera libre, voluntaria e inequívoca su solicitud para que cese el tratamiento de sus datos personales, el cual no tendrá efectos retroactivos.

  Derechos del titular: El titular que acredite su identidad o, en su caso, su representante que acredite identidad y personalidad, podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición (ARCO).

- **Los Mecanismos, medios y procedimientos disponibles para ejercer los derechos de Acceso, Rectificación, Cancelación y Oposición:**
  El titular de los datos personales y de conformidad con el Título Tercero, Capítulos I y II de la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados de la Ciudad de México, tiene derecho al Acceso Rectificación, Cancelación y Oposición de sus datos, por lo que, para ejercer su derecho podrá realizarlo de la siguiente manera:
  1.- Solicitar información a través del sistema de solicitudes de información (INFOMEX) http://www.infomexdf.org.mx/InfomexDF/default.aspx, Plataforma Nacional de Transparencia http://www.plataformadetransparencia.org.mx/web/guest/sac,
  2.- Vía correo electrónico a la dirección de la Unidad de Transparencia oip@tsjcdmx.gob.mx.
  3.- De manera personal en las oficinas de la Unidad de Transparencia del Tribunal Superior de Justicia de la Ciudad de México.
  4.- Tel-Infodf al número 5636-4636.

- **El domicilio de la Unidad de Transparencia:**
  Unidad de Transparencia del Tribunal Superior de Justicia de la Ciudad de México, cuyo domicilio se localiza en Avenida Niños Héroes número 132, Planta Baja, Colonia Doctores, Alcaldía Cuauhtémoc, Código Postal 06720, Ciudad de México, en días hábiles y en un horario de atención al público de 9:00 a 15:00 horas de lunes a jueves y de 9:00 a 14:00 horas los días viernes.

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

Subdirección de Intervención Psicológica.
JUD de Terapia para Niñas, Niños y Adolescentes.

F.1 ANTECEDENTES NIÑA, NIÑO O ADOLESCENTE.

(1)
REG.: _____.

1. DATOS GENERALES DE LA NIÑA, NIÑO O ADOLESCENTE. (2)	
NOMBRE:	
SEXO:	
EDAD:	
FECHA DE NACIMIENTO	
NACIONALIDAD:	
RELIGIÓN:	
ESCOLARIDAD:	
DOMICILIO (DELEGACIÓN O MUNICIPIO):	

2. DATOS CLÍNICOS DE LA NIÑA, NIÑO O ADOLESCENTE. (3)			
HA SIDO EVALUADO PSICOLÓGICAMENTE:	SI	NO	Fecha de la evaluación:
			Lugar:
HA TOMADO TERAPIA PSICOLÓGICA:	SI	NO	Periodo de la terapia:
			Motivo:
			Lugar:
HA SIDO VALORADO POR MÉDICO PSIQUIATRA:	SI	NO	Fecha de valoración:
			Lugar:
			Diagnóstico:
			Medicamentos prescritos:
			Frecuencia de la toma del medicamento:
PRESENTA ALGUNA ENFERMEDAD CRÓNICO-DEGENERATIVA:	SI	NO	Diagnóstico:
			Fecha del diagnóstico:
			Medicamentos prescritos:
			Frecuencia de la toma del medicamento:
¿ES USUARIO DEL CENTRO DE CONVIVENCIAS?	SI	NO	Numero de convivencia o entrega recepción:

De manera breve, a continuación describa:

3. HISTORIA DEL DESARROLLO DE LA NIÑA, NIÑO O ADOLESCENTE. (4)
LA EXISTENCIA DE ALGÚN EVENTO DE IMPORTANCIA, DURANTE EL EMBARAZO, PARTO O POSTERIOR, QUE AFECTÓ O AFECTE EL DESARROLLO NORMAL DE SU HIJA (O), EN LAS ÁREAS MOTRIZ, LENGUAJE, ALIMENTACIÓN, CONTROL DE ESFÍNTERES, O CUALQUIER OTRA.
LA CALIDAD DEL SUEÑO O PROBLEMAS RELACIONADOS CON PESADILLAS, SONAMBULISMO, INSOMNIO, ETC.

DEIP-TNNA-03

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

Subdirección de Intervención Psicológica
JUD de Terapia para Niñas, Niños y Adolescentes

4. DINÁMICA EMOCIONAL DE LA NIÑA, NIÑO O ADOLESCENTE. (5)

DESCRIBA TEMPERAMENTO, INTERESES, FORTALEZAS, DEBILIDADES, ETC. DE SU HIJA (O).

LA MANERA EN QUE SU HIJA (O) EXPRESA SUS EMOCIONES Y PENSAMIENTOS.

LA MANERA DE REACCIONAR QUE PRESENTA SU HIJA (O) ANTE SITUACIONES QUE LE PROVOCAN TRISTEZA, ENOJO, CULPA, MIEDO.

ESTILO DE CRIANZA QUE UD. EMPLEA CON SU HIJA (O) Y EL TIPO DE RELACIÓN QUE TIENE CON ELLA (ÉL) EN LA ACTUALIDAD.

LA RELACIÓN Y ESTILO DE CRIANZA DEL OTRO PROGENITOR CON SU HIJA (O) ANTES Y DESPUÉS DE LA SEPARACIÓN.

TIPO DE RELACIÓN ENTRE USTED Y EL PADRE/MADRE DE SU HIJA (O) ANTES Y DESPUÉS DE LA SEPARACIÓN.

DESCRIBA SI HAY INTERVENCIÓN DE OTROS FAMILIARES Y/O NUEVA PAREJA EN EL CUIDADO DE SU HIJA (O) (APOYO ECONÓMICO, CRIANZA, NUEVOS HERMANOS, ETC.).

DEIP-TNNA-03

PJCDMX PODER JUDICIAL

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

Subdirección de Intervención Psicológica.
JUD de Terapia para Niñas, Niños y Adolescentes.

NOMBRE DE LA PERSONA QUE CUIDA A SU HIJA (O) CUANDO USTED SALE A TRABAJAR O REALIZA OTRAS ACTIVIDADES, ASÍ CÓMO, DESCRIBA EL TIPO DE RELACIÓN QUE EXISTE CON ESA O ESAS PERSONAS.

LA RELACIÓN DE SU HIJA (O) CON SUS HERMANOS (AS).

LAS RELACIONES SOCIALES DE SU HIJA (O).

EL RENDIMIENTO ESCOLAR DE SU HIJA (O) ANTES Y DESPUÉS DE LA SEPARACIÓN DE LOS PADRES.

9. (6)

FECHA: _____.

NOMBRE: _____. **FIRMA:** _____.

PARENTESCO CON LA NIÑA, NIÑO O ADOLESCENTE: _____.

TELÉFONO DE CONTACTO: CASA: _____. **CEL.:** _____.

EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A: _____ **TEL:** _____.

DEIP-TNNA-03

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

Subdirección de Intervención Psicológica.
JUD de Terapia para Niñas, Niños y Adolescentes.

AVISO DE PRIVACIDAD

- **Identificación del responsable y la ubicación de su domicilio:**
  El responsable de dar tratamiento a los datos personales es la Mtra. Mariana Ortiz Castañares, Coordinadora de Intervención Especializada para Apoyo Judicial del Tribunal Superior de Justicia de la Ciudad de México, con domicilio en Avenida Niños Héroes, Número 150, Piso 3, Colonia Doctores, Alcaldía Cuauhtémoc, C.P. 06720, Ciudad de México.

- **El fundamento legal que faculta al responsable para llevar a cabo el tratamiento:**
  Los datos personales serán protegidos y tratados, con fundamento en lo que dispone la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos en sus artículos 6 párrafo segundo fracción II, 16 párrafo segundo y 108 párrafo primero. El artículo 7, inciso E), puntos 1, 2, 3 y 4 de la Constitución Política de la Ciudad de México. La Convención Americana sobre Derechos Humanos en su artículo 19. La Convención Americana de los Derechos del Niño en sus artículos 1, 3, 8, 12 y 19. La Ley de los Derechos de las Niñas y Niños en el Distrito Federal en sus artículos 7, 8, 45 y 85. La Ley de Asistencia y Prevención de la Violencia Familiar del Distrito Federal en sus artículos 9 y 10. El Código de Procedimientos Civiles para el Distrito Federal en sus artículos 278 y 279. Así como lo establecido en el artículo 1 de la Ley Orgánica del Tribunal Superior de Justicia del Distrito Federal ahora Ciudad de México. Los artículos 6, fracciones XII, XIII, XIV, XV, XVI, XVII, XXII, XLI y XLII y 186 de la Ley de Transparencia, Acceso a la Información Pública y Rendición de Cuentas de la Ciudad de México. Los artículos 1, 2, 3, fracciones I, II, IX, XI, XXIX, 4, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 24, 25, 26, 37, 38 y 39 de la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados de la Ciudad de México. Los artículos 1, 3 fracción X, 30 fracciones VI y VII, 31, 32, 33, 34, 35 fracción VIII, 37, 38 y 40 de la Ley de Archivos del Distrito Federal ahora Ciudad de México. Artículo 15 de los Lineamientos para la Organización y Conservación de Archivos. Artículos 49, fracciones I y V, y 210 Ley de Responsabilidades Administrativas de la Ciudad de México y los artículos 13 y 41 de los Lineamientos para el desarrollo y aplicación de estudios psicológicos, peritajes en psicología, exámenes psicotécnicos, asistencias técnicas psicológicas, terapias para adultos y terapias para niñas, niños y adolescentes, en el Poder Judicial de la Ciudad de México.

- **Los datos personales que serán sometidos a tratamiento, así como la existencia de un sistema de datos personales:**
  - Clave Única de Registro de Población (CURP).
  - Domicilio.
  - Edad.
  - Fecha de nacimiento.
  - Firma.
  - Fotografía.
  - Lugar de nacimiento.
  - Nacionalidad.
  - Nombre.
  - Número de pasaporte.
  - Teléfono celular.
  - Teléfono particular.
  - Correo electrónico no oficial.
  - Referencias laborales.
  - Procedimientos administrativos seguidos en forma de juicio.
  - Trayectoria educativa.
  - Consumo de estupefacientes.
  - Detección de enfermedades.
  - Diagnóstico psicológico.
  - Discapacidades.
  - Estado físico o mental de la persona.
  - Incapacidades médicas.
  - Referencias o descripción de sintomatologías.
  - Características emocionales.
  - Características morales.
  - Convicciones filosóficas.
  - Convicciones religiosas.
  - Creencias.
  - Ideología.
  - Opiniones políticas.
  - Origen étnico o racial.
  - Preferencia sexual.
  - Huella digital.
  - Folio de elector.
  - Clave de elector.
  - Sexo.

  Inscritos en el SISTEMA DE GESTIÓN DE EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA PARA APOYO JUDICIAL (SGEIPAJ).

- **Las finalidades del tratamiento para las cuales se recaban los datos personales, el ciclo de vida de los mismos, la revocación del consentimiento y los derechos del titular sobre éstos:**
  Dar cumplimiento a los ordenamientos jurisdiccionales enviados por Salas y Juzgados, mediante la correcta y oportuna programación y trámites administrativos que se requieren para la realización de evaluaciones psicológicas y psicotécnicas, periciales, opiniones técnicas y procesos psicoterapéuticos para adultos, niñas, niños y/o adolescentes.

  El ciclo de vida de sus datos personales es el siguiente:

Ciclo vital del Dato Personal (Principio de temporalidad)	
Archivo de Trámite	5 años
Archivo de Concentración	5 años
Archivo historico	Sí
Supresión	10 años
Ciclo vital del Dato Personal Libretas de control (Principio de temporalidad)	
Archivo de Trámite	1 año
Archivo de Concentración	1 año
Archivo historico	No
Supresión	2 años

  Revocación del consentimiento: Procederá a partir de que el titular exprese de manera libre, voluntaria e inequívoca su solicitud para que cese el tratamiento de sus datos personales, el cual no tendrá efectos retroactivos.

  Derechos del titular: El titular que acredite su identidad o, en su caso, su representante que acredite identidad y personalidad, podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición (ARCO).

- **Los Mecanismos, medios y procedimientos disponibles para ejercer los derechos de Acceso, Rectificación, Cancelación y Oposición:**
  El titular de los datos personales y de conformidad con el Título Tercero, Capítulos I y II de la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados de la Ciudad de México, tiene derecho al Acceso Rectificación, Cancelación y Oposición de sus datos, por lo que, para ejercer su derecho podrá realizarlo de la siguiente manera:
  1.- Solicitar información a través del sistema de solicitudes de información (INFOMEX) http://www.infomexdf.org.mx/InfomexDF/default.aspx, Plataforma Nacional de Transparencia http://www.plataformadetransparencia.org.mx/web/guest/sac,
  2.- Vía correo electrónico a la dirección de la Unidad de Transparencia oip@tsjcdmx.gob.mx.
  3.- De manera personal en las oficinas de la Unidad de Transparencia del Tribunal Superior de Justicia de la Ciudad de México.
  4.- Tel-Infodf al número 5636-4636.

- **El domicilio de la Unidad de Transparencia:**
  Unidad de Transparencia del Tribunal Superior de Justicia de la Ciudad de México, cuyo domicilio se localiza en Avenida Niños Héroes número 132, Planta Baja, Colonia Doctores, Alcaldía Cuauhtémoc, Código Postal 06720, Ciudad de México, en días hábiles y en un horario de atención al público de 9:00 a 15:00 horas de lunes a jueves y de 9:00 a 14:00 horas los días viernes.

DESCRIPCIÓN DEL FORMATO

Nombre:	**F.1 ANTECEDENTES NIÑA, NIÑO O ADOLESCENTE**
Clave:	**DEIP-TNNA-03**
Objetivo:	Que el usuario y los padres y/o tutores que ostentan la guarda y custodia, proporcione información del desarrollo psicológico de su (s) hijo (s) y de la dinámica familiar, previo al inicio del proceso de terapia.
Elabora:	Jefatura de Unidad Departamental de Terapia para Niñas, Niños y/o Adolescentes/Padres o tutores de las Niñas, Niños y/o Adolescentes.
Número de tantos:	Original.
Distribución:	Original- Subdirección de Asistencia Técnica e Intervención Psicológica (Expediente general).

INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
1	REG.	Se registra el número de expediente que expide el sistema.
2	DATOS GENERALES DE LA NIÑA, NIÑO Y/O ADOLESCENTE	Se anotan los datos personales de la niña, niño y/o adolescente inscrito en el proceso terapéutico, como son: nombre, edad, fecha de nacimiento, nacionalidad, etc.
3	DATOS CLINICOS DE LA NIÑA, NIÑO O ADOLESCENTE	Se anotan antecedentes psicológicos y médicos de la niña, niño y/o adolescente para saber el tipo de proceso terapéutico que se aplicará.
4	HISTORIA DEL DESARROLLO DE LA NIÑA, NIÑO O ADOLESCENTE	Se anotan datos del desarrollo de la niña, niño y/o adolescente desde el periodo pre, peri y post natal, su lenguaje, alimentación, calidad de sueño o cualquier otra cosa.
5	DINÁMICA DE LA NIÑA, NIÑO O ADOLESCENTE	Se anota las debilidades, fortalezas, pensamientos, sentimientos, rendimiento escolar, el tipo de relación que hay familiarmente antes y después de la separación así como las relaciones sociales que tiene la niña, niño y/o adolescente.
6	INFORMACIÓN GENERAL DEL ADULTO	Se anotan datos del adulto como son su nombre, teléfono, celular, fecha en que se llenó el formulario y su firma.

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA
TSJCDMX

Subdirección de Intervención Psicológica.
JUD de Terapia para Niñas, Niños y Adolescentes.

DESISTIMIENTO PARA LA INSCRIPCIÓN DE MI HIJA O HIJO AL PROGRAMA DE TERAPIA PARA NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES.

Ciudad de México, a _____ de

Yo _____, me permito hacer de su conocimiento que: _____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____.

_____
Firma del interesado (a).

Vo. Bo.

_____
Subdirector de Intervención Psicológica.

DEIP-TNNA-04

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

Subdirección de Intervención Psicológica.
JUD de Terapia para Niñas, Niños y Adolescentes.

AVISO DE PRIVACIDAD

- **Identificación del responsable y la ubicación de su domicilio:**
  El responsable de dar tratamiento a los datos personales es la Mtra. Mariana Ortiz Castañares, Coordinadora de Intervención Especializada para Apoyo Judicial del Tribunal Superior de Justicia de la Ciudad de México, con domicilio en Avenida Niños Héroes, Número 150, Piso 3, Colonia Doctores, Alcaldía Cuauhtémoc, C.P. 06720, Ciudad de México.
- **El fundamento legal que faculta al responsable para llevar a cabo el tratamiento:**
  Los datos personales serán protegidos y tratados, con fundamento en lo que dispone la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos en sus artículos 6 párrafo segundo fracción II, 16 párrafo segundo y 108 párrafo primero. El artículo 7, inciso E), puntos 1, 2, 3 y 4 de la Constitución Política de la Ciudad de México. La Convención Americana sobre Derechos Humanos en su artículo 19. La Convención Americana de los Derechos del Niño en sus artículos 1, 3, 8, 12 y 19. La Ley de los Derechos de las Niñas y Niños en el Distrito Federal en sus artículos 7, 8, 45 y 85. La Ley de Asistencia y Prevención de la Violencia Familiar del Distrito Federal en sus artículos 9 y 10. El Código de Procedimientos Civiles para el Distrito Federal en sus artículos 278 y 279. Así como lo establecido en el artículo 1 de la Ley Orgánica del Tribunal Superior de Justicia del Distrito Federal ahora Ciudad de México. Los artículos 6, fracciones XII, XIII, XIV, XV, XVI, XVII, XXII, XLI y XLII y 186 de la Ley de Transparencia, Acceso a la Información Pública y Rendición de Cuentas de la Ciudad de México. Los artículos 1, 2, 3, fracciones I, II, IX, XI, XXIX, 4, 6, 7, 8, 9, 10, 11. 12, 13, 14, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 24, 25, 26, 37, 38 y 39 de la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados de la Ciudad de México. Los artículos 1, 3 fracción X, 30 fracciones VI y VII, 31, 32, 33, 34, 35 fracción VIII, 37, 38 y 40 de la Ley de Archivos del Distrito Federal ahora Ciudad de México. Artículo 15 de los Lineamientos para la Organización y Conservación de Archivos. Artículos 49, fracciones I y V, y 210 Ley de Responsabilidades Administrativas de la Ciudad de México y los artículos 13 y 41 de los Lineamientos para el desarrollo y aplicación de estudios psicológicos, peritajes en psicología, exámenes psicotécnicos, asistencias técnicas psicológicas, terapias para adultos y terapias para niñas, niños y adolescentes, en el Poder Judicial de la Ciudad de México.
- **Los datos personales que serán sometidos a tratamiento, así como la existencia de un sistema de datos personales:**
  - Clave Única de Registro de Población (CURP).
  - Domicilio.
  - Edad.
  - Fecha de nacimiento.
  - Firma.
  - Fotografía.
  - Lugar de nacimiento.
  - Nacionalidad.
  - Nombre.
  - Número de pasaporte.
  - Teléfono celular.
  - Teléfono particular.
  - Correo electrónico no oficial.
  - Referencias laborales.
  - Procedimientos administrativos seguidos en forma de juicio.
  - Trayectoria educativa.
  - Consumo de estupefacientes.
  - Detección de enfermedades.
  - Diagnóstico psicológico.
  - Discapacidades.
  - Estado físico o mental de la persona.
  - Incapacidades médicas.
  - Referencias o descripción de sintomatologías.
  - Características emocionales.
  - Características morales.
  - Convicciones filosóficas.
  - Convicciones religiosas.
  - Creencias.
  - Ideología.
  - Opiniones políticas.
  - Origen étnico o racial.
  - Preferencia sexual.
  - Huella digital.
  - Folio de elector.
  - Clave de elector.
  - Sexo.

  Inscritos en el SISTEMA DE GESTIÓN DE EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA PARA APOYO JUDICIAL (SGEIPAJ).

- **Las finalidades del tratamiento para las cuales se recaban los datos personales, el ciclo de vida de los mismos, la revocación del consentimiento y los derechos del titular sobre éstos:**
  Dar cumplimiento a los ordenamientos jurisdiccionales enviados por Salas y Juzgados, mediante la correcta y oportuna programación y trámites administrativos que se requieren para la realización de evaluaciones psicológicas y psicotécnicas, periciales, opiniones técnicas y procesos psicoterapéuticos para adultos, niñas, niños y/o adolescentes.

  El ciclo de vida de sus datos personales es el siguiente:

Ciclo vital del Dato Personal (Principio de temporalidad)	
Archivo de Trámite	5 años
Archivo de Concentración	5 años
Archivo historico	Sí
Supresión	10 años
Ciclo vital del Dato Personal Libretas de control (Principio de temporalidad)	
Archivo de Trámite	1 año
Archivo de Concentración	1 año
Archivo historico	No
Supresión	2 años

  Revocación del consentimiento: Procederá a partir de que el titular exprese de manera libre, voluntaria e inequívoca su solicitud para que cese el tratamiento de sus datos personales, el cual no tendrá efectos retroactivos.

  Derechos del titular: El titular que acredite su identidad o, en su caso, su representante que acredite identidad y personalidad, podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición (ARCO).

- **Los Mecanismos, medios y procedimientos disponibles para ejercer los derechos de Acceso, Rectificación, Cancelación y Oposición:**
  El titular de los datos personales y de conformidad con el Título Tercero, Capítulos I y II de la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados de la Ciudad de México, tiene derecho al Acceso Rectificación, Cancelación y Oposición de sus datos, por lo que, para ejercer su derecho podrá realizarlo de la siguiente manera:
  1.- Solicitar información a través del sistema de solicitudes de información (INFOMEX) http://www.infomexdf.org.mx/InfomexDF/default.aspx, Plataforma Nacional de Transparencia http://www.plataformadetransparencia.org.mx/web/guest/sac,
  2.- Vía correo electrónico a la dirección de la Unidad de Transparencia oip@tsjcdmx.gob.mx.
  3.- De manera personal en las oficinas de la Unidad de Transparencia del Tribunal Superior de Justicia de la Ciudad de México.
  4.- Tel-Infodf al número 5636-4636.

- **El domicilio de la Unidad de Transparencia:**
  Unidad de Transparencia del Tribunal Superior de Justicia de la Ciudad de México, cuyo domicilio se localiza en Avenida Niños Héroes número 132, Planta Baja, Colonia Doctores, Alcaldía Cuauhtémoc, Código Postal 06720, Ciudad de México, en días hábiles y en un horario de atención al público de 9:00 a 15:00 horas de lunes a jueves y de 9:00 a 14:00 horas los días viernes.

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

Subdirección de Intervención Psicológica.
JUD de Terapia para Niñas, Niños y Adolescentes.

DESISTIMIENTO PARA LA INSCRIPCIÓN DE MI HIJA O HIJO AL PROGRAMA DE TERAPIA PARA NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES.

(1)
Ciudad de México, a _____ de

(2)
Yo _____, me permito hacer de su conocimiento que: _____(3)_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____.

(4)
_____
Firma del interesado (a).

Vo. Bo.

(5)
_____
Subdirector de Intervención Psicológica.

DEIP-TNNA-04

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

Subdirección de Intervención Psicológica.
JUD de Terapia para Niñas, Niños y Adolescentes.

AVISO DE PRIVACIDAD

- **Identificación del responsable y la ubicación de su domicilio:**
  El responsable de dar tratamiento a los datos personales es la Mtra. Mariana Ortiz Castañares, Coordinadora de Intervención Especializada para Apoyo Judicial del Tribunal Superior de Justicia de la Ciudad de México, con domicilio en Avenida Niños Héroes, Número 150, Piso 3, Colonia Doctores, Alcaldía Cuauhtémoc, C.P. 06720, Ciudad de México.

- **El fundamento legal que faculta al responsable para llevar a cabo el tratamiento:**
  Los datos personales serán protegidos y tratados, con fundamento en lo que dispone la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos en sus artículos 6 párrafo segundo fracción II, 16 párrafo segundo y 108 párrafo primero. El artículo 7, inciso E), puntos 1, 2, 3 y 4 de la Constitución Política de la Ciudad de México. La Convención Americana sobre Derechos Humanos en su artículo 19. La Convención Americana de los Derechos del Niño en sus artículos 1, 3, 8, 12 y 19. La Ley de los Derechos de las Niñas y Niños en el Distrito Federal en sus artículos 7, 8, 45 y 85. La Ley de Asistencia y Prevención de la Violencia Familiar del Distrito Federal en sus artículos 9 y 10. El Código de Procedimientos Civiles para el Distrito Federal en sus artículos 278 y 279. Así como lo establecido en el artículo 1 de la Ley Orgánica del Tribunal Superior de Justicia del Distrito Federal ahora Ciudad de México. Los artículos 6, fracciones XII, XIII, XIV, XV, XVI, XVII, XXII, XLI y XLII y 186 de la Ley de Transparencia, Acceso a la Información Pública y Rendición de Cuentas de la Ciudad de México. Los artículos 1, 2, 3, fracciones I, II, IX, XI, XXIX, 4, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 24, 25, 26, 37, 38 y 39 de la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados de la Ciudad de México. Los artículos 1, 3 fracción X, 30 fracciones VI y VII, 31, 32, 33, 34, 35 fracción VIII, 37, 38 y 40 de la Ley de Archivos del Distrito Federal ahora Ciudad de México. Artículo 15 de los Lineamientos para la Organización y Conservación de Archivos. Artículos 49, fracciones I y V, y 210 Ley de Responsabilidades Administrativas de la Ciudad de México y los artículos 13 y 41 de los Lineamientos para el desarrollo y aplicación de estudios psicológicos, peritajes en psicología, exámenes psicotécnicos, asistencias técnicas psicológicas, terapias para adultos y terapias para niñas, niños y adolescentes, en el Poder Judicial de la Ciudad de México.

- **Los datos personales que serán sometidos a tratamiento, así como la existencia de un sistema de datos personales:**
  - Clave Única de Registro de Población (CURP).
  - Domicilio.
  - Edad.
  - Fecha de nacimiento.
  - Firma.
  - Fotografía.
  - Lugar de nacimiento.
  - Nacionalidad.
  - Nombre.
  - Número de pasaporte.
  - Teléfono celular.
  - Teléfono particular.
  - Correo electrónico no oficial.
  - Referencias laborales.
  - Procedimientos administrativos seguidos en forma de juicio.
  - Trayectoria educativa.
  - Consumo de estupefacientes.
  - Detección de enfermedades.
  - Diagnóstico psicológico.
  - Discapacidades.
  - Estado físico o mental de la persona.
  - Incapacidades médicas.
  - Referencias o descripción de sintomatologías.
  - Características emocionales.
  - Características morales.
  - Convicciones filosóficas.
  - Convicciones religiosas.
  - Creencias.
  - Ideología.
  - Opiniones políticas.
  - Origen étnico o racial.
  - Preferencia sexual.
  - Huella digital.
  - Folio de elector.
  - Clave de elector.
  - Sexo.

  Inscritos en el SISTEMA DE GESTIÓN DE EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA PARA APOYO JUDICIAL (SGEIPAJ).

- **Las finalidades del tratamiento para las cuales se recaban los datos personales, el ciclo de vida de los mismos, la revocación del consentimiento y los derechos del titular sobre éstos:**
  Dar cumplimiento a los ordenamientos jurisdiccionales enviados por Salas y Juzgados, mediante la correcta y oportuna programación y trámites administrativos que se requieren para la realización de evaluaciones psicológicas y psicotécnicas, periciales, opiniones técnicas y procesos psicoterapéuticos para adultos, niñas, niños y/o adolescentes.

  El ciclo de vida de sus datos personales es el siguiente:

Ciclo vital del Dato Personal (Principio de temporalidad)	
Archivo de Trámite	5 años
Archivo de Concentración	5 años
Archivo historico	Sí
Supresión	10 años
Ciclo vital del Dato Personal Libretas de control (Principio de temporalidad)	
Archivo de Trámite	1 año
Archivo de Concentración	1 año
Archivo historico	No
Supresión	2 años

  Revocación del consentimiento: Procederá a partir de que el titular exprese de manera libre, voluntaria e inequívoca su solicitud para que cese el tratamiento de sus datos personales, el cual no tendrá efectos retroactivos.

  Derechos del titular: El titular que acredite su identidad o, en su caso, su representante que acredite identidad y personalidad, podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición (ARCO).

- **Los Mecanismos, medios y procedimientos disponibles para ejercer los derechos de Acceso, Rectificación, Cancelación y Oposición:**
  El titular de los datos personales y de conformidad con el Título Tercero, Capítulos I y II de la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados de la Ciudad de México, tiene derecho al Acceso Rectificación, Cancelación y Oposición de sus datos, por lo que, para ejercer su derecho podrá realizarlo de la siguiente manera:
  1.- Solicitar información a través del sistema de solicitudes de información (INFOMEX) http://www.infomexdf.org.mx/InfomexDF/default.aspx, Plataforma Nacional de Transparencia http://www.plataformadetransparencia.org.mx/web/guest/sac,
  2.- Vía correo electrónico a la dirección de la Unidad de Transparencia oip@tsjcdmx.gob.mx.
  3.- De manera personal en las oficinas de la Unidad de Transparencia del Tribunal Superior de Justicia de la Ciudad de México.
  4.- Tel-Infodf al número 5636-4636.

- **El domicilio de la Unidad de Transparencia:**
  Unidad de Transparencia del Tribunal Superior de Justicia de la Ciudad de México, cuyo domicilio se localiza en Avenida Niños Héroes número 132, Planta Baja, Colonia Doctores, Alcaldía Cuauhtémoc, Código Postal 06720, Ciudad de México, en días hábiles y en un horario de atención al público de 9:00 a 15:00 horas de lunes a jueves y de 9:00 a 14:00 horas los días viernes.

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

PROCEDIMIENTOS

DESCRIPCIÓN DEL FORMATO	
Nombre:	**DESISTIMIENTO PARA LA INSCRIPCIÓN DE MI HIJA O HIJO AL PROGRAMA DE TERAPIA PARA NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES**
Clave:	**DEIP-TNNA-04**
Objetivo:	Que el usuario y los padres y/o tutores que ostentan la guarda y custodia, exprese por escrito los motivos de su desistimiento para que su hijo (a) asista a la Terapia para Niña, Niños y/o Adolescentes.
Elabora:	Jefatura de Unidad Departamental de Terapia para Niñas, Niños y Adolescentes/Padres o tutores de las Niñas, Niños y/o Adolescentes.
Número de tantos:	Original y Copia.
Distribución:	Original- Subdirección de Asistencia Técnica e Intervención Psicológica (Expediente general). Copia.-Órgano Jurisdiccional correspondiente.

INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
1	FECHA	Se registra la fecha del día en curso.
2	NOMBRE	Se anota el nombre del padre, madre o tutor(a) que tenga la guarda y custodia de la niña, niño y/o adolescente que desiste del proceso terapéutico.
3	MOTIVO DEL DESISTIMIENTO	Se detalla el motivo por el que el padre, madre o tutor(a) que tenga la guarda y custodia de la niña, niño y/o adolescente desiste del proceso terapéutico.
4	FIRMA DEL INTERESADO(A)	Se anota el nombre completo y la firma del padre, madre o tutor(a) que tenga la guarda y custodia de la niña, niño y/o adolescente que desiste del proceso terapéutico.
5	SUBDIRECCIÓN DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA	Se anota el nombre completo y la firma subdirector del área que supervisa el proceso terapéutico.

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

PROCEDIMIENTOS

Procedimiento: CIEAJ-09	Pláticas de Orientación y Sensibilización del área de Terapia para Niñas, Niños y/o Adolescentes.
Objetivo general:	Orientar y sensibilizar a los padres de las Niñas, Niños y Adolescentes que se encuentran en terapia, para promover y favorecer el bienestar psicológico de sus hijas e hijos a partir de la información que se les brinda sobre el análisis y la observación realizados en el proceso terapéutico.
Políticas y normas de operación:	

1. La madre, padre y/o tutor(a) de las Niñas, Niños y/o Adolescentes que asisten a Terapia Psicológica son invitados para llevar a cabo Pláticas de Orientación y Sensibilización con el personal de la Coordinación de Intervención Especializada para Apoyo Judicial del Tribunal Superior de Justicia de la Ciudad de México.

2. Las Pláticas de Orientación y Sensibilización se realizan con la madre, padre y/o tutor(a), por separado, o con ambos cuando hay aspectos delicados de la situación emocional de su(s) hijo(s) y/o hija(s) y se considere que los dos deberán tener la misma información para brindar la atención pertinente.

3. Las Pláticas de Orientación y Sensibilización sólo se pueden llevar a cabo en las instalaciones de la Coordinación de Intervención Especializada para Apoyo Judicial del Tribunal Superior de Justicia de la Ciudad de México.

2. Se coordinarán y agendarán las citas de acuerdo con la disponibilidad de horario de las y los terapeutas, de la madre, padre y/o tutor(a) de las y los consultantes.

3. En caso de ser necesario se dará una cita de seguimiento.

No.	Área.	Descripción de la actividad.	Documentos y/o sistemas de apoyo.
1	Jefatura de Unidad Departamental de Terapia para Niñas, Niños y/o Adolescentes (Psicóloga o Psicólogo)	Comunica a la madre, padre o tutor(a) de la o el consultante sobre la pertinencia de realizar una Plática de Orientación y Sensibilización, por separado o en conjunto.	
2	Madre, Padre o Tutor(a)	Recibe sugerencia, de manera personal o vía telefónica, de la importancia de participar en la Plática de Orientación y Sensibilización. **¿Acepta acudir a la Plática de Orientación y Sensibilización?** **No.** Continúa en la actividad no. 3 **Sí.** Continúa en la actividad no. 4	
3		Comunica a la o el psicólogo su negativa a participar en la Plática de Orientación y Sensibilización. (Conecta con el fin del procedimiento)	
4		Comunica a la psicóloga o el psicólogo que desea acudir a la Plática de Orientación y Sensibilización.	
5	Jefatura de Unidad Departamental de Terapia para Niñas, Niños y/o Adolescentes (Psicóloga o Psicólogo)	Acude a la Jefatura de Unidad Departamental de Terapia para Niñas, Niños y/o Adolescentes para coordinar agendas y proponer las fechas y horarios posibles para llevar a cabo la plática.	
6		Informa a la madre, padre o tutor(a) (de manera personal o vía telefónica), las fechas y horarios posibles para llevar a cabo la plática.	
7	Madre, Padre o Tutor(a)	Informa a la psicóloga o el psicólogo que acepta la fecha y horario para realizar la Plática de Orientación y Sensibilización.	

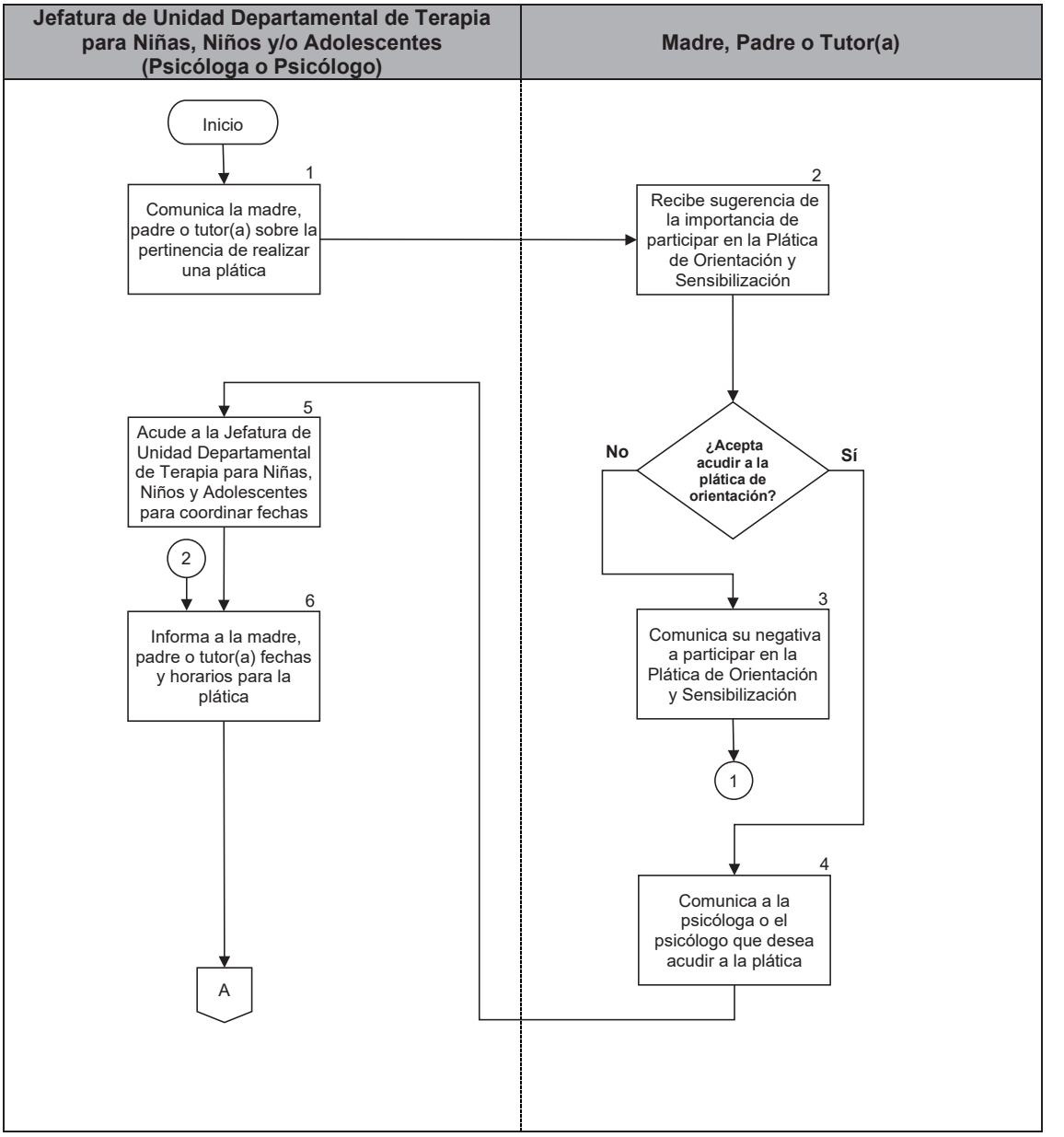
No.	Área.	Descripción de la actividad.	Documentos y/o sistemas de apoyo.
8	Jefatura de Unidad Departamental de Terapia para Niñas, Niños y/o Adolescentes (Psicóloga o Psicólogo)	Confirma a la Jefatura de Unidad Departamental de Terapia para Niñas, Niños y/o Adolescentes la fecha y horario en que se llevará a cabo la Plática de Orientación y Sensibilización con la madre, padre, o tutor(a), o en su caso, con ambos.	
9	Jefatura de Unidad Departamental de Terapia para Niñas, Niños y/o Adolescentes	Agenda la fecha y horario en que se llevará a cabo la Plática de Orientación y Sensibilización, e informa a la Subdirección de Intervención Psicológica.	
10	Subdirección de Intervención Psicológica	Registra la fecha y horario en que se llevará a cabo la Plática de Orientación y Sensibilización.	
11	Madre, Padre o Tutor(a)	Acude a la Plática de Orientación y Sensibilización el día y hora agendados (En dicha plática participará el personal que se designe de la Coordinación de Intervención Especializada para Apoyo Judicial).	
12	Jefatura de Unidad Departamental de Terapia para Niñas, Niños y/o Adolescentes (Psicóloga o Psicólogo)	Recibe a la madre, padre o tutor(a), o en su caso, a ambos y se realiza la Plática de Orientación y Sensibilización. **¿Se considera realizar otra Plática de Orientación y Sensibilización?** **Sí.** Continúa en la actividad no. 13 **No.** Continúa en la actividad no. 14	
13		Acude a la Jefatura de Unidad Departamental de Terapia para Niñas, Niños y/o Adolescentes para coordinar agendas y proponer las fechas y horarios posibles para llevar a cabo la plática. (Regresa a la actividad No. 6)	
14		Da por terminada la Plática de Orientación y Sensibilización.	

FIN DEL PROCEDIMIENTO

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

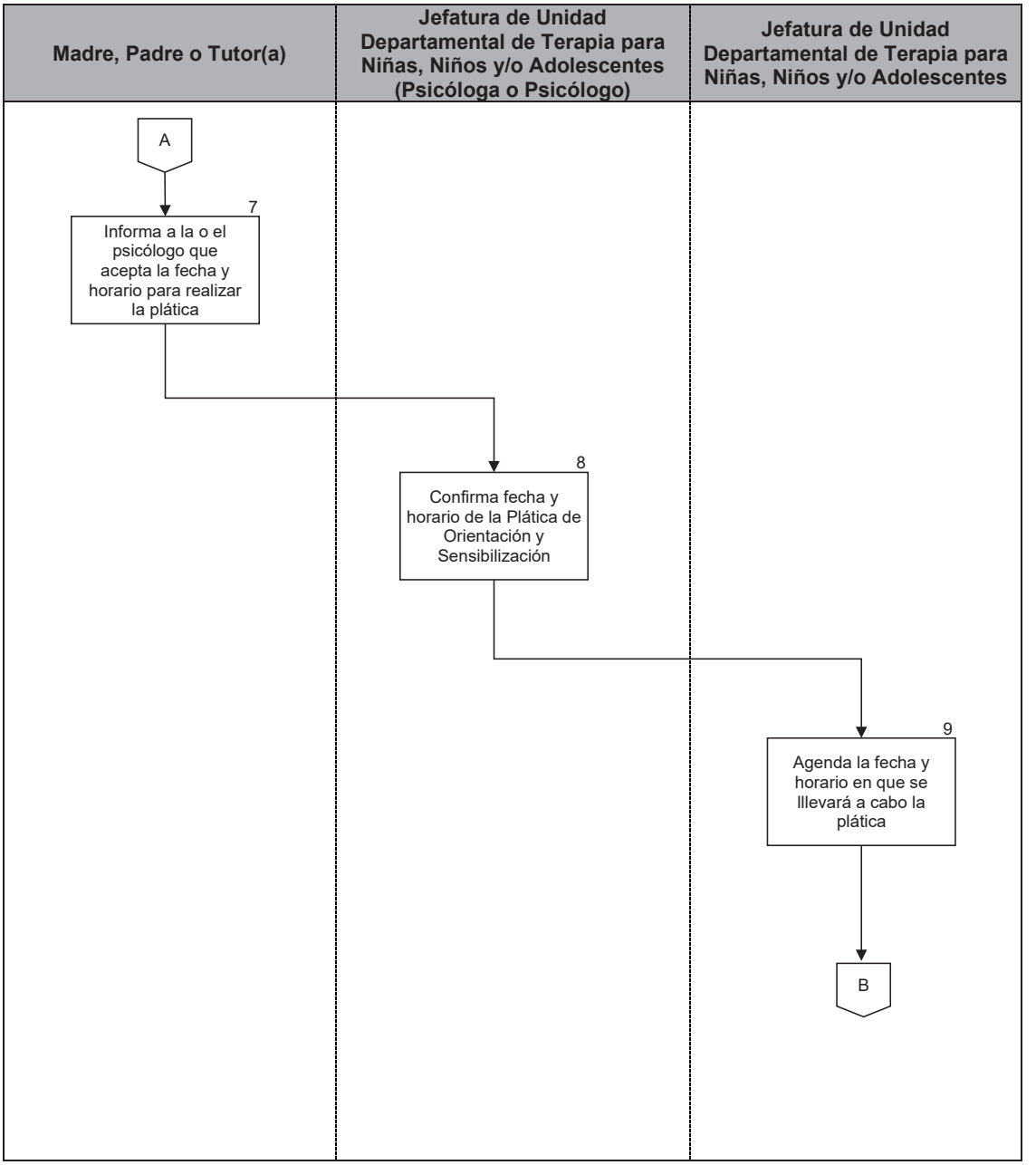
PROCEDIMIENTOS



PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

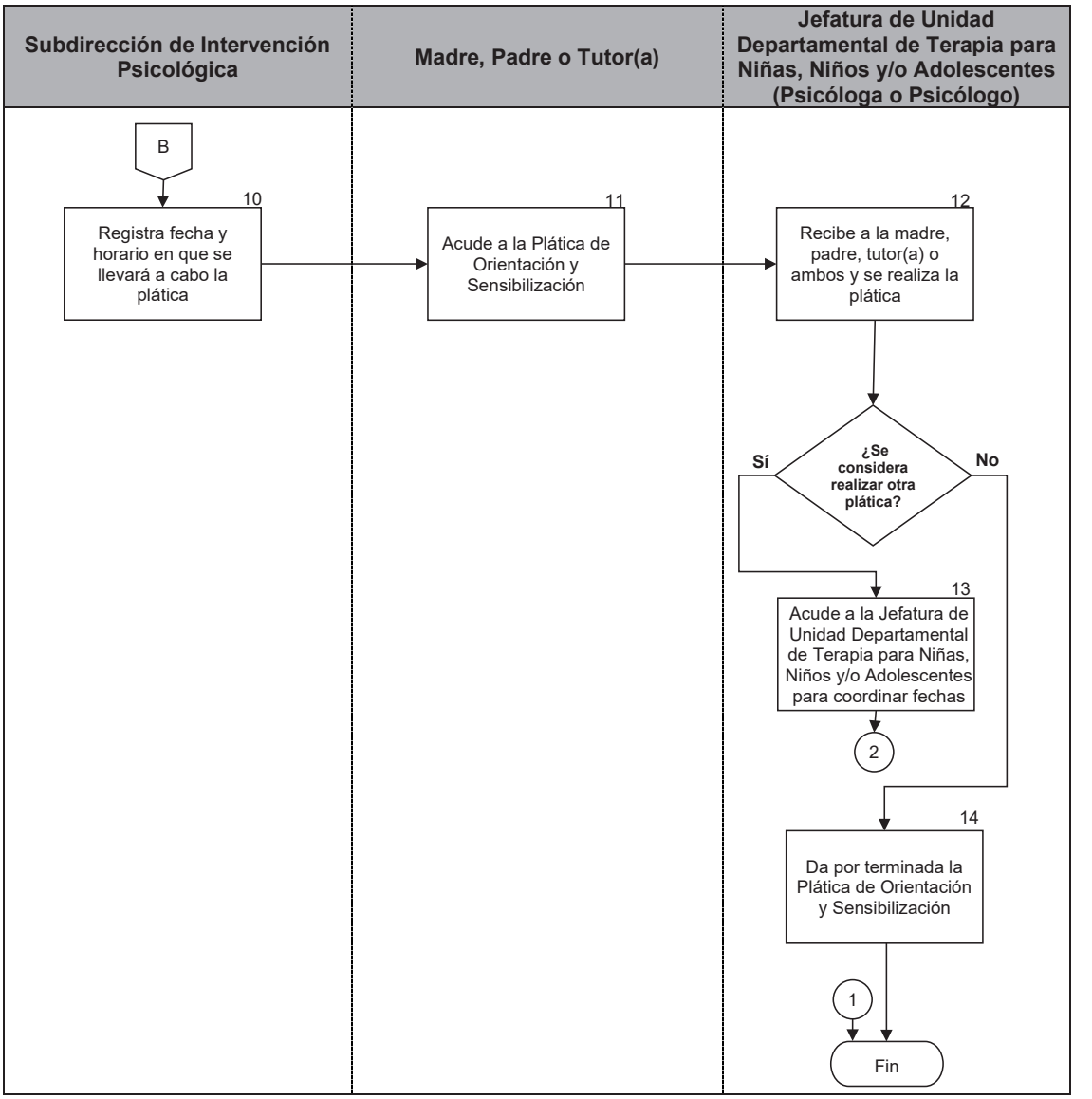
PROCEDIMIENTOS



PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

PROCEDIMIENTOS



PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

PROCEDIMIENTOS

Procedimiento: CIEAJ-010	Atención de solicitudes de asistencias técnicas a Órganos Jurisdiccionales en materia Familiar.
Objetivo general:	Auxiliar a los titulares de los Órganos Jurisdiccionales en materia Familiar mediante la emisión de opiniones profesionales en materia de psicología, al momento de llevar a cabo las audiencias en las que se encuentren involucradas niñas, niños y/o adolescentes.
Políticas y normas de operación:	

1. La Jefatura de Unidad Departamental de Asistencia Técnica recibe los oficios, provenientes de Oficialía de Partes de la Coordinación de Intervención Especializada para Apoyo Judicial del Tribunal Superior de Justicia de la Ciudad de México.

2. Se asignará un número de registro interno para la atención de las solicitudes, el cual consta de tres letras que representan la solicitud de asistencia técnica, seguidas de un guión, número consecutivo, guión y año del ejercicio. ejemplo: SAT-0001-2020.

3. Cuando se recibe solicitud de asistencia técnica vía telefónica o emergente, la Jefatura de Unidad Departamental de Asistencia Técnica deberá elaborar un oficio interno en el que se le informe a la o el psicólogo el número de solicitud (ejemplo: SAT-0001-2020).

4. Cuando por necesidades del servicio debiera realizarse un cambio de psicólogo (a), la Jefatura de Unidad Departamental de Asistencia Técnica deberá elaborar un oficio informativo y enviarlo al Órgano Jurisdiccional en materia Familiar que corresponda.

5. La psicóloga o el psicólogo especializado deberá presentarse con 30 minutos de antelación a la hora señalada para la audiencia.

6. La psicóloga o el psicólogo deberá llevar a cabo la revisión del expediente legal, identificando los elementos que le permitan dar una opinión sobre; evaluaciones psicológicas y/o psiquiátricas, pláticas previas, así como reportes de terapia psicológica y de convivencia familiar supervisada.

7. Los reportes de audiencias realizadas, diferidas o canceladas deberán entregarse a la Jefatura de Unidad Departamental de Asistencia Técnica dentro de los siguientes cinco días posteriores al día de la audiencia asignada.

8. Las psicólogas y los psicólogos deberán entregar una estadística detallada de las audiencias atendidas el último día hábil de cada mes, la cual deberá ser entregada a la Jefatura de Unidad Departamental de Asistencia Técnica para fines estadísticos.

9. El envío de oficios, informes y documentación que tramitan las diversas áreas de la Coordinación de Intervención Especializada para Apoyo Judicial, así como la recepción de los correspondientes acuses, se realizará a través del personal administrativo de la Subdirección Administrativa.

10. De presentarse algún caso en el cual la usuaria o el usuario, muestren algún tipo de discapacidad (auditiva, visual, motriz, intelectual u otras), que hablen otro idioma o dialecto que impida establecer la comunicación directa con ellos, se solicitará el apoyo especializado correspondiente.

No.	Área.	Descripción de la actividad.	Documentos y/o sistemas de apoyo.
1	Coordinación de Intervención Especializada para Apoyo Judicial. (Oficialía de Partes)	Envía listado y oficios a Jefatura de Unidad Departamental de Asistencia Técnica, para atender las solicitudes de asistencias técnicas.	
2	Jefatura de Unidad Departamental de Asistencia Técnica	Recibe listado y oficios, para atender las solicitudes asistencias técnicas.	
3		Elabora expediente y registra en sistema las solicitudes de asistencias técnicas.	• Expediente • Sistema
4		Busca antecedentes de las solicitudes de asistencias técnicas. **¿Cuenta con antecedentes?** **No.** Continúa en la actividad no. 5 **Sí.** Continúa en la actividad no. 6	• Sistema
5		Asigna a la psicóloga o el psicólogo para la asistencia técnica. (Continúa en la actividad no. 7)	• Sistema
6		Asigna a la psicóloga o el psicólogo para la asistencia técnica que tiene el antecedente de la solicitud.	• Sistema
7		Genera, edita, imprime y firma oficio de asignación de psicóloga o psicólogo para asistencia técnica.	• Oficio • Sistema
8		Realiza trámite de envío de oficio de asignación de psicóloga o psicólogo para dar trámite a la solicitud de asistencias técnicas.	
9	Órgano Jurisdiccional (Oficialía de Partes)	Recibe, acusa el oficio y lo devuelve.	

No.	Área.	Descripción de la actividad.	Documentos y/o sistemas de apoyo.
10 11	Jefatura de Unidad Departamental de Asistencia Técnica	Recibe y archiva el acuse del oficio en el expediente. Genera, edita, imprime, firma y turna oficio mediante el cual, informa a la psicóloga o el psicólogo la fecha, hora y lugar de la asistencia técnica.	• Expediente • Sistema • Oficio
12 13 14 15	Jefatura de Unidad Departamental de Asistencia Técnica (Psicóloga o Psicólogo).	Recibe oficio de conocimiento de la fecha, hora y lugar de la asistencia técnica. Acude al Juzgado o Sala y revisa expediente. Recibe determinación del Órgano Jurisdiccional sobre la asistencia técnica. **¿Qué determina?** **SE DIFIERE.** Continúa en la actividad no. 15 **SE CANCELA.** Continúa en la actividad no. 18 **SE REALIZA.** Continúa en la actividad no.19 Informa a la Jefatura de Unidad Departamental de Asistencia Técnica que se difirió la diligencia.	• Expediente • Formato DEIP-AT-01
16	Jefatura de Unidad Departamental de Asistencia Técnica	Genera, edita, imprime, firma y entrega a la psicóloga o el psicólogo oficio de nueva fecha de asistencia técnica.	• Sistema • Oficio
17	Jefatura de Unidad Departamental de Asistencia Técnica (Psicóloga o Psicólogo)	Recibe oficio con nueva fecha de asistencia técnica. (Regresa a la actividad no. 13)	

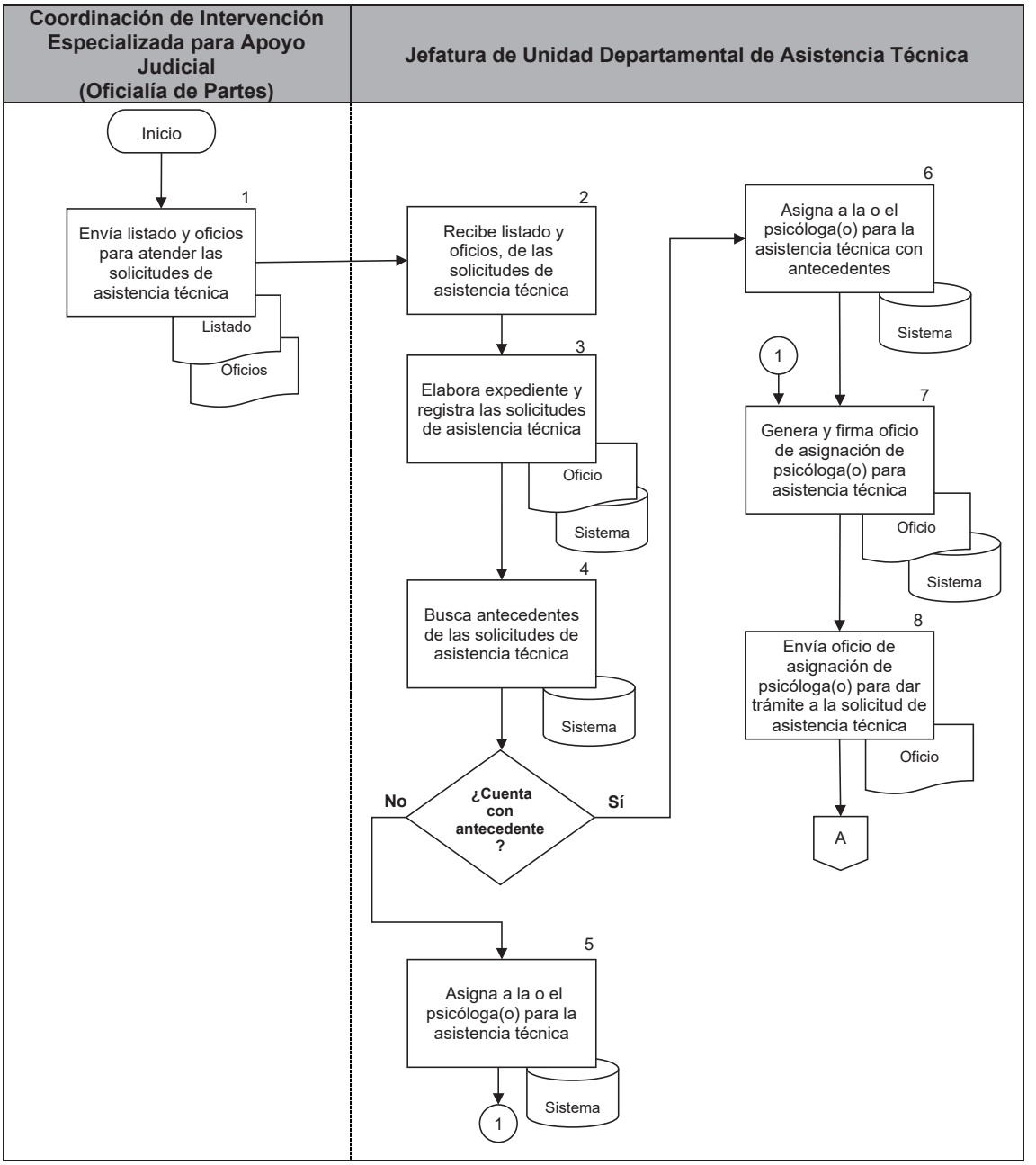
No.	Área.	Descripción de la actividad.	Documentos y/o sistemas de apoyo.
18	Jefatura de Unidad Departamental de Asistencia Técnica (Psicóloga o Psicólogo)	Genera, edita, firma reporte de cancelación de la asistencia técnica y entrega a la Jefatura de Unidad Departamental de Asistencia Técnica. (Continúa en la actividad no. 24)	• Sistema • Formato DEIP-AT-01
19		Genera, edita, imprime y entrega Reporte de Asistencia Técnica a la Jefatura de Unidad Departamental.	• Sistema • Formato DEIP-AT-02
20	Jefatura de Unidad Departamental de Asistencia Técnica	Recibe y revisa Reporte de Asistencia Técnica. **¿Autoriza Reporte de Asistencia Técnica?** **No.** Continúa en la actividad no. 21 **Sí.** Continúa en la actividad no. 22	
21		Devuelve a la psicóloga o el psicólogo Reporte de Asistencia Técnica con observaciones. (Regresa a la actividad no.19)	
22		Entrega para firma de la psicóloga o el psicólogo, Reporte de Asistencia Técnica.	
23	Jefatura de Unidad Departamental de Asistencia Técnica (Psicóloga o Psicólogo)	Recibe, rubrica, y entrega Reporte de Asistencia Técnica a la Jefatura de Unidad Departamental de Asistencia Técnica.	
24	Jefatura de Unidad Departamental de Asistencia Técnica	Recibe, rubrica, sella y archiva Reporte de Asistencia Técnica y/o cancelación en el expediente.	• Expediente
25		Archiva expediente de asistencia técnica hasta que concluya su periodo de archivo en trámite.	• Expediente

FIN DEL PROCEDIMIENTO

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

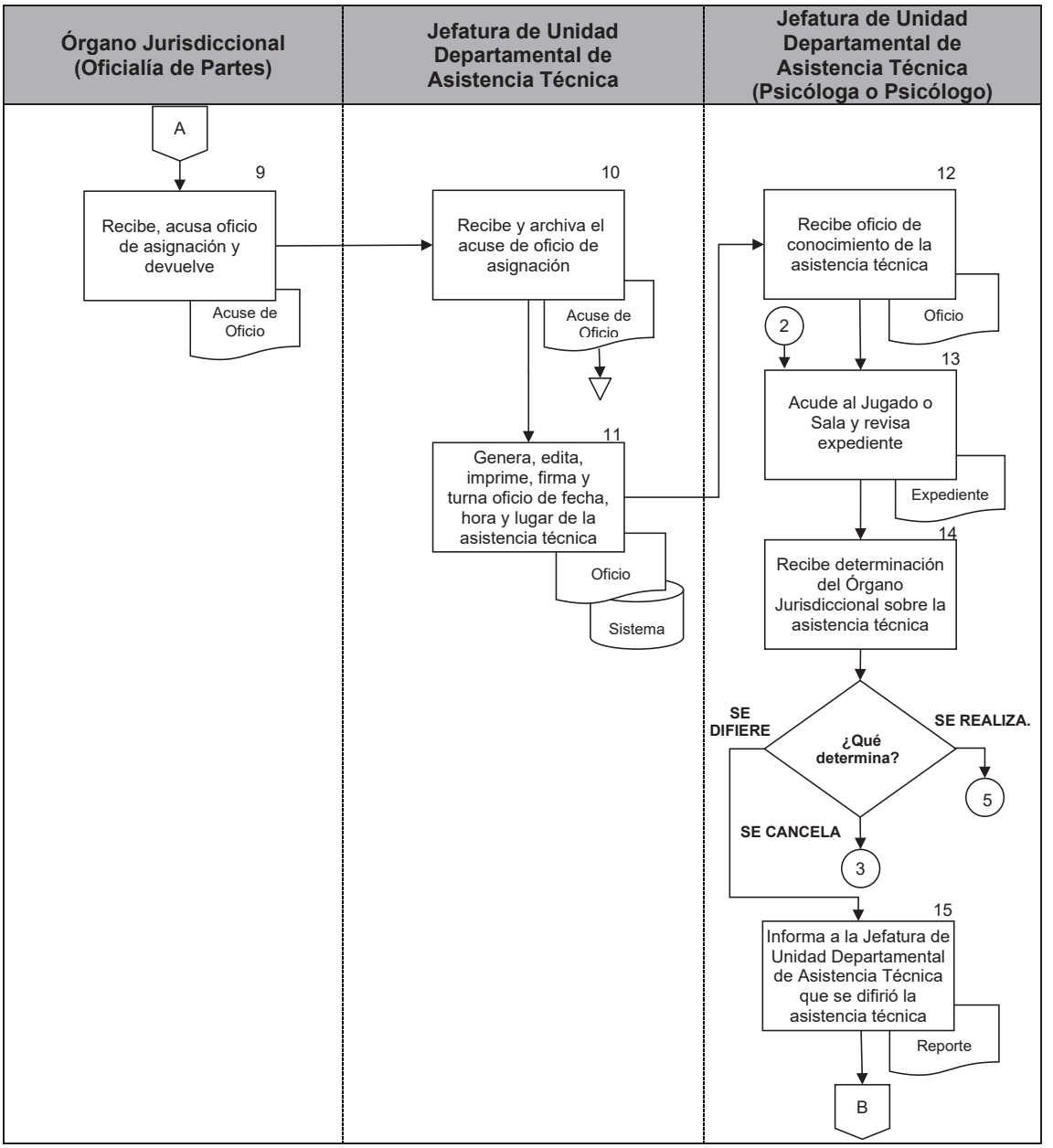
PROCEDIMIENTOS



PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

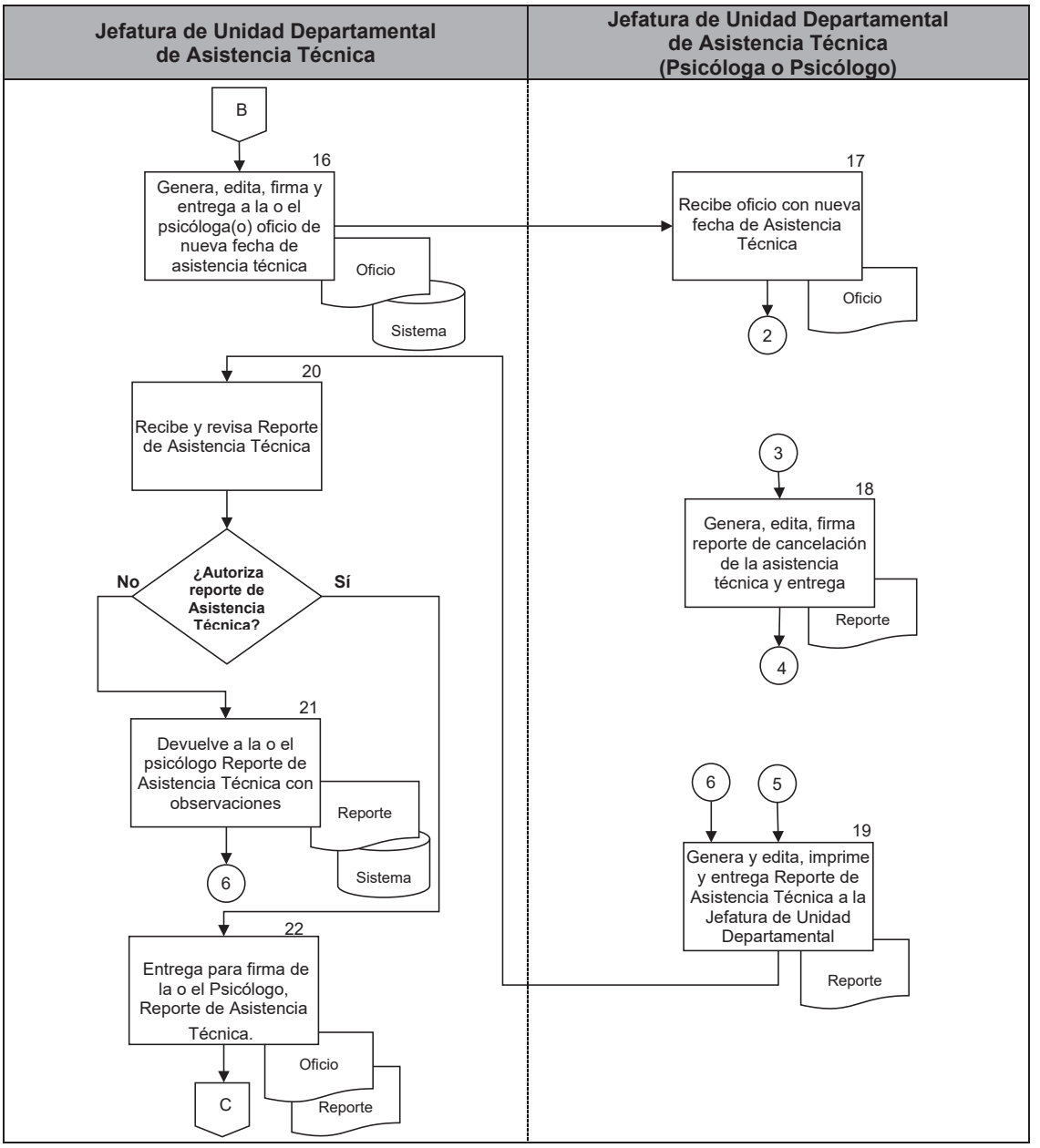
PROCEDIMIENTOS



PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

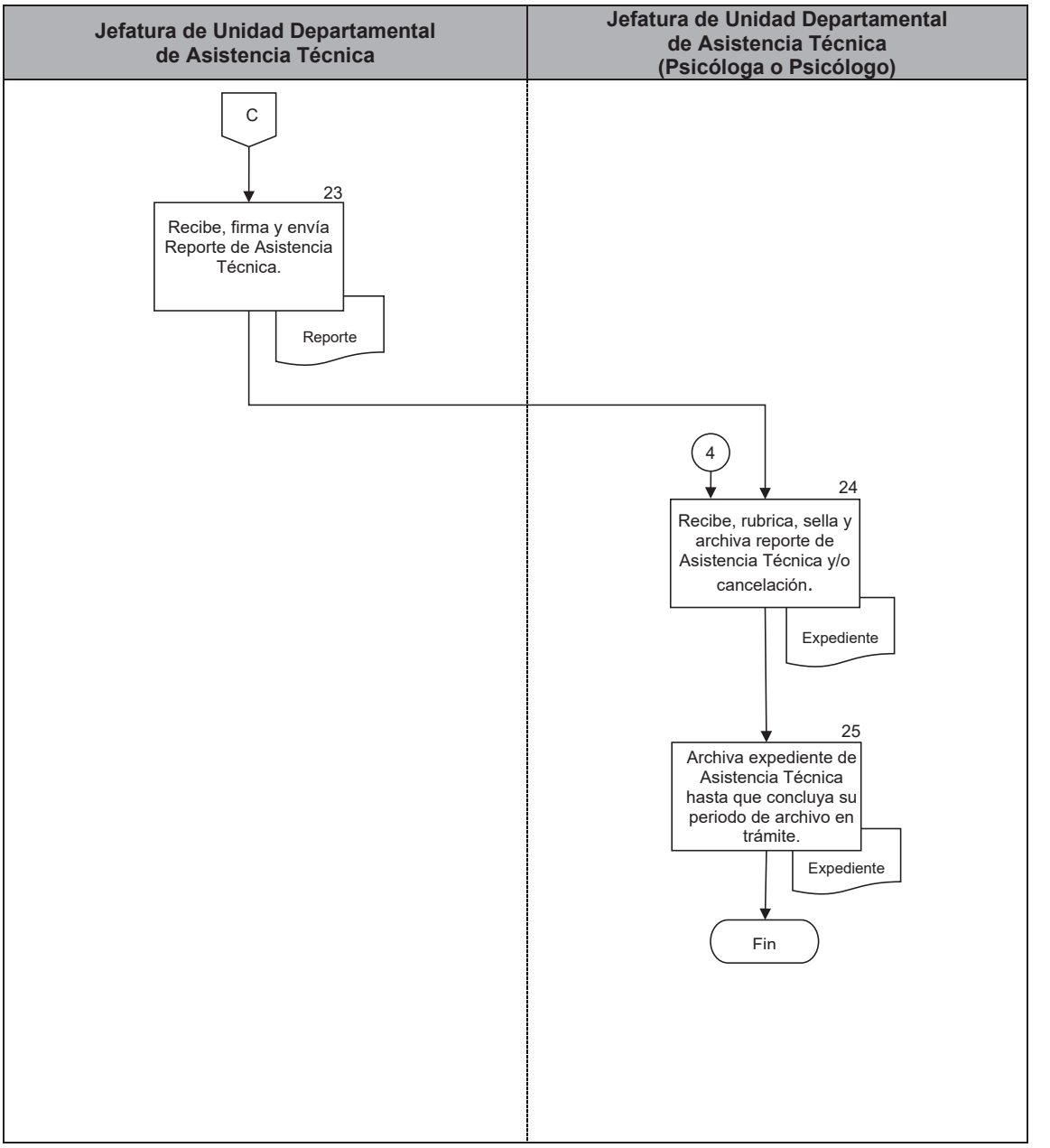
PROCEDIMIENTOS



PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

PROCEDIMIENTOS



PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

REPORTE DE ASISTENCIA TÉCNICA NO REALIZADA

Ciudad de México a de de .

No. de Reg. SAT:	
Hora de inicio:	
Hora de salida:	
Fecha AT:	
Juzgado:	

NO REALIZADA	
Diferida	**Fecha:** **Hora:** **Motivo:**
Cancelada por la Autoridad	**Motivo:**

Psicóloga Responsable

_____

Lic.

DEIP-AT-01

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

REPORTE DE ASISTENCIA TÉCNICA NO REALIZADA

Ciudad de México a de **(1)** de .

No. de Reg. SAT:	**(2)**
Hora de inicio:	**(3)**
Hora de salida:	**(4)**
Fecha AT:	**(5)**
Juzgado:	**(6)**

NO REALIZADA	
Diferida	**Fecha:** **Hora:** **(7)** **Motivo:**
Cancelada por la Autoridad	**Motivo:** **(8)**

Psicóloga Responsable

_____

Lic. (9)

DEIP-AT-01

DESCRIPCIÓN DEL FORMATO

Nombre:	**REPORTE DE ASISTENCIA TÉCNICA NO REALIZADA**
Clave:	**DEIP-AT-01**
Objetivo:	Informar motivo de cancelación o nueva fecha en caso de audiencia diferida.
Elabora:	Jefatura de Unidad Departamental Asistencia Técnica/ La o el Psicólogo.
Número de tantos:	Original.
Distribución:	Original. -Jefatura de Unidad Departamental de Asistencia Técnica. (Expediente).

INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
1	FECHA	Se anota la fecha de la Asistencia Técnica.
2	NO. DE REG. SAT	Se anota el número de registro de la Subdirección de Asistencia técnica.
3	HORA DE INICIO	Se anota la hora de inicio de la Asistencia Técnica.
4	HORA DE SALIDA	Se anota la hora de salida de la Asistencia Técnica.
5	FECHA AT	Se anota la fecha de la Asistencia Técnica.
6	JUZGADO	Se anota el número de juzgado del Órgano Jurisdiccional en materia Familiar solicitante.
7	DIFERIDA	Se anota una descripción del motivo por el cual fue diferida la Asistencia Técnica solicitada.
8	CANCELADA POR LA AUTORIDAD	Se anota una descripción del motivo por el cual fue cancelada la Asistencia Técnica solicitada.
9	LIC.	Se anota nombre y firma de la o el Psicólogo que realiza la Asistencia Técnica.

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

REPORTE DE ASISTENCIA TÉCNICA REALIZADA

Ciudad de México a de de .

No. de Reg. SAT:	
Hora de inicio:	
Hora de salida:	
Fecha de asistencia:	
Juzgado/Sala:	

Nombre de los adultos participantes en la plática:	
Nombre de la niña, niño y/o Adolescente:	
Objetivo de la Audiencia:	

OBSERVACIONES	
Convenio entre las partes	
Sugerencia del Psicólogo	
Seguimiento del caso	**Fecha:** **Hora:** **Motivo:**

Psicóloga Responsable

_____

Lic.

DEIP-AT-02

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

REPORTE DE ASISTENCIA TÉCNICA REALIZADA

Ciudad de México a de **(1)** de .

No. de Reg. SAT:	**(2)**
Hora de inicio:	**(3)**
Hora de salida:	**(4)**
Fecha de asistencia:	**(5)**
Juzgado/Sala:	**(6)**

Nombre de los adultos participantes en la plática:	**(7)**
Nombre de la niña, niño y/o Adolescente:	**(8)**
Objetivo de la Audiencia:	**(9)**

OBSERVACIONES	
(10)	
Convenio entre las partes	**(11)**
Sugerencia del Psicólogo	**(12)**
Seguimiento del caso	**Fecha:** **Hora:** **Motivo:** **(13)**

Psicóloga Responsable

Lic. **(14)**

DEIP-AT-02

DESCRIPCIÓN DEL FORMATO

Nombre:	**REPORTE DE ASISTENCIA TÉCNICA REALIZADA**
Clave:	**DEIP-AT-02**
Objetivo:	Reportar lo sucedido en la audiencia.
Elabora:	Jefatura de Unidad Departamental Asistencia Técnica/Psicólogo.
Número de tantos:	Original.
Distribución:	Original. -Jefatura de Unidad Departamental de Asistencia Técnica. (Expediente).

INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
1	FECHA	Se anota la fecha de la Asistencia Técnica.
2	NO. DE REG. SAT	Se anota el número de registro de la Subdirección de Asistencia técnica.
3	HORA DE INICIO	Se anota la hora de inicio de la Asistencia Técnica.
4	HORA DE SALIDA	Se anota la hora de salida de la Asistencia Técnica.
5	FECHA AT	Se anota la fecha de la Asistencia Técnica.
6	JUZGADO	Se anota el número de juzgado del Órgano Jurisdiccional en materia Familiar solicitante.
7	NOMBRE DE LOS ADULTOS PARTICIPANTES EN LA PLÁTICA	Se anotan los nombres (s) de los participantes en la contienda del caso.
8	NOMBRE DE LA NIÑA, NIÑO Y/O ADOLESCENTE	Se anota el nombre (s) del niño (s) en la contienda del caso.
9	OBJETIVO DE LA AUDIENCIA	Se anota el tipo de solicitud realizada por el Órgano Jurisdiccional.
10	OBSERVACIONES	Se anota una descripción de la audiencia.
11	CONVENIO ENTRE LAS PARTES	Se anota el tipo de convenio al que llegaron las partes si es que lo hay.

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
12	SUGERENCIAS DE LA O EL PSICÓLOGO	Se anotan las sugerencias de la o el psicólogo (puede no haber sugerencias)
13	SEGUIMIENTO DEL CASO	Se anota la fecha, hora y el motivo por el cual se solicita otra Asistencia Técnica
14	LIC.	Se anota nombre y firma de la Psicóloga (o) que realiza la Asistencia Técnica.

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

PROCEDIMIENTOS

Procedimiento: CIEAJ -0011	Asignación de cita para la práctica de pericial en trabajo social.
Objetivo general:	Programar cita para la práctica de Pericial en Trabajo Social, ordenadas por los juzgadores de los Órganos Jurisdiccionales.
Políticas y normas de operación:	

1. Las actividades sustantivas de la Subdirección Trabajo Social, consisten en la realización de pericial en trabajo social, ordenados por la autoridad jurisdiccional.

2. Las periciales en trabajo social solicitadas mediante oficio por los Órganos Jurisdiccionales serán realizadas y atendidos por la Subdirección de Trabajo Social.

3. La Subdirección de Trabajo Social proporcionará sus servicios únicamente a las personas que expresamente determine el Órgano Jurisdiccional, derivado de procedimientos seguidos ante la jurisdicción del Tribunal.

4. Los oficios que se reciben en la Subdirección de Trabajo Social para la realización de periciales en trabajo social deberán contener la siguiente información:
   a) Rubro de referencia;
   b) Motivo de estudio
   c) Nombre completo y correcto de la/s persona/s a las que se deberá realizar la pericial.
   d) Domicilios completos del lugar en el que actualmente reside (calle, avenida, callejón, cerrada o andador, número exterior, número interior, colonia, alcaldía y código postal).
   e) Comprobante de domicilio no mayor a tres meses de servicios intradomiciliarios del lugar de residencia.

5. El oficio que no cuente con los datos necesarios para poder llevar a cabo la pericial, se le dará contestación indicando al Órgano Jurisdiccional los datos qué hacen falta.

6. Los oficios que no cuenten con antecedentes en la Subdirección de Trabajo Social se les abrirá un expediente nuevo, al cual se le asignará un número progresivo de registro interno que consta de tres letras que representan estudio, seguidas de una diagonal, número consecutivo, diagonal y año del ejercicio. Ejemplo: NTS/0001/2019.

7. Los oficios que ya tengan antecedente en la Subdirección de Trabajo Social, se anexarán al expediente anterior respetando el número de registro que tenía asignado, siempre y cuando sean del mismo año, en caso que no cuente con el antecedente, se dará un registro nuevo.

8. Para estar en posibilidad de brindar el servicio, es necesario que las partes acudan personalmente para realizar la programación de la práctica de la pericial con los documentos siguientes en original y una copia simple de identificación vigente y comprobante de domicilio, en las fechas señaladas que se indicaron a los Órganos Jurisdiccionales mediante oficio.

9. Se tendrán como identificaciones oficiales, las siguientes:
   a) Credencial para votar expedida por el Instituto Nacional Electoral;
   b) Pasaporte;
   c) Cédula profesional;
   d) Cartilla Militar;
   e) Licencia de manejo;
   f) Identidad Postal;
   g) Constancia de Residencia;
   h) Alguna otra identificación con fotografía, expedida por alguna institución pública.

10. Se recibirán como comprobante de domicilio, los siguientes;
    a) Recibo de Luz;
    b) Recibo de Predio;
    c) Recibo de agua;
    d) Recibo de Teléfono e internet;
    e) Contrato de arrendamiento;
    f) Recibos de pago de renta;
    g) Constancia de residencia.

11. No se agendará cita para la práctica de la Pericial en Trabajo Social ordenada cuando:
    a) El Órgano Jurisdiccional así lo ordene;
    b) El procedimiento legal haya concluido o se haya celebrado un convenio, siempre que el Órgano Jurisdiccional lo informe a esta Unidad por escrito;
    c) La o el usuario no acuda personalmente a la Unidad en la fecha programada para la primera cita;
    d) La o el usuario, en su primera cita, no presente identificación oficial y/o comprobante de domicilio.
    e) Al cotejar la documentación presentada por la persona sujeto de estudio con la proporcionada por el Órgano Jurisdiccional, se perciban inconsistencias en el nombre o domicilio del lugar en el que reside.
    f) La persona acuda a su primera cita después del tiempo de tolerancia de 10 minutos, por motivos no imputables a la Subdirección de Trabajo Social;
    g) La persona ya no viva en el domicilio indicado por el Órgano Jurisdiccional.

12. Las y los usuarios deberán proporcionar una copia simple a la o el Trabajador Social el día de la visita domiciliaria, de los siguientes documentos de no más de tres

meses de antigüedad, según sea su caso, mismos que serán el sustento del dictamen pericial:

a) Credenciales escolares vigentes.
b) Recibo de cuota voluntaria del año en curso.
c) Pagos (útiles, libros uniformes, exámenes médicos).
d) Anualidad, inscripción y colegiatura (escuelas privadas).
e) Boletas, historial académico o constancia de estudios.
f) Actividades extra escolares (credenciales y recibos de pagos).
g) Carnet de citas médicas, credencial de derechohabiente.
h) Pólizas de seguro.
i) Recetas, notas médicas, hojas de referencias o resúmenes clínicos.
j) Pagos de servicio de salud.
k) Facturas de medicamentos.
l) Contrato de arrendamiento.
m) Recibos de pago de renta.
n) Crédito hipotecario.
o) Escrituras.
p) Depósitos bancarios.
q) Constancias de beneficiarios.
r) Recibos de pago de servicios (luz, agua, predio, teléfono, internet, mantenimiento).
s) Facturas.
t) Estados de cuenta bancarios.
u) Credencial laboral.
v) Contrato laboral.
w) Recibos de pago (nómina).
x) Constancia laboral.
y) Estados de cuenta en donde depositan nómina.
z) Declaración de impuestos.

aa) Declaración ante Hacienda.

13. Al concluir el cotejo de documentos en la primera cita se realizará encuesta de satisfacción.

14. El envío de oficios, informes y documentación que tramitan las diversas áreas de la Coordinación de Intervención Especializada para Apoyo Judicial, así como la recepción de los correspondientes acuses, se realizará a través del personal administrativo de la Subdirección Administrativa.

15. De presentarse algún caso en el cual la usuaria o el usuario, muestren algún tipo de discapacidad (auditiva, visual, motriz, intelectual u otras), que hablen otro idioma o dialecto que impida establecer la comunicación directa con ellos, se solicitará el apoyo especializado correspondiente.

No.	Área.	Descripción de la actividad.	Documentos y/o sistemas de apoyo.
1	Coordinación de Intervención Especializada para Apoyo Judicial (Oficialía de Partes)	Envía listado y oficios a la Subdirección de Trabajo Social, para atender las solicitudes de pericial en trabajo social de los Órganos Jurisdiccionales.	
2	Subdirección de Trabajo Social (Personal administrativo)	Recibe, revisa, analiza y verifica que los oficios relativos a las solicitudes de pericial en trabajo social cuenten con todos los datos. **¿Cuenta con los datos?** **No.** Continúa en la actividad no. 3 **Sí.** Continúa en la actividad no. 7	
3		Elabora e imprime oficio solicitando al Órgano Jurisdiccional, envíe los datos faltantes para poder llevar a cabo la pericial en trabajo social, y envía a la Subdirección de Trabajo Social, para su firma.	• Oficio
4	Subdirección de Trabajo Social	Recibe, revisa y firma oficio solicitando al Órgano Jurisdiccional, envíe los datos faltantes para poder llevar a cabo la pericial en trabajo social, y realiza trámite de envío al Órgano Jurisdiccional.	
5	Órgano Jurisdiccional (Oficialía de Partes)	Recibe, acusa el oficio y lo devuelve.	
6	Subdirección de Trabajo Social (Personal administrativo)	Recibe y archiva el acuse del oficio. (Regresa a la actividad no. 2)	
7		Valida en el sistema de la Subdirección de Trabajo Social, si la pericial en trabajo social tienen antecedentes o son nuevos requerimientos.	• Sistema

No.	Área.	Descripción de la actividad.	Documentos y/o sistemas de apoyo.
		¿Tienen antecedentes? **Sí.** Continúa en la actividad no. 8 **No.** Continúa en la actividad no. 10	
8	Subdirección de Trabajo Social (Personal administrativo)	Revisa solicitud para ver si se agenda cita directa o para cotejo. **¿Agenda cita directa o para cotejo?** **No.** Continúa en la actividad no. 9 **Sí.** Continúa en la actividad no. 10	
9		Genera e imprime oficio indicando al Órgano Jurisdiccional, la fecha y horario en el que se realizará cita directa. (Conecta con el fin del procedimiento)	• Sistema • Oficio
10		Asigna número de registro interno para los requerimientos de la pericial en trabajo social.	• Sistema
11		Elabora expediente de la pericial en trabajo social.	• Expediente
12		Genera e imprime oficio indicando al Órgano Jurisdiccional, la fecha y lugar en el que la o el usuario tendrá que presentarse para la cita de cotejo, y envía a la Subdirección de Trabajo Social, para su firma.	• Sistema • Oficio
13	Subdirección de Trabajo Social	Recibe, revisa y firma oficio indicando la fecha y lugar en el que la o el usuario tendrá que presentarse para la primera cita, y realiza trámite de envío al Órgano Jurisdiccional.	
14	Órgano Jurisdiccional (Oficialía de Partes)	Recibe, acusa el oficio y lo devuelve.	

No.	Área.	Descripción de la actividad.	Documentos y/o sistemas de apoyo.
15	Subdirección de Trabajo Social (Personal administrativo)	Recibe y archiva el acuse del oficio en expediente.	• Expediente
16		Espera a que las o los usuarios solicitantes del servicio se presenten a la cita y realizar la confronta de documentos. **¿Acude la usuaria o el usuario a la cita?** **No.** Continúa en la actividad no. 17 **Sí.** Continúa en la actividad no. 21	
17		Genera e imprime oficio indicando al Órgano Jurisdiccional, la inasistencia de la o el usuario, y envía a la Subdirección de Trabajo Social, para su firma.	• Sistema • Oficio
18	Subdirección de Trabajo Social	Recibe, revisa y firma oficio indicando al Órgano Jurisdiccional, la inasistencia de la o el usuario, y envía al Órgano Jurisdiccional.	
19	Órgano Jurisdiccional (Oficialía de Partes)	Recibe, acusa el oficio y lo devuelve	
20	Subdirección de Trabajo Social (Personal administrativo)	Recibe y archiva el acuse del oficio en expediente. (Conecta con el fin del procedimiento)	• Expediente
21		Recibe a la usuaria o el usuario y realiza la confronta de documentos para la realización de la Pericial en Trabajo Social. **¿Cuenta con los documentos?** **No.** Continúa en la actividad no. 22 **Sí.** Continúa en la actividad no. 27	• Formato UTS-FCS-01

No.	Área.	Descripción de la actividad.	Documentos y/o sistemas de apoyo.
22	Subdirección de Trabajo Social (Personal administrativo)	Informa a la o el usuario que no cuenta con los documentos por lo que no podrá llevarse a cabo la pericial en trabajo social.	
23		Genera e imprime oficio indicando al Órgano Jurisdiccional, que la o el usuario no cuenta con los documentos, se cancela la solicitud y en caso de requerir nuevamente se tendrá que hacer una nueva solicitud, y envía a la Subdirección de Trabajo Social, para su firma.	• Sistema • Oficio
24	Subdirección de Trabajo Social	Recibe, revisa y firma oficio indicando que la o el usuario no cuenta con los documentos, se cancela la solicitud y en caso de requerir nuevamente se tendrá que hacer una nueva solicitud, y realiza trámite de envío al Órgano Jurisdiccional.	
25	Órgano Jurisdiccional (Oficialía de Partes)	Recibe, acusa el oficio y lo devuelve.	
26	Subdirección de Trabajo Social (Personal administrativo)	Recibe y archiva el acuse del oficio en expediente. (Conecta con el fin del procedimiento)	• Expediente
27		Genera e imprime turno con fecha de visita domiciliaria y turno de asignación de pericial en trabajo social, y envía a la Subdirección de Trabajo Social, para su firma.	• Sistema • Formatos UTS-VD-01 UTS-APTS-01
28	Subdirección de Trabajo Social	Recibe, revisa y firma los turnos con fecha de visita domiciliaria y de asignación de pericial en trabajo social, y entrega al personal administrativo de la Subdirección de Trabajo Social.	

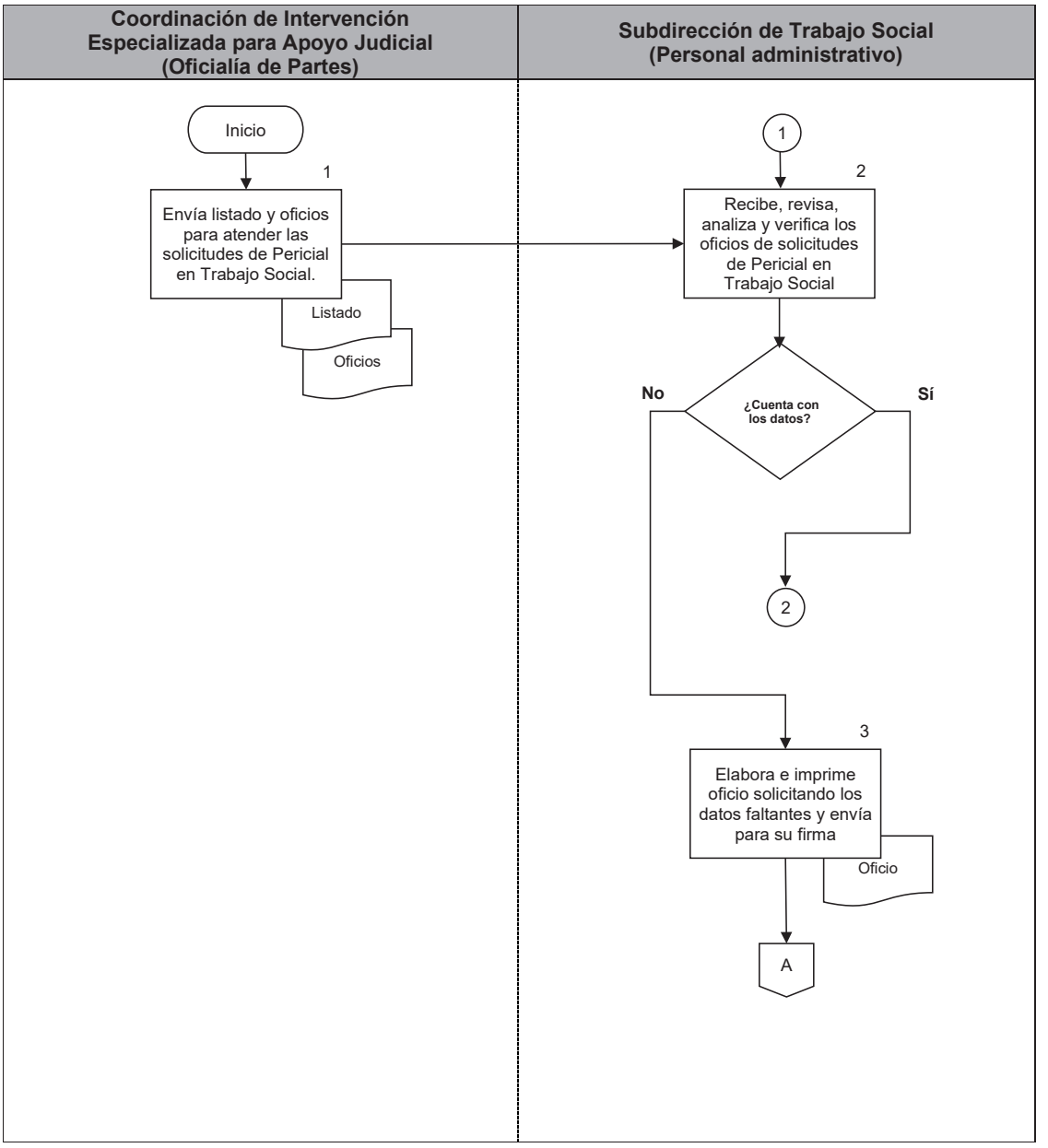
No.	Área.	Descripción de la actividad.	Documentos y/o sistemas de apoyo.
29	Subdirección de Trabajo Social (Personal administrativo)	Recibe turnos con fecha de visita domiciliaria y de asignación de pericial en trabajo social, y entrega a la usuaria y o usuario.	
30	Usuaria o Usuario	Recibe, firma y devuelve turno con fecha de visita domiciliaria.	
31 32	Subdirección de Trabajo Social (Personal administrativo)	Recibe y archiva turno con fecha de visita domiciliaria en expediente. Genera e imprime oficio indicando al Órgano Jurisdiccional, la fecha y horario de la visita domiciliaria, y envía a la Subdirección de Trabajo Social, para su firma.	• Expediente • Sistema • Oficio
33	Subdirección de Trabajo Social	Recibe revisa y firma oficio indicando la fecha y horario en el que se llevará a cabo la visita domiciliaria, y realiza trámite de envío al Órgano Jurisdiccional.	
34	Órgano Jurisdiccional (Oficialía de Partes)	Recibe, acusa el oficio y lo devuelve.	
35 36	Subdirección de Trabajo Social (Personal administrativo)	Recibe y archiva el acuse del oficio en el expediente. Entrega expediente y turno de asignación de pericial en trabajo social a la o el Trabajador Social.	• Expediente

FIN DEL PROCEDIMIENTO

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

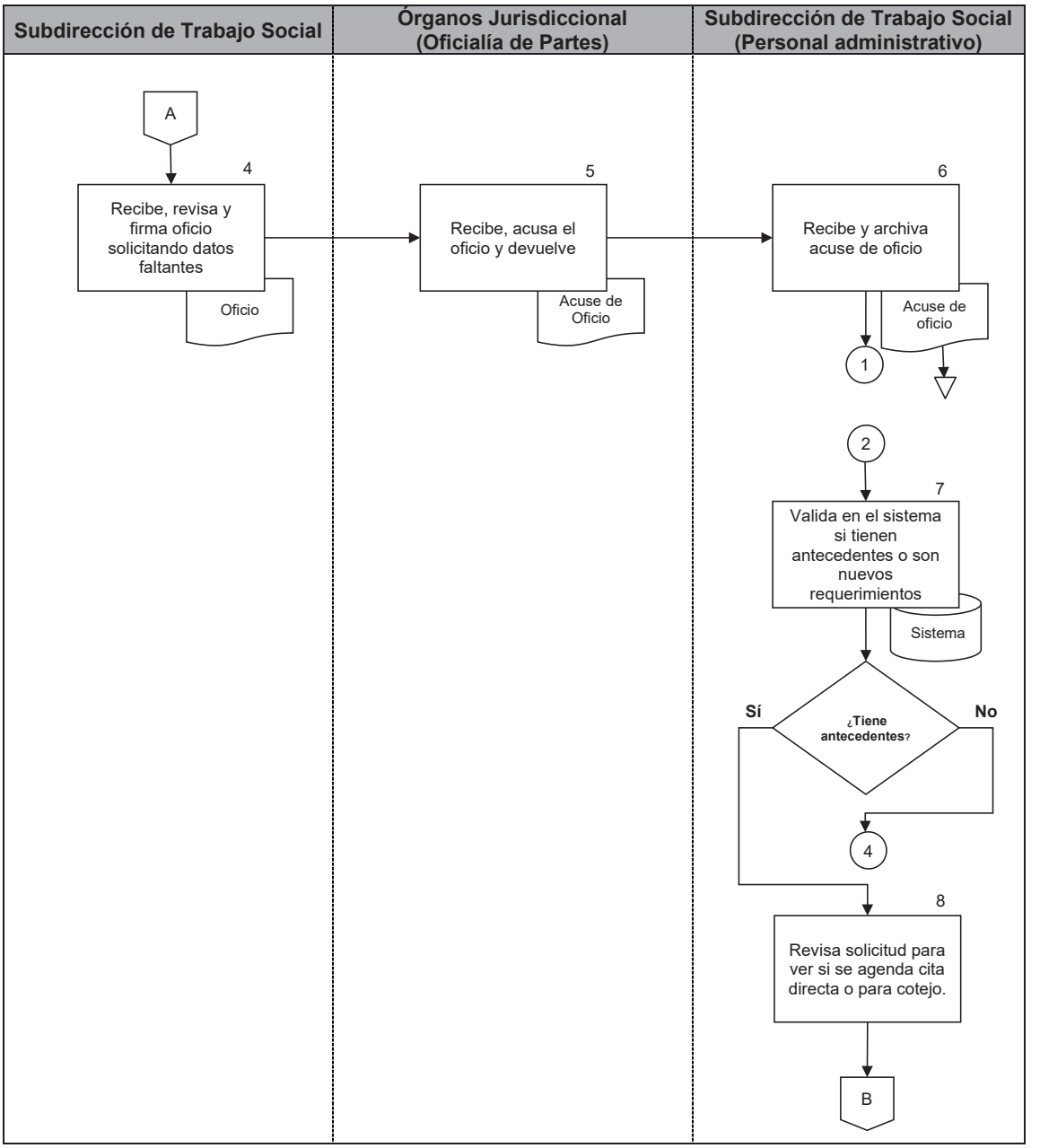
PROCEDIMIENTOS



PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

PROCEDIMIENTOS

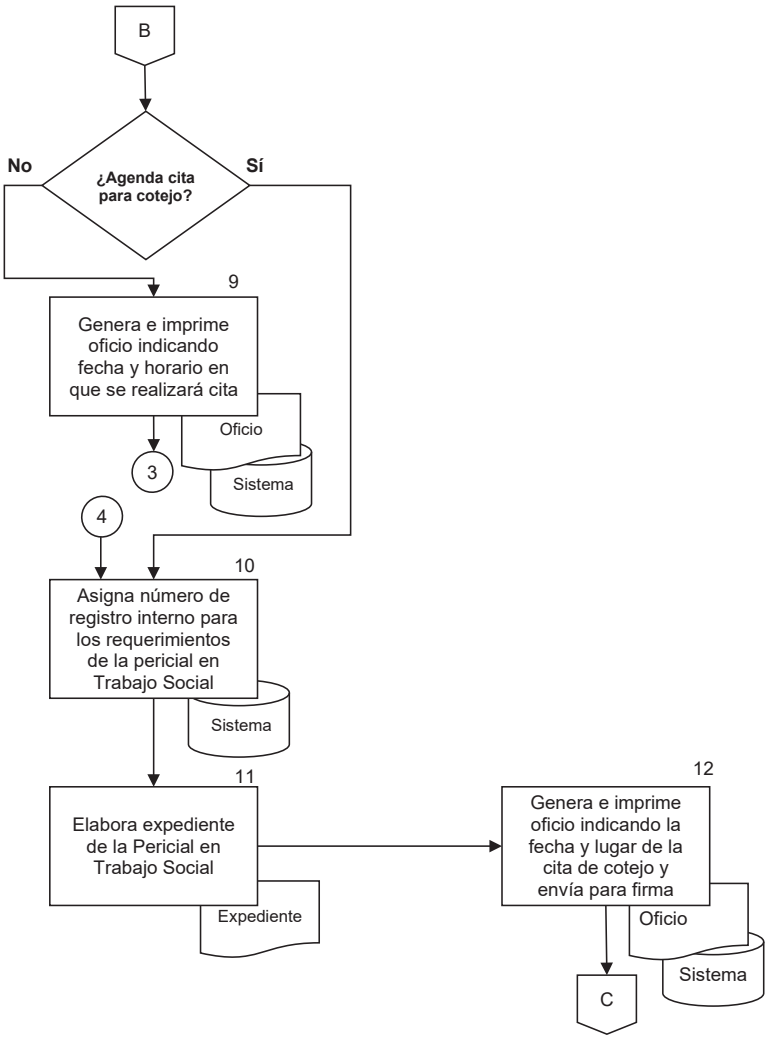


PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

PROCEDIMIENTOS

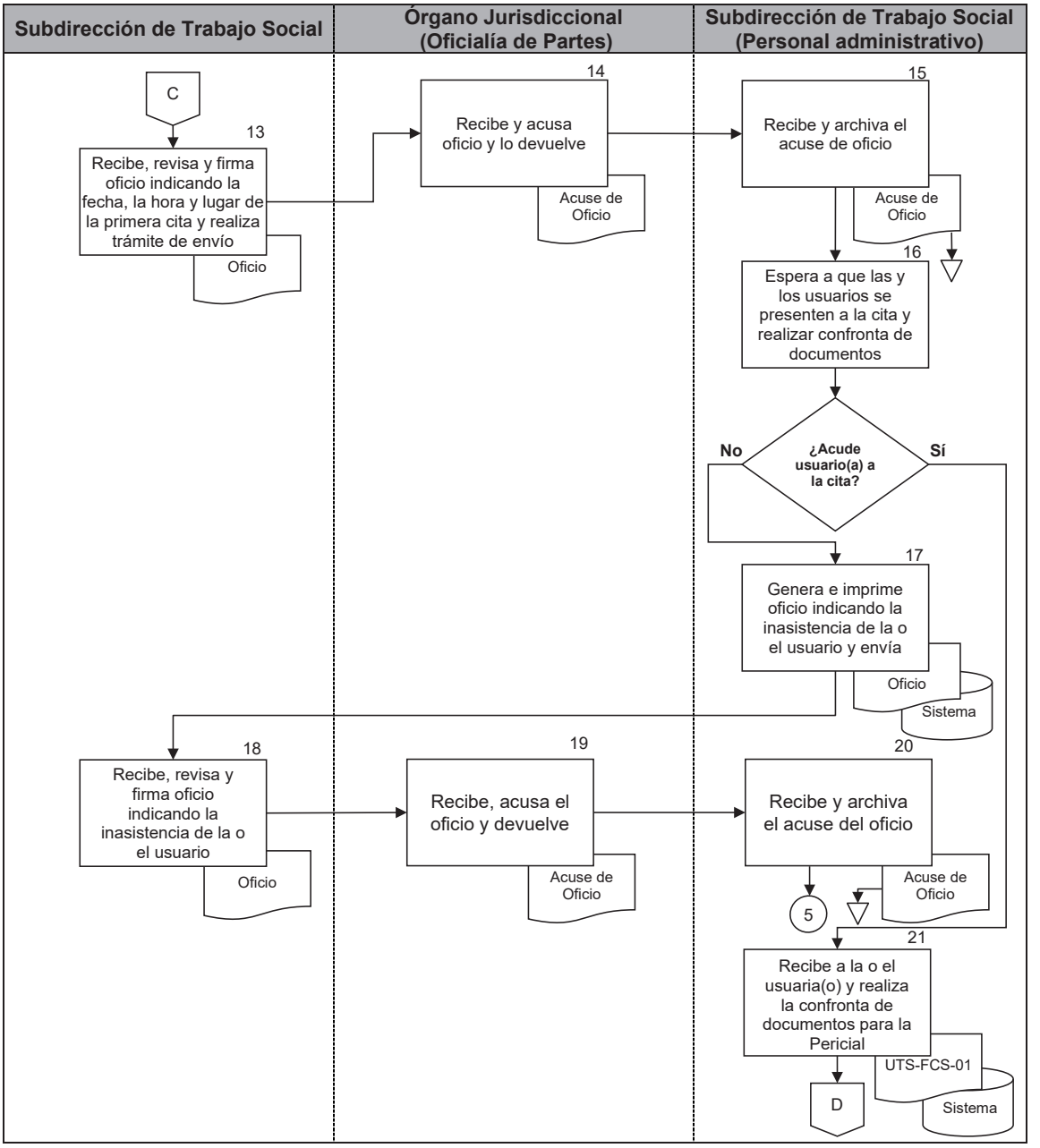
Subdirección de Trabajo Social (Personal administrativo)



PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

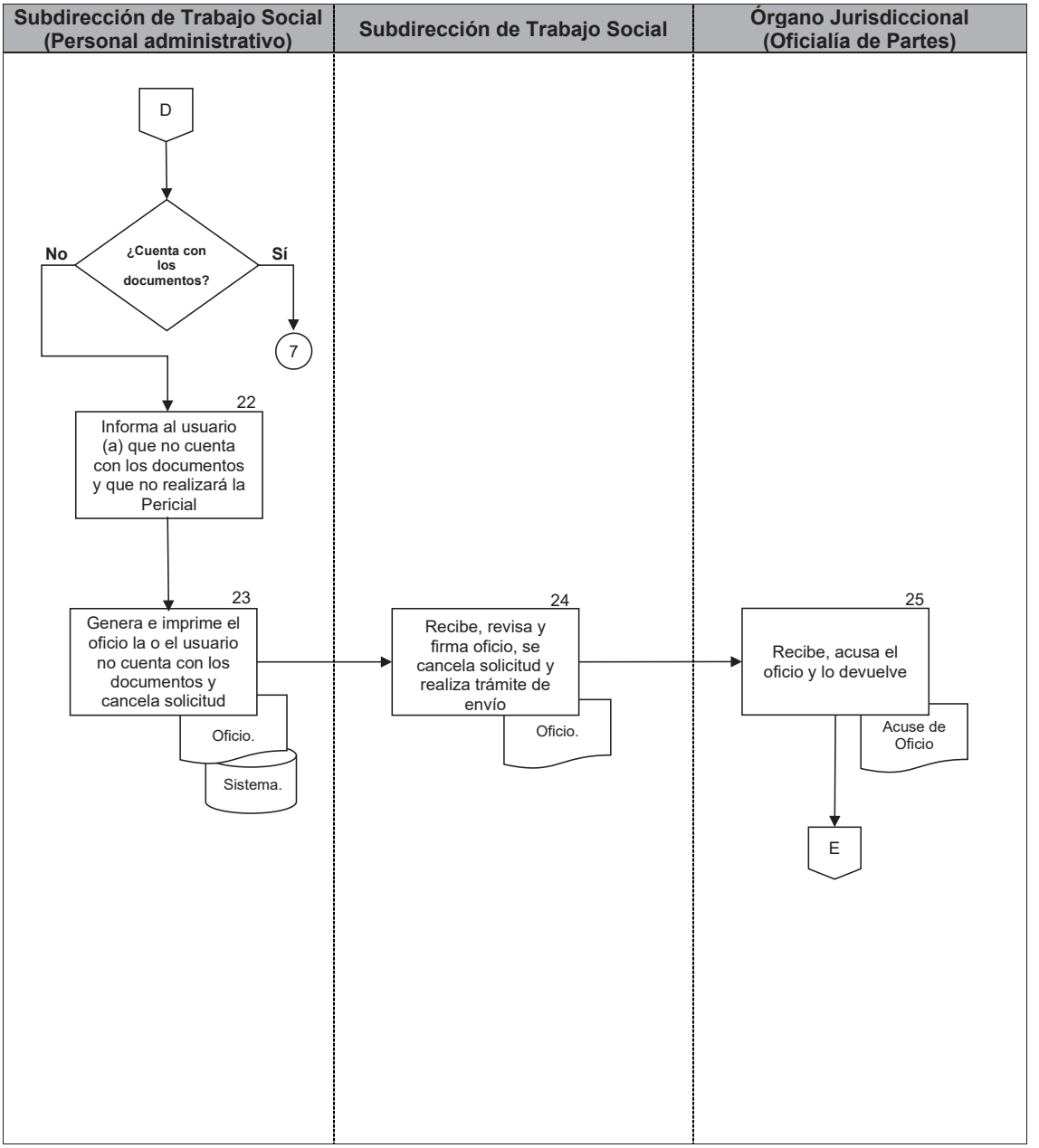
PROCEDIMIENTOS



PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

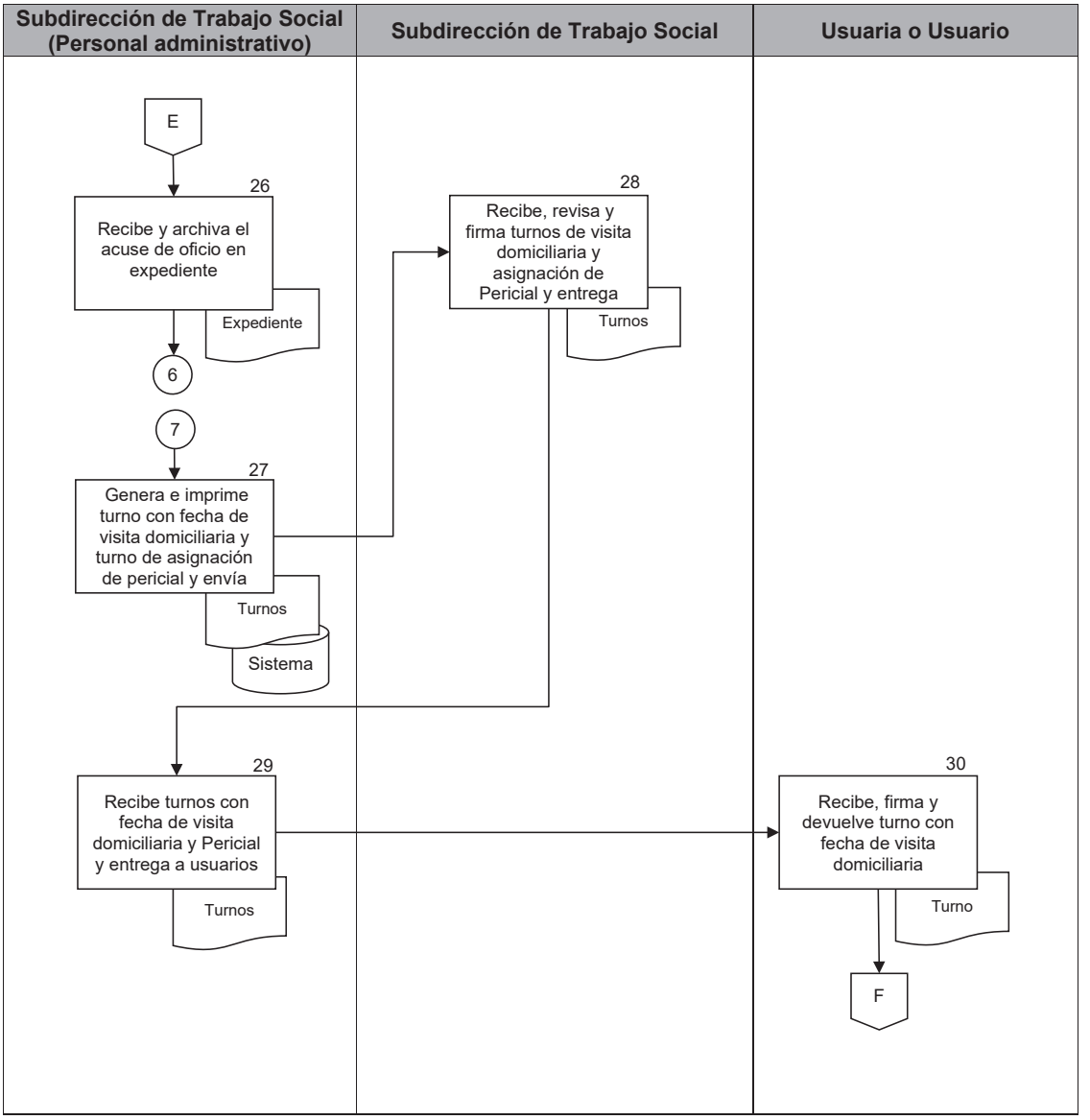
PROCEDIMIENTOS



PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

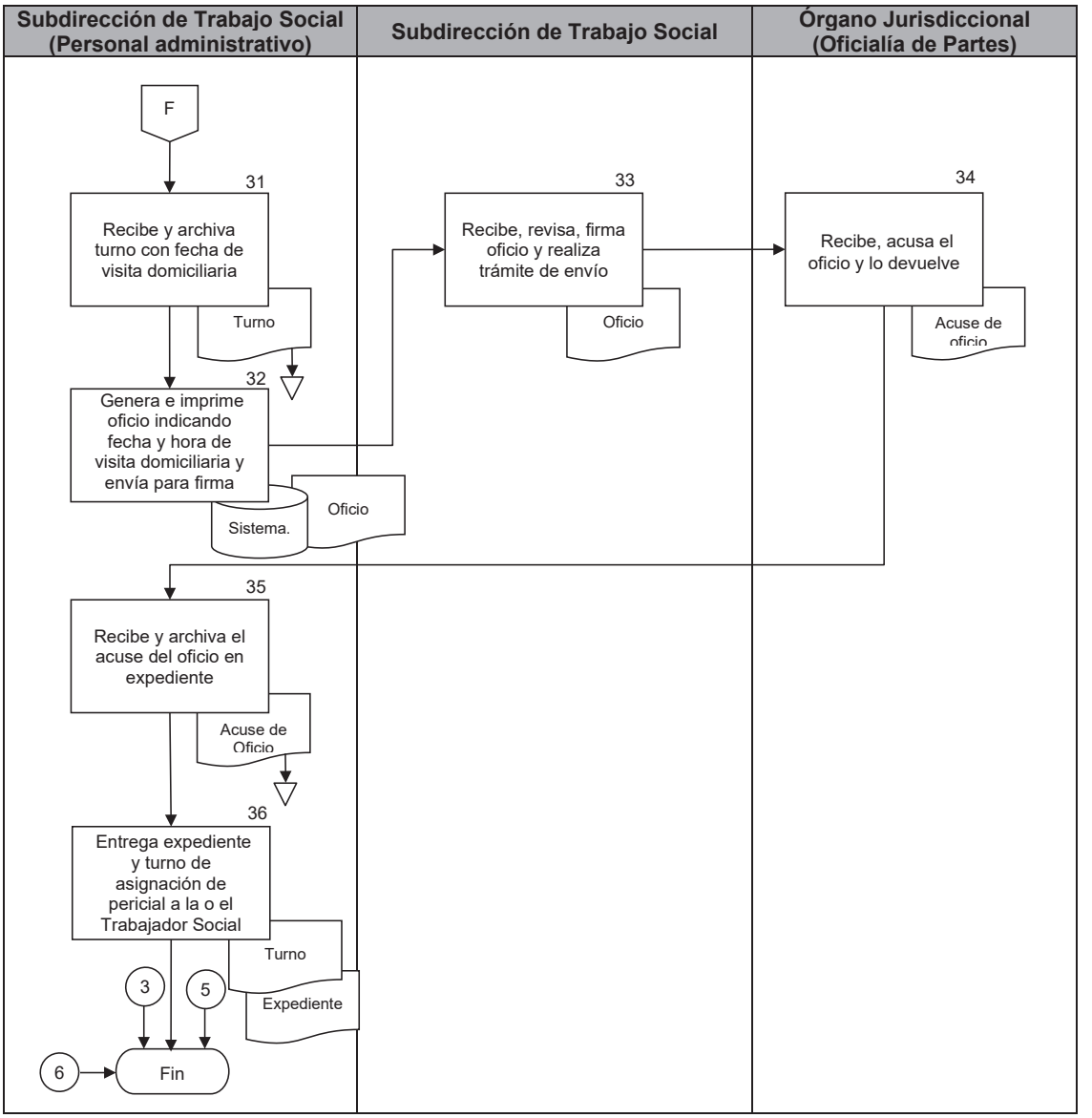
PROCEDIMIENTOS



PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

PROCEDIMIENTOS



PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TS/CDMX

TRABAJO SOCIAL

FORMATO COTEJO Y SEGUIMIENTO

CIUDAD DE MÉXICO, A _____ DE _____ DEL 2019.

PERSONA QUE VERIFICA DATOS: _____

DATOS DEL OFICIO DE REQUERIMIENTO

NTS : _____ REL.: _____ NÚMERO DE OFICIO: _____

JGDO. O SALA: _____ EXP. O TOCA: _____ JUICIO: _____

SUJETO DE ESTUDIO: _____

ACTOR ( ) DEMANDADO ( ) OTRO ( ): _____

CON DOMICILIO EN: CALLE Y NÚMERO: _____

COLONIA: _____ ALCALDÍA: _____ C.P. _____

IDENTIFICACIÓN PRESENTADA: _____

COMPROBANTE DE DOMICILIO: _____

RESULTADO DEL COTEJO

- CITA PARA VISITA DOMICILIARIA ( )

FECHA ASIGNADA PARA SU REALIZACIÓN: _____

TRABAJADOR (A) SOCIAL ASIGNADO: _____

- CANCELACIÓN ( )

MOTIVO DE CANCELACIÓN: _____

_____

_____

_____

NOMBRE Y FIRMA DEL USUARIO(A): _____

INFORMACIÓN DE LA PERICIAL EN TRABAJO SOCIAL

LA PRÁCTICA DE LA PERICIAL EN TRABAJO SOCIAL COMPRENDE:

- ENTREVISTA PERSONAL ( )
- RECORRIDO DEL DOMICILIO ( )
- TOMA DE FOTOGRAFÍAS ( )
- ENTREGA DE DOCUMENTOS ( )

NOMBRE Y FIRMA DE LA O EL USUARIO (A): _____

QUIEN QUEDA ENTERADO QUE DEBERÁ BRINDAR LAS FACILIDADES NECESARIAS PARA LA REALIZACIÓN DE LA PERICIAL EN TRABAJO SOCIAL.

UTS-FCS-01

PJCDMX PODER JUDICIAL

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA PJCDMX

TRABAJO SOCIAL

DATOS DE UBICACIÓN

1. NÚMEROS TELEFÓNICOS DE CONTACTO: CASA _____ CELULAR _____
2. ENTRE QUÉ CALLE Y QUÉ CALLE: _____

3. PUNTOS DE REFERENCIA CERCANOS: _____

4.VÍAS DE ACCESO AL DOMICILIO, RUTAS DE TRANSPORTE Y LUGARES DE SALIDA: _____

5.DESCRIPCIÓN DE LA FACHADA DE LA VIVIENDA: _____

6.OBSERVACIONES PARA LA O EL TRABAJADOR SOCIAL: _____

RESULTADO DE LA VISITA DOMICILIARIA

PERICIAL PRACTICADA ( )

HORA DE INICIO: _____ HORA DE TÉRMINO: _____

NOMBRE Y FIRMA DEL USUARIO (A): _____

FIRMA DE LA O EL TRABAJADOR SOCIAL: _____

ACCIONES REALIZADAS: LLAMADA TELEFÓNICA ( )

RESULTADO: _____

PERICIAL CANCELADA ( )

MOTIVO DE CANCELACIÓN: _____

NOMBRE Y FIRMA DEL USUARIO (A): _____

FIRMA DE LA O EL TRABAJADOR SOCIAL: _____

UTS-FCS-01

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

TRABAJO SOCIAL

FORMATO COTEJO Y SEGUIMIENTO

CIUDAD DE MÉXICO, A _____(1)_____ DE _____(1)_____ DEL 2019.

PERSONA QUE VERIFICA DATOS: _____(2)_____

DATOS DEL OFICIO DE REQUERIMIENTO

NTS : _____(3)_____ REL.: _____(4)_____NÚMERO DE OFICIO: _____(5)_____

JGDO. O SALA:_____(6)_____ EXP. O TOCA:_____ (7)_____ JUICIO:_____ (8)_____

SUJETO DE ESTUDIO: _____(9)_____

ACTOR (10) DEMANDADO (11) OTRO (12):_____

CON DOMICILIO EN: CALLE Y NÚMERO:_____ (13)_____

COLONIA: _____(13)_____ ALCALDÍA: _____(13)_____ C.P._____(13)_____

IDENTIFICACIÓN PRESENTADA:_____ (14)_____

COMPROBANTE DE DOMICILIO: _____(15)_____

RESULTADO DEL COTEJO (16)

- CITA PARA VISITA DOMICILIARIA ( )

FECHA ASIGNADA PARA SU REALIZACIÓN: _____

TRABAJADOR (A) SOCIAL ASIGNADO:_____

- CANCELACIÓN ( )

MOTIVO DE CANCELACIÓN:_____

_____

_____

NOMBRE Y FIRMA DEL USUARIO(A):_____

INFORMACIÓN DE LA PERICIAL EN TRABAJO SOCIAL (17)

LA PRÁCTICA DE LA PERICIAL EN TRABAJO SOCIAL COMPRENDE:

- ENTREVISTA PERSONAL ( )
- RECORRIDO DEL DOMICILIO ( )
- TOMA DE FOTOGRAFÍAS ( )
- ENTREGA DE DOCUMENTOS ( )

NOMBRE Y FIRMA DE LA O EL USUARIO (A): _____

QUIEN QUEDA ENTERADO QUE DEBERÁ BRINDAR LAS FACILIDADES NECESARIAS PARA LA REALIZACIÓN DE LA PERICIAL EN TRABAJO SOCIAL.

UTS-FCS-01

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

TRABAJO SOCIAL

DATOS DE UBICACIÓN (18)

3. NÚMEROS TELEFÓNICOS DE CONTACTO: CASA _____CELULAR_____
4. ENTRE QUÉ CALLE Y QUÉ CALLE:_____
_____

3. PUNTOS DE REFERENCIA CERCANOS: _____
_____

4.VÍAS DE ACCESO AL DOMICILIO, RUTAS DE TRANSPORTE Y LUGARES DE SALIDA: _____
_____
_____
_____
_____

5.DESCRIPCIÓN DE LA FACHADA DE LA VIVIENDA:_____
_____
_____
_____

6.OBSERVACIONES PARA LA O EL TRABAJADOR SOCIAL:_____
_____
_____
_____
_____
_____

RESULTADO DE LA VISITA DOMICILIARIA (19)

PERICIAL PRACTICADA ( )

HORA DE INICIO: _____ HORA DE TÉRMINO: _____

NOMBRE Y FIRMA DEL USUARIO (A):_____

FIRMA DE LA O EL TRABAJADOR SOCIAL: _____

ACCIONES REALIZADAS: LLAMADA TELEFÓNICA ( )

RESULTADO: _____
_____

- - - -

DESCRIPCIÓN DEL FORMATO

Nombre:	**FORMATO COTEJO Y SEGUIMIENTO**
Clave:	**UTS-FCS-01**
Objetivo:	Cotejar los documentos para la asignación de fecha de visita domiciliaria y requisitar datos para la misma.
Elabora:	Subdirección de Trabajo Social.
Número de tantos:	Original.
Distribución:	Original. - Expediente de la o el usuario.

INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
1	LUGAR Y FECHA	Se anota fecha y mes de realización de entrevista.
2	PERSONA QUE VERIFICA DATOS	Se anota el nombre de la o el Servidor Público que realiza la entrevista.
3	N.T.S.	Se anotan el número de Trabajo social designado para registro y seguimiento de la Subdirección de Trabajo Social.
4	REL	Se anotan el número de Trabajo Social designado para registro y seguimiento de la Subdirección de Trabajo Social, en caso de tener antecedentes.
5	NÚMERO DE OFICIO	Se anota el número de oficio del cual se genera el ordenamiento en las Áreas Jurisdiccionales.
6	JUZGADO O SALA	Se anota el número de Órgano Jurisdiccional donde se encuentra radicado el juicio.
7	EXP. O TOCA	Se anota el número expediente o Toca del Órgano Jurisdiccional donde se encuentra el juicio.
8	JUICIO	Se anotan la denominación del Juicio a que hace referencia el ordenamiento Judicial.
9	SUJETO DE ESTUDIO	Se anota el nombre de la o el Usuario al cual recae el ordenamiento de la Pericial.

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
10	ACTOR	Se anota una “X” en caso de que sea la o el usuario de atención la o el Actor del Juicio a que hace referencia el ordenamiento Judicial.
11	DEMANDADO (A)	Se anota una “X” en caso de que sea la o el usuario de atención la o el Demandado del Juicio a que hace referencia el ordenamiento Judicial,
12	OTRO	Se especifica qué participación tiene la o el usuario en el Juicio a que hace referencia el ordenamiento Judicial,
13	CON DOMICILIO EN: CALLE Y NÚMERO	Se anota la denominación de la calle, avenida, circuito, callejón, cerrada, etc., y número exterior e interior; la denominación de la Colonia; la denominación de la Alcaldía y Código Postal, según corresponda el domicilio de la o el Usuario.
14	IDENTIFICACIÓN PRESENTADA	Se anota, el nombre del documento con el cual se identifica la o el Usuario.
15	COMPROBANTE DE DOMICILIO PRESENTADO	Se anota, el nombre del documento con el cual la o el Usuario comprueba su domicilio particular.
16	RESULTADOS DE PRIMERA ENTREVISTA	En caso de resultar afirmativo el trámite de CITA se anota lo siguiente: - Se llena con una “X” la opción CITA PARA VISITA DOMICILIARIA. - Se escribe la FECHA ASIGNADA PARA SU REALIZACIÓN. - Se escribe el nombre del TRABAJADOR (A) SOCIAL ASIGNADO.

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
		En caso de resultar negativo el trámite de CITA se llena lo siguiente: - Se llena con una X la opción de cancelación. - Se describe en forma breve el MOTIVO DE CANCELACIÓN. - Se le requiere NOMBRE Y FIRMA DEL USUARIO (A) del trámite realizado.
17	INFORMACIÓN DE LA PERICIAL EN TRABAJO SOCIAL	Una vez informado a la o el Usuario el procedimiento que le aplicaran para la elaboración de la Pericial, se señala con una "X" los puntos: - ENTREVISTA PERSONAL - RECORRIDO DEL DOMICILIO - EVIDENCIA FOTOGRÁFICA - ENTREGA DE DOCUMENTOS Solicitado NOMBRE Y FIRMA DEL USUARIO (A) de la información recibida con la certeza de haber aclarado todas sus dudas al respecto.
18	DATOS DE UBICACIÓN	Se solicita a la o el usuario datos de ubicación y contacto para facilitar a la o el Trabajador Social localizar el domicilio del sujeto de estudio, para lo cual se llenan los siguientes rubros: 1.- NÚMEROS TELEFÓNICOS DE CONTACTO, fijo de casa y/o celular.

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
		ENTRE QUÉ CALLE Y QUÉ CALLE, referencias de localización. 2.- PUNTOS DE REFERENCIA CERCANOS, tiendas, iglesias, parques, etc., que ayuden a su localización. 3.- VÍAS DE ACCESO AL DOMICILIO, RUTAS DE TRANSPORTE PÚBLICO Y LUGARES DE SALIDA, descripción de rutas de transporte, tiempo de recorrido y referencias de domicilio. 4.- DESCRIPCIÓN DE LA FACHADA DE LA VIVIENDA, información de características de fachada, accesos de domicilio. 5.- OBSERVACIONES PARA EL TRABAJADOR (A) SOCIAL, referencia de la zona del domicilio en específico a seguridad peatonal y datos anexos a la información recabada.
19	RESULTADO DE LA VISITA DOMICILILIARIA.	Se anota fecha de la visita domiciliaria: En caso de realizar la Pericial se anota: hora de inicio y termino, nombre y firma de la o el usuario, firma de la o el Trabajador Social; En caso de no poderse realizar: se anota Pericial cancelada y el motivo, nombre y firma de la o el usuario y firma de la o el Trabajador Social.

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX
TRABAJO SOCIAL

FECHA DE VISITA DOMICILIARIA	
Núm de NTS:	Fecha de la visita domiciliaria:
	Entre el horario de:
Expediente:	Nombre del Lic. en T.S:
Tipo de Juicio:	

Nombre de la persona a quien se realizará la visita domiciliaria

FIRMA DE ENTERADO

UTS-VD-01

Relación de documentación de no más de tres meses de antigüedad que, según sea su caso, DEBERÁ TENER EN ORIGINAL Y UNA COPIA EL DÍA DE LA VISITA DOMICILIARIA, los cuales serán el sustento su dictamen pericial:

- Credenciales escolares vigentes.
- Recibo de cuota voluntaria del año en curso.
- Pagos (útiles, libros uniformes, exámenes médicos).
- Anualidad, inscripción y colegiatura (escuelas privadas).
- Boletas, historial académico o constancia de estudios.
- Actividades extra escolares (credenciales y recibos de pagos).
- Póliza de afiliación al Seguro Popular, carnet de citas médicas, credencial de derechohabiente.
- Pólizas de seguros de vida.
- Recetas, notas médicas, hojas de referencias o resúmenes clínicos.
- Pagos de servicio de salud.
- Facturas de medicamentos.
- Contrato o recibos de arrendamiento.
- Estados de cuenta de créditos hipotecarios o depósitos bancarios por créditos hipotecarios.
- Escrituras.
- Recibos de pago de servicios de la vivienda (luz, agua, gas, predio, teléfono, mantenimiento, internet, tv de paga, celular, etc.)
- Facturas de gastos de alimentación (no tickets de compra)
- Estados de cuenta bancarios de tarjetas de nómina, crédito, débito o departamental.
- Credencial laboral.
- Contrato o constancia laboral.
- Recibos de pago (nómina).
- Estados de cuenta en donde depositan nómina.
- Pagos de pensión alimenticia (depósitos bancarios, transferencias, billete de depósito)
- Declaración de impuestos.
- Declaración ante Hacienda.

Relación de documentación de no más de tres meses de antigüedad que, según sea su caso, DEBERÁ TENER EN ORIGINAL Y UNA COPIA EL DÍA DE LA VISITA DOMICILIARIA, los cuales serán el sustento su dictamen pericial:

- Credenciales escolares vigentes.
- Recibo de cuota voluntaria del año en curso.
- Pagos (útiles, libros uniformes, exámenes médicos).
- Anualidad, inscripción y colegiatura (escuelas privadas).
- Boletas, historial académico o constancia de estudios.
- Actividades extra escolares (credenciales y recibos de pagos).
- Póliza de afiliación al Seguro Popular, carnet de citas médicas, credencial de derechohabiente.
- Pólizas de seguros de vida.
- Recetas, notas médicas, hojas de referencias o resúmenes clínicos.
- Pagos de servicio de salud.
- Facturas de medicamentos.
- Contrato o recibos de arrendamiento.
- Estados de cuenta de créditos hipotecarios o depósitos bancarios por créditos hipotecarios.
- Escrituras.
- Recibos de pago de servicios de la vivienda (luz, agua, gas, predio, teléfono, mantenimiento, internet, tv de paga, celular, etc.)
- Facturas de gastos de alimentación (no tickets de compra)
- Estados de cuenta bancarios de tarjetas de nómina, crédito, débito o departamental.
- Credencial laboral.
- Contrato o constancia laboral.
- Recibos de pago (nómina).
- Estados de cuenta en donde depositan nómina.
- Pagos de pensión alimenticia (depósitos bancarios, transferencias, billete de depósito)
- Declaración de impuestos.
- Declaración ante Hacienda.

UTS-VD-01

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA PJCDMX TRABAJO SOCIAL

FECHA DE VISITA DOMICILIARIA			
Núm de NTS:	(1)	Fecha de la visita domiciliaria:	(2)
		Entre el horario de:	(4)
Expediente:	(3)	Nombre del Lic. en T.S:	(5)
Tipo de Juicio:		(6)	

Nombre de la persona a quien se realizará la visita domiciliaria
(7)

_____(8)_____

_____(9)_____
FIRMA DE ENTERADO

UTS-VD-01

Relación de documentación de no más de tres meses de antigüedad que, según sea su caso, DEBERÁ TENER EN ORIGINAL Y UNA COPIA EL DÍA DE LA VISITA DOMICILIARIA, los cuales serán el sustento su dictamen pericial:

- Credenciales escolares vigentes.
- Recibo de cuota voluntaria del año en curso.
- Pagos (útiles, libros uniformes, exámenes médicos).
- Anualidad, inscripción y colegiatura (escuelas privadas).
- Boletas, historial académico o constancia de estudios.
- Actividades extra escolares (credenciales y recibos de pagos).
- Póliza de afiliación al Seguro Popular, carnet de citas médicas, credencial de derechohabiente.
- Pólizas de seguros de vida.
- Recetas, notas médicas, hojas de referencias o resúmenes clínicos.
- Pagos de servicio de salud.
- Facturas de medicamentos.
- Contrato o recibos de arrendamiento.
- Estados de cuenta de créditos hipotecarios o depósitos bancarios por créditos hipotecarios.
- Escrituras.
- Recibos de pago de servicios de la vivienda (luz, agua, gas, predio, teléfono, mantenimiento, internet, tv de paga, celular, etc.)
- Facturas de gastos de alimentación (no tickets de compra)
- Estados de cuenta bancarios de tarjetas de nómina, crédito, débito o departamental.
- Credencial laboral.
- Contrato o constancia laboral.
- Recibos de pago (nómina).
- Estados de cuenta en donde depositan nómina.
- Pagos de pensión alimenticia (depósitos bancarios, transferencias, billete de depósito)
- Declaración de impuestos.
- Declaración ante Hacienda.

Relación de documentación de no más de tres meses de antigüedad que, según sea su caso, DEBERÁ TENER EN ORIGINAL Y UNA COPIA EL DÍA DE LA VISITA DOMICILIARIA, los cuales serán el sustento su dictamen pericial:

- Credenciales escolares vigentes.
- Recibo de cuota voluntaria del año en curso.
- Pagos (útiles, libros uniformes, exámenes médicos).
- Anualidad, inscripción y colegiatura (escuelas privadas).
- Boletas, historial académico o constancia de estudios.
- Actividades extra escolares (credenciales y recibos de pagos).
- Póliza de afiliación al Seguro Popular, carnet de citas médicas, credencial de derechohabiente.
- Pólizas de seguros de vida.
- Recetas, notas médicas, hojas de referencias o resúmenes clínicos.
- Pagos de servicio de salud.
- Facturas de medicamentos.
- Contrato o recibos de arrendamiento.
- Estados de cuenta de créditos hipotecarios o depósitos bancarios por créditos hipotecarios.
- Escrituras.
- Recibos de pago de servicios de la vivienda (luz, agua, gas, predio, teléfono, mantenimiento, internet, tv de paga, celular, etc.)
- Facturas de gastos de alimentación (no tickets de compra)
- Estados de cuenta bancarios de tarjetas de nómina, crédito, débito o departamental.
- Credencial laboral.
- Contrato o constancia laboral.
- Recibos de pago (nómina).
- Estados de cuenta en donde depositan nómina.
- Pagos de pensión alimenticia (depósitos bancarios, transferencias, billete de depósito)
- Declaración de impuestos.
- Declaración ante Hacienda.

UTS-VD-01

DESCRIPCIÓN DEL FORMATO

Nombre:	**FECHA DE VISITA DOMICILIARIA**
Clave:	**UTS-VD-01**
Objetivo:	Proporcionar a la o el usuario su fecha de cita y los datos de quién le realizará la visita domiciliaria.
Elabora:	Subdirección de Trabajo Social.
Número de tantos:	Original y Copia.
Distribución:	Original. - Usuario. Original. – Expediente de la Subdirección de Trabajo Social.

INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
1	NÚM DE N.T.S.	Se anotan el número de Trabajo Social designado para registro y seguimiento de la Subdirección de Trabajo Social.
2	FECHA DE LA VISITA DOMICILIARIA.	Se anota la fecha en que se realizará la visita domiciliaria.
3	EXPEDIENTE.	Se anota el número expediente del Órgano Jurisdiccional donde se encuentra el juicio.
4	ENTRE EL HORARIO DE.	Se anota el horario en que se realizará la visita domiciliaria, contemplando el horario laboral de lunes a jueves de 9 a 3 pm y viernes de 9 a 2 pm.
5	NOMBRE DEL LIC. EN T.S.	Se anota el nombre de la o el Lic. en Trabajo Social que realizará la visita domiciliaria.
6	TIPO DE JUICIO	Se anotan la denominación del Juicio a que hace referencia el ordenamiento Judicial.
7	NOMBRE DE LA PERSONA A QUIEN SE REALIZARÁ LA VISITA DOMICILIARIA.	Se anota el nombre de la usuaria o usuario a la que se le realizará la visita domiciliaria.
8	FIRMA DE LA/EL TITULAR DEL ÁREA.	Firma del responsable de la Subdirección de Trabajo Social.
9	FIRMA DE ENTERADO.	Se anota el nombre y firma de la usuaria o usuario.

PJCDMX PODER JUDICIAL

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA PJCDMX TRABAJO SOCIAL

Asignación de pericial	
Núm de Reg. NTS:	Día de Realización:
Oficio de Sol. Sala o Jdo:	Fecha límite de entrega para revisión:
Toca o Expediente:	Fecha Vo. Bo.
Sala o Juzgado:	Fecha de entrega a Juzgado:

Nombre de la persona a evaluar

LIC. EN T.S.

UTS-APTS-01

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

PROCEDIMIENTOS

PJCDMX PODER JUDICIAL

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX TRABAJO SOCIAL

Asignación de pericial			
Núm de Reg. NTS:	(1)	Día de Realización:	(2)
Oficio de Sol. Sala o Jdo:	(3)	Fecha límite de entrega para revisión:	(4)
Toca o Expediente:	(5)	Fecha Vo. Bo.	(6)
Sala o Juzgado:	(7)	Fecha de entrega a Juzgado:	(8)

Nombre de la persona a evaluar
(9)

_____(10)_____ _____(11)_____

LIC. EN T.S.

UTS-APTS-01

DESCRIPCIÓN DEL FORMATO

Nombre:	**ASIGNACIÓN DE PERICIAL.**
Clave:	**UTS-APTS-01**
Objetivo:	Establecer los tiempos y procesos a seguir para el cumplimiento de la orden dictada por el Órgano Jurisdiccional correspondiente.
Elabora:	Subdirección de Trabajo Social.
Número de tantos:	Original y copia.
Distribución:	Original. - Expediente Subdirección de Trabajo Social. Original. - Carpeta de designaciones por Trabajador (a) Social.

INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
1	NÚM. DE REG. NTS.	Se anota el número de Trabajo social designado para registro y seguimiento de la Subdirección de Trabajo Social.
2	DÍA DE REALIZACIÓN.	Se anota la fecha en la que ha de llevarse cabo la visita domiciliaria para la elaboración de la Pericial en Trabajo Social.
3	OFICIO DE SOL. DE LA SALA O JDO.	Se anota el número de oficio remitido por el Órgano Jurisdiccional en el que ordena la práctica de la Pericial en Trabajo Social.
4	FECHA LÍMITE DE ENTREGA PARA REVISIÓN.	Se anota la fecha límite en la que el/la Trabajador/a Social habrá de entregar el Dictamen Pericial para su revisión.
5	TOCA O EXPEDIENTE.	Se anota el número de Toca o Expediente del Órgano Jurisdiccional que remite la orden.
6	FECHA DE VO.BO.	Se anota la fecha límite en la que el/la Trabajador/a Social recibe el Dictamen Pericial ya revisado para la realización de las correcciones señaladas en el mismo.
7	SALA O JUZGADO.	Se anota el Órgano Jurisdiccional que en el que se encuentra radicado el juicio.
8	FECHA DE ENTREGA A JUZGADO.	Se anota la fecha límite en el que el Dictamen Pericial ha de enviarse al Órgano Jurisdiccional en el que se encuentra radicado el juicio.

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
9	NOMBRE DE LA PERSONA RELACIONADA CON LA PERICIAL EN TRABAJO SOCIAL.	Se anota el nombre de la persona peritado o peritada.
10	FIRMA DE LA/EL TITULAR DEL ÁREA.	Firma de la/el titular del área.
11	NOMBRE DE LA O EL TRABAJADOR SOCIAL.	Se anota el nombre de la/el Trabajador/a Social que recibe el expediente para la elaboración de la Pericial en Trabajo Social, quien deberá plasmar su firma.

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

PROCEDIMIENTOS

Procedimiento: CIEAJ-0012	Aplicación de pericial en trabajo social.
Objetivo general:	Realizar la aplicación de pericial en trabajo social con base al protocolo establecido y de acuerdo a las solicitudes de los Órganos Jurisdiccionales.
Políticas y normas de operación:	

1. Las actividades sustantivas de la Subdirección de Trabajo Social, consisten en la realización de periciales en trabajo social y podrán ser ordenados por la autoridad jurisdiccional.

2. Las periciales en trabajo social solicitadas mediante oficio por los Órganos Jurisdiccionales serán realizados y atendidos por la Subdirección de Trabajo Social.

3. Cuando los órganos Jurisdiccionales en un oficio soliciten diversas periciales en trabajo social, el oficio del resultado de su solicitud, deberá realizarse en un solo oficio, considerando todas las solicitudes.

4. Cuando no se sea posible realizar la pericial en trabajo social solicitado por el Órgano Jurisdiccional, la o el Trabajador Social deberá realizar un informe de visita que contenga la siguiente información:
   a) Rubro de referencia.
   b) Lugar, día y hora de la visita realizada.
   c) La descripción de la fachada de la vivienda en la que se debía realizar la visita domiciliaria.
   d) Descripción de las acciones que se realizaron para poder determinar que no fue posible realizar la visita domiciliaria. (datos de quiénes nos atienden en el domicilio visitado o referencias vecinales -especificando nombres en caso de que los proporcionen o en su defecto media filiación-, tiempo de espera,

llamadas telefónicas, verificar que se encontraba en el domicilio correcto, información proporcionada por los entrevistados).

e) Incluir una fotografía de la fachada de la vivienda.

5. Únicamente y mediante solicitud por oficio por parte de los Órganos Jurisdiccionales se re agendará una nueva fecha para la realización de la Pericial en Trabajo Social.

6. Si los Órganos Jurisdiccionales hacen solicitud de reprogramar la realización de la Pericial en Trabajo Social y ya se ha realizado un cotejo y asignado fecha y esta no haya podido ser realizada, se asignará una cita directa, misma que se les informará mediante oficio respectivo.

7. Las solicitudes de periciales en trabajo social referentes al programa con la Escuela Nacional de Trabajo Social, de manera específica en los casos de interdicción, se asignará una cita directa, sin necesidad de realizar un cotejo previo.

8. La Subdirección de Trabajo Social proporcionará sus servicios únicamente a las personas que expresamente determine el Órgano Jurisdiccional, derivado de procedimientos seguidos ante la jurisdicción del Tribunal.

9. La realización de las periciales en trabajo social se realizará dentro de los horarios previamente señalados.

10. Las periciales en trabajo social se realizarán en el domicilio particular que previamente haya señalado el Órgano Jurisdiccional.

11. La realización de la pericial en trabajo social se suspenderá por la o el Trabajador Social cuando:

a) No proporcione las facilidades necesarias para su realización.
b) Señale como su domicilio un lugar diverso al indicado por el Órgano Jurisdiccional.
c) A la llegada de la o el Trabajador Social al domicilio, la persona sujeta de estudio no se encuentre en el lugar.
d) A juicio de la o el Trabajador Social, existan factores de riesgo que pongan en peligro su integridad física.
e) Se presente caso fortuito o de fuerza mayor.
f) Se encuentre en estado inconveniente por consumo de alcohol o sustancia tóxica.

12. Las y los Trabajadores Sociales imprimirán por duplicado el Dictamen Pericial solicitado por los Órganos Jurisdiccionales.

13. Al concluir la visita domiciliaria se realizará encuesta de satisfacción.

14. Los Dictámenes Periciales en Trabajo Social serán enviados a los Órganos Jurisdiccionales dentro de los 15 días posteriores, a partir de su realización.

15. El envío de oficios, informes y documentación que tramitan las diversas áreas de la Coordinación de Intervención Especializada para Apoyo Judicial, así como la recepción de los correspondientes acuses, se realizará a través del personal administrativo de la Subdirección Administrativa.

16. De presentarse algún caso en el cual la usuaria o el usuario, muestren algún tipo de discapacidad (auditiva, visual, motriz, intelectual u otras), que hablen otro idioma o dialecto que impida establecer la comunicación directa con ellos, se solicitará el apoyo especializado correspondiente.

No.	Área.	Descripción de la actividad.	Documentos y/o sistemas de apoyo.
1	Subdirección de Trabajo Social (Personal administrativo)	Entrega expediente y turno de asignación de pericial a la Trabajadora o el Trabajador Social.	• Expediente
2	Subdirección de Trabajo Social (Trabajadora o Trabajador Social)	Recibe expediente y turno de asignación de pericial en trabajo social.	
3		Analiza, verifica los datos de las personas para llevar a cabo la pericial y el objetivo del mismo, y prepara metodología.	
4		Acude al domicilio de la usuaria o el usuario citada(o) para practicar la visita domiciliaria. **¿Se encuentra la usuaria o el usuario en su domicilio?** **No.** Continúa en la actividad no. 5 **Sí** Continúa en la actividad no. 12	
5		Genera e imprime oficio informando al Órgano Jurisdiccional que no se llevó a cabo la pericial en trabajo social, y envía a la Subdirección de Trabajo Social, para su firma.	• Sistema • Oficio
6	Subdirección de Trabajo Social	Recibe, revisa, firma oficio informando que no se llevó a cabo la pericial en trabajo social y las razones, y realiza trámite de envío al Órgano Jurisdiccional.	
7	Órgano Jurisdiccional (Oficialía de Partes)	Recibe, acusa el oficio y lo devuelve.	
8	Subdirección de Trabajo Social (Trabajadora o Trabajador Social)	Recibe, archiva el acuse del oficio y envía el expediente a la Subdirección de Trabajo Social. (Continúa en la actividad no. 19)	• Expediente

No.	Área.	Descripción de la actividad.	Documentos y/o sistemas de apoyo.
9 10	Subdirección de Trabajo Social (Trabajadora o Trabajador Social)	Realiza la pericial en trabajo social solicitada. Elabora e imprime Dictamen Pericial en Trabajo Social solicitado, y envía a la Subdirección de Trabajo Social.	• Formato UTS-GE-01 • Sistema • Oficio
11 12 13	Subdirección de Trabajo Social	Recibe Dictamen Pericial en Trabajo Social y documentos soporte para su revisión, visto bueno y autorización. **¿Autoriza el Dictamen Pericial en Trabajo Social?** **No.** Continúa en la actividad no. 12 **Sí.** Continúa en la actividad no. 13 Envía a la Trabajadora o el Trabajador Social las observaciones del dictamen pericial en trabajo social para su atención. (Regresa a actividad no. 10) Autoriza y envía el Dictamen Pericial en Trabajo Social a la Trabajadora o el Trabajador Social.	
14	Subdirección de Trabajo Social (Trabajadora o Trabajador Social)	Recibe, prepara e imprime el oficio de envío con el Dictamen Pericial en Trabajo Social y envía a la Subdirección de Trabajo Social, para su firma.	• Sistema • Oficio
15	Subdirección de Trabajo Social	Recibe, firma y devuelve a la Trabajadora o el Trabajador Social el Dictamen Pericial en Trabajo Social y oficio de envío.	
16	Subdirección de Trabajo Social (Trabajadora o Trabajador Social)	Recibe, registra el oficio de envío con el Dictamen Pericial en Trabajo Social, y realiza trámite de envío al Órgano Jurisdiccional.	

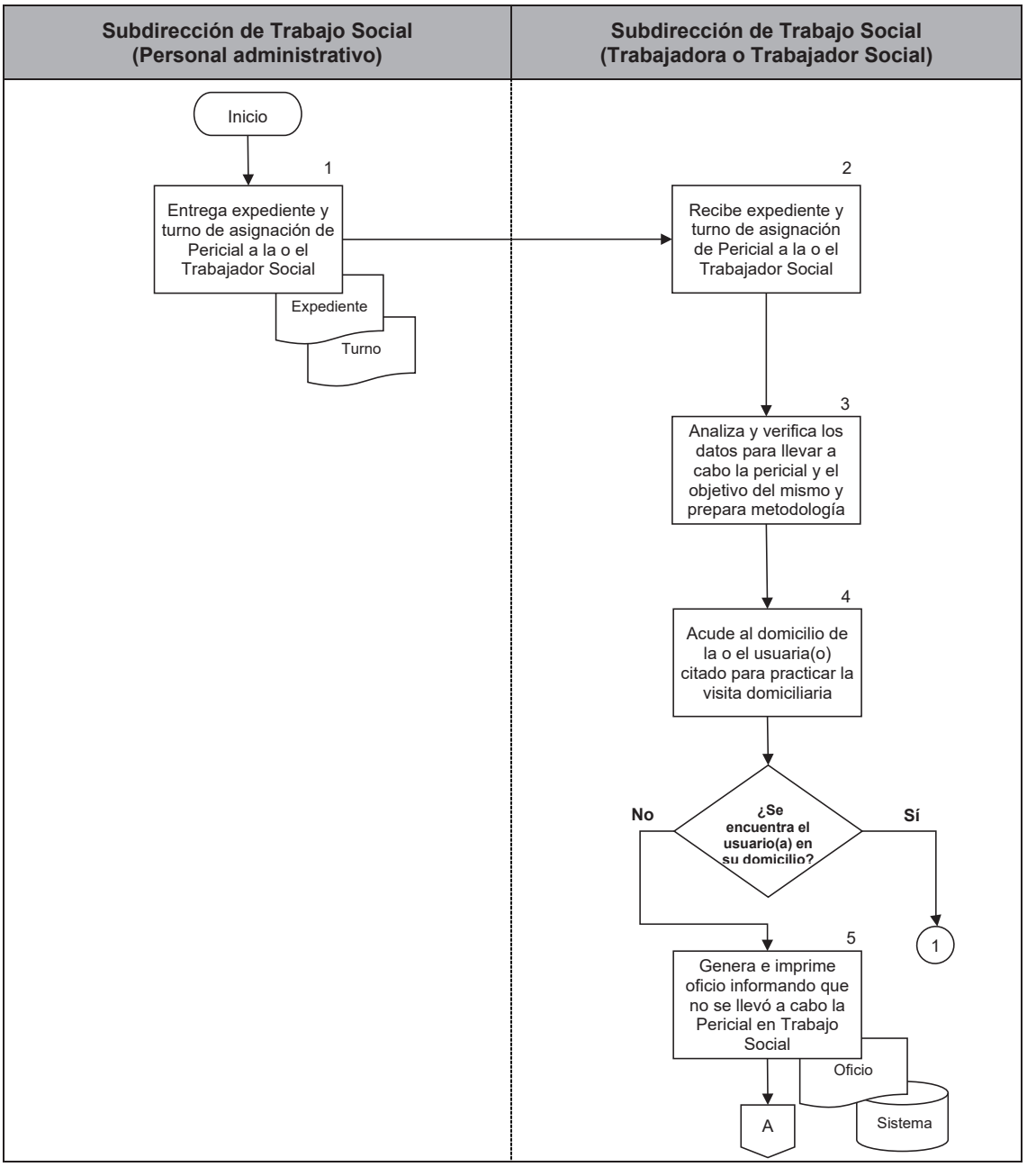
No.	Área.	Descripción de la actividad.	Documentos y/o sistemas de apoyo.
17	Órgano Jurisdiccional (Oficialía de Partes)	Recibe, acusa el oficio y lo devuelve.	
18	Subdirección de Trabajo Social (Personal administrativo)	Recibe, registra, archiva acuse del oficio y envía el expediente a la Subdirección de Trabajo Social.	• Sistema • Expediente
19	Subdirección de Trabajo Social	Recibe y guarda en el área expediente de pericial en trabajo social, hasta que concluya su periodo de archivo en trámite.	
20	Subdirección de Trabajo Social (Personal administrativo)	Envía expediente al Archivo Judicial.	

FIN DEL PROCEDIMIENTO

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

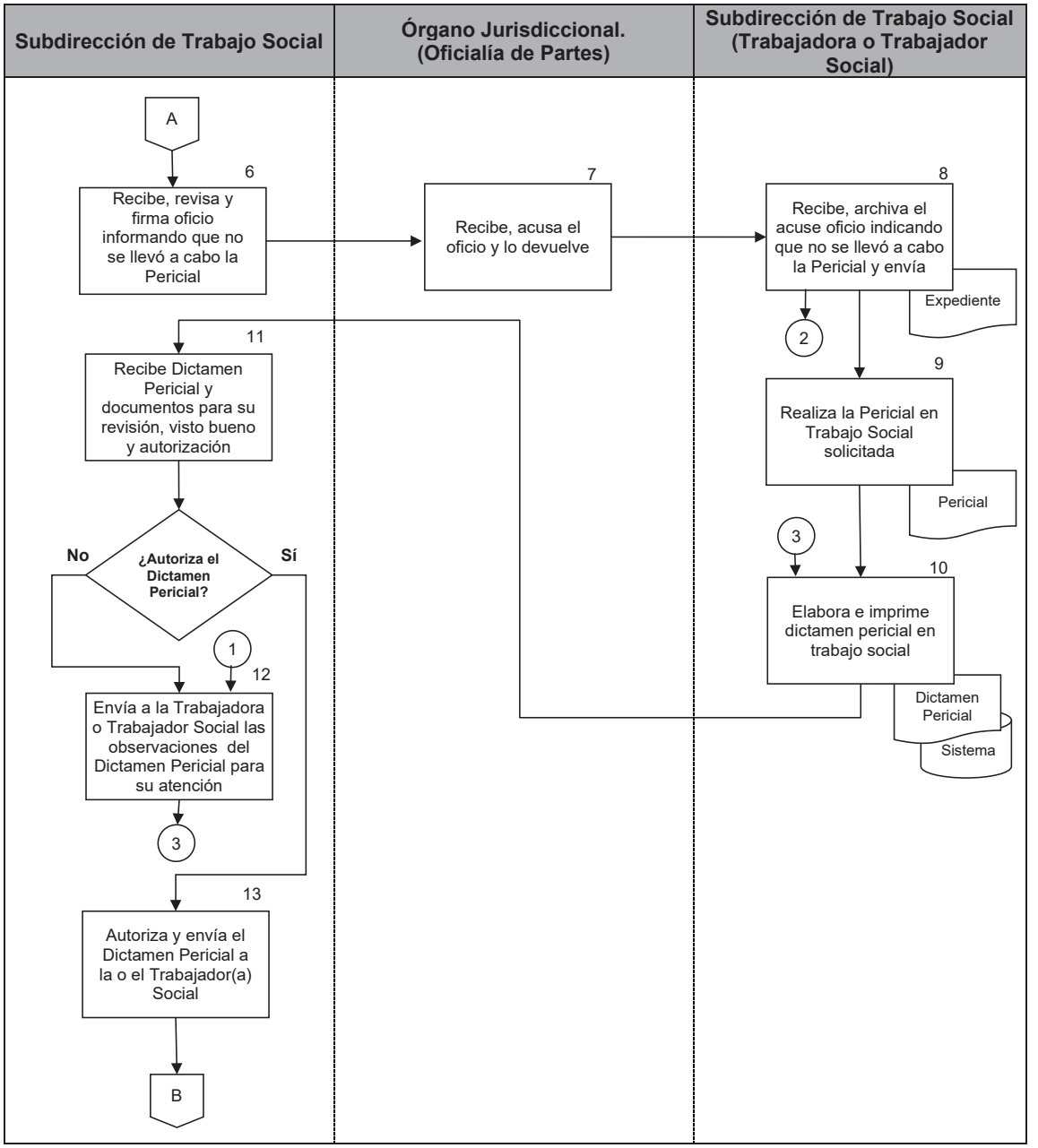
PROCEDIMIENTOS

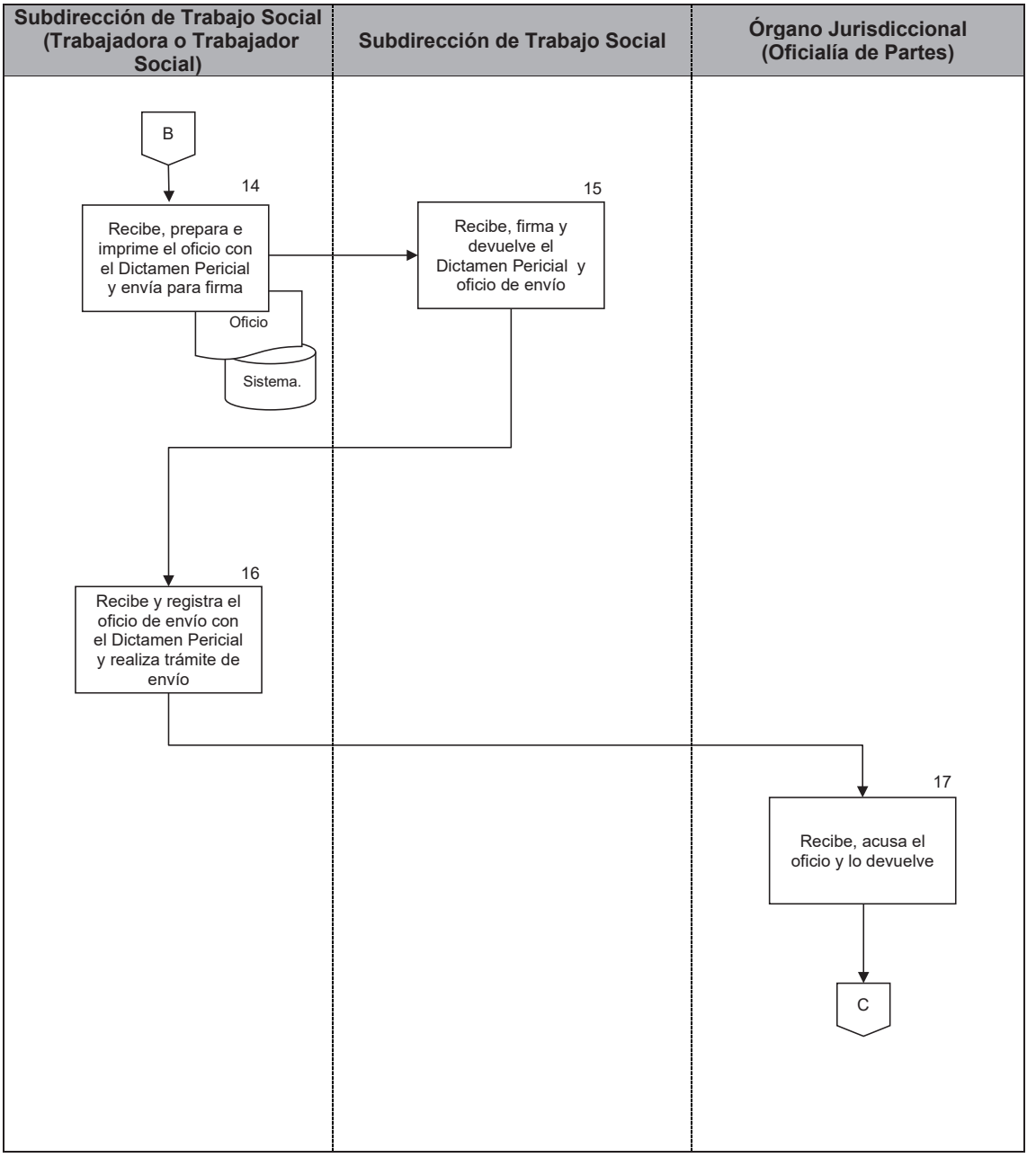


PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

PROCEDIMIENTOS

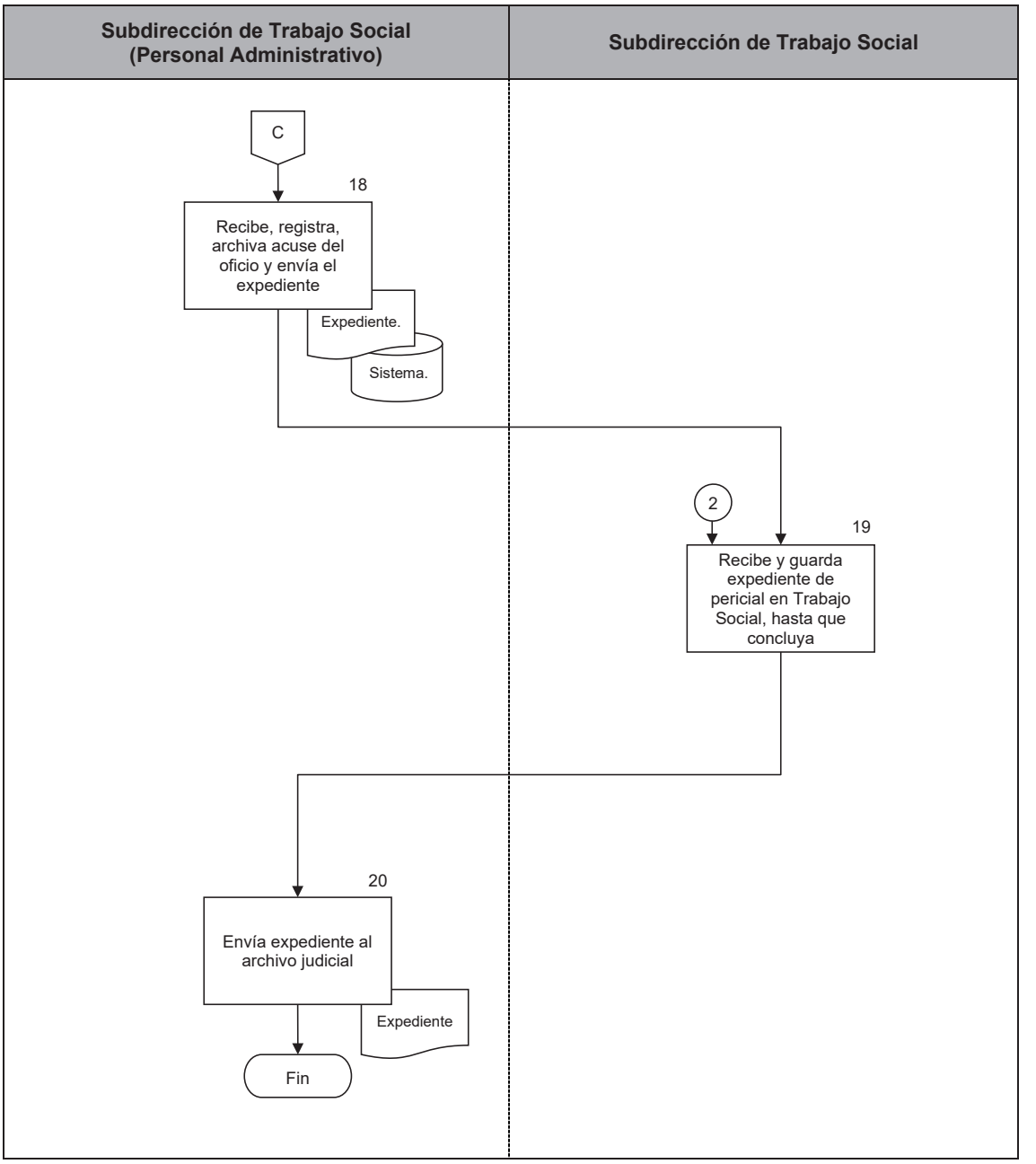



Subdirección de Trabajo Social (Trabajadora o Trabajador Social)
Subdirección de Trabajo Social
Órgano Jurisdiccional (Oficialía de Partes)
B
14
Recibe, prepara e imprime el oficio con el Dictamen Pericial y envía para firma
Oficio
Sistema.
15
Recibe, firma y devuelve el Dictamen Pericial y oficio de envío
16
Recibe y registra el oficio de envío con el Dictamen Pericial y realiza trámite de envío
17
Recibe, acusa el oficio y lo devuelve
C

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

PROCEDIMIENTOS



PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

TRABAJO SOCIAL

GUÍA DE ENTREVISTA

FECHA _____

_____

VS

_____

JUZGADO _____ EXPEDIENTE_____

JUICIO_____

NTS_____

DATOS GENERALES

NOMBRE_____

DOMICILIO_____

_____

EDAD_____ FECHA DE NACIMIENTO_____ LUGAR DE NACIMIENTO_____

ÚLTIMO GRADO DE ESTUDIOS: _____ ESTADO CIVIL:_____

RELIGIÓN_____ TELÉFONO CASA_____ CELULAR _____

ESTRUCTURA Y DINÁMICA FAMILIAR

NOMBRE	PARENTESCO	EDAD	ESTADO CIVIL	ESCOLARIDAD	OCUPACIÓN

LAVADO DE ROPA_____ ALIMENTOS _____ASEO DE LA VIVIENDA_____

ESCUELA _____

CUIDADO DE LA NIÑA, NIÑO O ADOLESCENTE_____

ASPECTO DE LA NIÑA, NIÑO O ADOLESCENTE _____

TIEMPO DE SEPARACIÓN_____

UTS-GE-01

Página 1 de 8

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

TRABAJO SOCIAL

PROVEEDORES ECONÓMICOS_____

CONVIVENCIAS_____ PENSIÓN ALIMENTICIA_____

REDES DE APOYO:

NOMBRE	EDAD	PARENTESCO	OCUPACIÓN	DOMICILIO

TIPO DE FAMILIA: NUCLEAR, MONOPARENTAL PATERNA, MONOPARENTAL MATERNA, EXTENSA, HOGAR UNIPERSONAL, RECONSTITUIDA, OTRA_____

ANTECEDENTES:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

TIEMPO LIBRE:

_____

_____

_____

EDUCACIÓN

NOMBRE DE LA NIÑA, NIÑO O ADOLESCENTE _____

NOMBRE DE LA ESCUELA_____

DOMICILIO_____PARTICULAR /GOBIERNO _____

HORARIO_____ PROMEDIO _____ AÑO ESCOLAR /EDAD CORRESPONDIENTE SI NO

NOMBRE DE LA NIÑA, NIÑO O ADOLESCENTE _____

NOMBRE DE LA ESCUELA_____

DOMICILIO_____ PARTICULAR /GOBIERNO _____

HORARIO_____ PROMEDIO _____ AÑO ESCOLAR /EDAD CORRESPONDIENTE SI NO

NOMBRE DE LA NIÑA, NIÑO O ADOLESCENTE _____

NOMBRE DE LA ESCUELA_____

DOMICILIO_____ PARTICULAR /GOBIERNO _____

HORARIO_____ PROMEDIO _____ AÑO ESCOLAR /EDAD CORRESPONDIENTE SI NO

QUIÉN ACUDE A JUNTAS_____

QUIÉN LLEVA Y TRAE DE LA NIÑA, NIÑO O ADOLESCENTE A LA ESCUELA _____

UTS-GE-01

Página 2 de 8

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TS/CDMX

TRABAJO SOCIAL

SALUD

SEGURIDAD SOCIAL_____ QUIÉN LA PROPORCIONA_____

PADECE ENFERMEDADES SI NO

ENFERMEDAD/DESDE CUÁNDO LA PADECE	TRATAMIENTO	COSTOS/ TEMPORALIDAD	LUGAR DE ATENCIÓN	COSTO DE TRASLADO

ESTADO DE SALUD BUENO MALO REGULAR PORQUÉ_____

TRATAMIENTO FISICO PSICOLÓGICO MÉDICO

CONSUME: ALCOHOL _____ DROGAS _____

CIGARRO_____

ALIMENTACIÓN

	NOMBRE DE LA USUARIA O USUARIO	NOMBRE DE LA NIÑA, NIÑO O ADOLESCENTE	NOMBRE DE LA NIÑA, NIÑO O ADOLESCENTE	NOMBRE DE LA NIÑA, NIÑO O ADOLESCENTE
DESAYUNO				
ALMUERZO				
COMIDA				
MERIENDA				
CENA				

ALIMENTOS EN EL REFRIGERADOR

_____

_____

ALIMENTOS EN LA DESPENSA

_____

_____

LUGARES EN LOS QUE COMPRA DESPENSA ALIMENTARIA Y DE ASEO

_____

_____

UTS-GE-01

Página 3 de 8

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA PJCDMX

TRABAJO SOCIAL

DATOS ECONÓMICOS

DATOS LABORALES E INGRESOS

PUESTO:	
NOMBRE DE LA EMPRESA O NEGOCIO	
DIRECCIÓN DE LA EMPRESA O NEGOCIO	
ANTIGÜEDAD:	
TIPO DE CONTRATO	
DÍAS Y HORARIOS	
INGRESO MENSUAL	

TRABAJA POR SU CUENTA: en qué _____

_____

_____

_____

_____

Monto mensual _____

INGRESOS EXTRA			
CONCEPTO		MONTO	PERIODICIDAD
Aguinaldo			
Prima vacacional			
Utilidades			
caja/ fondo de ahorro			
vales de despensa			
Bono			
Becas			
programas gubernamentales			
pensión alimenticia			
apoyos familiares			
apoyos familiares			
apoyos familiares			
apoyos familiares			

UTS-GE-01

Página 4 de 8

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX
TRABAJO SOCIAL

EGRESOS

CONCEPTO				
Alimentación/despensa				
Renta/crédito hipotecario				
Predial				
Luz				
Agua				
Gas				
Mantenimiento de la casa				
Servicio Telefónico				
Artículos de aseo de la casa				
Celular				
Transporte Público				
Gastos de Vehículo: gasolina				
mantenimiento				
tenencia				
Recreación y entretenimiento				
Gastos médicos				
Educación escolar:		inscripción	inscripción	inscripción
		colegiatura	colegiatura	colegiatura
		útiles	útiles	útiles
		libros	libros	libros
		uniforme	uniforme	uniforme
		zapatos escolares	zapatos escolares	zapatos escolares
		gastos extra	gastos extra	gastos extra
		transporte escolar	transporte escolar	transporte escolar
		eventos escolares	eventos escolares	eventos escolares
Vestido y Calzado				
Artículos de aseo personal				
Pensión alimenticia				
otros				

SIATUACIÓN PATRIMONIAL
DEUDAS:
Persona/institución_____ monto _____ desde cuándo _____ abonos _____
Persona/institución_____ monto _____ desde cuándo _____ abonos _____
Persona/institución_____ monto _____ desde cuándo _____ abonos _____
AHORROS:_____

UTS-GE-01

Página 5 de 8

PJCDMX PODER JUDICIAL

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA PJCDMX

TRABAJO SOCIAL

Maneja tarjetas de crédito: _____
Maneja tarjetas de débito: _____
Maneja tarjetas departamentales: _____
Casas/terrenos o accesorias:
_____
_____
Vehículos:_____
_____

VIVIENDA

PROPIEDAD DE QUIÉN _____ TIEMPO DE VIVIR EN EL DOMICILIO _____
RENTADA _____PROPIA_____ PRESTADA___ INTERES SOCIAL ___
DEPARTAMENTO___ CASA SOLA___ DUPLEX ___ CUARTO ___ VECINDAD__
CUÁNTAS FAMILIAS VIVEN EN EL DOMICILIO A PARTE DE LA DEL ENTREVISTADO
_____
_____
NIVELES DE LA VIVIENDA_____
NÚMERO DE RECAMÁRAS _____
DISTRIBUCIÓN (quién ocupa cada una)

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

MATERIALES DE LOS QUE ESTA HECHO: PISO_____ PAREDES _____ TECHO_____
SALA _____ COMEDOR_____ COCINA _____ ESPACIO PARA LAVAR_____ ESTUDIO_____
ESTACIONAMIENTO _____ PATIO_____
BAÑOS: completos____ medio baño _____
MATERIALES DE LOS QUE ESTA HECHO: PISO_____ PAREDES _____ TECHO_____
MATERIALES DE LOS QUE ESTA HECHO: PISO_____ PAREDES _____ TECHO_____
VENTILACIÓN _____ ILUMINACIÓN_____ SEGURIDAD _____
FACTORES DE RIESGO DETECTADOS EN LA VISITA: _____
_____
MOBILIARIO: POCO ( ) SUFICIENTE ( ) ABUNDANTE ( ) INSUFICIENTE ( )

SERVICIOS CON LOS QUE CUENTA

DRENAJE		LIMPIA	
PAVIMENTACIÓN		ZONAS DE RECREACIÓN	
AGUA POTABLE		ESPACIOS DEPORTIVOS	
TELEFONO		ÁREAS VERDES	
ALUMBRADO PÚBLICO		CENTROS COMERCIALES	
ALCANTARILLADO		TRANSPORTE	

PROBLEMATICAS SOCIALES

DELINCUENCIA: ALTO ( ) MEDIO ( ) BAJO ( ) NULO ( )
DROGADICCIÓN: ALTO ( ) MEDIO ( ) BAJO ( ) NULO ( )
BANDALISMO: ALTO ( ) MEDIO ( ) BAJO ( ) NULO ( )
ALCOHOLISMO: ALTO ( ) MEDIO ( ) BAJO ( ) NULO ( )

UTS-GE-01

Página 6 de 8

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

TRABAJO SOCIAL

CUESTIONARIO REGLA AMAI NSE 8X7

1. ¿Cuál es el total de cuartos, piezas o habitaciones con que cuenta su hogar?, por favor no incluya baños, medios baños, pasillos, patios y zotehuelas. (**Si el entrevistado pregunta específicamente si cierto tipo de pieza pueda incluirla o no, debe consultarse la referencia que se anexa**)

respuesta	puntos
1	0
2	0
3	0
4	0
5	8
6	8
7 o más	14

2. ¿Cuántos baños completos con regadera y W C. (excusado) hay para uso exclusivo de los integrantes de su hogar?

respuesta	puntos
0	0
1	16
2	36
3	36
4 o más	52

3. ¿En hogar cuenta con regadera funcionado en alguno de los baños?

respuesta	puntos
no tiene	0
sí tiene	10

4. Contando todos los focos que utiliza para iluminar su hogar, incluyendo los de techos, paredes y lámparas de buró o piso, dígame ¿cuántos focos tiene su vivienda?

respuesta	puntos
0-5	0
6-10	15
11-15	27
16-20	32
21 o más	46

5. ¿El piso de su hogar es predominantemente de tierra, o de cemento, o de algún otro tipo de acabado?

respuesta	puntos
tierra o cemento	0
otro tipo de material o acabado	11

6. ¿Cuantos automóviles propios, excluyendo taxis, tienen en su hogar?

respuesta	puntos
0	0
1	32
2	41
3 o más	58

7. ¿En este hogar cuentan con estufa de gas o eléctrica?

respuesta	puntos
no tiene	0
sí tiene	20

8. Pensando en la persona que aporta la mayor parte del ingreso en este hogar, ¿Cuál fue el último año de estudios que completó? (**espere respuesta, y pregunte**) ¿Realizó otros estudios? (**reclasificar en caso necesario**).

respuesta	puntos
no estudio	0
primaria incompleta	0
primaria completa	22
secundaria incompleta	22
secundaria completa	22
carrera comercial	38
carrera técnica	38
preparatoria incompleta	38
preparatoria completa	38
licenciatura incompleta	52
licenciatura completa	52
diplomado o maestría	72
doctorado	72
no sabe/no contesto	72

nivel	puntos
AB (alto	193+
C+ (superior medio)	155 a 192
C (medio)	128 a 154
C- (medio bajo)	105 a 127
D+ (bajo)	80 a 104
D (bajo)	33 a 79
E (marginado)	0 a 32

UTS-GE-01

Página 7 de 8

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

TRABAJO SOCIAL

REFERENCIAS VECINALES

1. NOMBRE O DESCRIPCIÓN DE LA PERSONA

Lo ubican cómo vecino si ___ no ____ desde cuándo_____
Lo considera como un vecino (tranquilo, problemático, distante, otorga el saludo cuando lo ven)
_____
Tiene algún vicio (drogas, alcohol...) _____
Sabe en qué trabaja _____
Qué sabe del trato que le dan las partes a sus hijos (los tienen atendidos/desatendidos, quién los cuida, los llevan a la escuela, ha sabido que los golpeen o a oído gritos o peleas)
_____
_____
_____

2. NOMBRE O DESCRIPCIÓN DE LA PERSONA

Lo ubican cómo vecino si ___ no ____ desde cuándo_____
Lo considera como un vecino (tranquilo, problemático, distante, otorga el saludo cuando lo ven)
_____
Tiene algún vicio (drogas, alcohol...) _____
Sabe en qué trabaja _____
Qué sabe del trato que le dan las partes a sus hijos (los tienen atendidos/desatendidos, quién los cuida, los llevan a la escuela, ha sabido que los golpeen o a oído gritos o peleas)
_____
_____
_____

3. NOMBRE O DESCRIPCIÓN DE LA PERSONA

Lo ubican cómo vecino si ___ no ____ desde cuándo_____
Lo considera como un vecino (tranquilo, problemático, distante, otorga el saludo cuando lo ven)
_____
Tiene algún vicio (drogas, alcohol...) _____
Sabe en qué trabaja _____
Qué sabe del trato que le dan las partes a sus hijos (los tienen atendidos/desatendidos, quién los cuida, los llevan a la escuela, ha sabido que los golpeen o a oído gritos o peleas)
_____
_____
_____

Nota: La información contenida y/o adjunta al presente, es confidencial y está protegida por la Ley de Protección de datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados para la Ciudad de México.

UTS-GE-01

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA PJCDMX

TRABAJO SOCIAL

GUÍA DE ENTREVISTA

FECHA _____(1)_____

_____(2)_____

VS

_____(3)_____

JUZGADO _____(4)_____ EXPEDIENTE_____(5)_____

JUICIO_____(6)_____

NTS_____(7)_____

DATOS GENERALES (8)

NOMBRE_____

DOMICILIO_____

_____

EDAD_____ FECHA DE NACIMIENTO_____ LUGAR DE NACIMIENTO_____

ÚLTIMO GRADO DE ESTUDIOS: _____ ESTADO CIVIL:_____

RELIGIÓN_____ TELÉFONO CASA_____ CELULAR _____

ESTRUCTURA Y DINÁMICA FAMILIAR (9)

NOMBRE	PARENTESCO	EDAD	ESTADO CIVIL	ESCOLARIDAD	OCUPACIÓN

LAVADO DE ROPA_____ ALIMENTOS _____ASEO DE LA VIVIENDA_____

ESCUELA _____

CUIDADO DE LA NIÑA, NIÑO O ADOLESCENTE_____

ASPECTO DE LA NIÑA, NIÑO O ADOLESCENTE _____

TIEMPO DE SEPARACIÓN_____

UTS-GE-01

Página 1 de 8

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

TRABAJO SOCIAL

PROVEEDORES ECONÓMICOS_____(10)_____

CONVIVENCIAS_____(10)_____ PENSIÓN ALIMENTICIA_____(10_____

REDES DE APOYO:

NOMBRE	EDAD	PARENTESCO	OCUPACIÓN	DOMICILIO
(10)	(10)	(10)	(10)	(10)

TIPO DE FAMILIA: NUCLEAR, MONOPARENTAL PATERNA, MONOPARENTAL MATERNA, EXTENSA, HOGAR UNIPERSONAL, RECONSTITUIDA, OTRA_____(11)_____

ANTECEDENTES:

_____(12)_____

_____

_____

_____

_____

_____

TIEMPOLIBRE:_____(13)_____

EDUCACIÓN (14)

NOMBRE DE LA NIÑA, NIÑO O ADOLESCENTE _____

NOMBRE DE LA ESCUELA_____

DOMICILIO_____PARTICULAR /GOBIERNO _____

HORARIO_____ PROMEDIO _____ AÑO ESCOLAR /EDAD CORRESPONDIENTE SI NO

NOMBRE DE LA NIÑA, NIÑO O ADOLESCENTE _____

NOMBRE DE LA ESCUELA_____

DOMICILIO_____ PARTICULAR /GOBIERNO _____

HORARIO_____ PROMEDIO _____ AÑO ESCOLAR /EDAD CORRESPONDIENTE SI NO

NOMBRE DE LA NIÑA, NIÑO O ADOLESCENTE _____

NOMBRE DE LA ESCUELA_____

DOMICILIO_____ PARTICULAR /GOBIERNO _____

HORARIO_____ PROMEDIO _____ AÑO ESCOLAR /EDAD CORRESPONDIENTE SI NO

QUIÉN ACUDE A JUNTAS_____

QUIÉN LLEVA Y TRAE DE LA NIÑA, NIÑO O ADOLESCENTE A LA ESCUELA _____

UTS-GE-01

Página 2 de 8

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

TRABAJO SOCIAL

SALUD (15)

SEGURIDAD SOCIAL_____ QUIÉN LA PROPORCIONA_____

PADECE ENFERMEDADES SI NO

ENFERMEDAD/DESDE CUÁNDO LA PADECE	TRATAMIENTO	COSTOS/ TEMPORALIDAD	LUGAR DE ATENCIÓN	COSTO DE TRASLADO

ESTADO DE SALUD BUENO MALO REGULAR PORQUÉ_____

TRATAMIENTO FISICO PSICOLÓGICO MÉDICO

CONSUME: ALCOHOL _____ DROGAS _____

CIGARRO_____

ALIMENTACIÓN (16)

	NOMBRE DE LA USUARIA O USUARIO	NOMBRE DE LA NIÑA, NIÑO O ADOLESCENTE	NOMBRE DE LA NIÑA, NIÑO O ADOLESCENTE	NOMBRE DE LA NIÑA, NIÑO O ADOLESCENTE
DESAYUNO				
ALMUERZO				
COMIDA				
MERIENDA				
CENA				

ALIMENTOS EN EL REFRIGERADOR

_____

_____

ALIMENTOS EN LA DESPENSA

_____

_____

LUGARES EN LOS QUE COMPRA DESPENSA ALIMENTARIA Y DE ASEO

_____

_____

UTS-GE-01

Página 3 de 8

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

TRABAJO SOCIAL

DATOS ECONÓMICOS (17)

DATOS LABORALES E INGRESOS

PUESTO:	
NOMBRE DE LA EMPRESA O NEGOCIO	
DIRECCIÓN DE LA EMPRESA O NEGOCIO	
ANTIGÜEDAD:	
TIPO DE CONTRATO	
DÍAS Y HORARIOS	
INGRESO MENSUAL	

TRABAJA POR SU CUENTA: en qué _____

_____

_____

_____

_____

Monto mensual _____

INGRESOS EXTRA			
CONCEPTO		MONTO	PERIODICIDAD
Aguinaldo			
Prima vacacional			
Utilidades			
caja/ fondo de ahorro			
vales de despensa			
Bono			
Becas			
programas gubernamentales			
pensión alimenticia			
apoyos familiares			
apoyos familiares			
apoyos familiares			
apoyos familiares			

UTS-GE-01

Página 4 de 8

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA PJCDMX

TRABAJO SOCIAL

EGRESOS **(18)**

CONCEPTO				
Alimentación/despensa				
Renta/crédito hipotecario				
Predial				
Luz				
Agua				
Gas				
Mantenimiento de la casa				
Servicio Telefónico				
Artículos de aseo de la casa				
Celular				
Transporte Público				
Gastos de Vehículo: gasolina				
mantenimiento				
tenencia				
Recreación y entretenimiento				
Gastos médicos				
Educación escolar:		inscripción	inscripción	inscripción
		colegiatura	colegiatura	colegiatura
		útiles	útiles	útiles
		libros	libros	libros
		uniforme	uniforme	uniforme
		zapatos escolares	zapatos escolares	zapatos escolares
		gastos extra	gastos extra	gastos extra
		transporte escolar	transporte escolar	transporte escolar
		eventos escolares	eventos escolares	eventos escolares
Vestido y Calzado				
Artículos de aseo personal				
Pensión alimenticia				
otros				

SIATUACIÓN PATRIMONIAL
DEUDAS:
Persona/institución_____ **monto** _____ **desde cuándo** _____ **abonos** _____
Persona/institución_____ **monto** _____ **desde cuándo** _____ **abonos** _____
Persona/institución_____ **monto** _____ **desde cuándo** _____ **abonos** _____
AHORROS:_____
_____
Maneja tarjetas de crédito: _____
Maneja tarjetas de débito: _____

UTS-GE-01

Página 5 de 8

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

TRABAJO SOCIAL

Maneja tarjetas departamentales: _____

Casas/terrenos o accesorias:

_____

_____

Vehículos:_____

_____

VIVIENDA (19)

PROPIEDAD DE QUIÉN _____ TIEMPO DE VIVIR EN EL DOMICILIO _____

RENTADA _____PROPIA_____ PRESTADA___ INTERES SOCIAL ___

DEPARTAMENTO___ CASA SOLA___ DUPLEX ___ CUARTO ___ VECINDAD__

CUÁNTAS FAMILIAS VIVEN EN EL DOMICILIO A PARTE DE LA DEL ENTREVISTADO

_____

_____

NIVELES DE LA VIVIENDA_____

NÚMERO DE RECAMÁRAS _____

DISTRIBUCIÓN (quién ocupa cada una)

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

MATERIALES DE LOS QUE ESTA HECHO: PISO_____ PAREDES _____ TECHO_____

SALA _____ COMEDOR_____ COCINA _____ ESPACIO PARA LAVAR_____ ESTUDIO_____

ESTACIONAMIENTO _____ PATIO_____

BAÑOS: completos____ medio baño _____

MATERIALES DE LOS QUE ESTA HECHO: PISO_____ PAREDES _____ TECHO_____

MATERIALES DE LOS QUE ESTA HECHO: PISO_____ PAREDES _____ TECHO_____

VENTILACIÓN _____ ILUMINACIÓN_____ SEGURIDAD _____

FACTORES DE RIESGO DETECTADOS EN LA VISITA: _____

_____

MOBILIARIO: POCO ( ) SUFICIENTE ( ) ABUNDANTE ( ) INSUFICIENTE ( )

SERVICIOS CON LOS QUE CUENTA

DRENAJE		LIMPIA	
PAVIMENTACIÓN		ZONAS DE RECREACIÓN	
AGUA POTABLE		ESPACIOS DEPORTIVOS	
TELEFONO		ÁREAS VERDES	
ALUMBRADO PÚBLICO		CENTROS COMERCIALES	
ALCANTARILLADO		TRANSPORTE	

PROBLEMATICAS SOCIALES

DELINCUENCIA: ALTO ( ) MEDIO ( ) BAJO ( ) NULO ( )

DROGADICCIÓN: ALTO ( ) MEDIO ( ) BAJO ( ) NULO ( )

BANDALISMO: ALTO ( ) MEDIO ( ) BAJO ( ) NULO ( )

ALCOHOLISMO: ALTO ( ) MEDIO ( ) BAJO ( ) NULO ( )

UTS-GE-01

Página 6 de 8

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA PJCDMX

TRABAJO SOCIAL

CUESTIONARIO REGLA AMAI NSE 8X7 (20)

1. ¿Cuál es el total de cuartos, piezas o habitaciones con que cuenta su hogar?, por favor no incluya baños, medios baños, pasillos, patios y zotehuelas. (**Si el entrevistado pregunta específicamente si cierto tipo de pieza pueda incluirla o no, debe consultarse la referencia que se anexa**)

respuesta	puntos
1	0
2	0
3	0
4	0
5	8
6	8
7 o más	14

2. ¿Cuántos baños completos con regadera y W C. (excusado) hay para uso exclusivo de los integrantes de su hogar?

respuesta	puntos
0	0
1	16
2	36
3	36
4 o más	52

3. ¿En hogar cuenta con regadera funcionado en alguno de los baños?

respuesta	puntos
no tiene	0
si tiene	10

4. Contando todos los focos que utiliza para iluminar su hogar, incluyendo los de techos, paredes y lámparas de buró o piso, dígame ¿cuántos focos tiene su vivienda?

respuesta	puntos
0-5	0
6-10	15
11-15	27
16-20	32
21 o más	46

5. ¿El piso de su hogar es predominantemente de tierra, o de cemento, o de algún otro tipo de acabado?

respuesta	puntos
tierra o cemento	0
otro tipo de material o acabado	11

6. ¿Cuántos automóviles propios, excluyendo taxis, tienen en su hogar?

respuesta	puntos
0	0
1	32
2	41
3 o más	58

7. ¿En este hogar cuentan con estufa de gas o eléctrica?

respuesta	puntos
no tiene	0
si tiene	20

8. Pensando en la persona que aporta la mayor parte del ingreso en este hogar, ¿Cuál fue el último año de estudios que completó? (**espere respuesta, y pregunte**) ¿Realizó otros estudios? (**reclasificar en caso necesario**).

respuesta	puntos
no estudio	0
primaria incompleta	0
primaria completa	22
secundaria incompleta	22
secundaria completa	22
carrera comercial	38
carrera técnica	38
preparatoria incompleta	38
preparatoria completa	38
licenciatura incompleta	52
licenciatura completa	52
diplomado o maestría	72
doctorado	72
no sabe/no contesto	72

nivel	puntos
AB (alto	193+
C+ (superior medio)	155 a 192
C (medio)	128 a 154
C- (medio bajo)	105 a 127
D+ (bajo)	80 a 104
D (bajo)	33 a 79
E (marginado)	0 a 32

UTS-GE-01

Página 7 de 8

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

TRABAJO SOCIAL

REFERENCIAS VECINALES (21)

1. NOMBRE O DESCRIPCIÓN DE LA PERSONA

Lo ubican cómo vecino si ___ no ____ desde cuándo_____
Lo considera como un vecino (tranquilo, problemático, distante, otorga el saludo cuando lo ven)
_____
Tiene algún vicio (drogas, alcohol...) _____
Sabe en qué trabaja _____
Qué sabe del trato que le dan las partes a sus hijos (los tienen atendidos/desatendidos, quién los cuida, los llevan a la escuela, ha sabido que los golpeen o a oído gritos o peleas)
_____
_____
_____

2. NOMBRE O DESCRIPCIÓN DE LA PERSONA

Lo ubican cómo vecino si ___ no ____ desde cuándo_____
Lo considera como un vecino (tranquilo, problemático, distante, otorga el saludo cuando lo ven)
_____
Tiene algún vicio (drogas, alcohol...) _____
Sabe en qué trabaja _____
Qué sabe del trato que le dan las partes a sus hijos (los tienen atendidos/desatendidos, quién los cuida, los llevan a la escuela, ha sabido que los golpeen o a oído gritos o peleas)
_____
_____
_____

3. NOMBRE O DESCRIPCIÓN DE LA PERSONA

Lo ubican cómo vecino si ___ no ____ desde cuándo_____
Lo considera como un vecino (tranquilo, problemático, distante, otorga el saludo cuando lo ven)
_____
Tiene algún vicio (drogas, alcohol...) _____
Sabe en qué trabaja _____
Qué sabe del trato que le dan las partes a sus hijos (los tienen atendidos/desatendidos, quién los cuida, los llevan a la escuela, ha sabido que los golpeen o a oído gritos o peleas)
_____
_____
_____

Nota: La información contenida y/o adjunta al presente, es confidencial y está protegida por la Ley de Protección de datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados para la Ciudad de México.

UTS-GE-01

DESCRIPCIÓN DEL FORMATO

Nombre:	**GUÍA DE ENTREVISTA**
Clave:	**UTS-GE-01**
Objetivo:	Obtener información para la elaboración de la Pericial en Trabajo Social.
Elabora:	Lic. en Trabajo Social.
Número de tantos:	Original.
Distribución:	Original.- Subdirección de Trabajo Social (Expediente general).

INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
1	FECHA	Se anota fecha de elaboración de la visita domiciliaria.
2	PARTES DEL JUICIO	Se anota nombre de la actora o actor del juicio.
3	PARTES DEL JUICIO	Se anota nombre de la demandada o demandado del juicio.
4	SALA O JUZGADO	Se anota el número de Órgano Jurisdiccional donde se encuentra el juicio.
5	EXPEDIENTE	Se anota el número expediente del Órgano Jurisdiccional donde se encuentra el juicio.
6	JUICIO	Se anota el nombre del juicio en que se tiene con el Órgano Jurisdiccional.
7	NTS	Número de Trabajo Social asignado al expediente.
8	DATOS GENERALES	Se anotan los datos personales de la persona a quien se le realizará la pericial en trabajo social, como lo son: nombre, domicilio, edad, fecha de nacimiento, lugar de nacimiento, último grado de estudios, estado civil, religión, teléfono de casa y número celular.
9	ESTRUCTURA Y DINÁMICA FAMILIAR	Se anotan los datos generales de las personas que habitan en el mismo domicilio, como lo son: nombre, parentesco, edad, estado civil, escolaridad, ocupación y lugar de trabajo.
10	PROVEEDORES ECONÓMICOS	Se anotan y describen los roles que desempeñan cada uno de los integrantes de la familia, además de contemplar la existencia de convivencias entre los involucrados, el otorgue de la pensión alimenticia, redes de apoyo, tipo de familia, tiempo libre y antecedentes del caso.

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
11	TIPO DE FAMILIA	De acuerdo a sus características, indica el tipo de familia del que se trata, conforme a la clasificación que de ellas existe.
12	ANTECEDENTES	Indica de forma breve y concreta, la información relevante que se relaciona y antecede al caso.
13	TIEMPO LIBRE	Describe cuales son las actividades de esparcimiento y/o descanso que las personas realizan en los horarios en los que no llevan a cabo actividades obligatorias.
14	EDUCACIÓN	Se anotan los datos de educación de la niña, niño o adolescente que se encuentre estudiando, contemplando: nombre de la escuela, tipo de escuela, domicilio, horarios, promedio y edad correspondiente al ciclo escolar que cursa.
15	SALUD	Se anotan los datos de seguridad social con la que cuenta, quién la proporciona, padecimientos que tiene, tratamientos, costos, lugar de atención y hábitos de consumo de sustancias que puedan generar adicción (alcohol, drogas y cigarro).
16	ALIMENTACIÓN	Se anota tipo y constancia de alimentos que consumen los involucrados en el juicio y la niña, niño o adolescente involucrado, así como los alimentos o despensa que se encuentra al momento de la inspección física, así como los establecimientos en los que los adquiere.
17	DATOS ECONÓMICOS	Se anota el puesto que desempeña, nombre de la empresa o negocio en el que labora, dirección, antigüedad, tipo de contrato, días y horario laborales, ingreso mensual y prestaciones extras con las que cuente, haciendo mención también de apoyos familiares, programas gubernamentales, becas y pensión alimenticia.
18	EGRESOS	Se anota la distribución económica contemplando los rubros de:

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
		alimentación, renta, crédito hipotecario, predial, luz, agua, gas, mantenimiento de la casa, servicio telefónico, artículos de aseo de la vivienda, celular, transporte público, gastos de vehículo, recreación y entretenimiento, gastos médicos, educación escolar, vestido y calzado, artículos de aseo personal, pensión alimenticia y otros. Se anotan las deudas, ahorros, manejo de todo tipo de tarjetas bancarias y situación patrimonial (casas, terrenos, accesorias y vehículos)
19	VIVIENDA	Se anota tenencia de la vivienda, tiempo de residencia, tipo de vivienda, distribución de la misma, materiales de construcción, ventilación, iluminación, seguridad, factores de riesgo, cuantificación del mobiliario, servicios con los que cuenta y problemáticas sociales.
20	CUESTIONARIO REGLA AMAI NSE 8X7	Se anota la respuesta a los ocho cuestionamientos de la regla referida, para determinar el nivel socioeconómico.
21	REFERENCIAS VECINALES	Se anota el nombre de la o el entrevistado o en su defecto la media filiación del mismo(a), se cuestiona sobre si lo ubican como vecino(a), consideración del mismo, si tiene vicios, en qué labora, trato a la niña, niño o adolescente en cuestión.

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

TRABAJO SOCIAL

FORMATO CITA DIRECTA Y SEGUIMIENTO

CIUDAD DE MÉXICO, A _____ DE _____ DEL 2019.

PERSONA QUE VERIFICA DATOS: _____

DATOS DEL OFICIO DE REQUERIMIENTO

NTS : _____ REL.: _____ NÚMERO DE OFICIO: _____

JGDO. O SALA: _____ EXP. O TOCA: _____ JUICIO: _____

SUJETO DE ESTUDIO: _____

ACTOR ( ) DEMANDADO ( ) OTRO ( ): _____

CON DOMICILIO EN: CALLE Y NÚMERO: _____

COLONIA: _____ ALCALDÍA: _____ C.P. _____

RESULTADO DE LA VISITA DOMICILIARIA

PERICIAL PRACTICADA ( )

HORA DE INICIO: _____ HORA DE TÉRMINO: _____

NOMBRE Y FIRMA DEL USUARIO (A): _____

FIRMA DE LA O EL TRABAJADOR SOCIAL: _____

ACCIONES REALIZADAS: LLAMADA TELEFÓNICA ( )

RESULTADO: _____

_____

- -

PERICIAL CANCELADA ( )

MOTIVO DE CANCELACIÓN: _____

_____

_____

_____

NOMBRE Y FIRMA DEL USUARIO (A): _____

FIRMA DE LA O EL TRABAJADOR SOCIAL: _____

UTS-FCDS-01

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

TRABAJO SOCIAL

FORMATO CITA DIRECTA Y SEGUIMIENTO

CIUDAD DE MÉXICO, A ____(1)_____ DE _____(1)_____ DEL 2019.

PERSONA QUE VERIFICA DATOS: _____(2)_____

DATOS DEL OFICIO DE REQUERIMIENTO

NTS : _____(3)_____ REL.: _____(4)_____NÚMERO DE OFICIO: _____(5)_____

JGDO. O SALA:_____ (6)_____ EXP. O TOCA:____ (7)____ JUICIO:_____ (8)_____

SUJETO DE ESTUDIO: _____(9)_____

ACTOR (10) DEMANDADO (11) OTRO (12): _____

CON DOMICILIO EN: CALLE Y NÚMERO:_____ (13)_____

COLONIA: _____(13)_____ ALCALDÍA: _____(13)_____ C.P._____ (13)_____

RESULTADO DE LA VISITA DOMICILIARIA (14)

PERICIAL PRACTICADA ( )

HORA DE INICIO: _____ HORA DE TÉRMINO: _____

NOMBRE Y FIRMA DEL USUARIO (A):_____

FIRMA DE LA O EL TRABAJADOR SOCIAL: _____

ACCIONES REALIZADAS: LLAMADA TELEFÓNICA ( )

RESULTADO: _____

_____

- -

PERICIAL CANCELADA ( )

MOTIVO DE CANCELACIÓN: _____

_____

_____

_____

NOMBRE Y FIRMA DEL USUARIO (A):_____

FIRMA DE LA O EL TRABAJADOR SOCIAL:_____

UTS-FCDS-01

DESCRIPCIÓN DEL FORMATO

Nombre:	**FORMATO CITA DIRECTA Y SEGUIMIENTO**
Clave:	**UTS-FCDS-01**
Objetivo:	Concentrar la información necesaria para la realización de la visita domiciliaria sin necesidad de la primera cita de cotejo.
Elabora:	Lic. En Trabajo Social.
Número de tantos:	Original.
Distribución:	Original. - Expediente de la o el usuario.

INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
1	LUGAR Y FECHA	Se anota fecha y mes de realización de entrevista.
2	PERSONA QUE VERIFICA DATOS:	Se anota el nombre de la o el Servidor Público que realiza la entrevista.
3	N.T.S.	Se anotan el número de Trabajo social designado para registro y seguimiento de la Subdirección de Trabajo Social.
4	RELACIONADO:	Se anotan el número de Trabajo Social designado para registro y seguimiento de la Subdirección de Trabajo Social, en caso de tener antecedentes.
5	NÚMERO DE OFICIO:	Se anota el número de oficio del cual se genera el ordenamiento en las Áreas Jurisdiccionales.
6	JUZGADO O SALA:	Se anota el número de Órgano Jurisdiccional donde se encuentra radicado el juicio.
7	EXPEDIENTE O TOCA:	Se anota el número expediente o Toca del Órgano Jurisdiccional donde se encuentra el juicio.
8	JUICIO:	Se anotan la denominación del Juicio a que hace referencia el ordenamiento Judicial.
9	SUJETO DE ESTUDIO	Se anota el nombre de la o el Usuario al cual recae la solicitud de la pericial en trabajo social
10	ACTOR(A)	Se anota una “X” en caso de que sea la o el usuario de atención la o el Actor del Juicio a que hace referencia el

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
		ordenamiento Judicial.
11	DEMANDADO(A)	Se anota una “X” en caso de que sea la o el usuario de atención la o el Demandado del Juicio a que hace referencia el ordenamiento Judicial,
12	OTRO:	Se especifica qué participación tiene la o el usuario en el Juicio a que hace referencia el ordenamiento Judicial,
13	CON DOMICILIO EN: CALLE Y NÚMERO:	Se anota la denominación de la calle, avenida, circuito, callejón, cerrada, etc., y número exterior e interior; la denominación de la Colonia; la denominación de la Alcaldía y Código Postal, según corresponda el domicilio de la o el Usuario.
14	RESULTADO DE LA VISITA DOMICILIARIA	Se anota la fecha de la visita domiciliaria; si se llevó a cabo la Pericial ordenada, se señala con una “X” Pericial Practicada, y se anota la hora de inicio y terminó de la visita; de no haberse realizado la Pericial se señala con un “X” Pericial Cancelada y se anota el motivo de dicha cancelación. Sí la o el usuario estuvo presente durante la visita, se solicita que anote su nombre y plasme su firma y finalmente la o el Trabajador Social plasma su firma.

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

PROCEDIMIENTOS

Procedimiento: CIEAJ-013	Recepción y trámite de los oficios de las y los Operadores de Justicia en Materia Familiar para el auxilio de Regímenes de Visitas y Convivencias.
Objetivo general:	Promover y facilitar la convivencia paterno–filial en aquellos casos que a juicio de los titulares de las Salas y Juzgados en materia Familiar sea necesario fijar un régimen de visitas y convivencias, salvaguardando el interés superior de las niñas, niños y/o adolescentes; ello a través del Programa de Revinculación Familiar cuando no exista peligro para la integridad física, psicológica y/o sexual de las niñas, niños y/o adolescentes.
Políticas y normas de operación:	

1. El Servicio del Programa de Revinculación Familiar será otorgado previa solicitud por escrito del Órgano Jurisdiccional misma que indispensablemente deberá contener en su totalidad, los siguientes requisitos:
   a) Rubro de referencia;
   b) Nombre del Responsable Custodio;
   c) Nombre del Responsable Conviviente;
   d) Nombre de la Niña, Niño o Adolescente;
   e) Nombre del Tercero Emergente; y
   f) Motivo de referencia.

2. El Centro de Convivencia Familiar Supervisada asignará un número de identificación a la familia referida por el Órgano Jurisdiccional, de conformidad al oficio recibido. Dicho número será asignado a la familia durante toda su estancia en el Programa de Revinculación Familiar.

3. El Centro de Convivencia Familiar Supervisada, informará al Órgano Jurisdiccional por escrito, en el plazo de 5 días hábiles posteriores a la fecha de recepción del ordenamiento, la fecha y hora disponibles en que el Responsable Conviviente y el Responsable Custodio, deberán asistir a programar la Entrevista Diagnóstica, cita

a la cual deberán presentarse sin acompañantes, es decir, sin niñas, niños y adolescentes con identificación oficial vigente.

4. La cita para programar la Entrevista Diagnóstica será el mismo día y horario para el Responsable Custodio y Responsable Conviviente, ya que se requiere la asistencia de ambas partes para asignar fecha, hora y Facilitador.

5. Se otorgarán 10 minutos de tolerancia para la prestación del servicio.

6. En caso de que el Responsable Conviviente o el Responsable Custodio se presente el día de la cita para programar la Entrevista Diagnóstica, se asignará la fecha de entrevista y se hará saber al Órgano Jurisdiccional la fecha y el retardo del usuario, lo anterior con la finalidad de evitar la dilación en el proceso.

7. En caso de excepción, cuando alguna de las partes interesadas no porte alguna identificación oficial vigente (Credencial del INE, Pasaporte\ Cédula Profesional con fotografía o Cartilla Militar y en caso de extranjeros, cualquier identificación expedida por el Instituto Nacional de Migración), al existir un reconocimiento del Responsable Custodio o Responsable Conviviente sobre el que no presente su identificación.

8. Cuando por cuestiones de salud o desconocimiento los usuarios no puedan escribir, el personal del Centro de Convivencia Familiar Supervisada los apoyará en el llenado de los formatos, en su presencia y se les pedirá que coloquen su huella digital y/o firma.

9. La Entrevista Diagnóstica deberá aplicarse de manera individual en la fecha y hora disponible del mismo día, al Responsable Conviviente en el turno matutino, al Responsable Custodio, a la niña, niño y adolescente en turno vespertino, a efecto

de que el Facilitador cuente con los elementos que le permitan identificar la viabilidad del servicio.

10. El Responsable Custodio deberá acudir acompañado del Tercero Emergente o persona adicional para hacerse cargo de la niña, niño y adolescentes durante la realización de su Entrevista Diagnóstica.

11. La o el Facilitador que realice la Entrevista Diagnóstica, determinará la viabilidad de realizar un Primer Encuentro o más, derivado de las características de la familia.

12. Si al finalizar la Entrevista Diagnóstica de los integrantes de la familia, se advierte la no viabilidad del Primer Encuentro, la fecha otorgada será cancelada.

13. Se informará al Órgano Jurisdiccional el resultado y la recomendación para procurar el interés superior de la niña, niño y adolescente de la familia referida, en el término de 15 días hábiles siguientes a la realización de la Entrevista Diagnóstica y/o Primer Encuentro.

14. En caso de que no asista el Responsable Conviviente y Responsable Custodio a la cita para programar Entrevista Diagnóstica, a la Entrevista Diagnóstica y/o Primer Encuentro, se informará al Órgano Jurisdiccional en el término de 3 días hábiles siguientes, la inasistencia y reprogramación de la cita por una sola ocasión.

15. Excepcionalmente, cuando el Órgano Jurisdiccional, ordene la programación inmediata de un régimen de visitas y convivencias en el Centro de Convivencia Familiar Supervisada, el mismo se programará de existir disponibilidad de

horarios, no obstante, los integrantes de la familia deberán cumplir con el requisito de la Entrevista Diagnóstica.

16. Al iniciar la familia en el Programa de Revinculación Familiar sin distinción de la Fase, deberán acudir en la sede que se le indique a una Plática Propedéutica y a realizar su registro en el Sistema Biométrico.

17. De presentarse algún caso en el cual lo o el Responsable Custodio y/o la o el Responsable Conviviente, muestren algún tipo de discapacidad (auditiva, visual, motriz, intelectual u otras), que hablen otro idioma o dialecto que impida establecer la comunicación directa con ellos, se solicitará el apoyo especializado correspondiente.

No.	Área.	Descripción de la actividad.	Documentos y/o sistemas de apoyo.
1	Coordinación de Intervención Especializada para Apoyo Judicial (Oficialía de Partes)	Envía listado y oficios a la Jefatura de Unidad Departamental de Gestión Administrativa del Programa de Revinculación Familiar, para atender las solicitudes.	
2 3	Jefatura de Unidad Departamental de Gestión Administrativa del Programa de Revinculación Familiar	Recibe listado y oficios de solicitud de acceso al Programa de Revinculación Familiar, y revisa si el ordenamiento cuenta con la información necesaria. **¿Cuenta con la información necesaria?** **No.** Continua en la actividad no. 3 **Sí.** Continua en la actividad no. 9 Entrega el ordenamiento, al personal administrativo de la Jefatura de Unidad Departamental de Gestión Administrativa del Programa de Revinculación Familiar, para su gestión.	
4	Jefatura de Unidad Departamental de Gestión Administrativa del Programa de Revinculación Familiar (Personal administrativo)	Genera e imprime oficio solicitando al Órgano Jurisdiccional la información y/o aclaración correspondiente y entrega a la Jefatura de Unidad Departamental de Gestión Administrativa del Programa de Revinculación Familiar, para su revisión y firma.	• Sistema • Oficio
5	Jefatura de Unidad Departamental de Gestión Administrativa del Programa de Revinculación Familiar	Recibe, revisa, firma y devuelve el oficio.	
6	Jefatura de Unidad Departamental de Gestión Administrativa del Programa de Revinculación Familiar (Personal administrativo)	Recibe, registra y envía oficio al Órgano Jurisdiccional.	• Sistema

No.	Área.	Descripción de la actividad.	Documentos y/o sistemas de apoyo.
7	Órgano Jurisdiccional (Oficialía de partes)	Recibe, acusa y devuelve el acuse del oficio al personal administrativo de la Jefatura de Unidad Departamental de Gestión Administrativa del Programa de Revinculación Familiar.	
8	Jefatura de Unidad Departamental de Gestión Administrativa del Programa de Revinculación Familiar (Personal administrativo)	Recibe, registra y archiva el acuse del oficio en el expediente. (Regresa a la actividad no. 2)	• Sistema • Expediente
9 10	Jefatura de Unidad Departamental de Gestión Administrativa del Programa de Revinculación Familiar	Revisa si el ordenamiento de régimen de visitas debe programarse de manera inmediata. **¿Debe programarse de manera inmediata?** **No.** Continua en la actividad no. 10 **Sí.** Continua en la actividad no. 12 Turna al personal administrativo de la Jefatura de Unidad Departamental de Gestión Administrativa del Programa de Revinculación Familiar el ordenamiento de régimen de visitas.	
11	Jefatura de Unidad Departamental de Gestión Administrativa del Programa de Revinculación Familiar (Personal administrativo)	Recibe e ingresa información al Sistema y asigna un número de registro identificador. (Continua en la actividad no. 16)	• Sistema
12	Jefatura de Unidad Departamental de Gestión Administrativa del Programa de Revinculación Familiar	Informa a la Dirección del Centro de Convivencia Familiar Supervisada, para determinar si el Régimen de Visitas se puede programar en la Fase del Programa de Revinculación Familiar solicitado.	

No.	Área.	Descripción de la actividad.	Documentos y/o sistemas de apoyo.
13	Dirección del Centro de Convivencia Familiar Supervisada	Autoriza la programación del Régimen de Visitas y Convivencias.	
14	Jefatura de Unidad Departamental de Gestión Administrativa del Programa de Revinculación Familiar (Personal administrativo)	Elabora expediente de registro del Programa de Revinculación Familiar.	• Expediente
15		Genera la cita para programar Entrevista Diagnóstica.	• Sistema
16		Genera e imprime oficio y/o notificación con la fecha y hora en la que se tendrá que presentar la o el Responsable Conviviente y la o el Responsable Custodio a las instalaciones de la Dirección de Convivencia Familiar a programar Entrevista Diagnóstica.	• Sistema • Oficio
17	Jefatura de Unidad Departamental de Gestión Administrativa del Programa de Revinculación Familiar (Personal administrativo)	Turna a la Jefatura de Unidad Departamental de Gestión Administrativa del Programa de Revinculación Familiar oficio para su revisión y firma.	
18	Jefatura de Unidad Departamental de Gestión Administrativa del Programa de Revinculación Familiar	Recibe, revisa, firma y devuelve el oficio.	
19	Jefatura de Unidad Departamental de Gestión Administrativa del Programa de Revinculación Familiar (Personal administrativo)	Recibe registra y envía oficio al Órgano Jurisdiccional.	• Sistema

No.	Área.	Descripción de la actividad.	Documentos y/o sistemas de apoyo.
20	Órgano Jurisdiccional (Oficialía de Partes)	Recibe, acusa el oficio y devuelve al personal administrativo de la Jefatura de Unidad Departamental de Gestión Administrativa del Programa de Revinculación Familiar.	
21	Jefatura de Unidad Departamental de Gestión Administrativa del Programa de Revinculación Familiar (Personal administrativo)	Recibe, registra y archiva el acuse del oficio en el expediente.	• Sistema • Expediente
22		Espera a las y los Responsables Convivientes y las y los Responsables Custodios para programar Entrevista Diagnóstica. **¿Asisten a la cita para programar Entrevista Diagnóstica?** **No.** Continua en la actividad no. 23 **Sí.** Continua en la actividad no. 29	
23		Registra inasistencia en el sistema de una o ambas partes.	• Sistema
24		Genera, imprime y turna a la Jefatura de Unidad Departamental de Gestión Administrativa del Programa de Revinculación Familiar, oficio para informar al Órgano Jurisdiccional de la o las inasistencias de las y los Responsables Convivientes y las y los Responsables Custodios.	• Oficio
25	Jefatura de Unidad Departamental de Gestión Administrativa del Programa de Revinculación Familiar	Recibe, revisa, firma y devuelve el oficio.	

No.	Área.	Descripción de la actividad.	Documentos y/o sistemas de apoyo.
26	Jefatura de Unidad Departamental de Gestión Administrativa del Programa de Revinculación Familiar (Personal administrativo)	Recibe, registra y envía oficio para informar al Órgano Jurisdiccional.	• Sistema.
27	Órgano Jurisdiccional (Oficialía de partes)	Recibe, acusa y devuelve el acuse del oficio al personal administrativo de la Jefatura de Unidad Departamental de Gestión Administrativa del Programa de Revinculación Familiar.	
28	Jefatura de Unidad Departamental de Gestión Administrativa del Programa de Revinculación Familiar (Personal administrativo)	Recibe, registra y archiva el acuse del oficio en el expediente. (Conecta con el fin del procedimiento)	• Sistema • Expediente
29		Registra asistencia de la o el Responsable Conviviente y la o el Responsable Custodio.	
30		Entrega a las y los Responsables Convivientes y a las y los Responsables Custodios la hoja de Antecedentes.	
31	La o el Responsable Conviviente y la o el Responsable Custodio	Recibe, requisita y devuelve hoja de Antecedentes.	• Formato CECOFAM -01
32	Jefatura de Unidad Departamental de Gestión Administrativa del Programa de Revinculación Familiar (Personal Administrativo)	Recibe hoja de Antecedentes. (Continúa en la actividad no. 36)	

No.	Área.	Descripción de la actividad.	Documentos y/o sistemas de apoyo.
33	Jefatura de Unidad Departamental de Gestión Administrativa del Programa de Revinculación Familiar (Personal Administrativo)	Genera, imprime por duplicado y entrega hoja de Confirmación de Entrevista Diagnóstica, que contiene la fecha, hora y nombre del Facilitador de la Entrevista Diagnóstica para las y los Responsables Convivientes, las o los Responsables Custodios y Niñas, Niños y/o Adolescentes.	• Sistema. • Formato. CECOFAM -02 CECOFAM -03
34	La o el Responsable Conviviente y la o el Responsable Custodio	Recibe, firma y devuelve al personal administrativo de la Jefatura de Unidad Departamental de Gestión Administrativa del Programa de Revinculación Familiar, la hoja de Confirmación de Entrevista Diagnóstica.	
35 36 37	Jefatura de Unidad Departamental de Gestión Administrativa del Programa de Revinculación Familiar (Personal administrativo)	Recibe hoja de Confirmación de Entrevista Diagnóstica, da por terminado el trámite y se solicita a las y los Responsables Convivientes y a las y los Responsables Custodios se retiren de las Instalaciones. Registra y archiva la Información de la hoja de Antecedentes en expediente. Turna expediente al Facilitador, del Programa de Revinculación Familiar para la Entrevista Diagnóstica.	• Sistema • Expediente
38 39	Subdirección del CECOFAM Niños Héroes (Facilitador)	Recibe expediente del Programa de Revinculación Familiar y revisa la información de la hoja de Antecedentes. Espera la llegada de la o el Responsable Conviviente, de la o el Responsable Custodio y Niña, Niño y/o Adolescente para efectuar la Entrevista Diagnóstica.	

No.	Área.	Descripción de la actividad.	Documentos y/o sistemas de apoyo.
40	Subdirección del CECOFAM Niños Héroes (Facilitador)	**¿Existe Inasistencia de ambas partes a la Entrevista Diagnóstica?** **Sí.** Continua en la actividad no. 40 **No.** Continua en la actividad no. 47 Informa las inasistencias de las y los Responsables Convivientes, las y los Responsables Custodios y Niñas, Niños y/o Adolescentes, al personal administrativo la Jefatura de Unidad Departamental de Gestión Administrativa del Programa de Revinculación Familiar.	
41	Jefatura de Unidad Departamental de Gestión Administrativa del Programa de Revinculación Familiar (Personal administrativo)	Registra inasistencias en el Sistema.	• Sistema
42		Genera, imprime y turna a la Jefatura de Unidad Departamental de Gestión Administrativa del Programa de Revinculación Familiar, oficio para informar al Órgano Jurisdiccional las inasistencias a la Entrevista Diagnóstica.	• Sistema • Oficio
43	Jefatura de Unidad Departamental de Gestión Administrativa del Programa de Revinculación Familiar	Recibe, revisa, firma y devuelve el oficio.	
44	Jefatura de Unidad Departamental de Gestión Administrativa del Programa de Revinculación Familiar (Personal administrativo)	Recibe, registra y envía oficio al Órgano Jurisdiccional, en el que informa las inasistencias a la Entrevista Diagnóstica.	• Sistema

No.	Área.	Descripción de la actividad.	Documentos y/o sistemas de apoyo.
45	Órgano Jurisdiccional (Oficialía de Partes)	Recibe, acusa y devuelve el acuse del oficio al personal administrativo de la Jefatura de Unidad Departamental de Gestión Administrativa del Programa de Revinculación Familiar.	
46	Jefatura de Unidad Departamental de Gestión Administrativa del Programa de Revinculación Familiar (Personal administrativo)	Recibe, registra y archiva el acuse del oficio de la o las inasistencias a la Entrevista Diagnóstica. (Conecta con el fin de procedimiento)	• Sistema. • Expediente
47	Subdirección del CECOFAM Niños Héroes (Facilitador)	Realiza Entrevista Diagnóstica e informa y entrega a las y a los Responsables Convivientes y a las y a los Responsables Custodios, Tríptico sobre el Programa de Revinculación Familiar, así como Formato de Consentimiento Informado o Carta de Desistimiento.	• Tríptico
48	La o el Responsable Conviviente y la o el Responsable Custodio	Recibe Tríptico del Programa de Revinculación Familiar, así como Formato de Consentimiento Informado o Carta de Desistimiento, los requisita y devuelve a la o el Facilitador.	• Formato. CECOFAM-04 CECOFAM-05
49	Subdirección del CECOFAM Niños Héroes (Facilitador)	Recibe Formato de Consentimiento Informado o Carta de Desistimiento.	
50		Genera, imprime, y entrega a las y los Responsables Convivientes y las y los Responsables Custodios, la hoja de Confirmación de Primer Encuentro que contiene el día y la hora para la realización del Primer Encuentro.	• Sistema • Formato. CECOFAM-06 CECOFAM-07

No.	Área.	Descripción de la actividad.	Documentos y/o sistemas de apoyo.
51	La o el Responsable Conviviente y Responsable Custodio	Recibe, firma y devuelve la hoja de Confirmación de Primer Encuentro.	
52	Subdirección del CECOFAM Niños Héroes (Facilitador)	Recibe y archiva la hoja de Confirmación de Primer Encuentro en expediente.	• Expediente
53		Espera a que la o el Responsable Conviviente y la o el Responsable Custodio con la Niña, Niño y/o Adolescente se presenten al Primer Encuentro. **¿Asisten los usuarios al Primer Encuentro?** **No.** Continua en la actividad no. 54 **Sí**. Continua en la actividad no. 62	
54		Informa las inasistencias de las y los Responsables Convivientes, las y los Responsables Custodios y Niñas, Niños y/o Adolescentes, al personal administrativo de la Jefatura de Unidad Departamental de Gestión Administrativa del Programa de Revinculación Familiar.	
55	Jefatura de Unidad Departamental de Gestión Administrativa del Programa de Revinculación Familiar (Personal Administrativo)	Registra inasistencias en el Sistema.	• Sistema
56		Elabora, imprime y turna oficio de la o las inasistencias y la reprogramación del Primer Encuentro.	• Sistema • Oficio

No.	Área.	Descripción de la actividad.	Documentos y/o sistemas de apoyo.
57	Jefatura de Unidad Departamental de Gestión Administrativa del Programa de Revinculación Familiar	Recibe, revisa y firma oficio para informar la o las inasistencias y la reprogramación del Primer Encuentro.	
58		Turna oficio de la o las inasistencias y la reprogramación del Primer Encuentro.	
59	Jefatura de Unidad Departamental de Gestión Administrativa del Programa de Revinculación Familiar (Personal Administrativo)	Recibe, registra y envía oficio de la o las inasistencias y la reprogramación del Primer Encuentro.	• Sistema
60	Órgano Jurisdiccional (Oficialía de Partes)	Recibe, acusa el oficio de la o las inasistencias y la reprogramación del Primer Encuentro, y devuelve.	
61	Jefatura de Unidad Departamental de Gestión Administrativa del Programa de Revinculación Familiar (Personal Administrativo)	Recibe, registra y archiva el oficio de la o las inasistencias y la reprogramación del Primer Encuentro en el expediente. (Regresa a la actividad no. 53)	• Expediente
62	Subdirección del CECOFAM Niños Héroes (Facilitador)	Entrega Formato de Asistencia de Primer Encuentro a las y los Responsables Convivientes y a las y los Responsables Custodios.	
63	La o el Responsable Conviviente y la o el Responsable Custodio	Recibe, requisita y devuelve Formato de Asistencia de Primer Encuentro.	• Formato. CECOFAM -08

No.	Área.	Descripción de la actividad.	Documentos y/o sistemas de apoyo.
64	Subdirección del CECOFAM Niños Héroes (Facilitador)	Recibe Formato de Asistencia de Primer Encuentro e instruye a la o el Responsable Conviviente y la o el Responsable Custodio, para llevar a cabo el Primer Encuentro entre la o el Responsable Conviviente y la Niña, Niño y/o Adolescente.	
65	La o el Responsable Conviviente y la o el Responsable Custodio	Recibe instrucciones de la o el Facilitador para llevar a cabo el Primer Encuentro entre la o el Responsable Conviviente y la niña, niño y/o adolescente.	
66

No.	Área.	Descripción de la actividad.	Documentos y/o sistemas de apoyo.
69	Jefatura de Unidad Departamental de Gestión Administrativa del Programa de Revinculación Familiar (Personal Administrativo)	Recibe informe y genera e imprime el oficio para enviar el Informe al Órgano Jurisdiccional, y turna a la Jefatura de Unidad Departamental de Gestión Administrativa del Programa de Revinculación Familiar.	• Sistema • Oficio
70	Jefatura de Unidad Departamental de Gestión Administrativa del Programa de Revinculación Familiar	Recibe, revisa y entrega oficio a la Dirección del Centro de Convivencia Familiar Supervisada, para su revisión y firma.	
71	Dirección del Centro de Convivencia Familiar Supervisada	Recibe, revisa, firma y turna el oficio al personal administrativo de la Jefatura de Unidad Departamental de Gestión Administrativa del Programa de Revinculación Familiar.	
72	Jefatura de Unidad Departamental de Gestión Administrativa del Programa de Revinculación Familiar (Personal Administrativo)	Recibe, registra y envía el oficio al Órgano Jurisdiccional.	• Sistema
73	Órgano Jurisdiccional	Recibe, acusa el oficio y devuelve al personal administrativo de la Jefatura de Unidad Departamental de Gestión Administrativa del Programa de Revinculación Familiar.	
74	Jefatura de Unidad Departamental de Gestión Administrativa del Programa de Revinculación Familiar (Personal Administrativo)	Recibe, registra y archiva el oficio de la o las inasistencias a la Entrevista Diagnóstica. (Conecta con el fin del procedimiento).	• Sistema. • Expediente.

No.	Área.	Descripción de la actividad.	Documentos y/o sistemas de apoyo.
75	Subdirección del CECOFAM Niños Héroes (Facilitador)	Elabora Informe de resultado de la Entrevista Diagnóstica, con la fase del Programa de Revinculación Familiar a la cual se integrará su familia.	
76		Entrega a la Subdirección del CECOFAM Niños Héroes, Informe de resultado de Entrevista Diagnóstica" para revisión.	
77	Subdirección del CECOFAM Niños Héroes	Recibe, revisa, rubrica y turna al personal administrativo de la Jefatura de Unidad Departamental de Gestión Administrativa del Programa de Revinculación Familiar, el Informe de Resultado de Entrevista Diagnóstica.	
78	Jefatura de Unidad Departamental de Gestión Administrativa del Programa de Revinculación Familiar (Personal Administrativo)	Recibe el Informe de Resultado de Entrevista Diagnóstica.	
79		Consulta disponibilidad de horarios y Facilitadores, para incluir a la familia en la fase que corresponda.	• Sistema
80		Genera, imprime y entrega oficio para enviar el Informe de Resultado de Entrevista Diagnóstica a la Jefatura de Unidad Departamental de Gestión Administrativa del Programa de Revinculación Familiar, para revisión.	• Sistema • Oficio
81	Jefatura de Unidad Departamental de Gestión Administrativa del Programa de Revinculación Familiar	Recibe, revisa y entrega oficio a la Dirección del Centro de Convivencia Familiar Supervisada para su revisión y firma.	

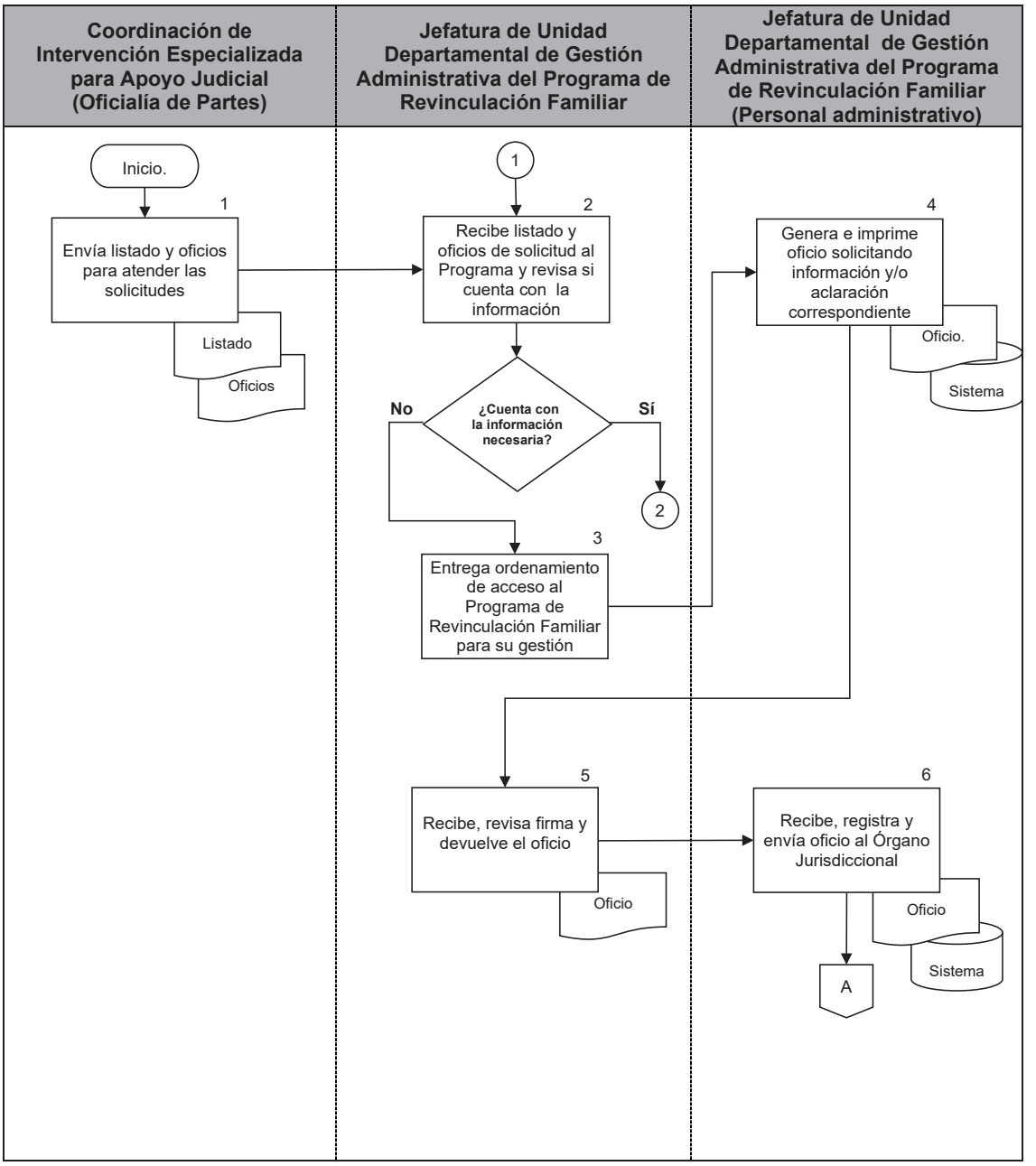
No.	Área.	Descripción de la actividad.	Documentos y/o sistemas de apoyo.
82	Dirección del Centro de Convivencia Familiar Supervisada	Recibe, revisa, firma y turna el oficio al personal administrativo de la Jefatura de Unidad Departamental de Gestión Administrativa del Programa de Revinculación Familiar.	
83	Jefatura de Unidad Departamental de Gestión Administrativa del Programa de Revinculación Familiar (Personal administrativo)	Recibe, registra y envía el oficio al Órgano Jurisdiccional.	• Sistema
84	Órgano Jurisdiccional (Oficialía de Partes)	Recibe, acusa el oficio y devuelve al personal administrativo de la Jefatura de Unidad Departamental de Gestión Administrativa del Programa de Revinculación Familiar.	
85	Jefatura de Unidad Departamental de Gestión Administrativa del Programa de Revinculación Familiar (Personal Administrativo)	Recibe y registra el oficio.	• Sistema
86		Registra en el sistema de información la fase, los días, periodicidad y horarios que corresponden a la familia que ingresará al Programa.	• Sistema
87		Envía expediente al archivo para su resguardo.	

FIN DEL PROCEDIMIENTO

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

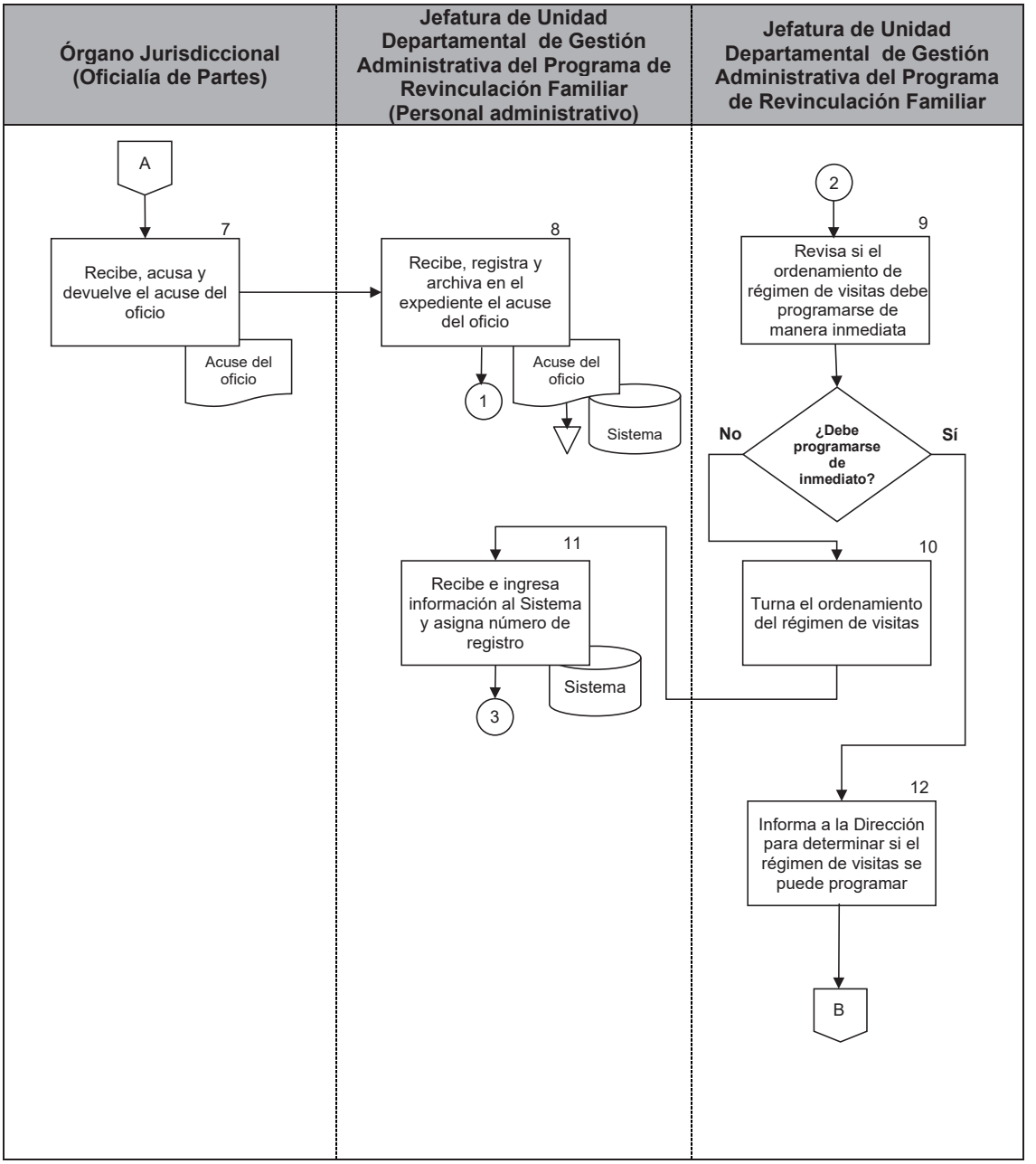
PROCEDIMIENTOS



PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

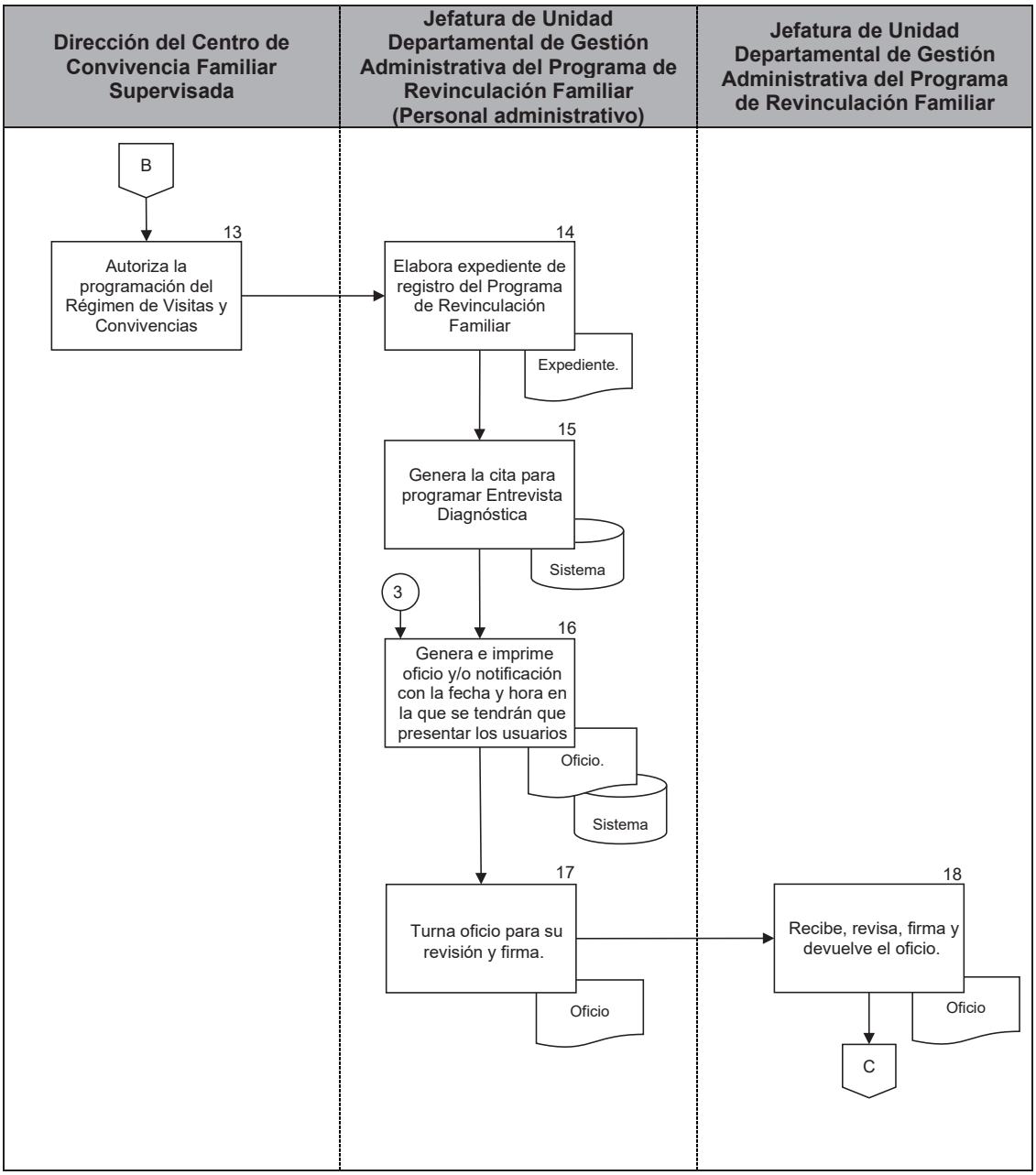
PROCEDIMIENTOS



PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

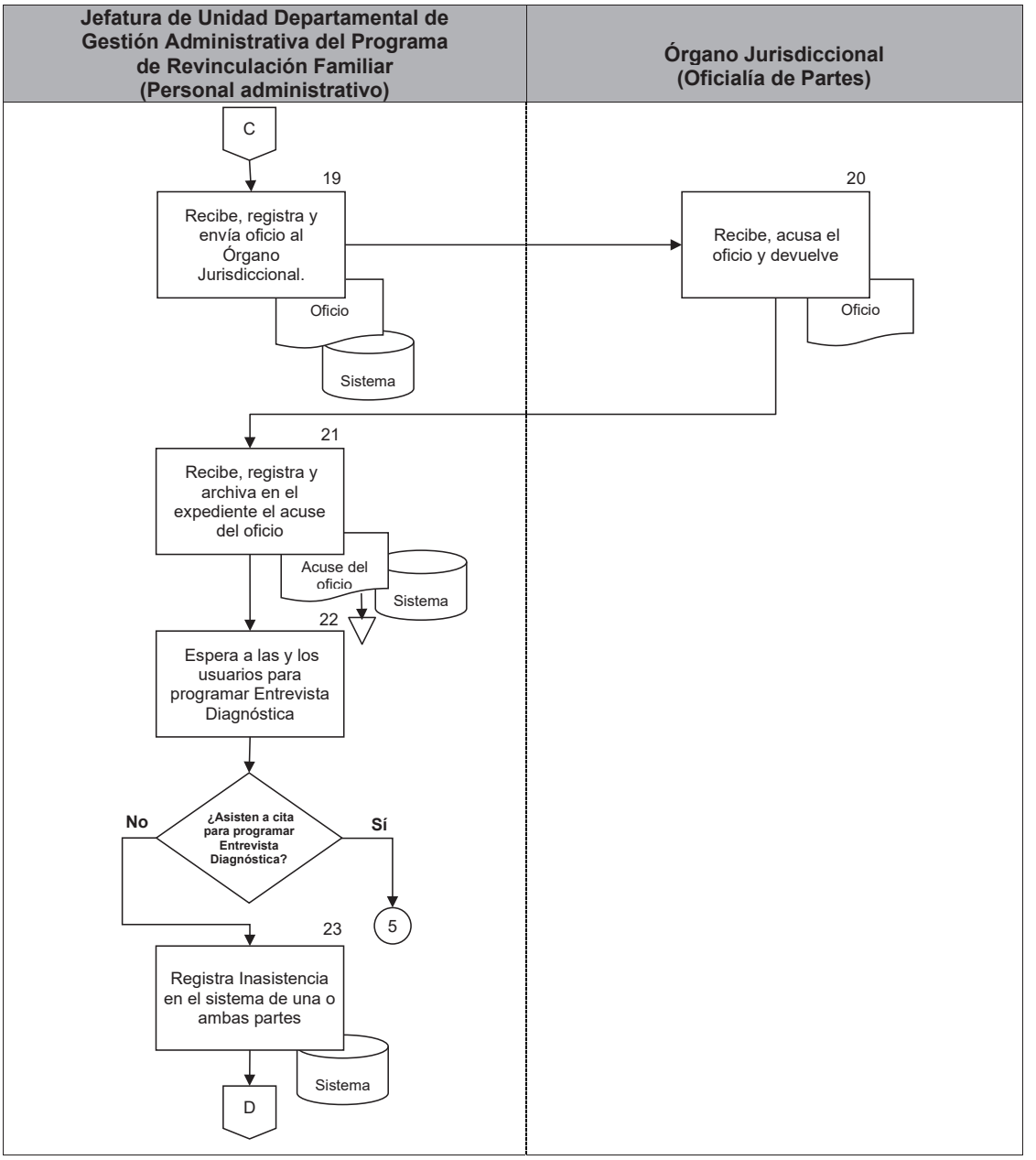
PROCEDIMIENTOS



PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

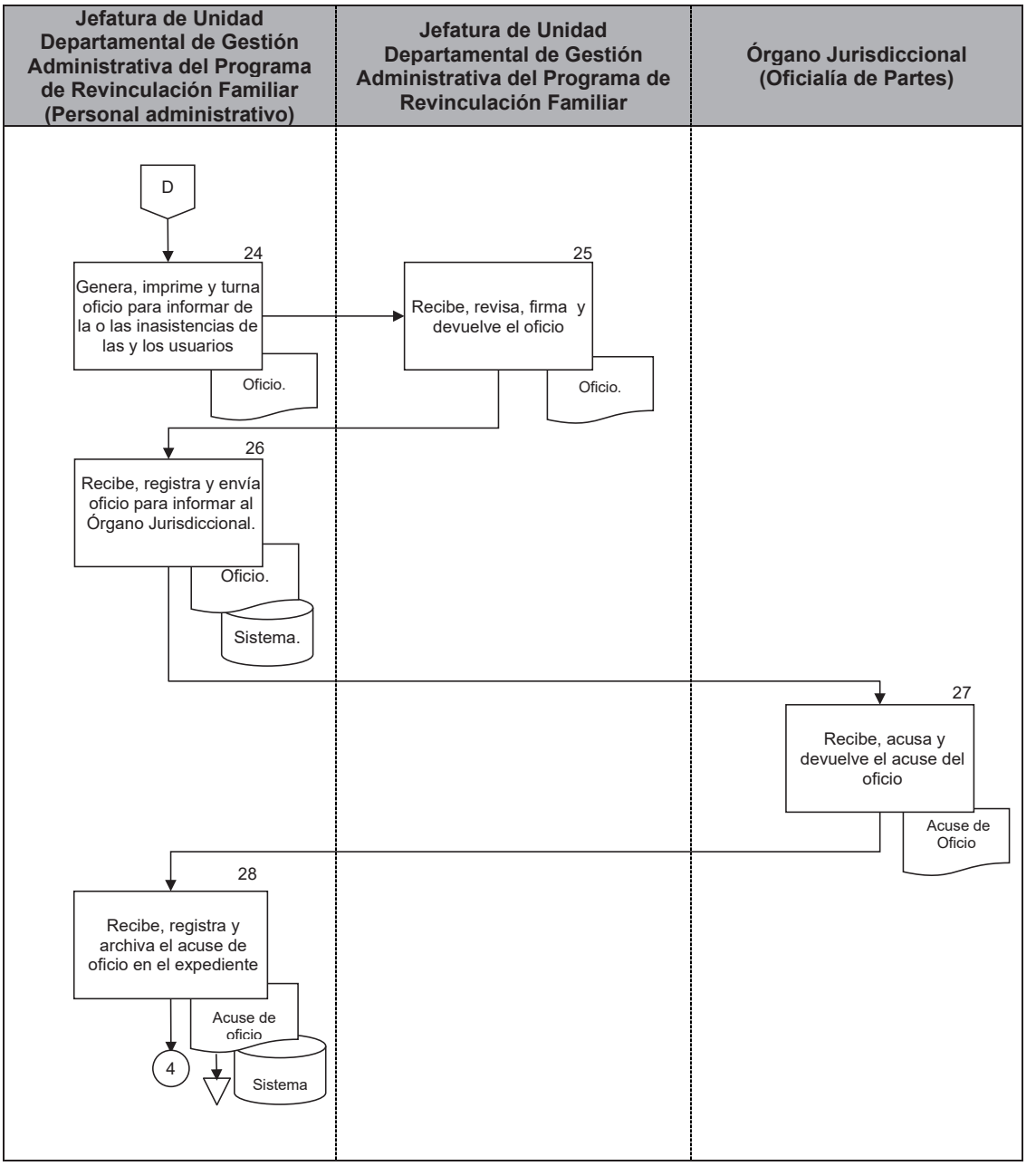
PROCEDIMIENTOS

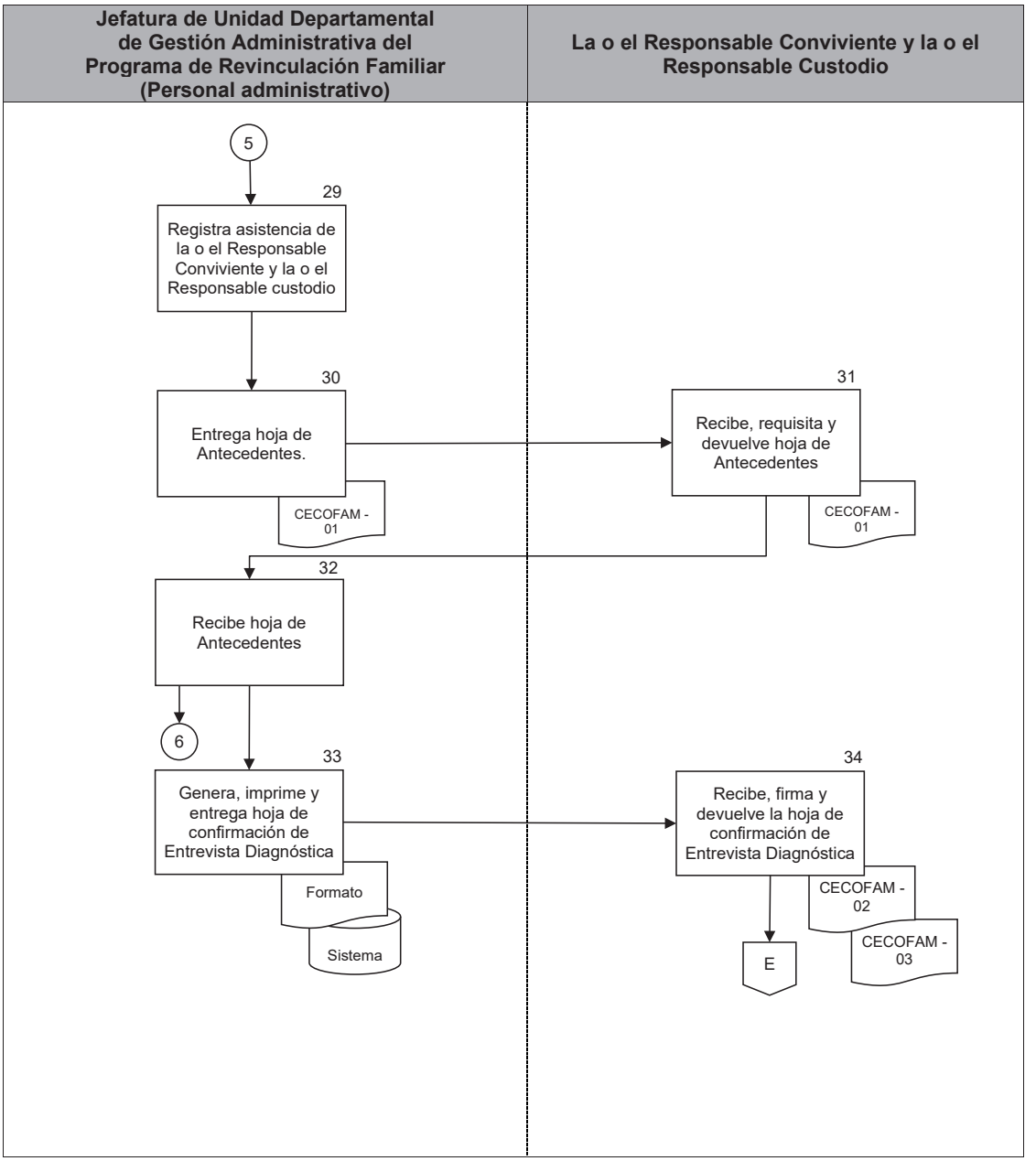


PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

PROCEDIMIENTOS

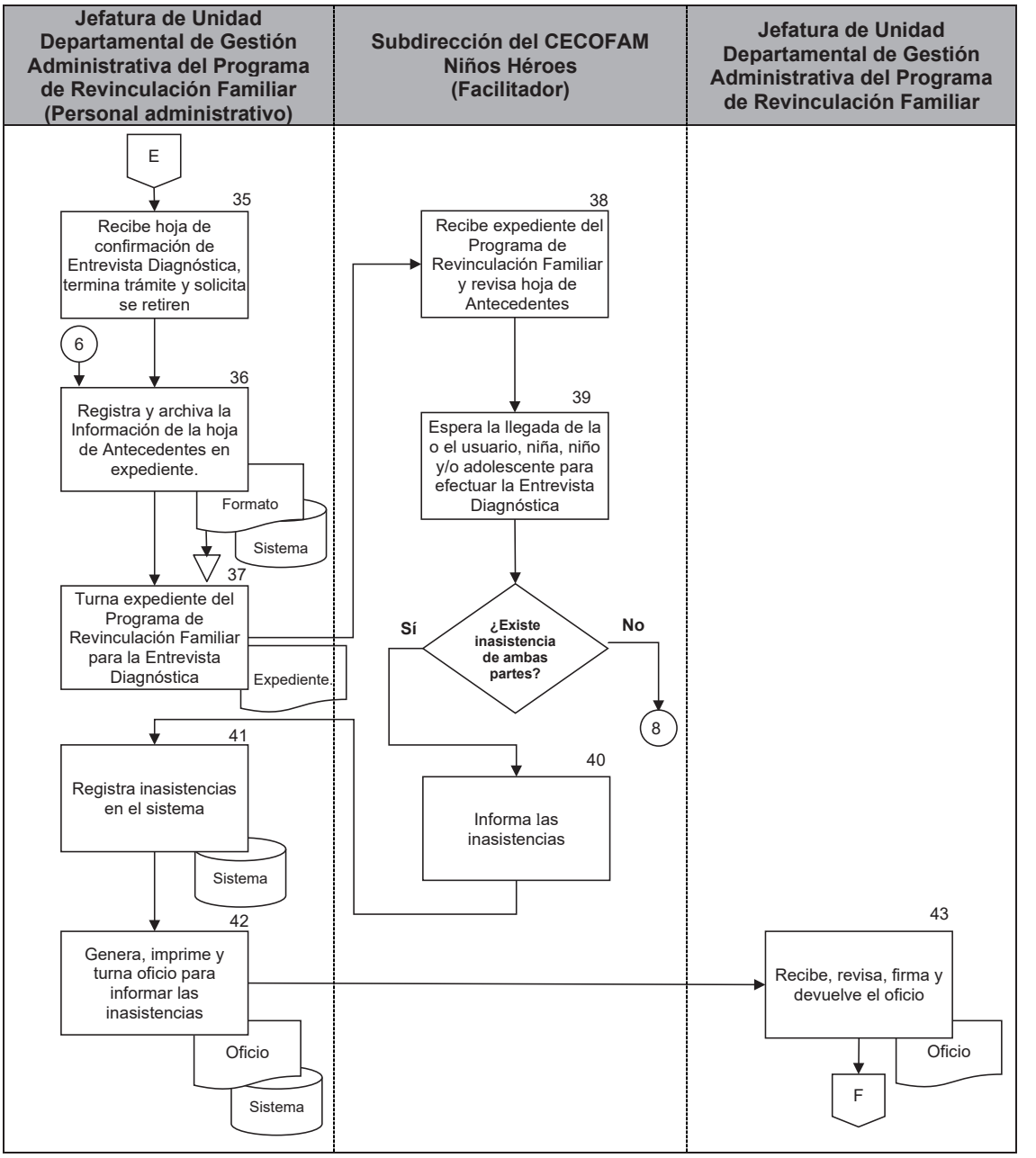



Jefatura de Unidad Departamental de Gestión Administrativa del Programa de Revinculación Familiar (Personal administrativo)
La o el Responsable Conviviente y la o el Responsable Custodio
5
29
Registra asistencia de la o el Responsable Conviviente y la o el Responsable custodio
30
Entrega hoja de Antecedentes.
CECOFAM - 01
31
Recibe, requisita y devuelve hoja de Antecedentes
CECOFAM - 01
32
Recibe hoja de Antecedentes
6
33
Genera, imprime y entrega hoja de confirmación de Entrevista Diagnóstica
Formato
Sistema
34
Recibe, firma y devuelve la hoja de confirmación de Entrevista Diagnóstica
CECOFAM - 02
CECOFAM - 03
E

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

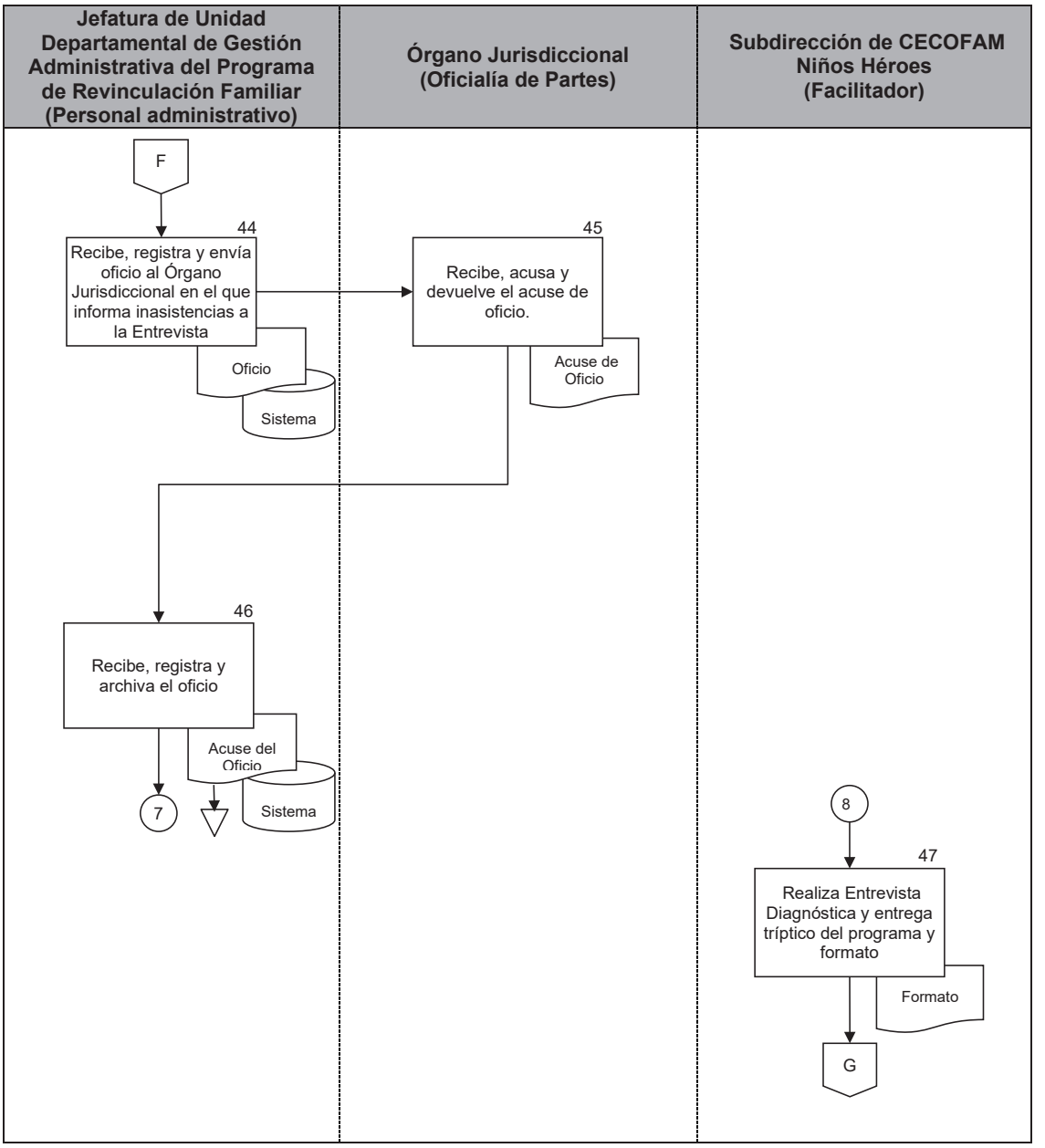
PROCEDIMIENTOS



PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

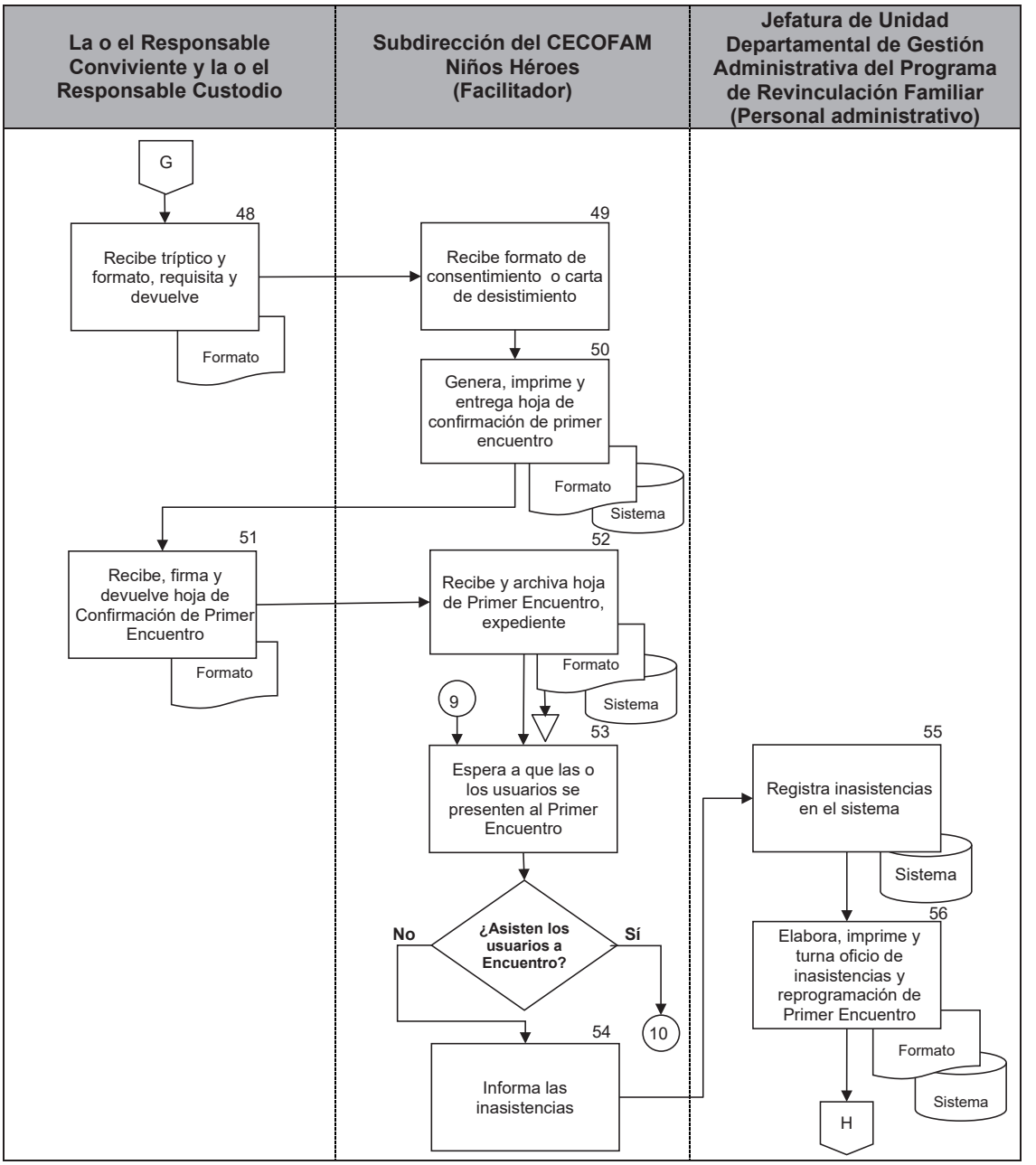
PROCEDIMIENTOS



PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

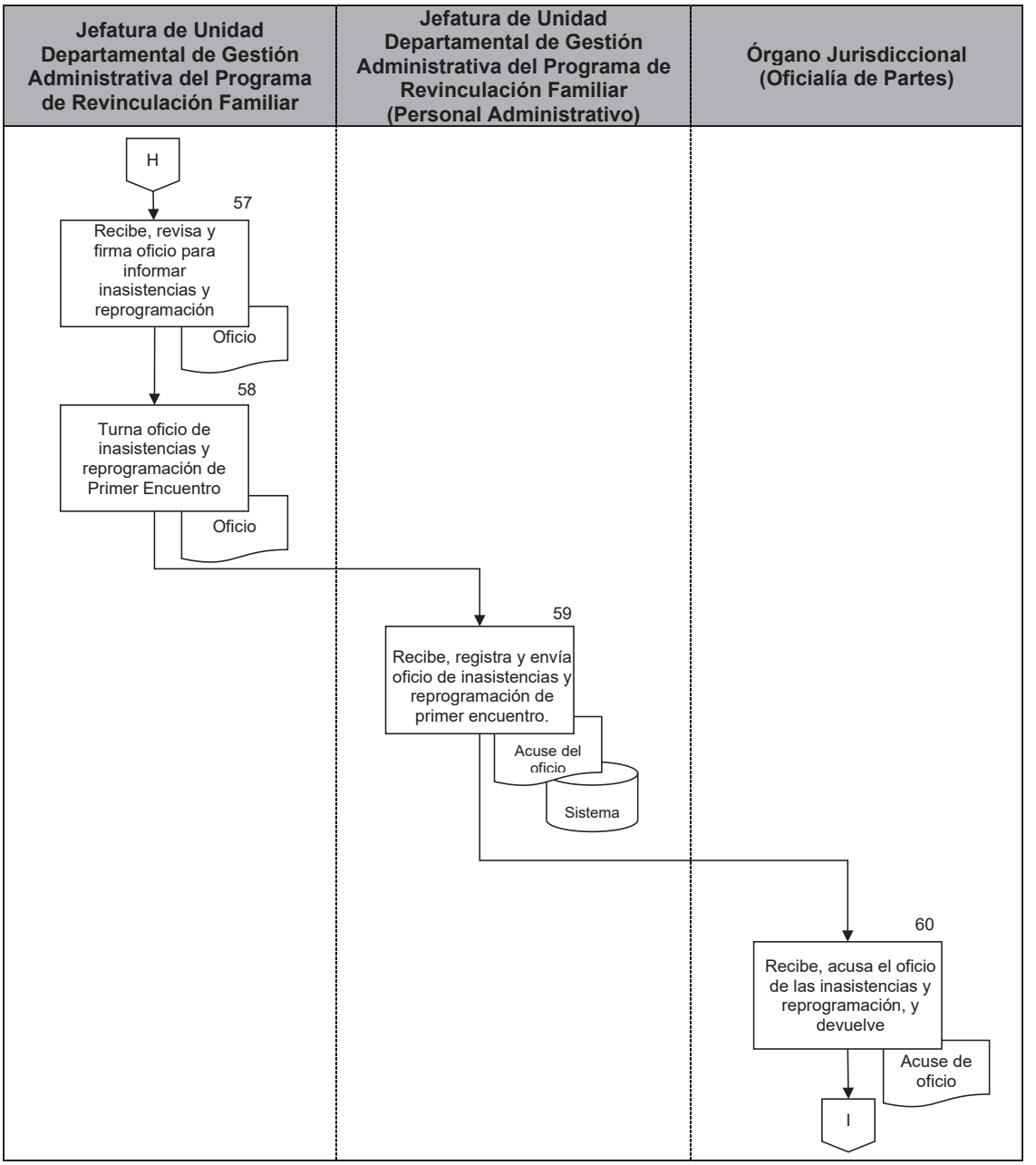
PROCEDIMIENTOS



PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

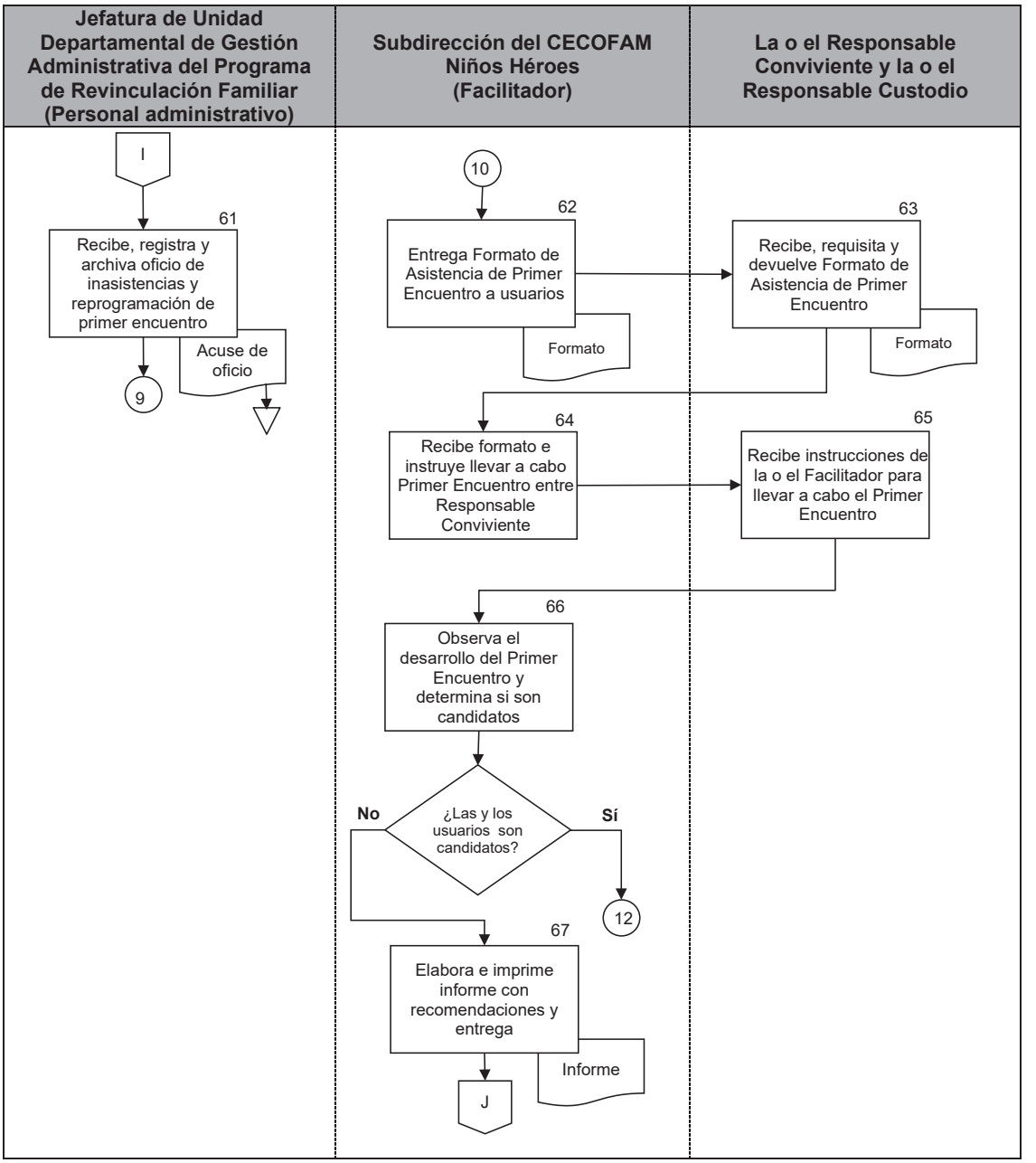
PROCEDIMIENTOS



PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

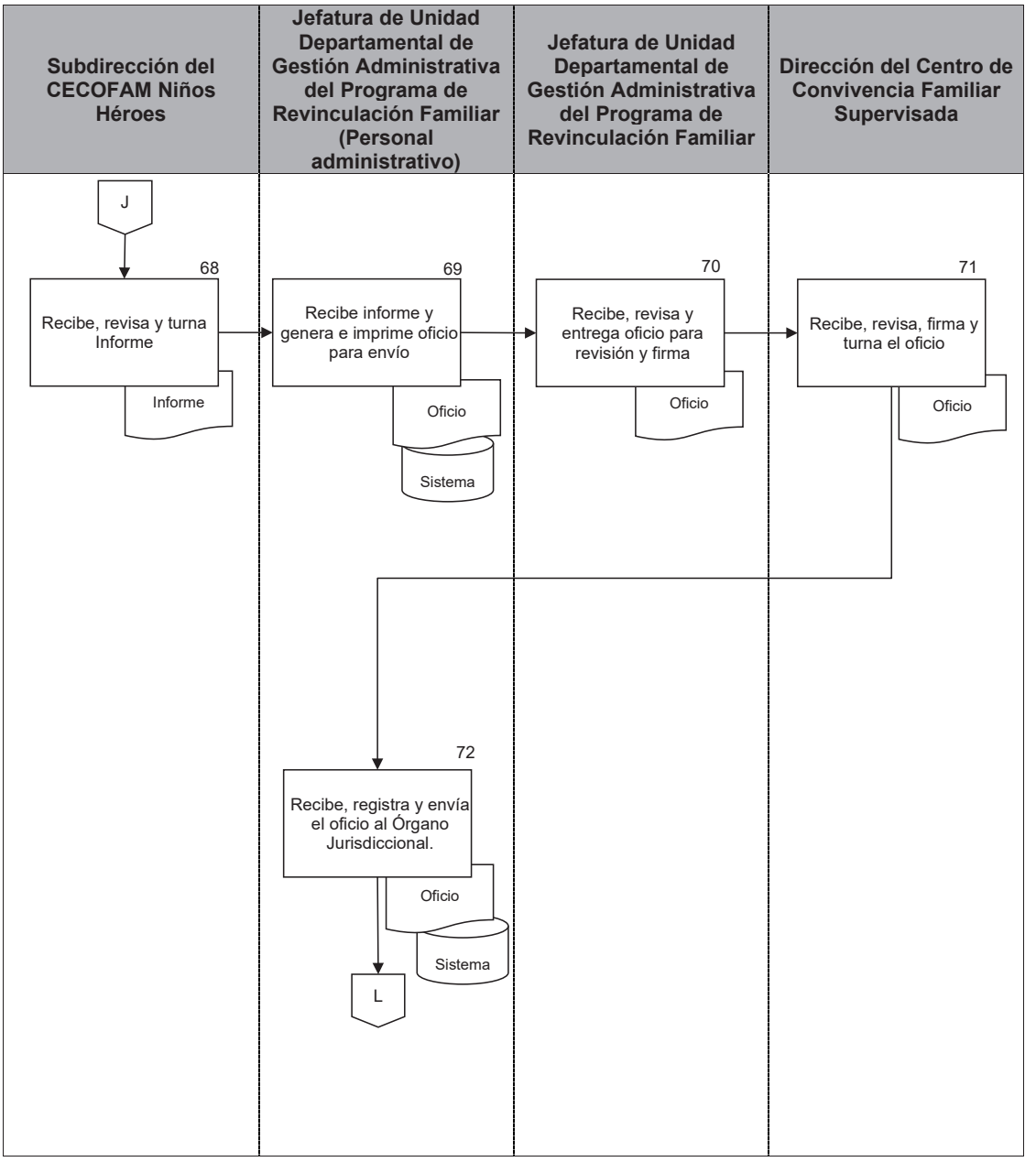
PROCEDIMIENTOS



PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

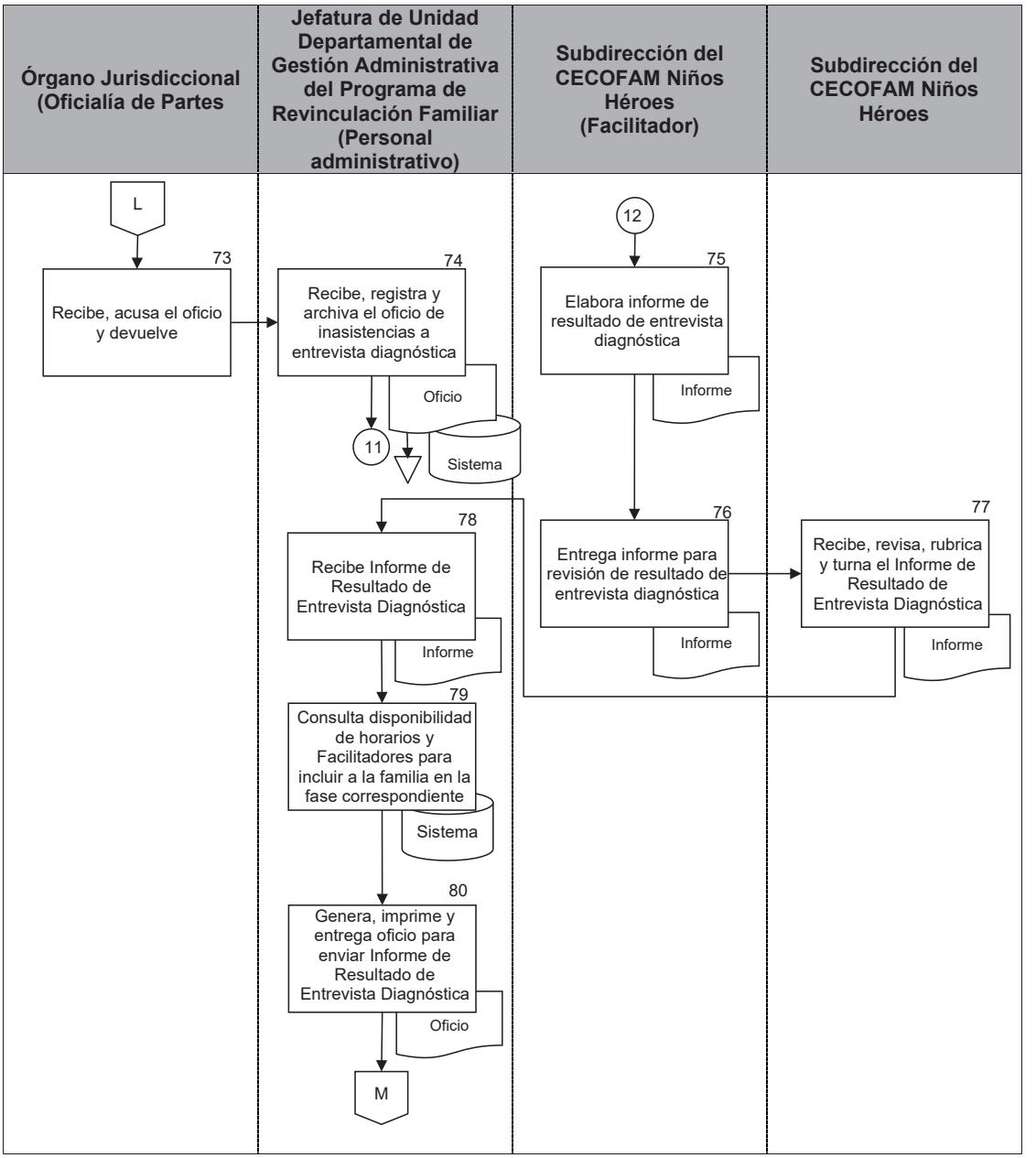
PROCEDIMIENTOS



PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

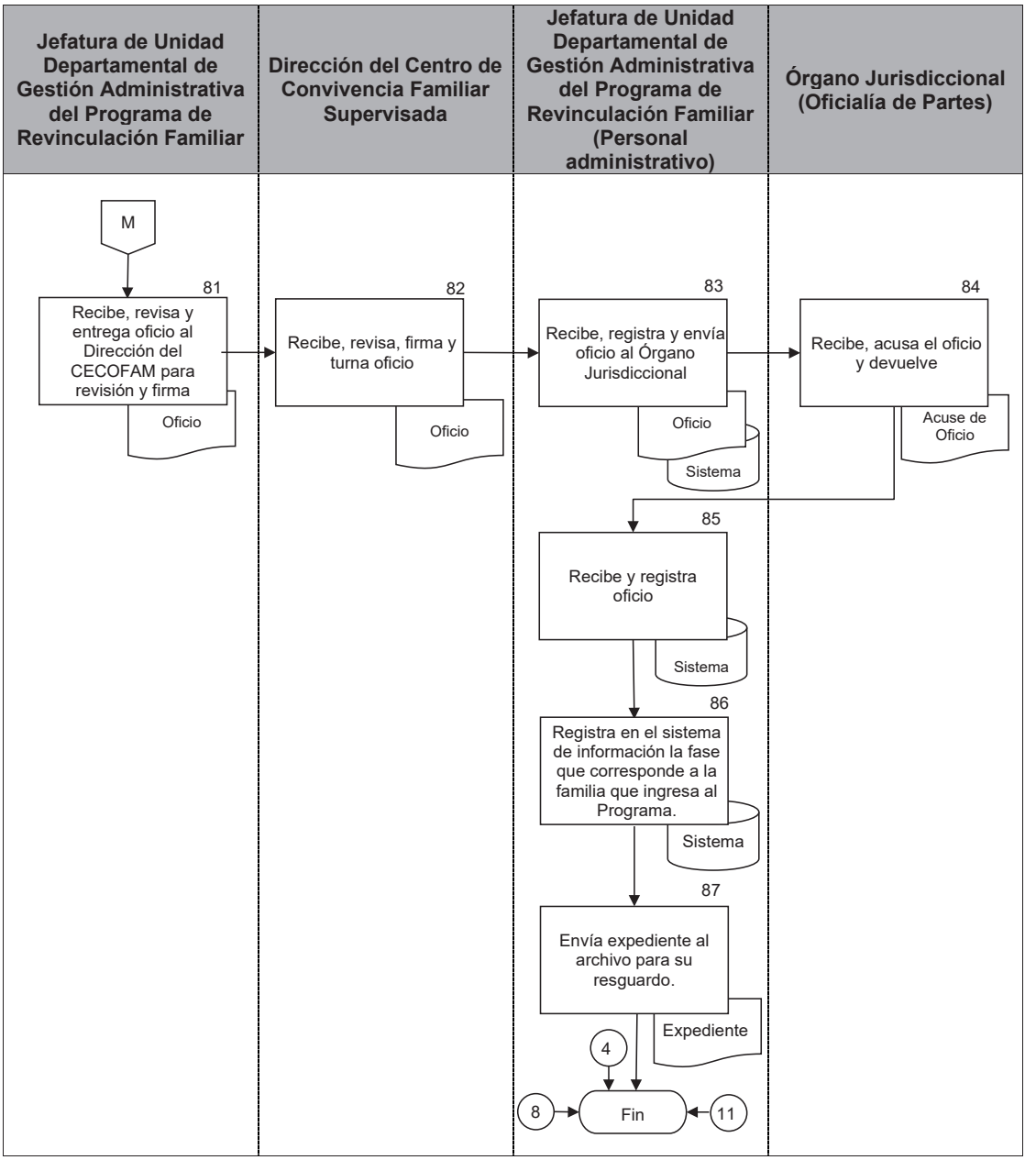
PROCEDIMIENTOS



PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

PROCEDIMIENTOS



PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

Área: CECOFAM, Revinculación Familiar

HOJA DE ANTECEDENTES. **CECOFAM-01**

REGISTRO: _____

1. DATOS GENERALES.				
NOMBRE COMPLETO	EDAD	FECHA DE NACIMIENTO		
		DIA	MES	AÑO

TELÉFONO CASA	TELÉFONO MOVIL	ENTIDAD FEDERATIVA	ALCALDIA O MUNICIPIO

NACIONALIDAD	RELIGIÓN	ESTADO CIVIL		ESCOLARIDAD
		Casado(a) ☐	Soltero(a) ☐	

ACTIVIDAD LABORAL:	
HORARIO LABORAL:	
NÚMERO DE HIJOS:	

2. DATOS DE LAS NINAS, NINOS Y/O ADOLESCENTES.				
NOMBRE COMPLETO	EDAD	FECHA DE NACIMIENTO		
		DIA	MES	AÑO
NOMBRE COMPLETO	EDAD	FECHA DE NACIMIENTO		
		DIA	MES	AÑO
NOMBRE COMPLETO	EDAD	FECHA DE NACIMIENTO		
		DIA	MES	AÑO
NOMBRE COMPLETO	EDAD	FECHA DE NACIMIENTO		
		DIA	MES	AÑO
NOMBRE COMPLETO	EDAD	FECHA DE NACIMIENTO		
		DIA	MES	AÑO

Nota: Esta información es confidencial y está protegida por la "Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados de la Ciudad de México"

Página 1 de 4

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

Área: CECOFAM, Revinculación Familiar

HOJA DE ANTECEDENTES. CECOFAM-01

3. DATOS CLINICOS. (PAPA, MAMA, NINA, NINO Y/O ADOLESCENTE)		
¿HA SIDO EVALUADO PSICOLÓGICAMENTE?	SI ☐	NO ☐
¿QUIÉN(ES)?		
FECHA DE EVALUACIÓN:		
LUGAR:		
¿HA TOMADO TERAPÍA PSICOLÓGICA?	SI ☐	NO ☐
¿QUIÉN(ES)?		
PERIODO DE LA TERAPIA:		
LUGAR:		
¿HA SIDO VALORADO POR MÉDICO PSIQUIATRA?	SI ☐	NO ☐
¿QUIÉN(ES)?		
FECHA DE VALORACIÓN:		
LUGAR:		
DIAGNÓSTICO:		
MEDICAMENTOS PRESCRITOS:		
FRECUENCIA DE LA TOMA DE MEDICAMENTO:		
¿PRESENTA ALGUNA ENFERMEDAD DE TIPO CRÓNICA O DEGENERATIVA?	SI ☐	NO ☐
¿QUIÉN(ES)?		
DIAGNÓSTICO:		
MEDICAMENTOS PRESCRITOS:		
FRECUENCIA DE LA TOMA DE MEDICAMENTO:		
¿ES ALERGICO A ALGÚN MEDICAMENTO?	SI ☐	NO ☐
¿QUIÉN(ES)?		
ESPECIFICAR:		
¿CUENTA CON ALGUN TIPO DE SERVICIO MEDICO?	SI	NO

Nota: Esta información es confidencial y está protegida por la "Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados de la Ciudad de México"

Página 2 de 4

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

Área: CECOFAM, Reviniculación Familiar

HOJA DE ANTECEDENTES. **CECOFAM-01**

	☐	☐
¿QUIÉN(ES)?		
ESPECIFICAR:		
EN CASO DE EMERGENCIA AVISAR A:		
NÚMERO TELEFÓNICO:		

4. SITUACION JURIDICA.		
SE DETERMINO LA GUARDA Y CUSTODIA A FAVOR DE:		
¿PENSIÓN ALIMENTICIA?	SI ☐	NO ☐
¿EXISTE UN RÉGIMEN DE VISITAS Y CONVIVENCIAS PREVIO?	SI ☐	NO ☐
A FAVOR DE:		
LUGAR, DIAS Y HORARIOS:		
POR FAVOR INDIQUE QUIEN INICIO EL PROCESO JURIDICO, EL MOTIVO Y QUE ES LO QUE SE PRETENDE:		
¿LOS HIJOS TIENEN CONOCIMIENTO DEL PROCESO JUDICIAL?	SI ☐	NO ☐
¿CÓMO SE LES HA INFORMADO?:		
¿EXISTENCIA DE ACUERDOS?	SI ☐	NO ☐
¿CUÁLES?:		
¿SE HAN CUMPLIDO?	SÍ	NO

Nota: Esta información es confidencial y está protegida por la "Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados de la Ciudad de México"

Página 3 de 4

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

Área: CECOFAM, Reviniculación Familiar

HOJA DE ANTECEDENTES. CECOFAM-01

	☐	☐
CAUSAS:		
OTROS PROCESOS JURIDICOS (ORDENES DE RESTRICCION, DENUNCIAS POR VIOLENCIA, ABUSO SEXUAL, ETC):		

NOMBRE:	FECHA:	FIRMA:

Nota: Esta información es confidencial y está protegida por la "Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados de la Ciudad de México"

Página 4 de 4

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

PROCEDIMIENTOS

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

Área: CECOFAM, Revinculación Familiar

HOJA DE ANTECEDENTES. **CECOFAM-01**

REGISTRO: _____ (1)

1. DATOS GENERALES. (2)				
NOMBRE COMPLETO	EDAD	FECHA DE NACIMIENTO		
		DIA	MES	AÑO

TELÉFONO CASA	TELÉFONO MOVIL	ENTIDAD FEDERATIVA	ALCALDIA O MUNICIPIO

NACIONALIDAD	RELIGIÓN	ESTADO CIVIL		ESCOLARIDAD
		Casado(a) ☐	Soltero(a) ☐	

ACTIVIDAD LABORAL:	
HORARIO LABORAL:	
NÚMERO DE HIJOS:	

2. DATOS DE LAS NIÑAS, NIÑOS Y/O ADOLESCENTES. (3)				
NOMBRE COMPLETO	EDAD	FECHA DE NACIMIENTO		
		DÍA	MES	AÑO
NOMBRE COMPLETO	EDAD	FECHA DE NACIMIENTO		
		DÍA	MES	AÑO
NOMBRE COMPLETO	EDAD	FECHA DE NACIMIENTO		
		DÍA	MES	AÑO
NOMBRE COMPLETO	EDAD	FECHA DE NACIMIENTO		
		DÍA	MES	AÑO
NOMBRE COMPLETO	EDAD	FECHA DE NACIMIENTO		
		DÍA	MES	AÑO

Nota: Esta información es confidencial y está protegida por la "Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados de la Ciudad de México"

Página 1 de 4

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

Área: CECOFAM, Revinculación Familiar

HOJA DE ANTECEDENTES. CECOFAM-01

3. DATOS CLÍNICOS. (PAPÁ, MAMÁ, NIÑA, NIÑO Y/O ADOLESCENTE) (4)		
¿HA SIDO EVALUADO PSICOLÓGICAMENTE?	SI ☐	NO ☐
¿QUIÉN(ES)?		
FECHA DE EVALUACIÓN:		
LUGAR:		
¿HA TOMADO TERAPÍA PSICOLÓGICA?	SI ☐	NO ☐
¿QUIÉN(ES)?		
PERIODO DE LA TERAPÍA:		
LUGAR:		
¿HA SIDO VALORADO POR MÉDICO PSIQUIATRA?	SI ☐	NO ☐
¿QUIÉN(ES)?		
FECHA DE VALORACIÓN:		
LUGAR:		
DIAGNÓSTICO:		
MEDICAMENTOS PRESCRITOS:		
FRECUENCIA DE LA TOMA DE MEDICAMENTO:		
¿PRESENTA ALGUNA ENFERMEDAD DE TIPO CRÓNICA O DEGENERATIVA?	SI ☐	NO ☐
¿QUIÉN(ES)?		
DIAGNÓSTICO:		
MEDICAMENTOS PRESCRITOS:		
FRECUENCIA DE LA TOMA DE MEDICAMENTO:		
¿ES ALERGICO A ALGÚN MEDICAMENTO?	SI ☐	NO ☐
¿QUIÉN(ES)?		
ESPECIFICAR:		
¿CUENTA CON ALGÚN TIPO DE SERVICIO MÉDICO?	SI	NO

Nota: Esta información es confidencial y está protegida por la "Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados de la Ciudad de México"

Página 2 de 4

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

Área: CECOFAM, Revinculación Familiar

HOJA DE ANTECEDENTES. **CECOFAM-01**

	☐	☐
¿QUIÉN(ES)?		
ESPECIFICAR:		
EN CASO DE EMERGENCIA AVISAR A:		
NÚMERO TELEFÓNICO:		

4. SITUACIÓN JURÍDICA. (5)		
SE DETERMINÓ LA GUARDA Y CUSTODIA A FAVOR DE:		
¿PENSIÓN ALIMENTICIA?	SÍ ☐	NO ☐
¿EXISTE UN RÉGIMEN DE VISITAS Y CONVIVENCIAS PREVIO?	SÍ ☐	NO ☐
A FAVOR DE:		
LUGAR, DÍAS Y HORARIOS:		
POR FAVOR INDIQUE QUIÉN INICIÓ EL PROCESO JURÍDICO, EL MOTIVO Y QUÉ ES LO QUE SE PRETENDE:		
¿LOS HIJOS TIENEN CONOCIMIENTO DEL PROCESO JUDICIAL?	SÍ ☐	NO ☐
¿CÓMO SE LES HA INFORMADO?:		
¿EXISTENCIA DE ACUERDOS?	SÍ ☐	NO ☐
¿CUÁLES?:		
¿SE HAN CUMPLIDO?	SÍ	NO

Nota: Esta información es confidencial y está protegida por la "Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados de la Ciudad de México"

Página 3 de 4

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

Área: CECOFAM, Revinculación Familiar

HOJA DE ANTECEDENTES. CECOFAM-01

CAUSAS:		
OTROS PROCESOS JURÍDICOS (ORDENES DE RESTRICCIÓN, DENUNCIAS POR VIOLENCIA, ABUSO SEXUAL, ETC):		

NOMBRE:	FECHA:	FIRMA:
(6)	(7)	(8)

Nota: Esta información es confidencial y está protegida por la "Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados de la Ciudad de México"

Página 4 de 4

DESCRIPCIÓN DEL FORMATO

Nombre:	**HOJA DE ANTECEDENTES**
Clave:	**CECOFAM-01**
Objetivo:	Recabar información necesaria para llevar a cabo el Programa de Revinculación Familiar.
Elabora:	Centro de Convivencia Familiar Supervisada.
Número de tantos:	Original.
Distribución:	Original. - Archivo del Centro de Convivencia Familiar Supervisada.

INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
1	REGISTRO	El número de Registro, automáticamente el sistema proporciona el número.
2	DATOS GENERALES	La información personal indicada en cada uno de los recuadros de la sección.
3	DATOS DE LAS NIÑAS, NIÑOS O ADOLESCENTES	La información indicada en cada uno de los recuadros de la sección.
4	DATOS CLÍNICOS. (PAPÁ, MAMÁ, NIÑA, NIÑO Y/O ADOLESCENTE)	Los datos clínicos solicitados en cada uno de los recuadros de la sección.
5	SITUACIÓN JURÍDICA	La información sobre su situación jurídica solicitada en cada uno de los recuadros de la sección.
6	NOMBRE	El nombre completo de la persona que proporcionó la información.
7	FECHA	La fecha en la que la persona proporcionó la información del formato.
8	FIRMA	La firma de la persona que proporcionó la información.

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

Área: CECOFAM, Revinculación Familiar

ACTOR:	
DEMANDADO:	
EXPEDIENTE:	
SECRETARÍA:	
TIPO DE JUICIO:	
JUZGADO:	
Registro:	

CONFIRMACIÓN DE CITA PARA ENTREVISTA DIAGNÓSTICA CONVIVIENTE

Nombre del Conviviente:

NOMBRE DE PERSONA	FECHA DE ENTREVISTA	HORARIO DE ENTREVISTA	NOMBRE DEL FACILITADOR

- Deberá asistir a la Subdirección del CECOFAM ubicada en Av. Niños Héroes No. 119, primer piso, Col. Doctores, Alcaldía Cuauhtémoc, 10 minutos antes de la hora fijada.

NOMBRE Y FIRMA DE ENTERADO

Ciudad de México a

CECOFAM-02

Nota: Esta información es confidencial y está protegida por la "Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados de la Ciudad de México"

Página 1 de 1

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

Área: CECOFAM, Revinculación Familiar

ACTOR:	(1)
DEMANDADO:	(2)
EXPEDIENTE:	(3)
SECRETARÍA:	(4)
TIPO DE JUICIO:	(5)
JUZGADO:	(6)
Registro:	(7)

CONFIRMACIÓN DE CITA PARA ENTREVISTA DIAGNÓSTICA CONVIVIENTE

Nombre del Conviviente: (8)

NOMBRE DE PERSONA	FECHA DE ENTREVISTA	HORARIO DE ENTREVISTA	NOMBRE DEL FACILITADOR
(9)	(10)	(11)	(12)

- Deberá asistir a la Subdirección del CECOFAM ubicada en Av. Niños Héroes No. 119, primer piso, Col. Doctores, Alcaldía Cuauhtémoc, 10 minutos antes de la hora fijada.

NOMBRE Y FIRMA DE ENTERADO (13)

Ciudad de México a

(14)

CECOFAM-02

Nota: Esta información es confidencial y está protegida por la "Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados de la Ciudad de México"

Página 1 de 1

DESCRIPCIÓN DEL FORMATO

Nombre:	**CONFIRMACIÓN DE CITA PARA ENTREVISTA DIAGNÓSTICA CONVIVIENTE**
Clave:	**CECOFAM -02**
Objetivo:	Informar al Conviviente el día que deberá presentarse a la Entrevista Diagnóstica.
Elabora:	Centro de Convivencia Familiar Supervisada.
Número de tantos:	Original y copia.
Distribución:	Original. - Para el Conviviente. Copia.- Archivo del Centro de Convivencia Familiar Supervisada.

INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
1	ACTOR	El nombre del actor en el Juicio, automáticamente el sistema proporciona el nombre.
2	DEMANDADO	El nombre del demandado en el Juicio, automáticamente el sistema proporciona el nombre
3	EXPEDIENTE	El número de toca en caso de que el Servicio haya sido ordenado por una Sala. Si procede de un Juzgado se anota el número de expediente, automáticamente el sistema lo proporciona.
4	SECRETARIA	El número de la Secretaría, automáticamente el sistema proporciona la letra.
5	TIPO DE JUICIO	El tipo de Juicio, automáticamente el sistema proporciona el tipo de Juicio.
6	JUZGADO	El Juzgado en el que se lleva el caso.
7	REGISTRO	El número de Registro, automáticamente el sistema proporciona el número
8	NOMBRE DEL CONVIVIENTE	El nombre del conviviente, automáticamente el sistema proporciona el nombre.
9	NOMBRE DE LA PERSONA	El nombre de la persona que asistirá a la Entrevista Diagnóstica, automáticamente el sistema proporciona el nombre.

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
10	FECHA DE ENTREVISTA	La fecha del día en que el conviviente deberá asistir a la Entrevista Diagnóstica, automáticamente el sistema proporciona la fecha.
11	HORARIO DE LA ENTREVISTA	La hora en que el conviviente deberá asistir a la Entrevista Diagnóstica, automáticamente el sistema proporciona la hora.
12	NOMBRE DEL FACILITADOR	El nombre del Facilitador que efectuará la Entrevista, automáticamente el sistema proporciona el nombre.
13	NOMBRE Y FIRMA DE ENTERADO	EL nombre y la firma del conviviente, mismos que hacen constar que está enterado del día y la hora en la que deberá asistir a la entrevista Diagnóstica.
14	FECHA	La fecha en la que se informó al Conviviente sobre el día y la hora de la Entrevista Diagnóstica.

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

Área: CECOFAM, Revinculación Familiar

ACTOR:	
DEMANDADO:	
EXPEDIENTE:	
SECRETARÍA:	
TIPO DE JUICIO:	
JUZGADO:	
Registro:	

CONFIRMACIÓN DE CITA PARA ENTREVISTA DIAGNÓSTICA
RESPONSABLE CUSTODIO

Nombre del Responsable Custodio:

NOMBRE DE PERSONA	FECHA DE ENTREVISTA	HORARIO DE ENTREVISTA	NOMBRE DEL FACILITADOR

- Deberá asistir a la Subdirección del CECOFAM ubicada en Av. Niños Héroes No. 119, primer piso, Col. Doctores, Alcaldía Cuauhtémoc, 10 minutos antes de la hora fijada.

NOMBRE Y FIRMA DE ENTERADO

Ciudad de México a

CECOFAM-03

Nota: Esta información es confidencial y está protegida por la "Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados de la Ciudad de México"

Página 1 de 1

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

Área: CECOFAM, Revinculación Familiar

ACTOR:	(1)
DEMANDADO:	(2)
EXPEDIENTE:	(3)
SECRETARÍA:	(4)
TIPO DE JUICIO:	(5)
JUZGADO:	(6)
Registro:	(7)

CONFIRMACIÓN DE CITA PARA ENTREVISTA DIAGNÓSTICA
RESPONSABLE CUSTODIO

Nombre del Responsable Custodio: (8)

NOMBRE DE PERSONA	FECHA DE ENTREVISTA	HORARIO DE ENTREVISTA	NOMBRE DEL FACILITADOR
(9)	(10)	(11)	(12)

- Deberá asistir a la Subdirección del CECOFAM ubicada en Av. Niños Héroes No. 119, primer piso, Col. Doctores, Alcaldía Cuauhtémoc, 10 minutos antes de la hora fijada.

NOMBRE Y FIRMA DE ENTERADO (13)

Ciudad de México a (**14**)

CECOFAM-03

Nota: Esta información es confidencial y está protegida por la "Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados de la Ciudad de México"

Página 1 de 1

DESCRIPCIÓN DEL FORMATO

Nombre:	**CONFIRMACIÓN DE CITA PARA ENTREVISTA DIAGNÓSTICA RESPONSABLE CUSTODIO**
Clave:	**CECOFAM -03**
Objetivo:	Informar al Responsable Custodio el día que deberá presentarse a la Entrevista Diagnóstica.
Elabora:	Centro de Convivencia Familiar Supervisada.
Número de tantos:	Original y copia.
Distribución:	Original. - Para el Responsable Custodio. Copia.- Archivo del Centro de Convivencia Familiar Supervisada.

INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
1	ACTOR	El nombre del actor en el Juicio, automáticamente el sistema proporciona el nombre.
2	DEMANDADO	El nombre del demandado en el Juicio, automáticamente el sistema proporciona el nombre
3	EXPEDIENTE	El número de toca en caso de que el Servicio haya sido ordenado por una Sala. Si procede de un Juzgado se anota el número de expediente, automáticamente el sistema lo proporciona.
4	SECRETARIA	El número de la Secretaría, automáticamente el sistema proporciona la letra.
5	TIPO DE JUICIO	El tipo de Juicio, automáticamente el sistema proporciona el tipo de Juicio.
6	JUZGADO	El Juzgado en el que se lleva a cabo el caso
7	REGISTRO	El número de Registro, automáticamente el sistema proporciona el número
8	NOMBRE DEL RESPONSABLE CUSTODIO	El nombre del Responsable Custodio, automáticamente el sistema proporciona el nombre.
9	NOMBRE DE LA PERSONA	El nombre del Responsable Custodio y las niñas, niños y/o adolescentes que asistirán a la Entrevista Diagnóstica,

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
		automáticamente el sistema proporciona el nombre.
10	FECHA DE ENTREVISTA	La fecha del día en que el Responsable Custodio y las niñas, niños y/o adolescentes deberán asistir a la Entrevista Diagnóstica, automáticamente el sistema proporciona la fecha.
11	HORARIO DE LA ENTREVISTA	La hora en que el Responsable Custodio y las niñas, niños y/o adolescentes deberán asistir a la Entrevista Diagnóstica, automáticamente el sistema proporciona la hora.
12	NOMBRE DEL FACILITADOR	El nombre del Facilitador que efectuará la Entrevista, automáticamente el sistema proporciona el nombre.
13	NOMBRE Y FIRMA DE ENTERADO	El nombre y la firma del Responsable Custodio, mismos que hacen constar que está enterado del día y la hora en la que deberá asistir a la entrevista Diagnóstica.
14	FECHA	La fecha en la que se informó al Conviviente sobre el día y la hora de la Entrevista Diagnóstica.

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

Área: CECOFAM, Revinculación Familiar

ACTOR:	
	VS
DEMANDADO:	
EXPEDIENTE:	
SECRETARÍA:	
TIPO DE JUCIO:	
Registro:	

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____, estoy enterado del Servicio que proporciona el CECOFAM de conformidad a las Bases Generales de Organización y Funcionamiento del Centro de Convivencia Familiar Supervisada del Tribunal Superior de Justicia de la Ciudad de México.

Asimismo, hago constar que recibí tríptico del Programa de Revinculación Familiar del Centro de Convivencia Familiar, por lo que conociendo las características del Servicio me comprometo a contribuir para el adecuado desempeño del programa y alcanzar el objetivo del mismo.

Lo anterior con la finalidad de que sea informado al Operador de Justicia que conoce del asunto.

_____
NOMBRE Y FIRMA DE ENTERADO

Ciudad de México a,

CECOFAM-04

Nota: Esta información es confidencial y está protegida por la "Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados de la Ciudad de México"

Página 1 de 1

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

Área: CECOFAM, Revinculación Familiar

ACTOR:	(1)
	VS
DEMANDADO:	(2)
EXPEDIENTE:	(3)
SECRETARÍA:	(4)
TIPO DE JUCIO:	(5)
Registro:	(6)

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____ **(7)** _____, estoy enterado del Servicio que proporciona el CECOFAM de conformidad a las Bases Generales de Organización y Funcionamiento del Centro de Convivencia Familiar Supervisada del Tribunal Superior de Justicia de la Ciudad de México.

Asimismo, hago constar que recibí tríptico del Programa de Revinculación Familiar del Centro de Convivencia Familiar, por lo que conociendo las características del Servicio me comprometo a contribuir para el adecuado desempeño del programa y alcanzar el objetivo del mismo.

Lo anterior con la finalidad de que sea informado al Operador de Justicia que conoce del asunto.

(8)

_____

NOMBRE Y FIRMA DE ENTERADO

Ciudad de México a,

(9)

CECOFAM-04

Nota: Esta información es confidencial y está protegida por la "Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados de la Ciudad de México"

Página 1 de 1

DESCRIPCIÓN DEL FORMATO

Nombre:	**CONSENTIMIENTO INFORMADO**
Clave:	**CECOFAM-04**
Objetivo:	Asegurar que la familia tiene disposición para participar y propiciar la Revinculación.
Elabora:	Centro de Convivencia Familiar Supervisada.
Número de tantos:	Original.
Distribución:	Original.- Archivo del Centro de Convivencia Familiar Supervisada.

INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
1	ACTOR	El nombre del actor en el Juicio, automáticamente el sistema proporciona el nombre.
2	DEMANDADO	El nombre del demandado en el Juicio, automáticamente el sistema proporciona el nombre
3	EXPEDIENTE	El número de toca en caso de que el Servicio haya sido ordenado por una Sala. Si procede de un Juzgado se anota el número de expediente, automáticamente el sistema lo proporciona.
4	SECRETARIA	El número de la Secretaría, automáticamente el sistema proporciona la letra.
5	TIPO DE JUICIO	El tipo de Juicio, automáticamente el sistema proporciona el tipo de Juicio.
6	REGISTRO	El número de Registro, automáticamente el sistema proporciona el número
7	NOMBRE	El nombre de la persona que requiere el Consentimiento Informado, automáticamente el sistema proporciona el nombre.
8	NOMBRE Y FIRMA DE ENTERADO	El nombre y la firma la persona que requiere el Consentimiento Informado
9	FECHA	La fecha en la que se suscribió el Consentimiento Informado.

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

PROCEDIMIENTOS

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

Área: CECOFAM, Revinculación Familiar

ACTOR:	
	VS
DEMANDADO:	
EXPEDIENTE:	
SECRETARÍA:	
TIPO DE JUCIO:	
Registro:	

CARTA DE DESISTIMIENTO

Yo, _____ informo que recibí información sobre el servicio que proporciona el CECOFAM, sin embargo, debido a :

_____

_____

_____

_____, no estoy de acuerdo a que se lleve a cabo la Revinculación familiar.

Lo anterior con la finalidad de que sea informado al Operador de Justicia que conoce del asunto.

_____

NOMBRE Y FIRMA DE ENTERADO

Ciudad de México a,

CECOFAM-05

Nota: Esta información es confidencial y está protegida por la "Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados de la Ciudad de México"

Página 1 de 1

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

Área: CECOFAM, Revinculación Familiar

ACTOR:	(1)
	VS
DEMANDADO:	(2)
EXPEDIENTE:	(3)
SECRETARÍA:	(4)
TIPO DE JUCIO:	(5)
Registro:	(6)

CARTA DE DESISTIMIENTO

(7)

Yo, _____ informo que recibí información sobre el servicio que proporciona el CECOFAM, sin embargo, debido a : _____(8)_____
_____
_____
_____, no estoy de acuerdo a que se lleve a cabo la Revinculación familiar.

Lo anterior con la finalidad de que sea informado al Operador de Justicia que conoce del asunto.

(9)

_____

NOMBRE Y FIRMA DE ENTERADO

Ciudad de México a,

(10)

CECOFAM-05

Nota: Esta información es confidencial y está protegida por la "Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados de la Ciudad de México"

Página 1 de 1

DESCRIPCIÓN DEL FORMATO

Nombre:	**CARTA DE DESISTIMIENTO**
Clave:	**CECOFAM-05**
Objetivo:	Tener constancia de que alguno o todos los integrantes de la familia se niega a participar y propiciar la Revinculación Familiar.
Elabora:	Centro de Convivencia Familiar Supervisada.
Número de tantos:	Original.
Distribución:	Original.- Archivo del Centro de Convivencia Familiar Supervisada.

INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
1	ACTOR	El nombre del actor en el Juicio, automáticamente el sistema proporciona el nombre.
2	DEMANDADO	El nombre del demandado en el Juicio, automáticamente el sistema proporciona el nombre
3	EXPEDIENTE	El número de toca en caso de que el Servicio haya sido ordenado por una Sala. Si procede de un Juzgado se anota el número de expediente, automáticamente el sistema lo proporciona.
4	SECRETARIA	El número de la Secretaría, automáticamente el sistema proporciona la letra.
5	TIPO DE JUICIO	El tipo de Juicio, automáticamente el sistema proporciona el tipo de Juicio.
6	REGISTRO	El número de Registro, automáticamente el sistema proporciona el número
7	NOMBRE	El nombre de la persona que requiere la Carta de Desistimiento, automáticamente el sistema proporciona el nombre.
8	MOTIVO	Los motivos por los que la persona se niega a participar en la Revinculación Familiar.
9	NOMBRE Y FIRMA DE ENTERADO	El nombre y la firma la persona que requiere la Carta de Desistimiento.
10	FECHA	La fecha en la que se suscribió la Carta de Desistimiento.

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

Área: CECOFAM, Revinculación Familiar

ACTOR:	
DEMANDADO:	
EXPEDIENTE:	
SECRETARÍA:	
TIPO DE JUICIO:	
JUZGADO O SALA:	
REGISTRO:	

CONFIRMACIÓN DE CITA PARA PRIMER ENCUENTRO

CONVIVIENTE

FECHA DE PRIMER ENCUENTRO	HORARIO DE PRIMER ENCUENTRO	NOMBRE DEL FACILITADOR

- Deberá presentarse 10 minutos antes de la hora fijada a la Subdirección del CECOFAM Niños Héroes, ubicada en Av. Niños Héroes no. 119 piso 1, Colonia Doctores, Alcaldía Cuauhtémoc, CDMX.

Recibí.			
	NOMBRE		
Fecha:		**Firma:**	

CECOFAM-06

Nota: Esta información es confidencial y está protegida por la "Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados de la Ciudad de México"

Página 1 de 1

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

PROCEDIMIENTOS

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

Área: CECOFAM, Revinculación Familiar

ACTOR:	(1)
DEMANDADO:	(2)
EXPEDIENTE:	(3)
SECRETARÍA:	(4)
TIPO DE JUICIO:	(5)
JUZGADO O SALA:	(6)
REGISTRO:	(7)

CONFIRMACIÓN DE CITA PARA PRIMER ENCUENTRO

CONVIVIENTE

FECHA DE PRIMER ENCUENTRO	HORARIO DE PRIMER ENCUENTRO	NOMBRE DEL FACILITADOR
(8)	(9)	(10)

- Deberá presentarse 10 minutos antes de la hora fijada a la Subdirección del CECOFAM Niños Héroes, ubicada en Av. Niños Héroes no. 119 piso 1, Colonia Doctores, Alcaldía Cuauhtémoc, CDMX.

Recibí.	(11)
	NOMBRE

Fecha:	(12)	Firma:	(13)

CECOFAM-06

Nota: Esta información es confidencial y está protegida por la "Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados de la Ciudad de México"

Página 1 de 1

DESCRIPCIÓN DEL FORMATO

Nombre:	**CONFIRMACIÓN DE CITA PARA PRIMER ENCUENTRO**
Clave:	**CECOFAM -06**
Objetivo:	Informar al Responsable Custodio y al Conviviente el día y hora en la que deberán presentarse al Primer Encuentro.
Elabora:	Centro de Convivencia Familiar Supervisada.
Número de tantos:	2 Original y 1 copia.
Distribución:	1 Original. - Para el Responsable Custodio. 1 Original. - Para el Conviviente. Copia.- Archivo del Centro de Convivencia Familiar Supervisada.

INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
1	ACTOR:	El nombre del actor en el Juicio, automáticamente el sistema proporciona el nombre.
2	DEMANDADO	El nombre del demandado en el Juicio, automáticamente el sistema proporciona el nombre
3	TOCA O EXPEDIENTE	El número de toca en caso de que el Servicio haya sido ordenado por una Sala. Si procede de un Juzgado se anota el número de expediente, automáticamente el sistema lo proporciona.
4	SECRETARIA	El número de la Secretaría, automáticamente el sistema proporciona la letra.
5	TIPO DE JUICIO	El tipo de Juicio, automáticamente el sistema proporciona el tipo de Juicio.
6	JUZGADO O SALA	El Juzgado o Sala en la que se lleva el caso
7	REGISTRO	El número de Registro, automáticamente el sistema proporciona el número
8	FECHA DE PRIMER ENCUENTRO	La fecha en la que se llevará acabo el Primer Encuentro, automáticamente el sistema proporciona la fecha.
9	HORARIO DE PRIMER ENCUENTRO	El horario en el que se llevará acabo el Primer Encuentro, automáticamente el sistema proporciona el horario.

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
10	NOMBRE DEL FACILITADOR	El nombre de la o el Facilitador.
11	NOMBRE	El nombre de la persona a la que se informa sobre la fecha y horario del Primer Encuentro.
12	FECHA	La fecha en la que se informa la fecha y horario del Primer Encuentro.
13	FIRMA	firma la persona a la que se informa sobre la fecha y horario del Primer Encuentro.

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

Área: CECOFAM, Revinculación Familiar

ACTOR:	
DEMANDADO:	
EXPEDIENTE:	
SECRETARÍA:	
TIPO DE JUICIO:	
JUZGADO O SALA:	
Registro:	

CONFIRMACIÓN DE CITA PARA PRIMER ENCUENTRO
RESPONSABLE CUSTODIO

FECHA DE PRIMER ENCUENTRO	HORARIO DE PRIMER ENCUENTRO	NOMBRE DEL FACILITADOR

- Deberá presentar a la niña, niño y/o adolescente:

10 minutos antes de la hora fijada a la Subdirección del CECOFAM Niños Héroes, ubicada en Av. Niños Héroes no. 119 piso 1, Colonia Doctores, Alcaldía Cuauhtémoc, CDMX.

Recibí.	
	NOMBRE

Fecha:		**Firma:**	

El responsable custodio es la única persona autorizada para presentar a la niña, niño y/o adolescente, de no ser así se restringirá el acceso a dicho encuentro.

CECOFAM-07

Nota: Esta información es confidencial y está protegida por la "Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados de la Ciudad de México"

Página 1 de 1

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

Área: CECOFAM, Revinculación Familiar

ACTOR:	(1)
DEMANDADO:	(2)
EXPEDIENTE:	(3)
SECRETARÍA:	(4)
TIPO DE JUICIO:	(5)
JUZGADO O SALA:	(6)
Registro:	(7)

CONFIRMACIÓN DE CITA PARA PRIMER ENCUENTRO
RESPONSABLE CUSTODIO

FECHA DE PRIMER ENCUENTRO	HORARIO DE PRIMER ENCUENTRO	NOMBRE DEL FACILITADOR
(8)	(9)	(10)

- Deberá presentar a la niña, niño y/o adolescente:

10 minutos antes de la hora fijada a la Subdirección del CECOFAM Niños Héroes, ubicada en Av. Niños Héroes no. 119 piso 1, Colonia Doctores, Alcaldía Cuauhtémoc, CDMX.

Recibí.	(11)
	NOMBRE

Fecha:	(12)	Firma:	(13)

El responsable custodio es la única persona autorizada para presentar a la niña, niño y/o adolescente, de no ser así se restringirá el acceso a dicho encuentro.

CECOFAM-07

Nota: Esta información es confidencial y está protegida por la "Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados de la Ciudad de México"

Página 1 de 1

DESCRIPCIÓN DEL FORMATO

Nombre:	**FORMATO DE ASISTENCIA PRIMER ENCUENTRO**
Clave:	**CECOFAM -07**
Objetivo:	Registrar la asistencia de los participantes en el Primer Encuentro, constancia de asistencia de los mismos.
Elabora:	Centro de Convivencia Familiar Supervisada.
Número de tantos:	Original.
Distribución:	Original.- Archivo del Centro de Convivencia Familiar Supervisada “para la Re-vinculación Familiar”.

INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
1	ACTOR	El nombre del actor en el Juicio, automáticamente el sistema proporciona el nombre.
2	DEMANDADO	El nombre del demandado en el Juicio, automáticamente el sistema proporciona el nombre
3	TOCA O EXPEDIENTE	El número de toca en caso de que el Servicio haya sido ordenado por una Sala. Si procede de un Juzgado se anota el número de expediente, automáticamente el sistema lo proporciona.
4	SECRETARIA	El número de la Secretaría, automáticamente el sistema proporciona la letra.
5	TIPO DE JUICIO	El tipo de Juicio, automáticamente el sistema proporciona el tipo de Juicio.
6	JUZGADO O SALA	El Juzgado o Sala en la que se lleva el caso
7	REGISTRO	El número de Registro, automáticamente el sistema proporciona el número
8	FECHA DE PRIMER ENCUENTRO	La fecha en la que se llevará acabo el Primer Encuentro, automáticamente el sistema proporciona la fecha.
9	HORARIO DE PRIMER ENCUENTRO	El horario en el que se llevará acabo el Primer Encuentro, automáticamente el sistema proporciona el horario.

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
10	NOMBRE DEL FACILITADOR	El nombre de la o el Facilitador.
11	NOMBRE	El nombre de la persona a la que se informa sobre la fecha y horario del Primer Encuentro.
12	FECHA	La fecha en la que se informa la fecha y horario del Primer Encuentro.
13	FIRMA	Firma la persona a la que se informa sobre la fecha y horario del Primer Encuentro.

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

Área: CECOFAM, Revinculación Familiar

FORMATO DE ASISTENCIA.
PRIMER ENCUENTRO

DATOS GENERALES:			
Sala o Juzgado:		Registro:	
Secretaria:		Reporte:	
Expediente o Toca:		Horario:	
Juicio:		Facilitador Asignado:	
NIÑA(S), NIÑO(S) O ADOLESCENTE(S):			
COMENTARIOS:			

FECHA DE CONVIVENCIA:							
RESPONSABLE CUSTODIO				CONVIVIENTE			
Nombre:				Nombre:			
Firma:				Firma:			
Hora Inicio:		Hora Fin:		Hora Inicio:		Hora Fin:	
FACILITADOR:							
Nombre:				Firma:			
OBSERVACIONES DEL FACILITADOR:							

CECOFAM-08

Nota: La información es Confidencial y está Protegida por la "Ley de Protección de Datos en Posesión de Sujetos Obligados en la Ciudad de México."

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

Área: CECOFAM, Revinculación Familiar

FORMATO DE ASISTENCIA.
PRIMER ENCUENTRO

DATOS GENERALES:			
Sala o Juzgado:	(1)	Registro:	(5)
Secretaria:	(2)	Reporte:	(6)
Expediente o Toca:	(3)	Horario:	(7)
Juicio:	(4)	Facilitador Asignado:	(8)
NIÑA(S), NIÑO(S) O ADOLESCENTE(S):			
(9)			
COMENTARIOS:			
(10)			

FECHA DE CONVIVENCIA: (11)							
RESPONSABLE CUSTODIO				CONVIVIENTE			
Nombre:				Nombre:			
(12)				(16)			
Firma:	(13)			Firma:	(17)		
Hora Inicio:	(14)	Hora Fin:	(15)	Hora Inicio:	(18)	Hora Fin:	(19)
FACILITADOR:							
Nombre:	(20)			Firma:	(21)		
OBSERVACIONES DEL FACILITADOR:							
(22)							

CECOFAM-08

Nota: La información es Confidencial y está Protegida por la "Ley de Protección de Datos en Posesión de Sujetos Obligados en la Ciudad de México."

DESCRIPCIÓN DEL FORMATO

Nombre:	**FORMATO DE ASISTENCIA** **PRIMER ENCUENTRO**
Clave:	**CECOFAM -08**
Objetivo:	Registrar la asistencia de los participantes en el Primer Encuentro, constancia de asistencia de los mismos.
Elabora:	Centro de Convivencia Familiar Supervisada.
Número de tantos:	Original.
Distribución:	Original.- Archivo del Centro de Convivencia Familiar Supervisada “Revinculación Familiar”.

INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
1	SALA O JUZGADO	El número de Sala o Juzgado, automáticamente el sistema proporciona el número.
2	SECRETARIA	El número de la Secretaría, automáticamente el sistema proporciona la letra.
3	EXPEDIENTE O TOCA	El número de toca en caso de que el Servicio haya sido ordenado por una Sala. Si procede de un Juzgado se anota el número de expediente, automáticamente el sistema lo proporciona.
4	JUICIO	El tipo de Juicio, automáticamente el sistema proporciona el tipo de Juicio.
5	REGISTRO	El número de Registro, automáticamente el sistema proporciona el número
6	REPORTE	El número de reporte, automáticamente el sistema proporciona el número
7	HORARIO	El día y horario del Primer Encuentro, automáticamente el sistema proporciona la información.
8	FACILITADOR ASIGNADO	El nombre del Facilitador, automáticamente el sistema proporciona el nombre en caso de haber sido asignado con anterioridad.

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
9	NIÑAS, NIÑOS O ADOLESCENTES	El nombre de las niñas, niños o adolescentes, que participarán en el Primer Encuentro, automáticamente el sistema proporciona sus nombres.
10	COMETARIOS	Los cometarios o las observaciones que el Órgano Jurisdiccional haya realizado en el registro específico, automáticamente el sistema proporciona la información previamente cargada.
11	FECHA DE CONVIVENCIA	La fecha programada para la realización del Primer Encuentro, automáticamente el sistema proporciona la fecha.
12	RESPONSABLE CUSTODIO NOMBRE	El nombre del Responsable Custodio, automáticamente el sistema proporciona el nombre.
13	RESPONSABLE CUSTODIO FIRMA	La firma del Responsable Custodio.
14	RESPONSABLE CUSTODIO HORA INICIO	La hora en la que inicia el Primer Encuentro.
15	RESPONSABLE CUSTODIO HORA FIN	La hora en la que termina el Primer Encuentro.
16	CONVIVIENTE NOMBRE	El nombre del Conviviente, automáticamente el sistema proporciona el nombre.
17	CONVIVIENTE FIRMA	La firma del Conviviente.
18	CONVIVIENTE HORA INICIO	La hora en la que inicia el Primer Encuentro.

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
19	CONVIVIENTE HORA FIN	La hora en la que termina el Primer Encuentro.
20	FACILITADOR NOMBRE	El nombre del Facilitador que supervise el Primer Encuentro.
21	FACILITADOR FIRMA	La firma del Facilitador que supervise el Primer Encuentro.
22	OBSERVACIONES DEL FACILITADOR	Las observaciones obtenidas durante el desarrollo del Primer Encuentro.

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

PROCEDIMIENTOS

Procedimiento: CIEAJ-014	Fase I del Programa de Revinculación Familiar.- Convivencia de Reencuentro.
Objetivo general:	Propiciar el desarrollo de habilidades parentales, de comunicación y confianza de los integrantes de las familias, para el reencuentro y la interacción de los mismos.
Políticas y normas de operación:	

1. La Fase I se realizará conforme a las Bases del Centro de Convivencia Familiar Supervisada vigentes.

2. Las Convivencias de Reencuentro se llevarán a cabo en el Centro de Convivencia Familiar Supervisada Niños Héroes, tendrá una duración aproximada de 3 meses, a través de interacciones entre la o el Responsable Conviviente, la Niña, Niño o Adolescentes y la participación activa de la o el Responsable Custodio, una vez por semana, en sesiones de 1 hora hasta máximo 2 horas y en los horarios que indique la Dirección del Centro de Convivencia Familiar Supervisada, de acuerdo con la disponibilidad.

3. La o el Facilitador, es decir, el Personal Operativo especialista en Trabajo Social y Psicología, a través de la observación y retroalimentación de resultados, auxiliará a la familia a alcanzar el objetivo de la fase.

4. De conformidad a la demanda del servicio, se asignará de manera simultánea a cada Facilitador de 1 a 3 familias.

5. Cuando por cuestiones de salud o desconocimiento las y los usuarios no puedan escribir, el personal de la Dirección del Centro de Convivencia Familiar Supervisada, los apoyará en su presencia, con el registro necesario y se les pedirá que coloquen su huella digital en caso de no saber firmar.

6. En caso de que la o el Responsable Custodio o la o el Responsable Conviviente no se presente a la Convivencia de Reencuentro, la o el Facilitador esperará 10 minutos, una vez transcurridos se le pedirá que se retire del lugar, debido a que no se podrá llevar a cabo la Convivencia.

7. El acceso a las instalaciones se dará mediante Sistema Biométrico, si existe falla en el mismo, se solicitará alguna de las siguientes identificaciones vigentes: Credencial del INE, Pasaporte\ Cédula Profesional con fotografía o Cartilla Militar y en caso de extranjeros, cualquier identificación expedida por el Instituto Nacional de Migración.

8. En el supuesto de que no se porte alguna de las identificaciones y se encuentren la o el Responsable Conviviente y la o el Responsable Custodio o la o el Tercero Emergente, se dará el servicio correspondiente, al existir un reconocimiento de uno de estos sobre el que no presente su identificación.

9. La o el Responsable Custodio o la o el Tercero Emergente, necesariamente deberá entregar a la niña, niño o adolescente a la o el Conviviente para el inicio de su convivencia y por ningún motivo, podrán dejarlo a cargo de la o el Facilitador o el personal adscrito de la Dirección del Centro de Convivencia Familiar Supervisada, respetando en todo momento los horarios establecidos.

10. Si el Personal de Seguridad que apoya a la Dirección del Centro de Convivencia Familiar Supervisada percibe indicios de que alguno de las o los usuarios presenta aliento alcohólico, se les negará el acceso a las instalaciones y se informará a la o el Operador de Justicia a través de Nota Informativa.

11. En caso de que la o el Responsable Conviviente, la niña, niño y/o adolescente, sufra alguna lesión o complicación de salud, la o el Facilitador y/o Autoridades de la Dirección del Centro de Convivencia Familiar Supervisada, solicitarán de inmediato, apoyo del médico adscrito o del Personal de Seguridad para el llamado de los servicios de emergencia.

12. Al término del horario de la Convivencia de Reencuentro, la o el Responsable Conviviente deberá permanecer en el lugar, hasta que se presente a recoger a la niña, niño o adolescente la o el Responsable Custodio o la o el Tercero Emergente.

13. La o el facilitador, durante las intervenciones que se realicen en la Convivencia de Reencuentro, se auxiliará de medios tecnológicos que se tengan a disposición y podrán utilizar dichos recursos de manera parcial, únicamente con el objetivo de promover el aprendizaje y/o mejora de habilidades, de comunicación y confianza en la o el Responsable Conviviente con su (s) hijos (as).

14. La o el Facilitador brindará retroalimentación a la o el Responsable Conviviente y/o la o el Responsable Custodio, con el objeto de mejorar la interacción parento-filial o coparental, ya sea al término del encuentro o mediante cita.

15. La o el Facilitador realizará observación de la interacción parento-flilial al interior de las salas lúdicas, pudiendo auxiliarse de prestadores(as) de servicio social y/o prestadores(as) de prácticas profesionales.

16. En caso de ser necesario, se solicitará mediante escrito a la o el Operador de Justicia, la autorización para que la o el Facilitador asignado realice revisión del expediente judicial.

17. La o el Facilitador a cargo de la convivencia, utilizará como opción para poder constituir en ciertos casos, los informes enviados a la o el Operador de Justicia, métodos clínicos propios de su perfil profesional, con el objetivo de identificar y advertir rasgos o indicadores de los o las Responsables Custodios y/o las o los Responsables Convivientes, que pongan en riesgo el desarrollo psicosocioemocional de las niñas, niños y/o adolescentes.

18. Si la o el Responsable Custodio o la o el Tercero Emergente no se presenta a recoger a la niña, niño y/o adolescente al término del horario de la Convivencia de Reencuentro, se localizará vía telefónica a la o el Responsable Custodio o la o el Tercero Emergente.

19. Si no se localiza a la o el Responsable Custodio o la o el Tercero Emergente, se pondrá a disposición de la o el Responsable Conviviente el servicio de la Policía Auxiliar de la Ciudad de México para que lo trasladen junto con la niña, niño y adolescente a la Agencia del Ministerio Público, lo que se hará del conocimiento de la o el Operador de Justicia a través de Nota Informativa.

20. Se remitirá a la o el Operador de Justicia Nota Informativa y/o Acta de Hechos en el término de 5 días hábiles, para hacer de su conocimiento hechos relevantes acontecidos durante la convivencia familiar.

21. La o el Operador de Justicia recibirá un informe mensual por escrito, en el que se le dará a conocer el análisis de la interacción familiar y/o las recomendaciones sugeridas por la o el Facilitador, mismo que se enviará en un término de 15 días hábiles.

22. Al término de los 3 meses de la Fase I, la o el Facilitador emitirá un Informe de Redirección con el análisis de la dinámica familiar para transitar a una nueva Fase, mismo que deberá ser acompañado del documento denominado “Compromiso Coparental”.

23. Si se advierte en un período de 1 mes, que la o el Responsable Custodio o la o el Responsable Conviviente no han contribuido para alcanzar el objetivo de la Fase I y lograr la revinculación familiar, o se detecte negativa de la niña, niño y adolescente para convivir, la o el Facilitador emitirá un Informe de Redirección con análisis de la interacción familiar y hará la recomendación de Baja Administrativa, mismo que se enviará en un término de 15 días hábiles a la o el Operador de Justicia.

24. Al inicio y al finalizar la Fase I, se aplicará la encuesta de entrada y salida a la o el Responsable Custodio, a la o el Responsable Conviviente y a la niña, niño y/o adolescente.

25. Se informará por oficio las inasistencias de la o el Responsable Custodio, de la o el Responsable Conviviente y de la niña, niño y/o adolescente, para efecto de que la o el Operador de Justicia autorice la Baja Administrativa.

26. La o el Responsable Custodio y la o el Responsable Conviviente que recibirán el servicio a través de una distinta Fase del Programa, deberán firmar el documento denominado Compromisos Coparentales, el cual se anexará al Informe de Redirección.

27. Las inscripciones de las y los usuarios a los Talleres Psicoeducativos estarán a cargo de la o el Facilitador que acompaña la convivencia y se realizará al inicio de la Fase I.

28. La o el Facilitador desarrollará Pláticas Reencuentros con la o el Responsable Custodio y la o el Responsable Conviviente, las cuales podrán realizarse el número de veces necesario para la consecución de acuerdos coparentales para el cumplimiento del régimen de Visitas y Convivencias.

29. En caso de que la niña, niño y/o adolescente manifestara estar indispuesto(a) para llevar a cabo el encuentro, la o el facilitador indagará la razón de su malestar y de ser necesario, si se cuenta con el personal médico asignado al Centro, lo remitirá con dicho personal.

30. En caso de que las o los usuarios puedan continuar a la siguiente Fase del Programa, personal de la Dirección del Centro de Convivencia Familiar Supervisada, hará del conocimiento de las y los usuarios la disponibilidad para determinar los días y horarios para la Convivencia Asistida y se incluirán en el informe que será remitido a la o el Operador de Justicia, para que de manera inmediata se dé continuidad a los encuentros.

31. De presentarse algún caso en el cual lo o el Responsable Custodio y/o la o el Responsable Conviviente, muestren algún tipo de discapacidad (auditiva, visual, motriz, intelectual u otras), que hablen otro idioma o dialecto que impida establecer la comunicación directa con ellos, se solicitará el apoyo especializado correspondiente.

No.	Área.	Descripción de la actividad.	Documentos y/o sistemas de apoyo.
1	Subdirección del CECOFAM Niños Héroes / Subdirección del CECOFAM Plaza Juárez (Personal administrativo)	Entrega el Informe de Entrevista Diagnóstica o Informe de Redirección, en el cual indica que deberá integrar a las y los usuarios a la Fase I del Programa al personal administrativo de la Jefatura de Unidad Departamental de Gestión Administrativa del Programa de Revinculación Familiar.	
2	Jefatura de Unidad Departamental de Gestión Administrativa del Programa de Revinculación Familiar (Personal administrativo)	Recibe el Informe de Entrevista Diagnóstica o Informe de Redirección, programa la Convivencia de Reencuentro y entrega Listado de Asignación y Formato de Asistencia Mensual de Convivencia de Reencuentro a la o el Facilitador.	• Sistema
3 4 5 6	Subdirección del CECOFAM Niños Héroes (La o el Facilitador)	Recibe Listado de Asignación y Formato de Asistencia Mensual de Convivencia de Reencuentro. Espera a la o el Responsable Custodio y a la o el Responsable Conviviente para la Convivencia de Reencuentro. **¿Asisten ambos Responsables?** **No.** Continúa en la actividad no. 5 **Sí.** Continúa en la actividad no. 6 Informa a la o el Responsable Custodio o la o el Responsable Conviviente que no se podrá llevar a cabo la Convivencia de Reencuentro y solicita se retire. (Continúa en la actividad no. 30) Recibe a la o el Responsable Custodio y la o el Responsable Conviviente para realizar la Convivencia de Reencuentro, solicita coloque su huella en el lector biométrico, número de registro y/o su identificación.	

No.	Área.	Descripción de la actividad.	Documentos y/o sistemas de apoyo.
7	La o el Responsable Custodio y/o la o el Responsable Conviviente	Coloca su huella en el lector biométrico o indica su número de registro y presenta su identificación.	• Sistema
8 9	Subdirección del CECOFAM Niños Héroes (La o el Facilitador)	Verifica si la o el Responsable Custodio acompañado de la Niña, Niño o Adolescente y/o la o el Responsable Conviviente pueden ingresar a las instalaciones y les permite el acceso. Entrega a la o el Responsable Custodio y/o a la o el Responsable Conviviente, Formato de Asistencia Mensual de Convivencia de Reencuentro.	• Sistema
10	La o el Responsable Custodio y/o la o el Responsable Conviviente	Recibe, requisita el Formato de Asistencia Mensual de Convivencia de Reencuentro y devuelve a la o el Facilitador.	• Formato CECOFAM-CR-01
11 12 13 14 15	Subdirección del CECOFAM Niños Héroes (La o el Facilitador)	Recibe y revisa que el Formato de Asistencia Mensual de Reencuentro esté debidamente requisitado. Entrega a la o el Responsable Conviviente un gafete denominado “Usuario en Convivencia”. Verifica en el Formato de Asistencia Mensual de Convivencia de Reencuentro los términos en los que se debe llevar a cabo la Convivencia. Observa la interacción inicial de la o el Responsable Custodio, la o el Responsable Conviviente y Niña, Niño y/o Adolescente. Solicita a la o el Responsable Custodio se retire del lugar.	

No.	Área.	Descripción de la actividad.	Documentos y/o sistemas de apoyo.
16	La o el Responsable Custodio	Registra en el lector biométrico su huella digital y se retira de las instalaciones.	Sistema
17 18 19	Subdirección del CECOFAM Niños Héroes (La o el Facilitador)	Observa e interviene en los encuentros que se realicen entre la o el Responsable Conviviente, Niña, Niño y/o Adolescente, dando retroalimentación en tiempo real y posterior al encuentro, sobre estrategias de comunicación y habilidades específicas de interacción, con el objetivo de fortalecer la vinculación. Finaliza la Convivencia de Reencuentro y realiza breve retroalimentación a la o el Responsable Conviviente sobre las áreas de oportunidad para mejorar la interacción parento-filial. Acude en compañía de la o el Responsable Conviviente, la Niña, Niño y/o Adolescente, para su entrega a la o el Responsable Custodio.	
20	La o el Responsable Custodio	Reingresa a las instalaciones, realiza registro en el lector biométrico y recibe a la Niña, Niño y/o Adolescente.	• Sistema
21 22	Subdirección del CECOFAM Niños Héroes (La o el Facilitador)	Realiza una breve retroalimentación con la o el Responsable Custodio, sobre lo acontecido en el transcurso de la convivencia respecto de la Niña, Niño y/o Adolescente, o de alguna situación durante el desarrollo de la convivencia. Entrega a la o el Responsable Custodio y la o el Responsable Conviviente el Formato de Asistencia Mensual de Convivencia de Reencuentro.	

No.	Área.	Descripción de la actividad.	Documentos y/o sistemas de apoyo.
23	La o el Responsable Custodio y/o la o el Responsable Conviviente	Recibe, requisita el Formato de Asistencia Mensual de Convivencia de Reencuentro y devuelve a la o el Facilitador.	• Formato CECOFAM-CR-01
24	Subdirección del CECOFAM Niños Héroes (Facilitador)	Recibe Formato de Asistencia Mensual y entrega pase de salida y a la Niña, Niño y/o Adolescente a la o el Responsable Custodio.	
25	La o el Responsable Custodio	Recibe pase de salida y a la Niña, Niño y/o Adolescente.	
26	La o el Responsable Conviviente	Entrega el gafete denominado “Usuario en Convivencia”.	
27 28	Subdirección del CECOFAM Niños Héroes (Facilitador)	Recibe gafete denominado “Usuario en Convivencia”. Solicita a la o el Responsable Custodio y a la o el Responsable Conviviente se retire del lugar.	
29	La o el Responsable Custodio y/o la o el Responsable Conviviente	Registra en el lector biométrico su huella digital y se retira del inmueble. (Conecta con el fin del procedimiento)	• Sistema
30 31	Subdirección del CECOFAM Niños Héroes (La o el Facilitador)	Actualiza en el Sistema el estatus de la asistencia o inasistencia de las o los Responsables Custodios y las o los Responsables Convivientes. Entrega Formato de Asistencia Mensual al personal administrativo de la Jefatura de Unidad Departamental de Gestión Administrativa del Programa de Revinculación Familiar. (Continua en la actividad no. 32 y 38)	• Sistema

No.	Área.	Descripción de la actividad.	Documentos y/o sistemas de apoyo.
32	Subdirección del CECOFAM Niños Héroes (La o el Facilitador)	Elabora Informe Mensual o Informe de Redirección y entrega a la Subdirección del CECOFAM Niños Héroes, para su revisión.	• Formatos CECOFAM-CR-02 CECOFAM-CR-03
33	Subdirección del CECOFAM Niños Héroes	Recibe, revisa, firma el Informe Mensual o Informe de Redirección y entrega al personal administrativo de la Jefatura de Unidad Departamental de Gestión Administrativa del Programa de Revinculación Familiar, para su envío.	
34	Jefatura de Unidad Departamental de Gestión Administrativa del Programa de Revinculación Familiar (Personal administrativo)	Recibe, elabora el oficio de envío del Informe Mensual o Informe de Redirección y entrega a la Subdirección del CECOFAM Niños Héroes, para su firma.	• Sistema • Oficio
35	Subdirección del CECOFAM Niños Héroes	Recibe, revisa, firma el oficio de envío y devuelve al personal administrativo de la Jefatura de Unidad Departamental de Gestión Administrativa del Programa de Revinculación Familiar, para su envío al Órgano Jurisdiccional.	
36	Jefatura de Unidad Departamental de Gestión Administrativa del Programa de Revinculación Familiar (Personal administrativo)	Recibe y envía el oficio e Informe Mensual o Informe de Redirección al Órgano Jurisdiccional.	
37	Órgano Jurisdiccional (Oficialía de partes)	Recibe, acusa y devuelve el oficio e Informe Mensual o Informe de Redirección al personal administrativo de la Jefatura de Unidad Departamental de Gestión Administrativa del Programa de Revinculación Familiar.	

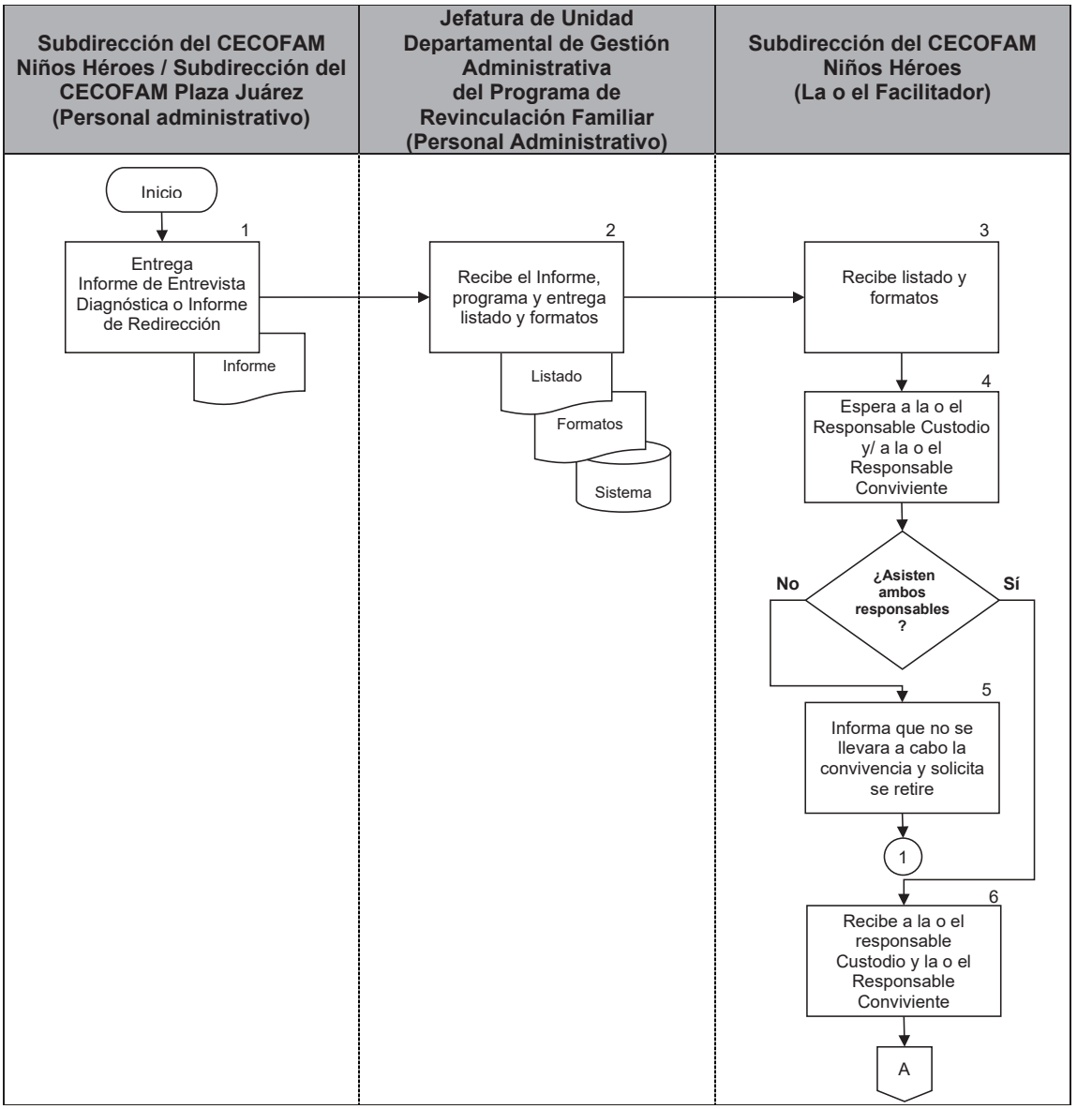
No.	Área.	Descripción de la actividad.	Documentos y/o sistemas de apoyo.
38	Jefatura de Unidad Departamental de Gestión Administrativa del Programa de Revinculación Familiar (Personal administrativo)	Recibe y archiva en el expediente el acuse del oficio e Informe Mensual o Informe de Redirección y el Formato de Asistencia Mensual.	• Expediente
39		Guarda expediente de la Fase I hasta que concluya su periodo de archivo en trámite.	
40		Envía expediente al Archivo Judicial.	

FIN DEL PROCEDIMIENTO

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

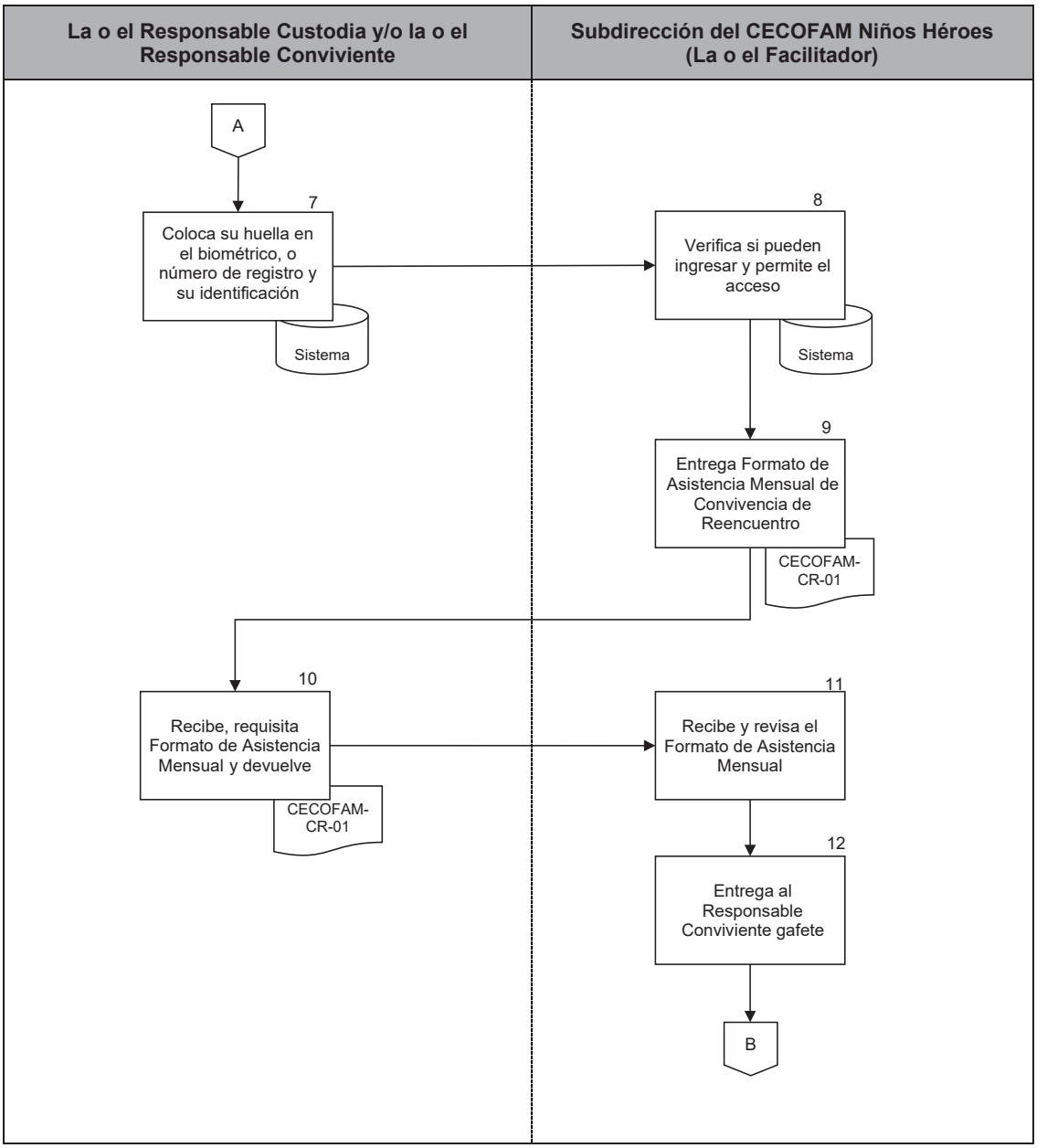
PROCEDIMIENTOS



PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

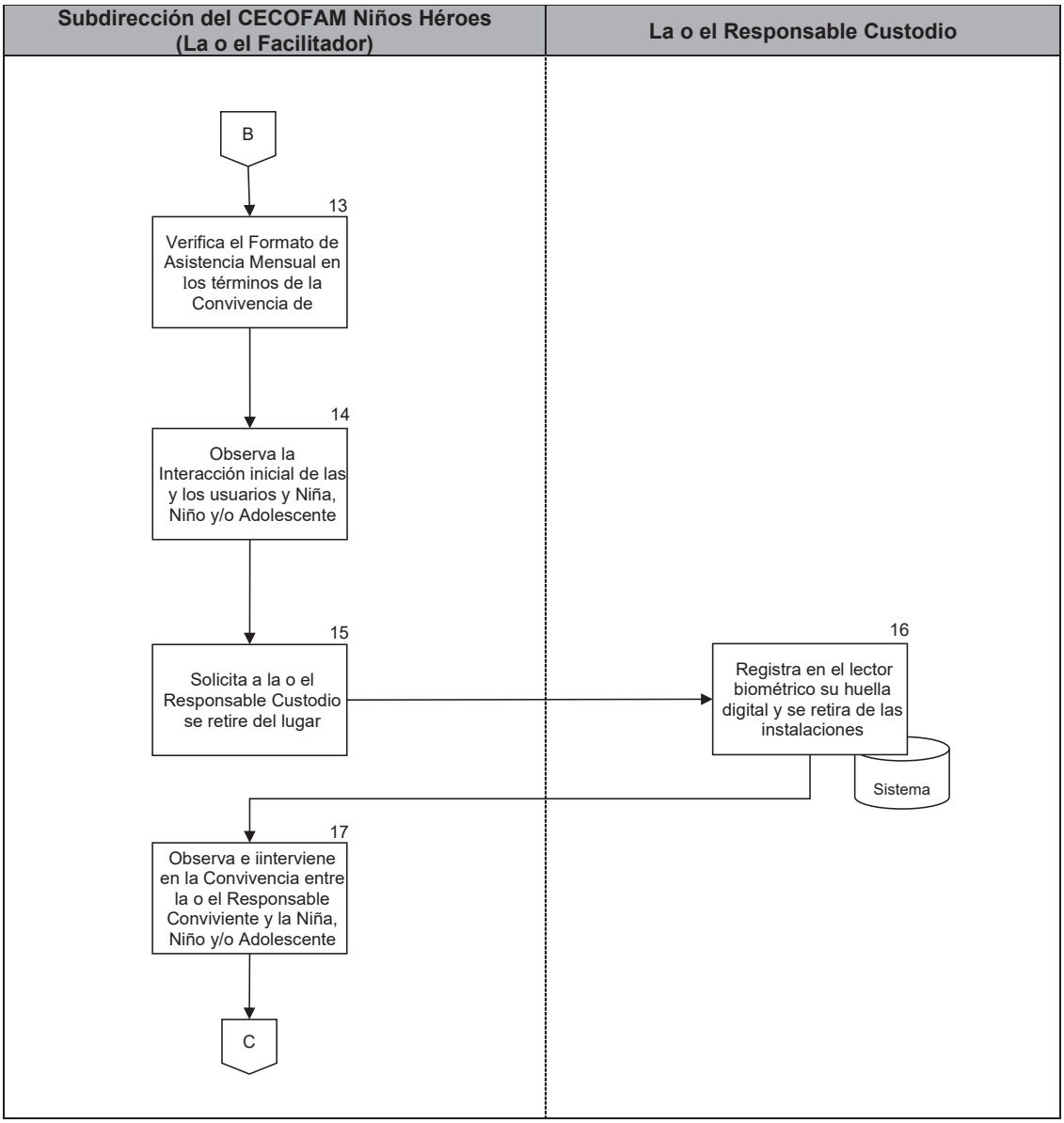
PROCEDIMIENTOS



PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

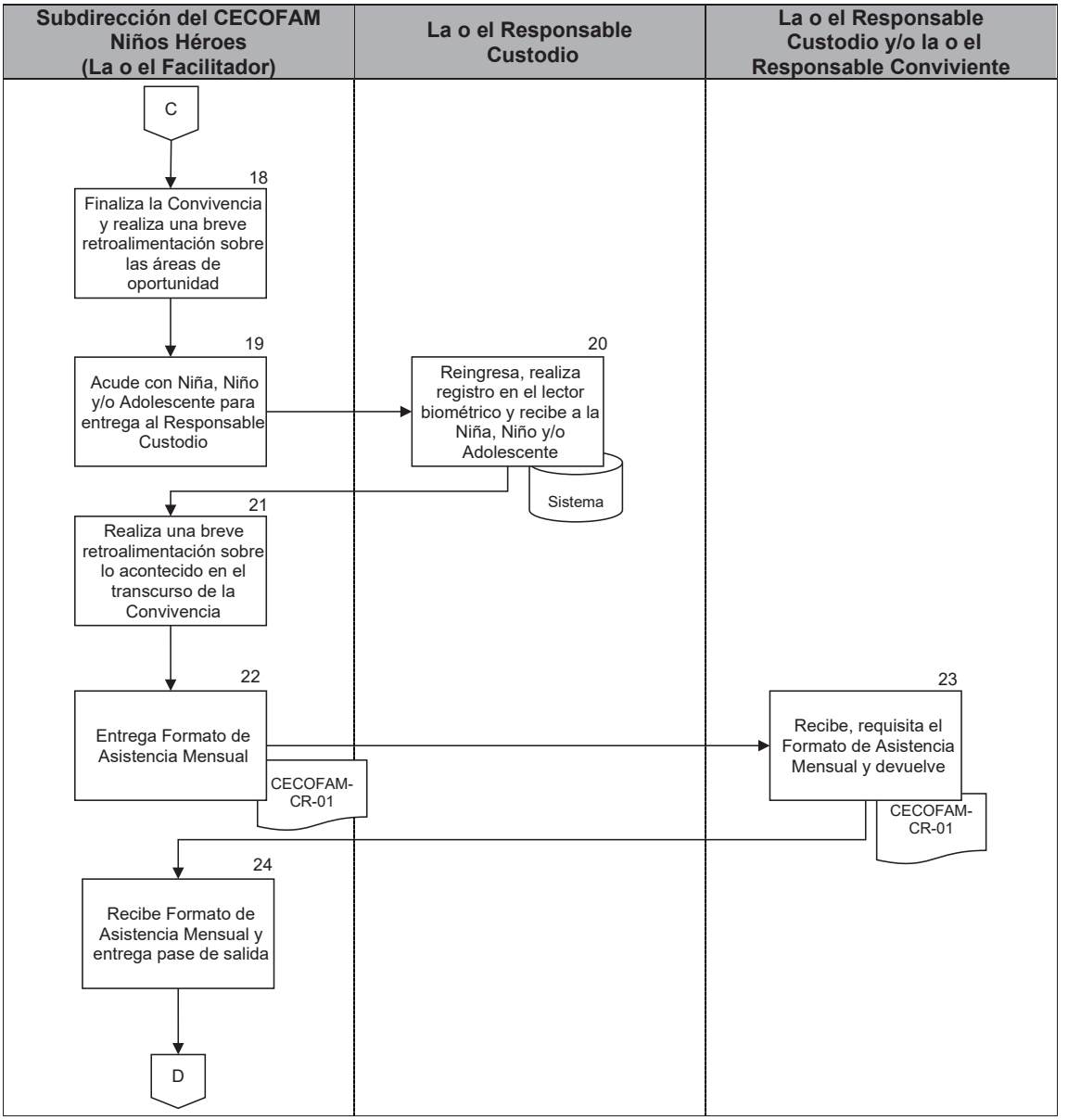
PROCEDIMIENTOS



PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

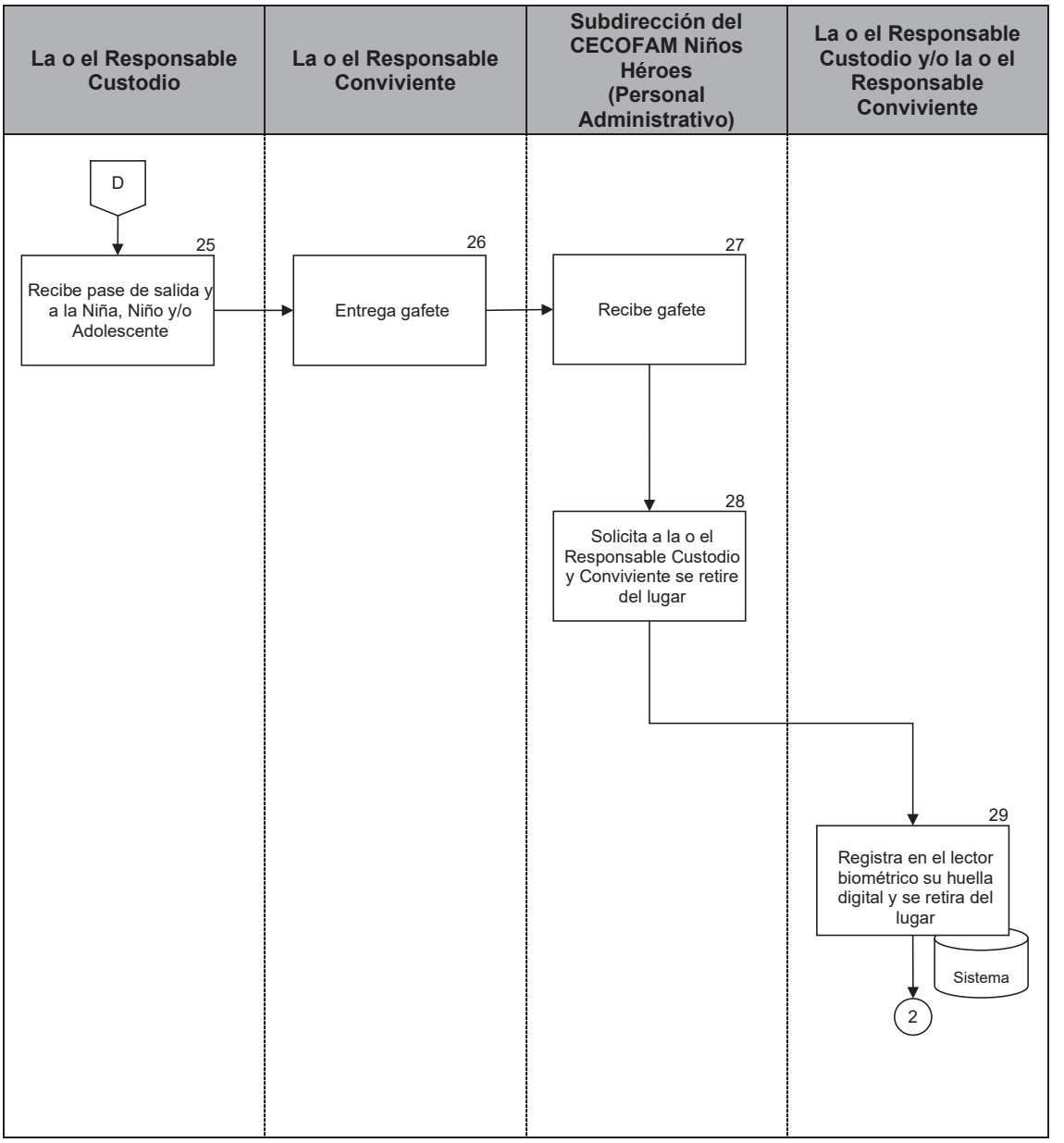
PROCEDIMIENTOS



PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

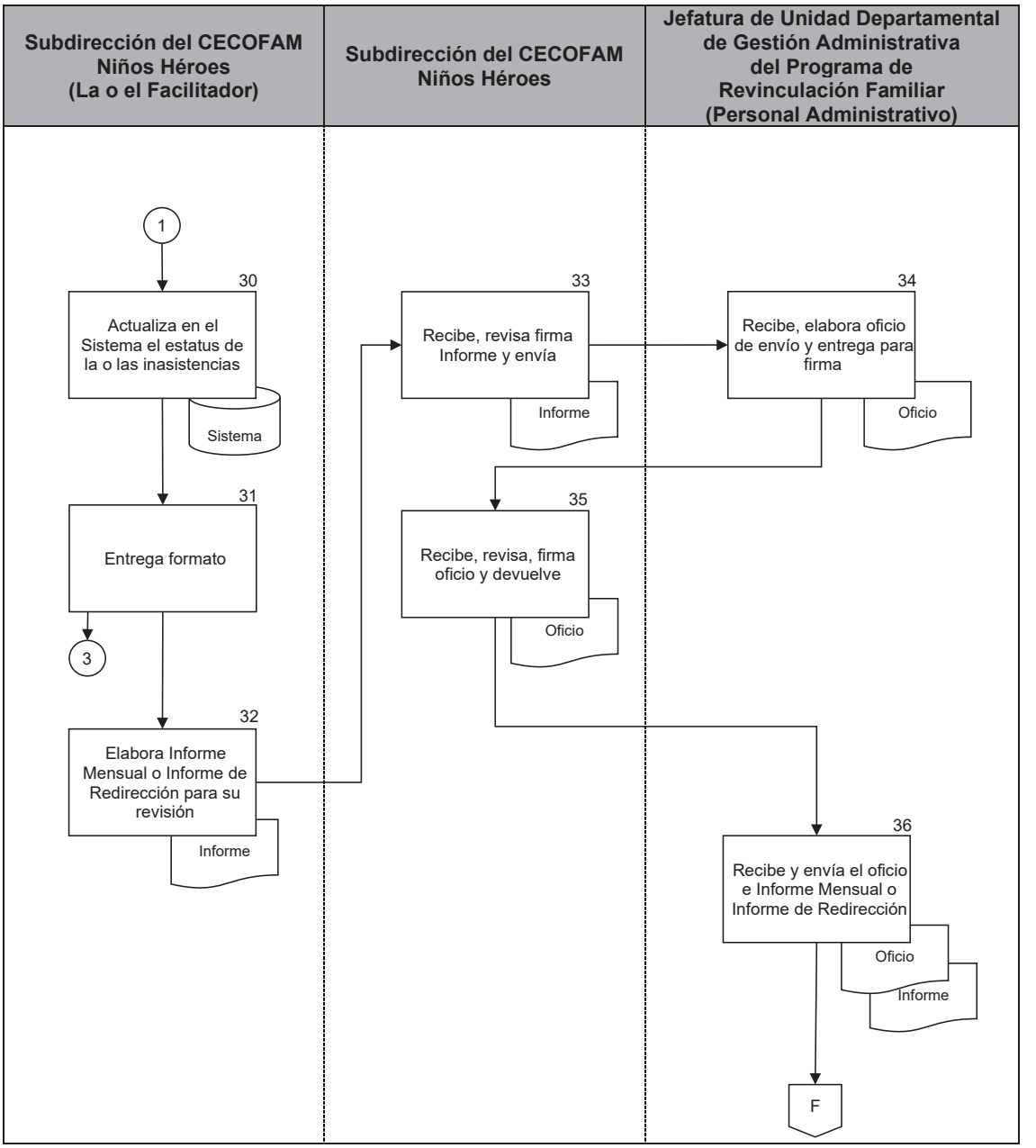
PROCEDIMIENTOS



PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

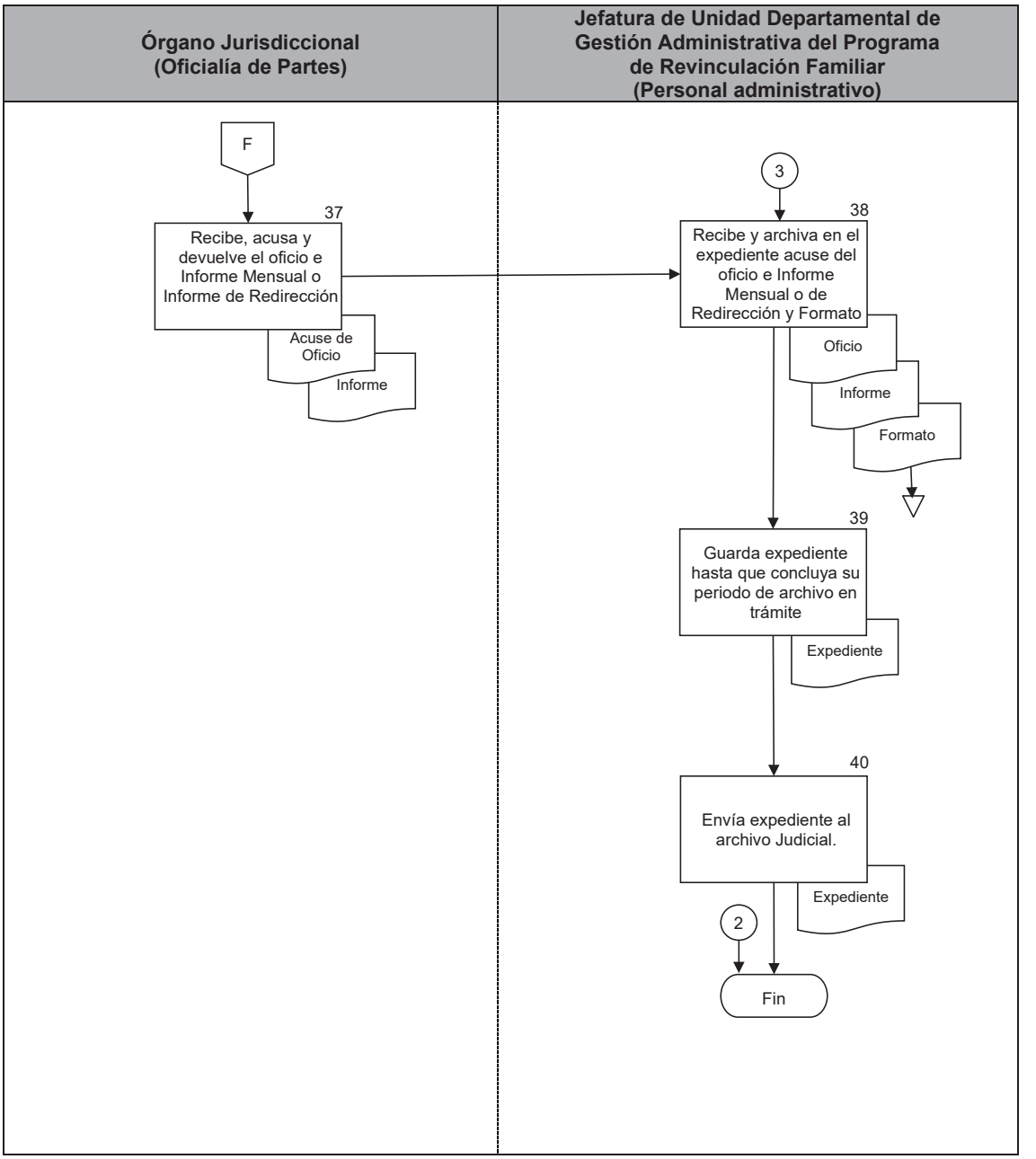
PROCEDIMIENTOS



PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

PROCEDIMIENTOS



PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

Área: Centro de Convivencia Familiar Supervisada.

FORMATO DE ASISTENCIA MENSUAL.
CONVIVENCIA DE REENCUENTRO.

DATOS GENERALES:			
Sala o Juzgado:		Registro:	
Secretaria:		Reporte:	
Expediente o Toca:		Horario:	
Juicio:		Facilitador Asignado:	
NIÑA(S), NIÑO(S) O ADOLESCENTE(S):			
COMENTARIOS:			

FECHA DE CONVIVENCIA							
RESPONSABLE CUSTODIO				RESPONSABLE CONVIVIENTE			
Nombre:				Nombre:			
Firma:				Firma:			
Hora Inicio:		Hora Fin:		Hora Inicio:		Hora Fin:	
FACILITADOR:							
Nombre:				Firma:			

FECHA DE CONVIVENCIA							
RESPONSABLE CUSTODIO				RESPONSABLE CONVIVIENTE			
Nombre:				Nombre:			
Firma:				Firma:			
Hora Inicio:		Hora Fin:		Hora Inicio:		Hora Fin:	
FACILITADOR:							
Nombre:				Firma:			

CECOFAM-CR-01

1

Nota: La información es Confidencial y está Protegida por la "Ley de Protección de Datos en Posesión de Sujetos Obligados en la Ciudad de México."

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

Área: Centro de Convivencia Familiar Supervisada.

FECHA DE CONVIVENCIA							
RESPONSABLE CUSTODIO				RESPONSABLE CONVIVIENTE			
Nombre:				Nombre:			
Firma:				Firma:			
Hora Inicio:		Hora Fin:		Hora Inicio:		Hora Fin:	
FACILITADOR:							
Nombre:				Firma:			

FECHA DE CONVIVENCIA							
RESPONSABLE CUSTODIO				RESPONSABLE CONVIVIENTE			
Nombre:				Nombre:			
Firma:				Firma:			
Hora Inicio:		Hora Fin:		Hora Inicio:		Hora Fin:	
FACILITADOR:							
Nombre:				Firma:			

CECOFAM-CR-01

2

Nota: La información es Confidencial y está Protegida por la "Ley de Protección de Datos en Posesión de Sujetos Obligados en la Ciudad de México."

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

Área: Centro de Convivencia Familiar Supervisada.

FORMATO DE ASISTENCIA MENSUAL.
CONVIVENCIA DE REENCUENTRO.

DATOS GENERALES:			
Sala o Juzgado:	(1)	Registro:	REG- (5)
Secretaria:	(2)	Reporte:	(6)
Expediente o Toca:	(3)	Horario:	(7)
Juicio:	(4)	Facilitador Asignado:	(8)
NIÑA(S), NIÑO(S) O ADOLESCENTE(S):			
(9)			
COMENTARIOS:			
(10)			

FECHA DE CONVIVENCIA	(11)						
RESPONSABLE CUSTODIO				RESPONSABLE CONVIVIENTE			
Nombre:				Nombre:			
(12)				(16)			
Firma:	(13)			Firma:	(17)		
Hora Inicio:	(14)	Hora Fin:	(15)	Hora Inicio:	(18)	Hora Fin:	(19)
FACILITADOR:							
Nombre:	(20)			Firma:	(21)		

FECHA DE CONVIVENCIA	(11)						
RESPONSABLE CUSTODIO				RESPONSABLE CONVIVIENTE			
Nombre:				Nombre:			
(12)				(16)			
Firma:	(13)			Firma:	(17)		
Hora Inicio:	(14)	Hora Fin:	(15)	Hora Inicio:	(18)	Hora Fin:	(19)
FACILITADOR:							
Nombre:	(20)			Firma:	(21)		

CECOFAM-CR-01

1

Nota: La información es Confidencial y está Protegida por la "Ley de Protección de Datos en Posesión de Sujetos Obligados en la Ciudad de México."

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

Área: Centro de Convivencia Familiar Supervisada.

FECHA DE CONVIVENCIA				(11)			
RESPONSABLE CUSTODIO				RESPONSABLE CONVIVIENTE			
Nombre:				Nombre:			
(12)				(16)			
Firma:	(13)			Firma:	(17)		
Hora Inicio:	(14)	Hora Fin:	(15)	Hora Inicio:	(18)	Hora Fin:	(19)
FACILITADOR:							
Nombre:	(20)			Firma:	(21)		

FECHA DE CONVIVENCIA				(11)			
RESPONSABLE CUSTODIO				RESPONSABLE CONVIVIENTE			
Nombre:				Nombre:			
(12)				(16)			
Firma:	(13)			Firma:	(17)		
Hora Inicio:	(14)	Hora Fin:	(15)	Hora Inicio:	(18)	Hora Fin:	(19)
FACILITADOR:							
Nombre:	(20)			Firma:	(21)		

CECOFAM-CR-01

2

Nota: La información es Confidencial y está Protegida por la "Ley de Protección de Datos en Posesión de Sujetos Obligados en la Ciudad de México."

DESCRIPCIÓN DEL FORMATO

Nombre:	**FORMATO DE ASISTENCIA MENSUAL CONVIVENCIA DE REENCUENTRO**
Clave:	**CECOFAM-CR-01**
Objetivo:	Controlar asistencia de los participantes en la Convivencia de Reencuentro, constancia de asistencia de los mismos.
Elabora:	Centro de Convivencia Familiar Supervisada
Número de tantos:	Original
Distribución:	Original. - Archivo del Centro de Convivencia Familiar Supervisada

INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
1	SALA O JUZGADO	El número de Sala o Juzgado del cual proviene la Convivencia de Reencuentro, automáticamente el sistema proporciona el número.
2	SECRETARIA	El número de la Secretaría, automáticamente el sistema proporciona la letra.
3	EXPEDIENTE O TOCA	El número de toca en caso de que la Convivencia de Reencuentro haya sido ordenada por una Sala. Si procede de un Juzgado se anota el número de expediente, automáticamente el sistema lo proporciona.
4	JUICIO	El tipo de Juicio, automáticamente el sistema proporciona el tipo de Juicio.
5	REGISTRO	El número de Registro, automáticamente el sistema proporciona el número
6	REPORTE	El número de reporte, automáticamente el sistema proporciona el número
7	HORARIO	El día y horario de la Convivencia de Reencuentro, automáticamente el sistema proporciona la información.
8	FACILITADOR ASIGNADO	El nombre de la o el Facilitador, automáticamente el sistema proporciona el nombre en caso de haber sido asignado con anterioridad.

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
9	NIÑA(S), NIÑO(S) O ADOLESCENTE(S)	El nombre de las niñas(s), niño(s) o adolescente(s), que participaran en la Convivencia de Reencuentro, automáticamente el sistema proporciona sus nombres.
10	COMENTARIOS	Los cometarios o las observaciones que el Órgano Jurisdiccional haya realizado en el registro específico, automáticamente el sistema proporciona la información previamente cargada.
11	FECHA DE CONVIVENCIA	La fecha programada para la realización de la Convivencia de Reencuentro, automáticamente el sistema proporciona la fecha.
12	RESPONSABLE CUSTODIO NOMBRE	El nombre del Responsable Custodio, automáticamente el sistema proporciona el nombre.
13	RESPONSABLE CUSTODIO FIRMA	La firma del Responsable Custodio.
14	RESPONSABLE CUSTODIO HORA INICIO	La hora en la que inicia la Convivencia de Reencuentro
15	RESPONSABLE CUSTODIO HORA FIN	La hora en la que termina la Convivencia de Reencuentro
16	RESPONSABLE CONVIVIENTE NOMBRE	El nombre del Conviviente, automáticamente el sistema proporciona el nombre.
17	RESPONSABLE CONVIVIENTE FIRMA	La firma del Conviviente.

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
18	RESPONSABLE CONVIVIENTE HORA INICIO	La hora en la que inicia la Convivencia de Reencuentro
19	RESPONSABLE CONVIVIENTE HORA FIN	La hora en la que termina la Convivencia de Reencuentro
20	FACILITADOR NOMBRE	El nombre la o el Facilitador que supervise la Convivencia de Reencuentro
21	FACILITADOR FIRMA	La firma la o el Facilitador que supervise la Convivencia de Reencuentro

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA PJCDMX

Área: CECOFAM "Revinculación Familiar"

INFORME MENSUAL
CONVIVENCIA DE REENCUENTRO.

Autoridad Ordenadora:	
No. de Expediente Judicial:	
Registro:	

Tipo de juicio:	
Responsable Custodio:	
Conviviente:	
Nombre (s) de la niña(s), niño(s) o adolescente (s); edad(es):	

METODOLOGÍA.

PERÍODO DE INTEVENCIÓN.
Fecha uno
Fecha dos
Fecha tres
Fecha cuatro

ANTECEDENTES.

DESARROLLO DE LA INTERVENCIÓN.	
HABILIDADES DE CRIANZA PRESENTES EN EL CONVIVIENTE	
INTERACCIÓN ENTRE EL CONVIVIENTE Y EL (LOS) NIÑO (S), NIÑA (S) Y/O ADOLESCENTE(S)	

Nota: Esta información es confidencial y está protegida por la "Ley de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados de la Ciudad de México"

CECOFAM-CR-02

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA PJCDMX

Área: CECOFAM "Revinculación Familiar"

COMUNICACIÓN ENTRE LA PERSONA RESPONSABLE Y EL CONVIVIENTE	

CONCLUSIONES.

REFERENCIAS.

Nota: Los datos presentados son el resultado de la observación y análisis del comportamiento y la conducta mostrada por los involucrados en las fechas señaladas, por lo que dichos datos corresponden únicamente al tiempo de las convivencias marcadas en el mismo.

Ciudad de México, a de .

ATENTAMENTE.

Licenciado (a) en
Cédula Profesional.

Nota: Esta información es confidencial y está protegida por la "Ley de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados de la Ciudad de México"

CECOFAM-CR-02

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA PJCDMX

Área: CECOFAM "Revinculación Familiar"

INFORME MENSUAL
CONVIVENCIA DE REENCUENTRO.

Autoridad Ordenadora:	(1)
No. de Expediente Judicial:	(2)
Registro:	(3)

Tipo de juicio:	(4)
Responsable Custodio:	(5)
Conviviente:	(6)
Nombre (s) de la niña(s), niño(s) o adolescente (s); edad(es):	(7)

METODOLOGÍA. (8)

PERÍODO DE INTEVENCIÓN. (9)
Fecha uno
Fecha dos
Fecha tres
Fecha cuatro

ANTECEDENTES. (10)

DESARROLLO DE LA INTERVENCIÓN.	
HABILIDADES DE CRIANZA PRESENTES EN EL CONVIVIENTE	**(11)**
INTERACCIÓN ENTRE EL CONVIVIENTE Y EL (LOS) NIÑO (S), NIÑA (S) Y/O ADOLESCENTE(S)	**(12)**

Nota: Esta información es confidencial y está protegida por la "Ley de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados de la Ciudad de México"

CECOFAM-CR-02

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA PJCDMX

Área: CECOFAM "Revinculación Familiar"

COMUNICACIÓN ENTRE LA PERSONA RESPONSABLE Y EL CONVIVIENTE	**(13)**

CONCLUSIONES.
(14)

REFERENCIAS.
(15)

Nota: Los datos presentados son el resultado de la observación y análisis del comportamiento y la conducta mostrada por los involucrados en las fechas señaladas, por lo que dichos datos corresponden únicamente al tiempo de las convivencias marcadas en el mismo.

Ciudad de México, a de (16) .

ATENTAMENTE.

(17)

Licenciado (a) en (18)
Cédula Profesional.

Nota: Esta información es confidencial y está protegida por la "Ley de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados de la Ciudad de México"

CECOFAM-CR-02

DESCRIPCIÓN DEL FORMATO

Nombre:	**INFORME MENSUAL** **CONVIVENCIA DE RENCUENTRO**
Clave:	**CECOFAM-CR-02**
Objetivo:	Informar al Operador de Justicia los avances, retrocesos y limitantes en la interacción parento-filial y coparental, en el lapso de un mes.
Elabora:	Centro de Convivencia Familiar Supervisada
Número de tantos:	Dos Originales
Distribución:	Original. - Archivo del Centro de Convivencia Familiar Supervisada Original.- Operador de Justicia

INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
1	AUTORIDAD ORDENADORA	El número de Sala o Juzgado del cual proviene la Convivencia Asistida, automáticamente el sistema proporciona el número.
2	NO. DE EXPEDIENTE JUDICIAL	El número de toca o el número de expediente.
3	REGISTRO	El número de Registro de Convivencia de Rencuentro.
4	TIPO DE JUICIO	Es el tipo de controversia promovida por el Responsable Custodio o el Responsable Conviviente ante el juzgado de origen.
5	RESPONSABLE CUSTODIO	El nombre del Responsable Custodio.
6	CONVIVIENTE	El nombre del Responsable Conviviente.
7	NOMBRE (S) DE LA NIÑA(S), NIÑO(S) O ADOLESCENTE (S); EDAD(ES)	El nombre de las niña(s), niño(s) y/o adolescente(s), que participaran en la Convivencia de Rencuentro, automáticamente el sistema imprime sus nombres.
8	METODOLOGÍA	Las Observaciones de la interacción de la dinámica parento-filial y/o familiar, la Retroalimentación in vivo, Intervención para la implementación de estrategias que permitan el fortalecimiento y/o establecimiento de la vinculación parental y/o familiar, Psicoeducación a convivientes y responsables

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
		custodios, Psicoeducación a niño(s), niña(s) y /o adolescente(s).
9	PERIODO DE INTERVENCIÓN	Fechas en las que se realizaron las Convivencias de Rencuentro.
10	ANTECEDENTES	Resumen de la información previa del caso (Informe de Entrevista Diagnóstica) o Las conclusiones del informe mensual anterior.
11	HABILIDADES DE CRIANZA PRESENTES EN EL CONVIVIENTE	Guía para la observación de convivencias para la Re-vinculación, Intervenciones específicas realizadas para mejorar las habilidades.
12	INTERACCIÓN ENTRE EL CONVIVIENTE Y EL (LOS) NIÑO (S), NIÑA (S) Y/O ADOLESCENTE(S)	Actitudes, conductas y calidad de comunicación durante los encuentros realizados.
13	COMUNICACIÓN ENTRE LA PERSONA RESPONSABLE Y EL CONVIVIENTE	Calidad y tipo de comunicación entre las partes involucradas en el juicio, Actitudes y conductas realizadas, Acciones realizadas para mejorar o fortalecer la comunicación.
14	CONCLUSIONES	Gráficas, efectos de la intervención realizada (los posibles avances o retrocesos en el desarrollo de la convivencia de todos los involucrados), aspectos a continuar trabajando.

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
15	REFERENCIAS.	Referencias Teóricas que dan sustento a la opinión profesional del Facilitador(a)
16	FECHA.	Día, mes y año en el que se elaboró el informe mensual de Convivencia Asistida.
17	FIRMA.	Firma del Facilitador(a) que realizó el seguimiento de la Convivencia Asistida
18	NOMBRE, PUESTO Y CÉDULA PROFESIONAL.	Nombre completo, puesto y número de Cédula Profesional del Facilitador(a) que realizó el seguimiento de la Convivencia Asistida

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA PJCDMX

Área: CECOFAM "Revinculación Familiar"

INFORME DE REDIRECCIÓN
CONVIVENCIA DE REENCUENTRO.

Autoridad Ordenadora:	
No. de Expediente Judicial:	
Registro:	

Tipo de juicio:	
Responsable Custodio:	
Conviviente:	
Nombre (s) de la niña(s), niño(s) o adolescente (s); edad(es):	

METODOLOGÍA.

PERÍODO DE INTEVENCIÓN.
Del 00 de al 00 de de

ANÁLISIS DE LA CONVIVENCIA

LOGROS

Recomendación (cuando la convivencia continúe dentro del programa)

Programa de Revinculación Familiar			
Fase I Convivencia de Reencuentro		Fase III Convivencia en Espacios Semi-Libres	
Fase II Convivencia Asistida		Fase IV Entrega-Recepción de niña, niño y adolescente.	

Nota: Esta información es confidencial y está protegida por la "Ley de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados de la Ciudad de México"

1 CECOFAM-CR-03

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA PJCDMX

Área: CECOFAM "Revinculación Familiar"

Proceso de Reforzamiento Transversal	
Taller Psicoeducativo	
Plática Asistida	

Recomendación (cuando la familia sea conflicto, inasistencia o llegue a compromisos)

Canalización	
Baja por no cumplir con el ordenamiento judicial	
Evaluación Psicológica	
Terapia Psicológica	
Evaluación Psiquiátrica	
Otros compromisos: convivencia libre y flexible.	

RECOMENDACIÓNES
REFERENCIAS

Nota: Los datos presentados son el resultado de la observación y análisis del comportamiento y la conducta mostrada por los involucrados en las fechas señaladas, por lo que dichos datos corresponden únicamente al tiempo de las convivencias marcadas en el mismo.

Ciudad de México, a de 201x.

ATENTAMENTE.

_____

Licenciado (a) en:
Cédula Profesional.

Nota: Esta información es confidencial y está protegida por la "Ley de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados de la Ciudad de México"

2 CECOFAM-CR-03

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA PJCDMX

Área: CECOFAM "Revinculación Familiar"

INFORME DE REDIRECCIÓN
CONVIVENCIA DE REENCUENTRO.

Autoridad Ordenadora:	**(1)**
No. de Expediente Judicial:	**(2)**
Registro:	**(3)**

Tipo de juicio:	**(4)**
Responsable Custodio:	**(5)**
Conviviente:	**(6)**
Nombre (s) de la niña(s), niño(s) o adolescente (s); edad(es):	**(7)**

METODOLOGÍA.
(8)

PERÍODO DE INTEVENCIÓN. (9)
Del 00 de al 00 de de

ANÁLISIS DE LA CONVIVENCIA
(10)

LOGROS
(11)

Recomendación (cuando la convivencia continúe dentro del programa)

Programa de Revinculación Familiar (12)			
Fase I Convivencia de Reencuentro		Fase III Convivencia en Espacios Semi-Libres	
Fase II Convivencia Asistida		Fase IV Entrega-Recepción de niña, niño y adolescente.	

Nota: Esta información es confidencial y está protegida por la "Ley de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados de la Ciudad de México"

1 CECOFAM-CR-03

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA PJCDMX

Área: CECOFAM "Revinculación Familiar"

Proceso de Reforzamiento Transversal (13)	
Taller Psicoeducativo	
Plática Asistida	

Recomendación (cuando la familia sea conflicto, inasistencia o llegue a compromisos)

Canalización (14)	
Baja por no cumplir con el ordenamiento judicial	
Evaluación Psicológica	
Terapia Psicológica	
Evaluación Psiquiátrica	
Otros compromisos: convivencia libre y flexible.	

RECOMENDACIÓNES
(15)
REFERENCIAS
(16)

Nota: Los datos presentados son el resultado de la observación y análisis del comportamiento y la conducta mostrada por los involucrados en las fechas señaladas, por lo que dichos datos corresponden únicamente al tiempo de las convivencias marcadas en el mismo.

Ciudad de México, a (17) de 201x.

ATENTAMENTE.

(18)

Licenciado (a) en: (19)
Cédula Profesional.

Nota: Esta información es confidencial y está protegida por la "Ley de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados de la Ciudad de México"

2 CECOFAM-CR-03

DESCRIPCIÓN DEL FORMATO

Nombre:	**INFORME DE REDIRECCIÓN** **CONVIVENCIA DE RENCUENTRO**
Clave:	**CECOFAM-CR-03**
Objetivo:	Informar al Operador de Justicia los avances de la interacción parento-filial y coparental de la Convivencia realizada durante un lapso de tres meses.
Elabora:	Centro de Convivencia Familiar Supervisada
Número de tantos:	Dos Originales
Distribución:	Original. - Archivo del Centro de Convivencia Familiar Supervisada Original.- Operador de Justicia

INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
1	AUTORIDAD ORDENADORA	El número de Sala o Juzgado del cual proviene la Convivencia de Rencuentro.
2	NO. DE EXPEDIENTE JUDICIAL O TOCA	El número de toca o número de expediente.
3	REGISTRO	El número de la Convivencia de Rencuentro.
4	TIPO DE JUICIO	Es el tipo de controversia promovida por el responsable custodio o el conviviente ante el juzgado de origen.
5	RESPONSABLE CUSTODIO	El nombre de la persona que se presenta como custodio.
6	CONVIVIENTE	El nombre de la persona que se presenta como Conviviente.
7	NOMBRE (S) DE LA NIÑA(S), NIÑO(S) O ADOLESCENTE	El nombre de las niña(s), niño(s) y/o adolescente(s), que participaran en la Convivencia de reencuentro.
8	METODOLOGÍA	Los diversos aspectos a considerar para la integración del informe de Redirección como son: Observación de la interacción de la dinámica parento-filial y/o familiar, Retroalimentación in vivo, Intervención para la implementación de estrategias que permitan el fortalecimiento y/o establecimiento de la vinculación parental y/o familiar, etc.

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
9	PERIODO DE INTERVENCIÓN	Fechas en las que se realizó la Convivencia de Rencuentro.
10	ANÁLISIS DE LA CONVIVENCIA	Análisis breve de la información vertida en los reportes mensuales enviados previamente.
11	LOGROS	Información de los tres rubros reportados mensualmente (habilidades de crianza, interacción entre conviviente y niños; comunicación entre la persona responsable del niño y el conviviente), resolución de conflictos que se hayan presentado durante el proceso.
12	PROGRAMA DE REVINCULACIÓN FAMILIAR	Se marca con unx “X” el Programa Orientado a otorgar elementos de Convicción al Operador de Justicia a través de la Fase I de Aprendizaje Formal, Fase II Aprendizaje Práctico, Fase III, Expansión, Fase IV Independencia, según corresponda.
13	PROCESO DE REFORZAMIENTO TRANSVERSAL	Se marca con unx “X” el apoyo a los integrantes de la familia, de manera paralela a las fases del Programa para la adquisición de conocimientos y herramientas que les permitan favorecer la re vinculación familiar, según corresponda.
14	CANALIZACIÓN	Se marca con unx “X” la recomendación (cuando la familia sea conflicto, inasistencia o llegue a compromisos)
15	RECOMENDACIÓNES	Se informan los aspectos importantes para continuar reforzando y /o fortaleciendo, así como la fase del programa a la que serán enviados, con una breve justificación.

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
16	REFERENCIAS	Referencias Teóricas que dan sustento a la opinión profesional del Facilitador(a)
17	FECHA	Día, mes y año en el que se elaboró el informe mensual de Entrega-Recepción.
18	FIRMA	Firma del Facilitador(a) que observó la Convivencia.
19	NOMBRE, PUESTO Y CÉDULA PROFESIONAL	Nombre completo, puesto y número de Cédula Profesional del Facilitador(a) que observó la Convivencia.

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

PROCEDIMIENTOS

Procedimiento: CIEAJ-015	Fase II del Programa de Revinculación Familiar.- Conviviencia Asistida.
Objetivo general:	Tiene como finalidad instrumentar acciones para reforzar la vinculación parento-filial cuando la Niña, Niño y Adolescente no requiera de una asistencia estrecha y con ello fortalecer la comunicación coparental dirigida a cumplir objetivos de crianza en común.
Políticas y normas de operación:	

1. Las Convivencias Asistidas se llevarán a cabo en el Centro de Convivencia Familiar Supervisada Plaza Juárez por un período aproximado de 3 meses, a través de interacciones entre la o el Responsable Conviviente, la Niña, Niño o Adolescente y la participación activa de la o el Responsable Custodio, una vez a la semana con duración aproximada de 2 a 3 horas, mediante la Convivencia Asistida.

2. La o el Facilitador, es decir, el Personal Operativo especialista en Trabajo Social y Psicología, a través de la observación y retroalimentación de resultados auxiliará a la familia a alcanzar el objetivo de la fase.

3. De conformidad a la demanda del servicio, se asignará de manera simultánea a cada Facilitador de 3 a 5 familias.

4. Cuando por cuestiones de salud o desconocimiento, las y los usuarios no puedan escribir, el personal de la Dirección del Centro de Convivencia Familiar Supervisada los apoyará en el registro necesario, en su presencia y se les pedirá que coloquen su huella digital en caso de no saber firmar.

5. En caso de que la o el Responsable Custodio o la o el Responsable Conviviente no se presente a la Convivencia Asistida, la o el Facilitador esperara 10 minutos, una vez transcurridos se les pedirá que se retiren del lugar, debido a que no se podrá llevar a cabo la Convivencia.

6. El acceso a las instalaciones se dará mediante Sistema Biométrico, si existe falla en el mismo, se solicitará alguna identificación oficial vigente (Credencial del INE, Pasaporte\ Cédula Profesional con fotografía o Cartilla Militar y en caso de extranjeros, cualquier identificación expedida por el Instituto Nacional de Migración).

7. En el supuesto de que no se porte alguna de las identificaciones y se encuentren la o el Responsable Conviviente y la o el Responsable Custodio o la o el Tercero Emergente, se dará el servicio correspondiente al existir un reconocimiento de uno de estos, sobre el que no presente su identificación.

8. La o el Responsable Custodio o la o el Tercero Emergente, necesariamente deberá entregar a la Niña, Niño o Adolescente a la o el Responsable Conviviente para el inicio de su convivencia y por ningún motivo, podrán dejarlo a cargo de la o el Facilitador o al personal adscrito a la Dirección del Centro de Convivencia Familiar Supervisada, respetando en todo momento los horarios establecidos.

9. Si el Personal de Seguridad que apoya a la Dirección del Centro de Convivencia Familiar Supervisada percibe indicios de que alguno de las o los usuarios presenta aliento alcohólico, se les negará el acceso a las instalaciones y se informará a la o el Operador de Justicia a través de Nota Informativa.

10. En caso de que la o el Responsable Conviviente, la Niña, Niño y/o Adolescente, sufra alguna lesión o complicación de salud, la o el Facilitador, y/o Autoridades de la Dirección del Centro de Convivencia Familiar Supervisada, solicitarán de inmediato, apoyo del médico adscrito o del personal de Seguridad para el llamado de los servicios de emergencia.

11. Al término del horario de la Convivencia Asistida, la o el Responsable Conviviente deberá esperar en el lugar, hasta que se presente a recoger a la Niña, Niño o Adolescente la o el Responsable Custodio o la o el Tercero Emergente.

12. La o el Facilitador brindará retroalimentación a la o el Responsable Conviviente y/o a la o el Responsable Custodio, con el objeto de mejorar la interacción parento-filial o coparental, ya sea al término del encuentro o mediante cita.

13. La o el Facilitador realizará observación de la interacción parento-filial al interior de las salas lúdicas, para tal efecto podrá auxiliarse de prestadores(as) de servicio social y/o de prácticas profesionales.

14. En caso de ser necesario se solicitará mediante escrito a la o el Operador de Justicia, la autorización para que la o el Facilitador asignado realice revisión del expediente judicial.

15. Si la o el Responsable Custodio o la o el Tercero Emergente no se presenta a recoger a la Niña, Niño y/o Adolescente al término del horario de la Convivencia Asistida, se localizará vía telefónica a la o el Responsable Custodio o la o el Tercero Emergente.

16. Si no se localiza al o el Responsable Custodio o la o el Tercero Emergente se pondrá a disposición de la o el Responsable Conviviente el servicio de la Policía Auxiliar de la Ciudad de México, para que lo trasladen junto con la Niña, Niño y Adolescente a la Agencia del Ministerio Público, lo que se hará del conocimiento a la o el Operador de Justicia a través de Nota Informativa.

17. Se remitirá a la o el Operador de Justicia Nota Informativa y/o Acta de Hechos en el término de 5 días hábiles, para hacer de su conocimiento hechos relevantes acontecidos durante la convivencia familiar.

18. La o el Operador de Justicia recibirá un informe mensual por escrito, en el que se le dará a conocer el análisis de la interacción familiar y/o las recomendaciones sugeridas por la o el Facilitador, mismo que se enviará en un término de 15 días hábiles.

19. Al término de los 3 meses de la Fase II, la o el Facilitador emitirá un Informe de Redirección con el análisis de la dinámica familiar para transitar a una nueva Fase, mismo que deberá ser acompañado del documento denominado “Compromiso Coparental”.

20. Si se advierte en un período de 1 mes, que la o el Responsable Custodio o la o el Responsable Conviviente no han contribuido para alcanzar el objetivo de la Fase II y lograr la revinculación familiar, o se detecte negativa de la Niña, Niño y Adolescente para convivir, la o el Facilitador emitirá un Informe de Redirección con análisis de la interacción familiar y hará la recomendación de Baja Administrativa, mismo que se enviará en un término de 15 días hábiles a la o el Operador de Justicia.

21. Al inicio y al finalizar la Fase II, se aplicará la encuesta de entrada y salida a la o el Responsable Custodio, a la o el Responsable Conviviente y a la Niña, Niño y/o Adolescente.

22. Se informará por oficio las inasistencias de la o el Responsable Custodio, la o el Responsable Conviviente, Niña, Niño o Adolescente, para efecto de que la o el Operador de Justicia autorice la Baja Administrativa.

23. La o el Responsable Custodio y la o el Responsable Conviviente que recibirán el servicio a través de una distinta Fase del Programa deberán firmar el documento

denominado Compromisos Coparentales, el cual se anexará al Informe de Redirección.

24. La inscripción de las y los usuarios a los Talleres Psicoeducativos estará a cargo de la o el Facilitador que acompaña la convivencia y se realizará al inicio de la Fase II.

25. La o el Facilitador desarrollará Pláticas Asistidas con la o el Responsable Custodio y la o el Responsable Conviviente, las cuales podrán realizarse el número de veces necesario para la consecución de acuerdos coparentales para el cumplimiento del régimen de Visitas y Convivencias.

26. En caso de que la Niña, Niño y/o Adolescente manifestará estar indispuesto(a) para llevar a cabo el encuentro, la o el facilitador indagará la razón de su malestar y de ser necesario lo remitirá con el personal médico asignado al Centro si se cuenta con dicho personal.

27. En caso de que las o los usuarios puedan continuar a la siguiente Fase del Programa, personal de la Dirección del Centro de Convivencia Familiar Supervisada, hará del conocimiento de las o los usuarios la disponibilidad para determinar los días y horarios para la Convivencia en Espacios Semi-libres y se incluirán en el informe que será remitido a la o el Operador de Justicia, para que de manera inmediata se dé continuidad a los encuentros.

28. De presentarse algún caso en el cual lo o el Responsable Custodio y/o la o el Responsable Conviviente, muestren algún tipo de discapacidad (auditiva, visual, motriz, intelectual u otras), que hablen otro idioma o dialecto que impida establecer la comunicación directa con ellos, se solicitará el apoyo especializado correspondiente.

No.	Área.	Descripción de la actividad.	Documentos y/o sistemas de apoyo.
1	Subdirección del CECOFAM Niños Héroes / Subdirección del CECOFAM Plaza Juárez (Personal administrativo)	Entrega el Informe de Entrevista Diagnóstica o Informe de Redirección, en el cual indica que deberá integrar a las y a los usuarios a la Fase II del Programa al personal administrativp de la Jefatura de Unidad Departamental de Gestión Administrativa del Programa de Revinculación Familiar.	•
2	Jefatura de Unidad Departamental de Gestión Administrativa del Programa de Revinculación Familiar (Personal administrativo)	Recibe el Informe de Entrevista Diagnóstica o Informe de Redirección, programa la Convivencia Asistida y entrega Listado de Asignación y Formato de Asistencia Mensual de Convivencia Asistida a la o el Facilitador.	• Sistema
3 4 5 6	Subdirección del CECOFAM Plaza Juárez (La o el Facilitador)	Recibe Listado de Asignación y Formato de Asistencia Mensual de Convivencia Asistida. Espera a la o el Responsable Custodio y a la o el Responsable Conviviente para la Convivencia Asistida. **¿Asisten ambos Responsables?** **No.** Continúa en la actividad no.5 **Sí.** Continúa en la actividad no. 6 Informa a la o el Responsable Custodio o la o el Responsable Conviviente que no se podrá llevar a cabo la Convivencia Asistida y solicita se retire. (Continúa en la actividad no. 30) Recibe a la o el Responsable Custodio y la o el Responsable Conviviente para realizar la Convivencia Asistida, solicita coloque su huella en el lector biométrico, número de registro y/o su identificación.	

No.	Área.	Descripción de la actividad.	Documentos y/o sistemas de apoyo.
7	La o el Responsable Custodio y/o la o el Responsable Conviviente	Coloca su huella en el lector biométrico o indica su número de registro y presenta su identificación.	• Sistema
8 9	Subdirección del CECOFAM Plaza Juárez (La o el Facilitador)	Verifica si la o el Responsable Custodio acompañado de la Niña, Niño o Adolescente y/o la o el Responsable Conviviente pueden ingresar a las instalaciones y le permite el acceso. Entrega a la o el Responsable Custodio y/o a la o el Responsable Conviviente, Formato de Asistencia Mensual de Convivencia Asistida.	• Sistema
10	La o el Responsable Custodio y/o la o el Responsable Conviviente	Recibe, requisita el Formato de Asistencia Mensual de Convivencia Asistida y devuelve a la o el Facilitador.	• Formato CECOFAM-CA-01
11 12 13 14 15	Subdirección del CECOFAM Plaza Juárez (La o el Facilitador)	Recibe y revisa que el Formato de Asistencia Mensual de Convivencia Asistida esté debidamente requisitado. Entrega a la o el Responsable Conviviente un gafete denominado “Usuario en Convivencia”. Verifica en el Formato de Asistencia Mensual de Convivencia Asistida los términos en los que se debe llavar a cabo la Convivencia. Observa la interacción inicial de la o el Responsable Conviviente, la o el Responsable Custodio y Niña, Niño y/o Adolescente. Solicita a la o el Responsable Custodio se retire del lugar.	

No.	Área.	Descripción de la actividad.	Documentos y/o sistemas de apoyo.
16	La o el Responsable Custodio	Registra en el lector biométrico su huella digital y se retira de las instalaciones.	• Sistema
17 18 19	Subdirección del CECOFAM Plaza Juárez (La o el Facilitador)	Observa la interacción parento-filial, permite la interacción libre y de ser necesario realiza recomendaciones a la o el Responsable Conviviente. Finaliza la Convivencia Asistida y realiza breve retroalimentación a la o el Responsable Conviviente sobre las áreas de oportunidad para mejorar la interacción parento-filial. Acude en compañía de la o el Responsable Conviviente, la Niña, Niño y/o Adolescente, para su entrega a la o el Responsable Custodio.	
20	La o el Responsable Custodio	Reingresa a las instalaciones y realiza registro en el lector biométrico y recibe a la Niña, Niño y/o Adolescente.	• Sistema
21 22	Subdirección del CECOFAM Plaza Juárez (La o el Facilitador)	Realiza una breve retroalimentación con la o el Responsable Custodio, sobre lo acontecido en el transcurso de la convivencia respecto de la Niña, Niño y/o Adolescente, o de alguna situación durante el desarrollo de la convivencia y los deja con el personal administrativo de la Subdirección del CECOFAM Plaza Juárez. Entrega a la o el Responsable Custodio y a la o el Responsable Conviviente el Formato de Asistencia Mensual.	

No.	Área.	Descripción de la actividad.	Documentos y/o sistemas de apoyo.
23	La o el Responsable Custodio y/o la o el Responsable Conviviente	Recibe, requisita el Formato de Asistencia Mensual y devuelve al personal administrativo a la o el Facilitador.	• Formato CECOFAM-CA-01
24	Subdirección del CECOFAM Plaza Juárez (La o el Facilitador)	Recibe Formato de Asistencia Mensual y entrega pase de salida y a la Niña, Niño y/o Adolescente a la o el Responsable Custodio.	
25	La o el Responsable Custodio	Recibe pase de salida y a la Niña, Niño y/o Adolescente.	
26	La o el Responsable Conviviente	Entrega el gafete denominado “Usuario en Convivencia”.	
27	Subdirección del CECOFAM Plaza Juárez (La o el Facilitador)	Recibe gafete denominado “Usuario en Convivencia”. Solicita a la o el Responsable Custodio y al o el Responsable Conviviente se retire del lugar.	
29	La o el Responsable Custodio y/o la o el Responsable Conviviente	Registra en el lector biométrico su huella digital y se retira del inmuble. (Conecta con el fin de procedimiento)	• Sistema
30 31	Subdirección del CECOFAM Plaza Juárez (La o el Facilitador)	Actualiza en el Sistema el estatus de la asistencia o inasistencia de las o los Responsables Custodios y las o los Responsables Convivientes. Entrega Formato de Asistencia Mensual al personal administrativo de la Jefatura de Unidad Departamental de Gestión Administrativa del Programa de Revinculación Familiar. (Continúa en la actividad no. 32y 38)	• Sistema • Formato CECOFAM-CA-02

No.	Área.	Descripción de la actividad.	Documentos y/o sistemas de apoyo.
32	Subdirección del CECOFAM Plaza Juárez (La o el Facilitador)	Elabora Informe Mensual o Informe de Redirección y entrega a la Subdirección del CECOFAM Plaza Juárez, para revisión.	• Formato CECOFAM-CA-03 CECOFAM-CA-04
33	Subdirección del CECOFAM Plaza Juárez	Recibe, revisa, firma el Informe Mensual o Informe de Redirección y entrega al personal administrativo de la Jefatura de Unidad Departamental de Gestión Administrativa del Programa de Revinculación Familiar, para su envío.	
34	Jefatura de Unidad Departamental de Gestión Administrativa del Programa de Revinculación Familiar (Personal Administrativo)	Recibe, elabora el oficio de envío del Informe Mensual o Informe de Redirección y entrega a la Subdirección del CECOFAM Plaza Juárez, para su firma.	• Sistema • Oficio
35	Subdirección del CECOFAM Plaza Juárez	Recibe, revisa, firma el oficio de envío y devuelve al personal administrativo de la Jefatura de Unidad Departamental de Gestión Administrativa del Programa de Revinculación Familiar, para su envió al Órgano Jurisdiccional.	
36	Jefatura de Unidad Departamental de Gestión Administrativa del Programa de Revinculación Familiar (Personal Administrativo)	Recibe y envía el oficio e Informe Mensual o Informe de Redirección al Órgano Jurisdiccional.	
37	Órgano Jurisdiccional (Oficialía de Partes)	Recibe, acusa el oficio e Informe Mensual o Informe de Redirección y devuelve al personal administrativo de la Jefatura de Unidad Departamental de Gestión Administrativa del Programa de Revinculación Familiar.	

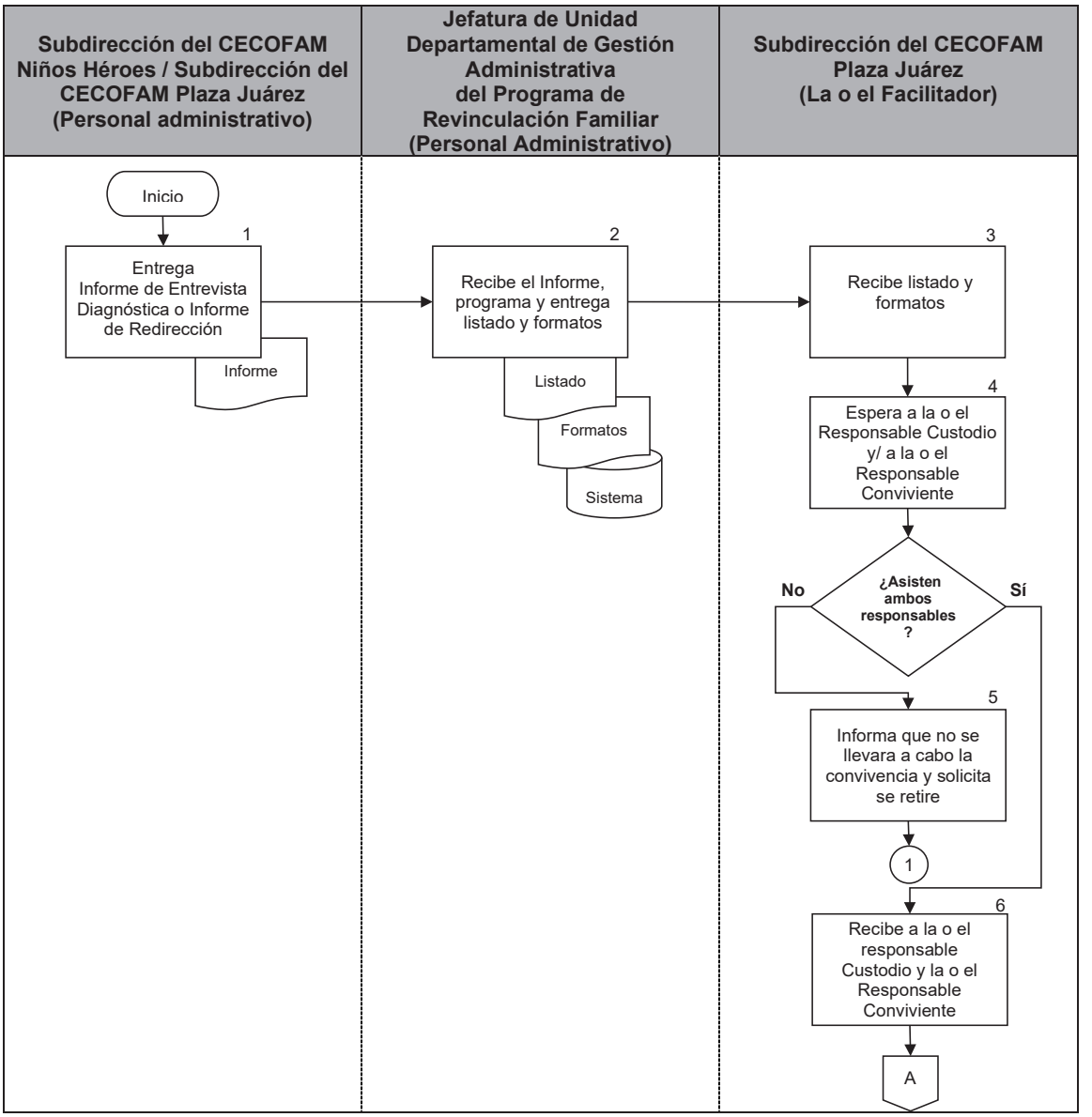
No.	Área.	Descripción de la actividad.	Documentos y/o sistemas de apoyo.
38	Jefatura de Unidad Departamental de Gestión Administrativa del Programa de Revinculación Familiar (Personal Administrativo)	Recibe y archiva en el expediente el acuse del oficio e Informe de Mensual o Informe de Redirección, el Formato de Asistencia Mensual.	• Expediente
39		Guarda expediente de la Fase II hasta que concluya su periodo de archivo en trámite.	
40		Envía expediente al Archivo Judicial.	

FIN DEL PROCEDIMIENTO

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

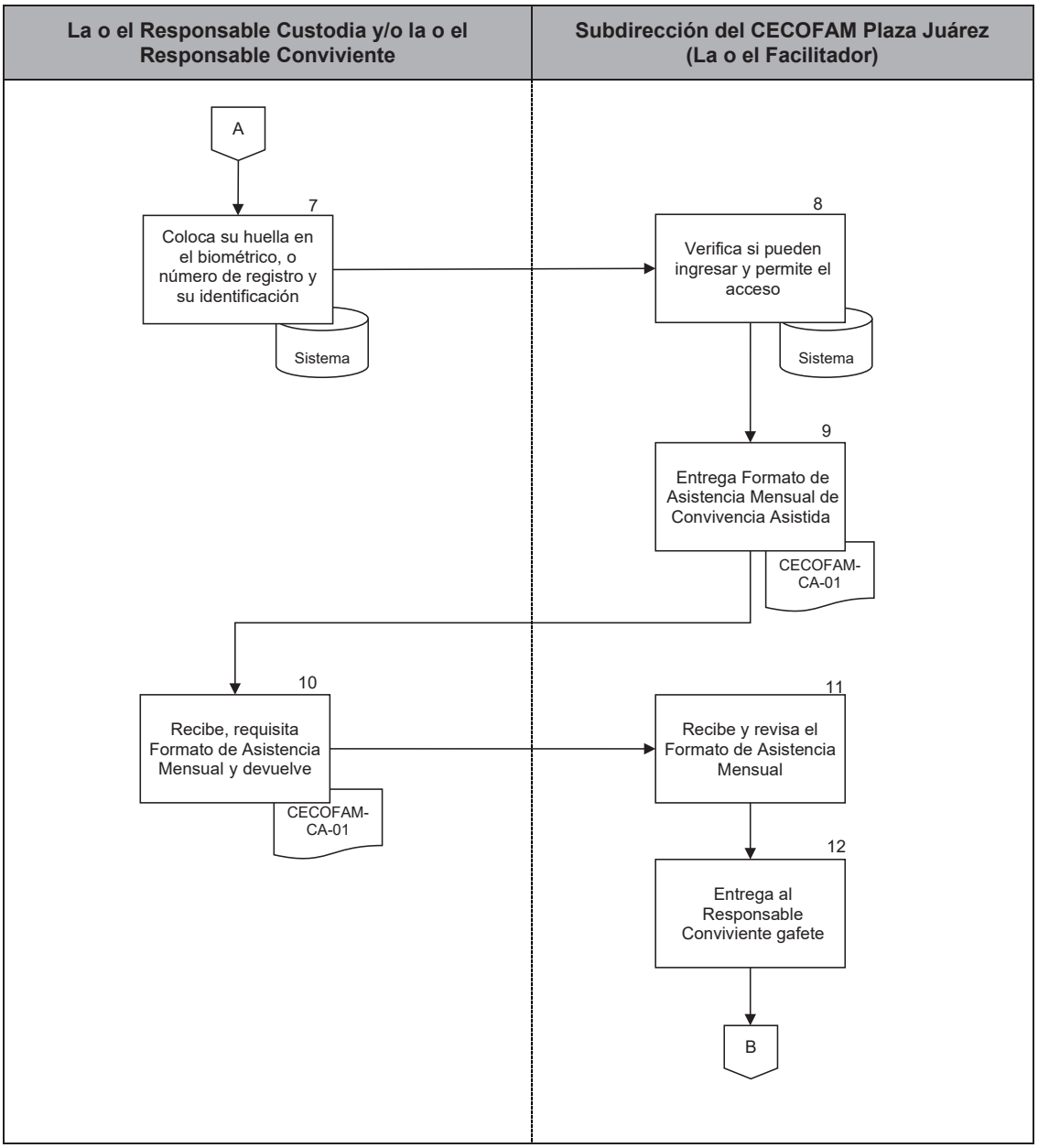
PROCEDIMIENTOS

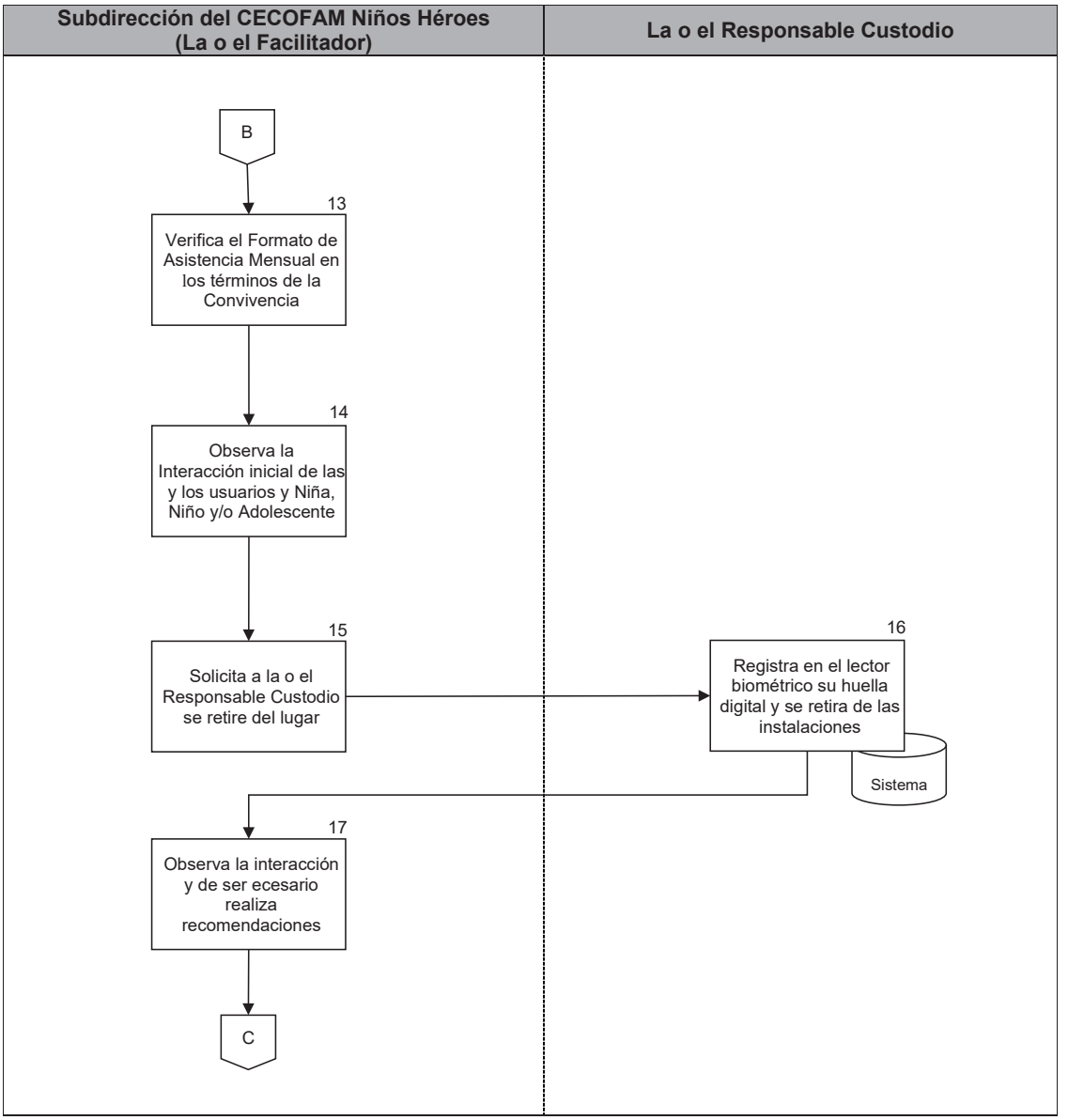


PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

PROCEDIMIENTOS

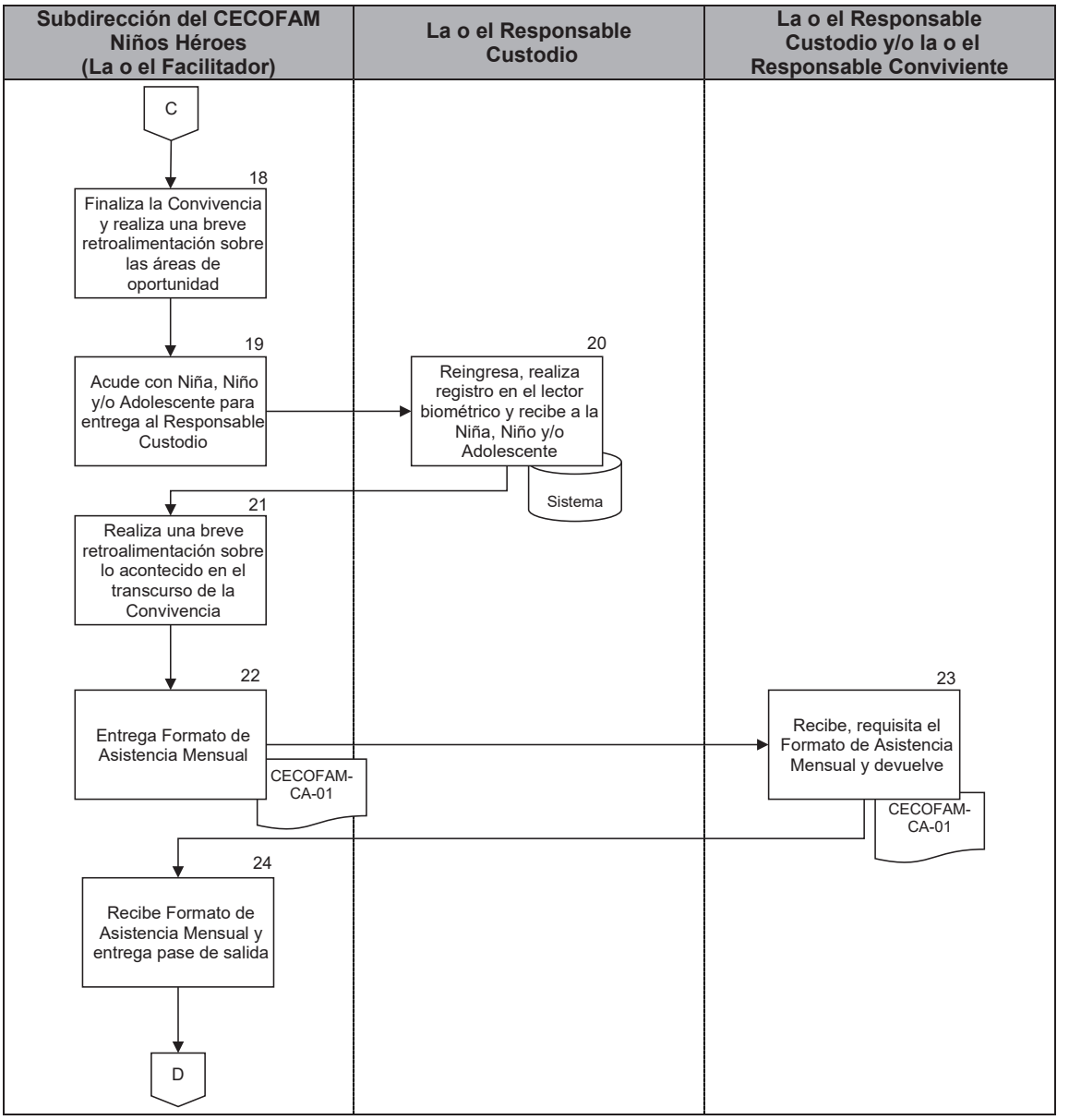



Subdirección del CECOFAM Niños Héroes (La o el Facilitador)
La o el Responsable Custodio
B
13
Verifica el Formato de Asistencia Mensual en los términos de la Convivencia
14
Observa la Interacción inicial de las y los usuarios y Niña, Niño y/o Adolescente
15
Solicita a la o el Responsable Custodio se retire del lugar
16
Registra en el lector biométrico su huella digital y se retira de las instalaciones
Sistema
17
Observa la interacción y de ser ecesario realiza recomendaciones
C

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

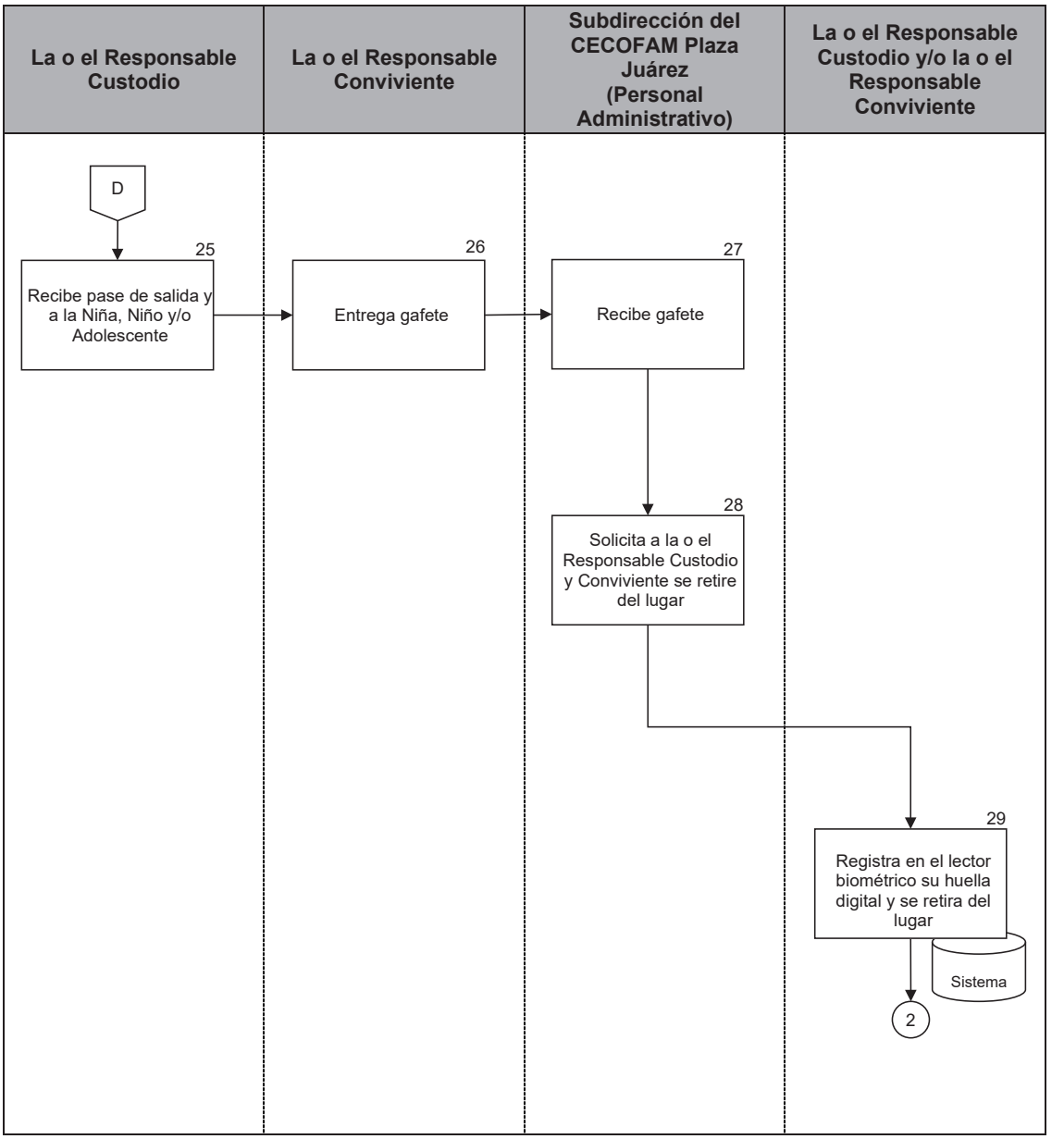
PROCEDIMIENTOS



PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

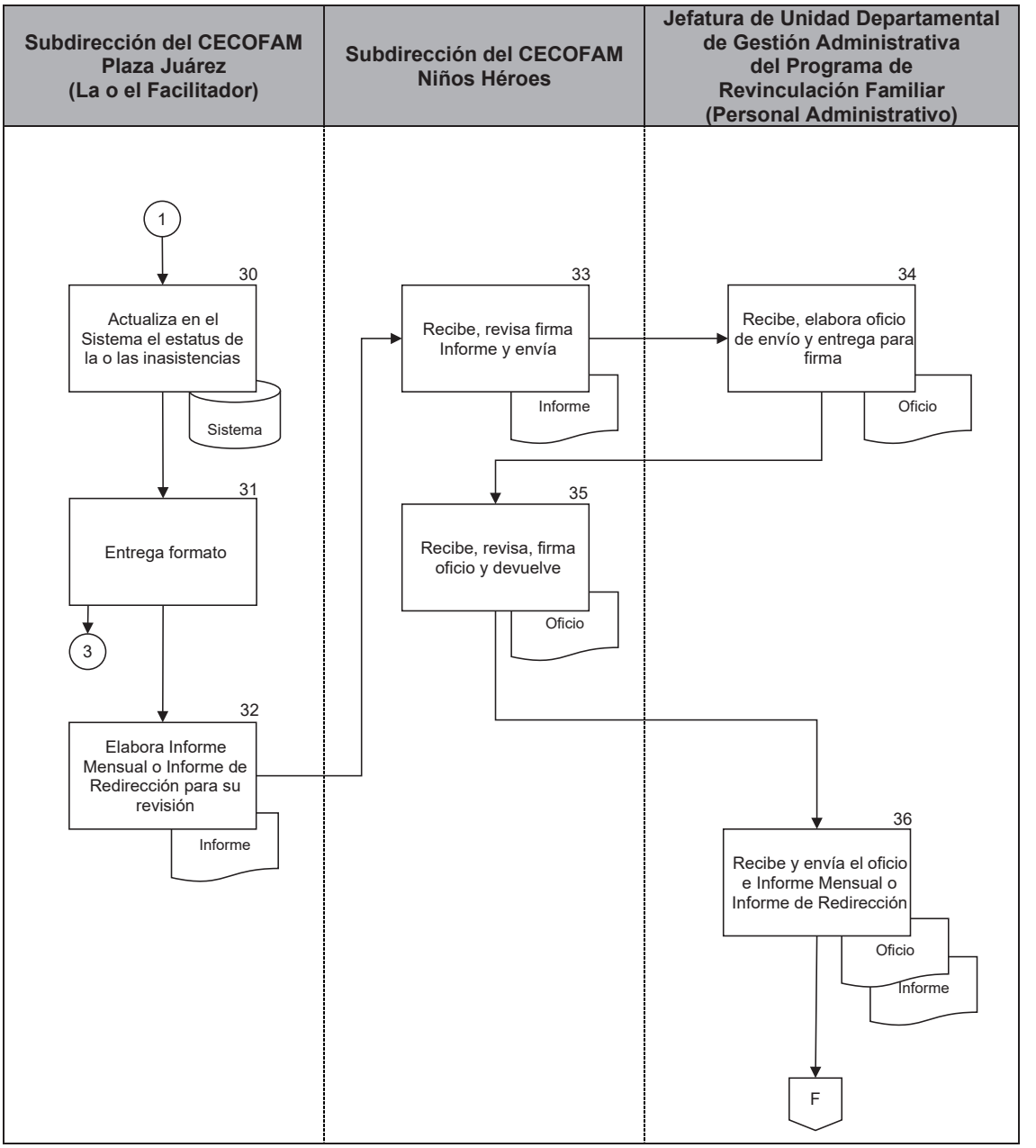
PROCEDIMIENTOS



PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

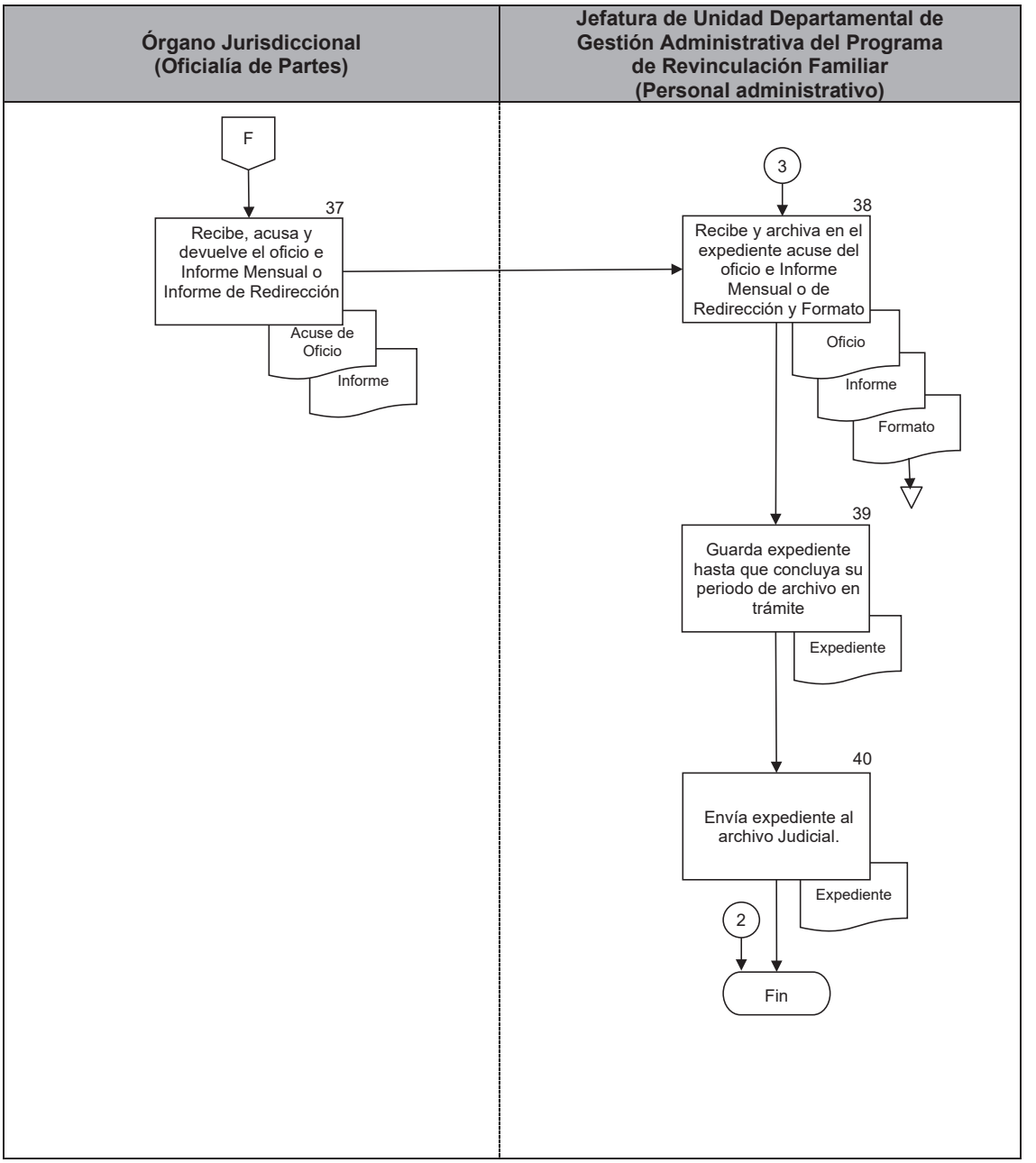
PROCEDIMIENTOS



PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

PROCEDIMIENTOS



PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

Área: Centro de Convivencia Familiar Supervisada.

FORMATO DE ASISTENCIA MENSUAL.
CONVIVENCIA ASISTIDA

DATOS GENERALES:			
Sala o Juzgado:		Registro:	
Secretaria:		Reporte:	
Expediente o Toca:		Horario:	
Juicio:		Facilitador Asignado:	
NIÑA(S), NIÑO(S) O ADOLESCENTE(S):			
COMENTARIOS:			

FECHA DE CONVIVENCIA							
RESPONSABLE CUSTODIO				RESPONSABLE CONVIVIENTE			
Nombre:				Nombre:			
Firma:				Firma:			
Hora Inicio:		Hora Fin:		Hora Inicio:		Hora Fin:	
FACILITADOR:							
Nombre:				Firma:			

FECHA DE CONVIVENCIA							
RESPONSABLE CUSTODIO				RESPONSABLE CONVIVIENTE			
Nombre:				Nombre:			
Firma:				Firma:			
Hora Inicio:		Hora Fin:		Hora Inicio:		Hora Fin:	
FACILITADOR:							
Nombre:				Firma:			

CECOFAM-CA-01

1

Nota: La información es Confidencial y está Protegida por la "Ley de Protección de Datos en Posesión de Sujetos Obligados en la Ciudad de México."

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

Área: Centro de Convivencia Familiar Supervisada.

FECHA DE CONVIVENCIA							
RESPONSABLE CUSTODIO				RESPONSABLE CONVIVIENTE			
Nombre:				Nombre:			
Firma:				Firma:			
Hora Inicio:		Hora Fin:		Hora Inicio:		Hora Fin:	
FACILITADOR:							
Nombre:				Firma:			

FECHA DE CONVIVENCIA							
RESPONSABLE CUSTODIO				RESPONSABLE CONVIVIENTE			
Nombre:				Nombre:			
Firma:				Firma:			
Hora Inicio:		Hora Fin:		Hora Inicio:		Hora Fin:	
FACILITADOR:							
Nombre:				Firma:			

CECOFAM-CA-01

2

Nota: La información es Confidencial y está Protegida por la "Ley de Protección de Datos en Posesión de Sujetos Obligados en la Ciudad de México."

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

Área: Centro de Convivencia Familiar Supervisada.

FORMATO DE ASISTENCIA MENSUAL.
CONVIVENCIA ASISTIDA

DATOS GENERALES:			
Sala o Juzgado:	(1)	Registro:	REG- (5)
Secretaria:	(2)	Reporte:	(6)
Expediente o Toca:	(3)	Horario:	(7)
Juicio:	(4)	Facilitador Asignado:	(8)
NIÑA(S), NIÑO(S) O ADOLESCENTE(S):			
(9)			
COMENTARIOS:			
(10)			

FECHA DE CONVIVENCIA	(11)						
RESPONSABLE CUSTODIO				RESPONSABLE CONVIVIENTE			
Nombre:				Nombre:			
(12)				(16)			
Firma:	(13)			Firma:	(17)		
Hora Inicio:	(14)	Hora Fin:	(15)	Hora Inicio:	(18)	Hora Fin:	(19)
FACILITADOR:							
Nombre:	(20)			Firma:	(21)		

FECHA DE CONVIVENCIA	(11)						
RESPONSABLE CUSTODIO				RESPONSABLE CONVIVIENTE			
Nombre:				Nombre:			
(12)				(16)			
Firma:	(13)			Firma:	(17)		
Hora Inicio:	(14)	Hora Fin:	(15)	Hora Inicio:	(18)	Hora Fin:	(19)
FACILITADOR:							
Nombre:	(20)			Firma:	(21)		

CECOFAM-CA-01

1

Nota: La información es Confidencial y está Protegida por la "Ley de Protección de Datos en Posesión de Sujetos Obligados en la Ciudad de México."

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

Área: Centro de Convivencia Familiar Supervisada.

FECHA DE CONVIVENCIA				(11)			
RESPONSABLE CUSTODIO				RESPONSABLE CONVIVIENTE			
Nombre:				Nombre:			
(12)				(16)			
Firma:	(13)			Firma:	(17)		
Hora Inicio:	(14)	Hora Fin:	(15)	Hora Inicio:	(18)	Hora Fin:	(19)
FACILITADOR:							
Nombre:	(20)			Firma:	(21)		

FECHA DE CONVIVENCIA				(11)			
RESPONSABLE CUSTODIO				RESPONSABLE CONVIVIENTE			
Nombre:				Nombre:			
(12)				(16)			
Firma:	(13)			Firma:	(17)		
Hora Inicio:	(14)	Hora Fin:	(15)	Hora Inicio:	(18)	Hora Fin:	(19)
FACILITADOR:							
Nombre:	(20)			Firma:	(21)		

CECOFAM-CA-01

2

Nota: La información es Confidencial y está Protegida por la "Ley de Protección de Datos en Posesión de Sujetos Obligados en la Ciudad de México."

DESCRIPCIÓN DEL FORMATO

Nombre:	**FORMATO DE ASISTENCIA MENSUAL** **CONVIVENCIA ASISTIDA**
Clave:	**CECOFAM-CA-01**
Objetivo:	Controlar asistencia de los participantes en la Convivencia Asistida, constancia de asistencia de los mismos.
Elabora:	Centro de Convivencia Familiar Supervisada
Número de tantos:	Original
Distribución:	Original.- Archivo del Centro de Convivencia Familiar Supervisada

INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
1	SALA O JUZGADO	El número de Sala o Juzgado del cual proviene la Convivencia Asistida, automáticamente el sistema proporciona el número.
2	SECRETARIA	El número de la Secretaría, automáticamente el sistema proporciona la letra.
3	TOCA O EXPEDIENTE	El número de toca en caso de que la Convivencia Asistida haya sido ordenada por una Sala. Si procede de un Juzgado se anota el número de expediente, automáticamente el sistema lo proporciona.
4	JUICIO	El tipo de Juicio, automáticamente el sistema proporciona el tipo de Juicio.
5	REGISTRO	El número de Registro, automáticamente el sistema proporciona el número
6	REPORTE	El número de reporte, automáticamente el sistema proporciona el número
7	HORARIO	El día y horario de la Convivencia Asistida, automáticamente el sistema proporciona la información.
8	FACILITADOR ASIGNADO	El nombre de la o el Facilitador, automáticamente el sistema proporciona el nombre en caso de haber sido asignado con anterioridad.

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
9	NIÑA(S), NIÑO(S) O ADOLESCENTE(S)	El nombre de las Niña(s), Niño(s) o Adolescente(s), que participaran en la Convivencia Asistida, automáticamente el sistema proporciona sus nombres.
10	COMETARIOS	Los cometarios o las observaciones que el Órgano Jurisdiccional haya realizado en el registro específico, automáticamente el sistema proporciona la información previamente cargada.
11	FECHA DE CONVIVENCIA	La fecha programada para la realización de la Convivencia Asistida, automáticamente el sistema proporciona la fecha.
12	RESPONSABLE CUSTODIO NOMBRE	El nombre del Responsable Custodio, automáticamente el sistema proporciona el nombre.
13	RESPONSABLE CUSTODIO FIRMA	La firma del Responsable Custodio.
14	RESPONSABLE CUSTODIO HORA INICIO	La hora en la que inicia la Convivencia Asistida
15	RESPONSABLE CUSTODIO HORA FIN	La hora en la que termina la Convivencia Asistida.
16	RESPONSABLE CONVIVIENTE NOMBRE	El nombre del Conviviente, automáticamente el sistema proporciona el nombre.
17	RESPONSABLE CONVIVIENTE FIRMA	La firma del Conviviente.

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
18	RESPONSABLE CONVIVIENTE HORA INICIO	La hora en la que inicia la Convivencia Asistida
19	RESPONSABLE CONVIVIENTE HORA FIN	La hora en la que termina la Convivencia Asistida
20	FACILITADOR NOMBRE	El nombre la o el Facilitador que supervise la Convivencia Asistida
21	FACILITADOR FIRMA	La firma la o el Facilitador que supervise la Convivencia Asistida

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

Área: CECOFAM "Revinculación Familiar".

FASE II

CONVIVENCIA ASISTIDA
INFORME MENSUAL

Autoridad Ordenadora:	
No. de Expediente Judicial:	
Tipo de juicio:	

No. de Registro CA:	
Responsable Custodio:	
Responsable Conviviente:	
Nombre (s) de la niña(s), niño(s) o adolescente (s); edad(es):	

METODOLOGÍA.
▪ Observación de la interacción familiar. ▪ Acompañamiento para la consecución de acuerdos de crianza.

PERÍODO DE INTERVENCIÓN.	

ANÁLISIS DE LA INTERACCIÓN PATERNO-FILIAL Y COPARENTAL.

CECOFAM-CA-03

Nota: Esta información es confidencial y está protegida por la "Ley de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados de la Ciudad de México"

1

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

Área: CECOFAM "Revinculación Familiar".

RECOMENDACIONES.

REFERENCIAS.
▪

Nota: Los datos presentados son el resultado de la observación y análisis del comportamiento mostrado por los involucrados en el procedimiento ordenado por la autoridad jurisdiccional correspondiente, y que dan forma a la estructura del presente informe.

Ciudad de México a de de 20 .

PARA LOS EFECTOS LEGALES A QUE HAYA LUGAR.
ATENTAMENTE.

_____
Licenciado
Trabajador Social Especializado
Cédula Profesional

CECOFAM-CA-03

Nota: Esta información es confidencial y está protegida por la "Ley de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados de la Ciudad de México"

2

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

Área: CECOFAM "Revinculación Familiar".

FASE II

CONVIVENCIA ASISTIDA
INFORME MENSUAL

Autoridad Ordenadora:	(1)
No. de Expediente Judicial:	(2)
Tipo de juicio:	(3)

No. de Registro CA:	(4)
Responsable Custodio:	(5)
Responsable Conviviente:	(6)
Nombre (s) de la niña(s), niño(s) o adolescente (s); edad(es):	(7)

METODOLOGÍA. (8)
▪ Observación de la interacción familiar. ▪ Acompañamiento para la consecución de acuerdos de crianza.

PERÍODO DE INTERVENCIÓN. (9)	
10 de agosto de 2019	
17 de agosto de 2019	
24 de agosto de 2019	
31 de agosto de 2019	

ANÁLISIS DE LA INTERACCIÓN PATERNO-FILIAL Y COPARENTAL. (10)

CECOFAM-CA-03

Nota: Esta información es confidencial y está protegida por la "Ley de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados de la Ciudad de México"

1

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

Área: CECOFAM "Revinculación Familiar".

RECOMENDACIONES. (11)

REFERENCIAS. (12)
▪

Nota: Los datos presentados son el resultado de la observación y análisis del comportamiento mostrado por los involucrados en el procedimiento ordenado por la autoridad jurisdiccional correspondiente, y que dan forma a la estructura del presente informe.

Ciudad de México a de de 20 (13)

PARA LOS EFECTOS LEGALES A QUE HAYA LUGAR.
ATENTAMENTE.

_____ (14)
***Licenciado* (15)**
Trabajador Social Especializado
Cédula Profesional

CECOFAM-CA-03

Nota: Esta información es confidencial y está protegida por la "Ley de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados de la Ciudad de México"

2

DESCRIPCIÓN DEL FORMATO

Nombre:	**CONVIVENCIA ASISTIDA** **INFORME MENSUAL**
Clave:	**CECOFAM-CA-03**
Objetivo:	Informar al Operador de Justicia los avances, retrocesos y limitantes en la interacción parento-filial y coparental, en el lapso de un mes.
Elabora:	Centro de Convivencia Familiar Supervisada
Número de tantos:	Dos Originales
Distribución:	Original. - Archivo del Centro de Convivencia Familiar Supervisada Original.- Operador de Justicia

INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
1	AUTORIDAD ORDENADORA	El número de Sala o Juzgado del cual proviene la Convivencia Asistida, automáticamente el sistema proporciona el número.
2	NO. DE EXPEDIENTE JUDICIAL	El número de toca en caso de que la Convivencia Asistida haya sido ordenada por una Sala. Si procede de un Juzgado se anota el número de expediente, automáticamente el sistema lo proporciona.
3	TIPO DE JUICIO	Es el tipo de controversia promovida por el Responsable Custodio o el Responsable Conviviente ante el juzgado de origen, automáticamente el sistema lo imprime en el formato.
4	REGISTRO DE CA	El número de Registro de Convivencia Asistida, automáticamente el sistema proporciona el número.
5	RESPONSABLE CUSTODIO	El nombre del Responsable Custodio, automáticamente el sistema imprime el nombre.
6	RESPONSABLE CONVIVIENTE	El nombre del Responsable Conviviente, automáticamente el sistema imprime el nombre.
7	NOMBRE (S) DE LA NIÑA(S), NIÑO(S) O ADOLESCENTE (S); EDAD(ES)	El nombre de las Niña(s), Niño(s) y/o Adolescente(s), que participaran en la Convivencia Asistida, automáticamente el sistema imprime sus nombres.
8	METODOLOGÍA	Los diversos aspectos a considerar para la integración del informe mensual como son: Observación de la interacción de la

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
		dinámica parento-filial y/o coparental, Retroalimentación, Verificar que se apliquen las habilidades parentales, la comunicación, la interacción y el vínculo entre el Conviviente, Niña, Niño y/o Adolescente, adquiridos en la Fase I del Programa, Talleres Psicoeducativos (identificar a cuáles y/o cuántos han asistido los cuidadores y el reflejo de los mismos en la interacción), Revisión del Informe Final de la Fase I y/o Informes mensuales previos.
9	PERIODO DE INTERVENCIÓN	Fechas en las que se realizaron las Convivencias Asistidas.
10	ANÁLISIS DE LA INTERACCIÓN PATERNO-FILIAL Y COPARENTAL	En el cual se observarán: las habilidades de crianza presentes en el Responsable Conviviente, la Interacción entre el Responsable Conviviente y el(los) Niño(s), Niña(s) y/o Adolescente(s) y la comunicación entre la persona responsable y el conviviente.
11	RECOMENDACIONES	Sugerencias que se darán para mejorar la relación paterno filial y coparental en pro del sano desarrollo de las Niñas, Niños y/o Adolescentes.
12	REFERENCIAS	Referencias Teóricas que dan sustento a la opinión profesional del Facilitador(a)
13	FECHA	Día, mes y año en el que se elaboró el informe mensual de Convivencia Asistida.

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
14	FIRMA.	Firma del Facilitador(a) que realizó el seguimiento de la Convivencia Asistida
15	NOMBRE, PUESTO Y CÉDULA PROFESIONAL.	Nombre completo, puesto y número de Cédula Profesional del Facilitador(a) que realizó el seguimiento de la Convivencia Asistida

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

Área: CECOFAM "Revinculación Familiar"

FASE II

CONVIVENCIA ASISTIDA
INFORME DE REDIRECCIÓN

Autoridad Ordenadora:	
No. de Expediente Judicial:	
Juicio:	

No. Registro:	
Responsable Custodio:	
Conviviente:	
Nombre (s) de la niña(s), niño(s) o adolescente (s); edad(es):	

METODOLOGÍA.

- Observación de la interacción de la dinámica parento-filial y/o familiar.
- Retroalimentación in vivo.
- Intervención para la implementación de estrategias que permitan el fortalecimiento y/o establecimiento de la vinculación parental y/o familiar.

PERÍODO DE INTERVENCIÓN.

ANTECEDENTES.

CECOFAM-CA-04

Nota: Esta información es confidencial y está protegida por la "Ley de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados de la Ciudad de México"

1

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

Área: CECOFAM "Revinculación Familiar"

ANALISIS DE LA CONVIVENCIA

CECOFAM-CA-04

Nota: Esta información es confidencial y está protegida por la "Ley de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados de la Ciudad de México"

2

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

Área: CECOFAM "Revinculación Familiar"

RECOMENDACIONES

Programa de Revinculación Familiar			
Fase I Convivencia de Reencuentro		Fase III Convivencia en Espacios Semi-Libres	
Fase II Convivencia Asistida		Fase IV Entrega-Recepción de niña, niño y adolescente.	
Convivencia Libre		Baja Administrativa	

CECOFAM-CA-04

Nota: Esta información es confidencial y está protegida por la "Ley de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados de la Ciudad de México"

3

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

Área: CECOFAM "Revinculación Familiar"

Proceso de Reforzamiento Transversal	
Taller Psicoeducativo	
Plática Asistida	

REFERENCIAS

Nota: Los datos presentados son el resultado de la observación y análisis del comportamiento y la conducta mostrada por los involucrados en las fechas señaladas, por lo que dichos datos corresponden únicamente al tiempo de las convivencias marcadas en el mismo.

Ciudad de México, a de de 20__.
ATENTAMENTE.

Lic. xxxxxxxxxxxxxxxxxxx
Cédula Profesional

CECOFAM-CA-04

Nota: Esta información es confidencial y está protegida por la "Ley de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados de la Ciudad de México"

4

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

Área: CECOFAM "Revinculación Familiar"

FASE II

CONVIVENCIA ASISTIDA
INFORME DE REDIRECCIÓN

Autoridad Ordenadora:	(1)
No. de Expediente Judicial:	(2)
Juicio:	(3)

No. Registro:	(4)
Responsable Custodio:	(5)
Conviviente:	(6)
Nombre (s) de la niña(s), niño(s) o adolescente (s); edad(es):	(7)

METODOLOGÍA. (8)
• Observación de la interacción de la dinámica parento-filial y/o familiar. • Retroalimentación in vivo. • Intervención para la implementación de estrategias que permitan el fortalecimiento y/o establecimiento de la vinculación parental y/o familiar.

PERÍODO DE INTERVENCIÓN. (9)

ANTECEDENTES. (10)

CECOFAM-CA-04

Nota: Esta información es confidencial y está protegida por la "Ley de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados de la Ciudad de México"

1

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

Área: CECOFAM "Revinculación Familiar"

ANALISIS DE LA CONVIVENCIA. (11)

CECOFAM-CA-04

Nota: Esta información es confidencial y está protegida por la "Ley de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados de la Ciudad de México"

2

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

Área: CECOFAM "Revinculación Familiar"

RECOMENDACIONES. (12)

Programa de Revinculación Familiar (13)			
Fase I Convivencia de Reencuentro **(14)**		Fase III Convivencia en Espacios Semi-Libres **(16)**	
Fase II Convivencia Asistida **(15)**		Fase IV Entrega-Recepción de niña, niño y adolescente. **(17)**	
Convivencia Libre **(18)**		Baja Administrativa **(19)**	

CECOFAM-CA-04

Nota: Esta información es confidencial y está protegida por la "Ley de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados de la Ciudad de México"

3

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

Área: CECOFAM "Revinculación Familiar"

Proceso de Reforzamiento Transversal (20)	
Taller Psicoeducativo **(21)**	
Plática Asistida **(22)**	

REFERENCIAS. (23)

Nota: Los datos presentados son el resultado de la observación y análisis del comportamiento y la conducta mostrada por los involucrados en las fechas señaladas, por lo que dichos datos corresponden únicamente al tiempo de las convivencias marcadas en el mismo.

Ciudad de México, a de de 20 . (24)
ATENTAMENTE.

Lic. Xxxxxxxxxxxxxxxxxx (25)
Cédula Profesional (26)

CECOFAM-CA-04

Nota: Esta información es confidencial y está protegida por la "Ley de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados de la Ciudad de México"

4

DESCRIPCIÓN DEL FORMATO

Nombre:	**CONVIVENCIA ASISTIDA** **INFORME DE REDIRECCIÓN**
Clave:	**CECOFAM-CA-04**
Objetivo:	Informar al Operador de Justicia los avances de la interacción parento-filial y coparental de la Convivencia realizada durante un lapso de tres meses.
Elabora:	Centro de Convivencia Familiar Supervisada
Número de tantos:	Dos Originales
Distribución:	Original. - Archivo del Centro de Convivencia Familiar Supervisada Original.- Operador de Justicia

INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
1	AUTORIDAD ORDENADORA	El número de Sala o Juzgado del cual proviene la Convivencia Asistida, automáticamente el sistema proporciona el número.
2	NO. DE EXPEDIENTE JUDICIAL O TOCA	El número de toca en caso de que la Convivencia Asistida haya sido ordenada por una Sala. Si procede de un Juzgado se anota el número de expediente, automáticamente el sistema lo proporciona.
3	JUICIO	Es el tipo de controversia promovida por el responsable custodio o el conviviente ante el juzgado de origen, automáticamente el sistema lo imprime en el formato.
4	REGISTRO CECOFAM	El número de Registro de Convivencia en Convivencia Asistida, automáticamente el sistema proporciona el número
5	PERSONA QUE PRESENTA	El nombre del Responsable Custodio, automáticamente el sistema imprime el nombre
6	PERSONA QUE CONVIVE	El nombre del Responsable Conviviente, automáticamente el sistema imprime el nombre
7	NOMBRE (S) DE LA NIÑA(S), NIÑO(S) O ADOLESCENTE	El nombre de las Niña(s), Niño(s) y/o Adolescente(s), que participaran en la Convivencia Asistida, automáticamente el sistema imprime sus nombres.
8	METODOLOGÍA	Los diversos aspectos a considerar para la integración del informe de Redirección como son: Observación de la

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
		interacción de la dinámica parento-filial y/o familiar, Retroalimentación in vivo, Intervención para la implementación de estrategias que permitan el fortalecimiento y/o establecimiento de la vinculación parental y/o familiar, etc.
9	PERIODO DE INTERVENCIÓN	Fechas en las que se realizó la Convivencia Asistida.
10	ANTECEDENTES	Información con respecto a los avances que se han tenido desde el inicio de la programación de la Convivencia Asistida, situaciones o sucesos ocurridos durante el periodo de intervención, así como las recomendaciones que fueron enviadas al operador de Justicia.
11	ANÁLISIS DE LA CONVIVENCIA	Análisis breve de la interacción parento-filial y coparental durante la Convivencia Asistida, así como avances que se obtuvieron en relación a las habilidades de crianza, la Interacción Coparental y Parento-filial.
12	RECOMENDACIONES	Sugerencias que se darán para mejorar la relación paterno filial y coparental en pro del sano desarrollo de las Niñas, Niños y/o Adolescentes, en donde se canalizará al núcleo familiar a las Fases del Programa de Revinculación Familiar de acuerdo a las situaciones observadas.
13	PROGRAMA DE RE VINCULACIÓN FAMILIAR	Programa Orientado a otorgar elementos de Convicción al Operador de Justicia a través de la Fase I de Aprendizaje Formal, Fase II Aprendizaje Práctico, Fase III, Expansión, Fase IV Independencia. Y Proceso de Reforzamiento Transversal.

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
14	FASE I CONVIVENCIA DE REENCUENTRO	Aprendizaje Formal: Convivencia de Reencuentro
15	FASE II CONVIVENCIA ASISTIDA	Aprendizaje Práctico: Convivencia Asistida
16	FASE III CONVIVENCIA EN ESPACIOS SEMILIBRES	Expansión: Convivencia en Espacios Semi Libres
17	FASE IV ENTREGA RECEPCIÓN D NIÑA, NIÑO Y/O ADOLESCENTE	Independencia: Entrega- Recepción
18	CONVIVENCIA LIBRE	Convivencia libre y flexible sin la observación del CECOFAM
19	BAJA ADMINISTRATIVA	Por ausencia de una o ambas partes.
20	PROCESO DE REFORZAMIENTO TRANSVERSAL	Apoyo a los integrantes de la familia, de manera paralela a las fases del Programa para la adquisición de conocimientos y herramientas que les permitan favorecer la re vinculación familiar.
21	TALLER PSICOEDUCATIVO	Módulos Temáticos que se imparten en sesiones grupales, cuyo propósito es brindar información teórico- práctica, para el reforzamiento de habilidades parentales.

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
22	PLÁTICA ASISTIDA	Conversación asertiva y proactiva entre las partes con el acompañamiento de un Facilitador.
23	REFERENCIAS	Referencias Teóricas que dan sustento a la opinión profesional del Facilitador(a)
24	FECHA	Día, mes y año en el que se elaboró el informe mensual de Entrega-Recepción.
25	FIRMA	Firma del Facilitador(a) que observó la Convivencia en Espacios Semi libres
26	NOMBRE, PUESTO Y CÉDULA PROFESIONAL	Nombre completo, puesto y número de Cédula Profesional del Facilitador(a) que observó la Convivencia en Espacios Semi libres

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

PROCEDIMIENTOS

Procedimiento: CIEAJ-016	Fase III del Programa de Revinculación Familiar. - Expansión a través de la Convivencia en Espacios Semi-libres.
Objetivo general:	Enriquecer el proceso de vinculación en apoyo de las Niñas, Niños y/o Adolescentes que requieran adquirir confianza en un espacio fuera de las instalaciones del Centro de Convivencia Familiar Supervisada y no necesiten del acompañamiento del personal operativo durante los encuentros con la o el Responsable Conviviente y que apoye el afianzamiento de la comunicación coparental.
Políticas y normas de operación:	

1. Las Convivencias en Espacios Semi-libres se llevarán a cabo por un tiempo aproximado de 3 meses, de conformidad al resultado de la Entrevista Diagnóstica, Fase I, Fase II y/o Fase IV del Programa de Revinculación Familiar, en la sede y horarios disponibles de la Dirección del Centro de Convivencia Familiar Supervisada.

2. El servicio se otorgará de 1 a 2 veces por semana en un lapso de 2 a 4 horas, y la o el Facilitador, es decir, el Personal Operativo especialista en Trabajo Social y Psicología, verificará la dinámica en la entrega a la o el Responsable Conviviente de la Niña, Niño y/o Adolescente para su ingreso al Espacio Semi-libre, así como al término de la convivencia en el regreso a la o el Responsable Custodio o la o el Tercero Emergente.

3. Cuando por cuestiones de salud o desconocimiento las y los usuarios no puedan escribir, el personal de la Dirección del Centro de Convivencia Familiar Supervisada los apoyará en el registro necesario y se les pedirá que coloquen su huella digital en caso de no saber firmar.

4. Para dar inicio al servicio se solicitará alguna de las identificaciones oficial vigente (Credencial del INE, Pasaporte\ Cédula Profesional con fotografía o Cartilla Militar y en caso de extranjeros, cualquier identificación expedida por el Instituto Nacional de Migración).

5. En el supuesto de que no se porte alguna de las identificaciones y se encuentren la o el Responsable Conviviente y la o el Responsable Custodio o la o el Tercero Emergente, se dará el servicio correspondiente al existir un reconocimiento de uno de estos, sobre la o el que no presente su identificación.

6. La o el Responsable Custodio o la o el Tercero Emergente, necesariamente deberá entregar a la Niña, Niño y/o Adolescente a la o el Responsable Conviviente para el inicio de su convivencia y por ningún motivo, podrán dejarlo a cargo de la o el Facilitador o el personal adscrito de la Dirección del Centro de Convivencia Familiar Supervisada, respetando en todo momento los horarios establecidos.

7. Si el Personal de Seguridad que apoya a la Dirección del Centro de Convivencia Familiar Supervisada percibe indicios de que alguno de las y los usuarios presenta aliento alcohólico, negará el acceso a las instalaciones y se informará a la o el Operador de Justicia a través de Nota Informativa.

8. En caso de que la Niña, Niño y/o Adolescente manifieste estar indispuesto para llevar a cabo el encuentro, la o el Facilitador indagará la razón de su malestar y de ser necesario suspenderá la convivencia.

9. Una vez que dé inicio la convivencia, la o el Responsable Conviviente, la Niña, Niño y/o Adolescente por ningún motivo podrán salir del espacio establecido, a excepción de causas extraordinarias como enfermedad, sismo, incendio o disturbio social para ser entregado en breve a la o el Responsable Custodio o la o el Tercero Emergente.

10. En caso de que la o el Responsable Conviviente, la Niña, Niño y/o Adolescente, sufra alguna lesión o complicación de salud, la o el Facilitador y/o el personal de la Dirección del Centro de Convivencia Familiar Supervisada, solicitará de inmediato, apoyo del médico adscrito o del Personal de Seguridad para el llamado de los servicios de emergencia.

11. Al término de la Convivencia en Espacios Semi-libres, el Responsable Conviviente deberá permanecer en el lugar, hasta que se presente a recoger a la Niña, Niño y/o Adolescente el Responsable Custodio o el Tercero Emergente.

12. La o el Facilitador brindará retroalimentación a la o el Responsable Conviviente y/o la o el Responsable Custodio, con el objeto de mejorar la interacción parento-filial o coparental, ya sea al término del encuentro o mediante cita.

13. En caso de ser necesario se solicitará mediante escrito a la o el Operador de Justicia, la autorización para que la o el Facilitador asignado realice revisión del expediente judicial.

14. Si la o el Responsable Custodio o la o el Tercero Emergente no se presenta a recoger a la Niña, Niño y/o Adolescente al término del horario de la Convivencia en Espacios Semi-libres, se localizará vía telefónica a la o el Responsable Custodio o la o el Tercero Emergente.

15. Si no se localiza a la o el Responsable Custodio o la o el Tercero Emergente se pondrá a disposición de la o el Responsable Conviviente el servicio de la Policía Auxiliar de la Ciudad de México para que lo trasladen junto con la Niña, Niño y Adolescente a la Agencia del Ministerio Público, lo que se hará del conocimiento de la o el Operador de Justicia a través de Nota Informativa.

16. Se remitirá a la o el Operador de Justicia Nota Informativa y/o Acta de Hechos en el término de 5 días hábiles, para hacer de su conocimiento hechos relevantes acontecidos durante la convivencia familiar.

17. La o el Operador de Justicia recibirá un informe mensual por escrito, en el que se le dará a conocer el análisis de la interacción familiar y/o las recomendaciones sugeridas por la o el Facilitador, mismo que se enviará en un término de 15 días hábiles.

18. Al término de los 3 meses de la Fase III, la o el Facilitador emitirá un Informe de Redirección con el análisis de la dinámica familiar en el que establezca si deberá transitar a otra Fase, o bien realizar su entrega-recepción de manera libre y flexible sin la supervisión de la Dirección del Centro de Convivencia Familiar Supervisada mismo que deberá ser acompañado del documento denominado “Compromiso Coparental”.

19. Si se advierte en un período de 1 mes, que la o el Responsable Custodio o la o el Responsable Conviviente no han contribuido para alcanzar el objetivo de la Fase III y lograr la Revinculación Familiar, o se detecte negativa de la Niña, Niño y Adolescente para convivir, la o el Facilitador emitirá un Informe de Redirección con análisis de la interacción familiar y hará la recomendación de Baja Administrativa, mismo que se enviará en un término de 15 días hábiles a la o el Operador de Justicia.

20. Una vez que se envíe el oficio de redirección en el que se solicite la baja del servicio y los usuarios aún continúen en el régimen de entrega-recepción, será otro el Facilitador(a) quien observará la interacción familiar, hasta en tanto el Operador de Justicia autorice la Baja Administrativa.

21. Al finalizar la Fase III se aplicará una encuesta de salida al Responsable Custodio, Responsable Conviviente, Tercero Emergente, Niña, Niño y Adolescente.

22. Se informará por oficio las inasistencias de la o el Responsable Custodio, la o el Responsable Conviviente, la Niña, Niño y/o Adolescente para efecto de que la o el Operador de Justicia autorice la Baja Administrativa.

23. La o el Responsable Custodio y la o el Responsable Conviviente que reciban el servicio a través de una distinta Fase del Programa, deberán firmar el documento denominado “Compromisos Coparentales”, el cual se anexará a Informe de Redirección.

24. La Dirección del Centro de Convivencia Familiar Supervisada pondrá a disposición de las y los usuarios Talleres Psicoeducativos, Platicas Asistidas y Actividades Colectivas a las cuales deberán acudir de manera obligatoria. La programación se dará a conocer al inicio de cada una de las fases del Programa y se fijarán las fechas de asistencia de acuerdo a los horarios disponibles de los mismos.

25. Las Pláticas Asistidas serán obligatorias y guiadas por una autoridad de la Dirección del Centro de Convivencia Familiar Supervisada y un Facilitador(a), podrán desarrollarse el número de veces necesarias para la consecución de su objetivo y durante las distintas fases de servicio que proporciona el Centro, a fin de consolidar convenios para la validación del Operador de Justicia.

26. En caso de negativa por parte de la o el Responsable Custodio y/o Responsable Conviviente a participar en ellas, éstas se solicitarán mediante oficio al juzgado de referencia.

27. La inscripción de las y los usuarios a los Talleres Psicoeducativos estará a cargo de la o el Facilitador que acompaña la convivencia y se realizará al inicio de la Fase III.

28. La o el Facilitador desarrollará Pláticas Asistidas con la o el Responsable Custodio y la o el Responsable Conviviente, las cuales podrán realizarse el número de veces necesario para la consecución de acuerdos coparentales para el cumplimiento del régimen de Visitas y Convivencias.

29. De presentarse algún caso en el cual lo o el Responsable Custodio y/o la o el Responsable Conviviente, muestren algún tipo de discapacidad (auditiva, visual, motriz, intelectual u otras), que hablen otro idioma o dialecto que impida establecer la comunicación directa con ellos, se solicitará el apoyo especializado correspondiente.

No.	Área.	Descripción de la actividad.	Documentos y/o sistemas de apoyo.
1	Subdirección del CECOFAM Niños Héroes y Subdirección del CECOFAM Plaza Juárez (Personal Administrativo)	Entrega el Informe de Entrevista Diagnóstica o Informe de Redirección, en el cual indica que deberá integrar los usuarios a la Fase III del Programa al personal administrativo de la Jefatura de Unidad Departamental de Gestión Administrativa del Programa de Revinculación Familiar.	• Informe
2	Jefatura de Unidad Departamental de Gestión Administrativa del Programa de Revinculación Familiar (Personal Administrativo)	Recibe el Informe de Entrevista Diagnóstica o Informe de Redirección, programa la Convivencia en Espacios Semi-libres y entrega Listado de Asignación y Formato de Asistencia Mensual de Convivencia en Espacios Semi-libres a la o el Facilitador.	• Sistema
3 4 5	Jefatura de Unidad Departamental de Gestión Administrativa del Programa de Revinculación Familiar (La o el Facilitador)	Recibe Listado de Asignación y Formato de Asistencia Mensual de Convivencia en Espacios Semi-libres. Espera a la o el Responsable Custodio y a la o el Responsable Conviviente para la Convivencia Asistida. **¿Asisten ambos Responsables?** **No.** Continúa en la actividad no. 5 **Sí.** Continúa en la actividad no. 6 Informa a la o el Responsable Custodio o la o el Responsable Conviviente que no se podrá llevar a cabo la Convivencia y solicita se retire. (Continúa en la actividad no. 27)	
6	Jefatura de Unidad Departamental de Gestión Administrativa del Programa de	Recibe a la o el Responsable Custodio y al o el Responsable Conviviente para la Convivencia en Espacios Semi-libres y solicita se identifique.	

No.	Área.	Descripción de la actividad.	Documentos y/o sistemas de apoyo.
	Revinculación Familiar (La o el Facilitador)		
7	La o el Responsable Custodio y/o la o el Responsable Conviviente	Presenta su identificación oficial.	
8	Jefatura de Unidad Departamental de Gestión Administrativa del Programa de Revinculación Familiar (La o el Facilitador)	Entrega a la o el Responsable Custodio y/o a la o el Responsable Conviviente, Formato de Asistencia Mensual de Convivencia en Espacios Semi-libres.	
9	La o el Responsable Custodio y/o la o el Responsable Conviviente	Recibe, requisita el Formato de Asistencia Mensual de Convivencia de Espacios Semi-libres y devuelve a la o el Facilitador.	• Formato CECOFAM-ESL-01
10 11 12	Jefatura de Unidad Departamental de Espacios Semi-libres y Entrega Recepción de Niñas, Niños y Adolescentes (La o el Facilitador)	Recibe y revisa que el Formato de Asistencia Mensual de Convivencia de Espacios Semi-libres esté debidamente requisitado. Observa la interacción inicial de la o el Responsable Custodio, la o el Responsable Conviviente y Niña, Niño o Adolescente. Solicita a la o el Responsable Custodio se retire del lugar.	
13	La o el Responsable Custodio	Se retira del lugar de Convivencia de Espacio Semi-libre.	

No.	Área.	Descripción de la actividad.	Documentos y/o sistemas de apoyo.
14	Jefatura de Unidad Departamental de Espacios Semi-libres y Entrega Recepción de Niñas, Niños y Adolescentes (La o el Facilitador)	Entrega a la o el Responsable Conviviente un gafete denominado “Usuario en Convivencia”.	
15		Ingresa con la o el Responsable Conviviente, Niña, Niño y Adolescente, al área de Convivencia de Espacios Semi-libres.	
16		Verifica en el Formato de Asistencia los términos en los que se debe llevar a cabo la Convivencia de Espacios Semi-libres.	
17		Observa la interacción parento-filial, permite la interacción libre y de ser necesario realiza recomendaciones al o el Responsable Conviviente.	
18		Finaliza la Convivencia de Espacios Semi-libres y realiza breve retroalimentación a la o el Responsable Conviviente sobre las áreas de oportunidad para mejorar la interacción parento-filial.	
19		Acude en compañía de la o el Responsable Conviviente, la Niña, Niño y/o Adolescente, para su entrega a la o el Responsable Custodio.	
20	La o el Responsable Custodio	Reingresa a las instalaciones de Convivencia de Espacios Semi-libres, se identifica y recibe a la la Niña, Niño y/o Adolescente.	

No.	Área.	Descripción de la actividad.	Documentos y/o sistemas de apoyo.
21 22	Jefatura de Unidad Departamental de Espacios Semi-libres y Entrega Recepción de Niñas, Niños y Adolescentes (La o el Facilitador)	Realiza una breve retroalimentación con la o el Responsable Custodio, sobre lo acontecido en el transcurso de la convivencia respecto de la Niña, Niño y/o Adolescente, o de alguna situación durante el desarrollo de la convivencia Entrega a la o el Responsable Custodio y la o el Responsable Conviviente el Formato de Asistencia Mensual de Convivencia de Espacios Semi-libres.	
23	La o el Responsable Custodio y la o el Responsable Conviviente	Recibe, requisita el Formato de Asistencia Mensual de Convivencia de Espacios Semi-libres y devuelve a la o el Facilitador.	• Formato CECOFAM-ESL-01
24	Jefatura de Unidad Departamental de Espacios Semi-libres y Entrega Recepción de Niñas, Niños y Adolescentes (La o el Facilitador)	Recibe Formato de Asistencia Mensual y solicita a la o el Responsable Custodio, acompañado de la Niña, Niño y/o Adolescente y a la o el Responsable Conviviente, se retiren.	
25	La o el Responsable Conviviente	Entrega el gafete denominado “Usuario en Convivencia” y se retira del lugar.	
26 27	Jefatura de Unidad Departamental de Espacios Semi-libres y Entrega Recepción de Niñas, Niños y Adolescentes (La o el Facilitador)	Recibe gafete denominado “Usuario en Convivencia”. Actualiza en el Sistema el estatus asistencia o inasistencia de las o los Responsables Custodios y las o los Responsables Convivientes.	• Sistema

No.	Área.	Descripción de la actividad.	Documentos y/o sistemas de apoyo.
28	Jefatura de Unidad Departamental de Espacios Semi-libres y Entrega Recepción de Niñas, Niños y Adolescentes (La o el Facilitador)	Entrega Formato de Asistencia Mensual de Convivencia de Espacios Semi-libres al personal administrativo de la Jefatura de Unidad Departamental de Gestión Administrativa del Programa de Revinculación Familiar. (Continua en la actividad no. 29 y 35)	• Formato CECOFAM-ESL-02 CECOFAM-ESL-03 CECOFAM-ESL-04
29		Elabora Informe Mensual o Informe de Redirección y entrega a la Jefatura de Unidad Departamental de Espacios Semi-libres y Entrega Recepción de Niñas, Niños y Adolescentes, para revisión.	• Formato CECOFAM-ESL-03 CECOFAM-ESL-04
30	Jefatura de Unidad Departamental de Espacios Semi-libres y Entrega Recepción de Niñas, Niños y Adolescentes	Recibe, revisa, firma Informe Mensual o Informe de Redirección y entrega al personal administrativo de la Jefatura de Unidad Departamental de Gestión Administrativa del Programa de Revinculación Familiar, para su envío.	
31	Jefatura de Unidad Departamental de Gestión Administrativa del Programa de Revinculación Familiar (Personal Administrativo)	Recibe, elabora el oficio de envío del Informe Mensual o Informe de Redirección y entrega a la Jefe de Unidad Departamental de Espacios Semi-libres y Entrega Recepción de Niñas, Niños y Adolescentes, para su firma.	• Oficio
32	Jefe de Unidad Departamental de Espacios Semi-libres y Entrega Recepción de Niñas, Niños y Adolescentes	Recibe, revisa, firma el oficio del Informe Mensual o Informe de Redirección y devuelve, al personal administrativo de la Jefatura de Unidad Departamental de Gestión Administrativa del Programa de Revinculación Familiar, para su envió al Órgano Jurisdiccional.	

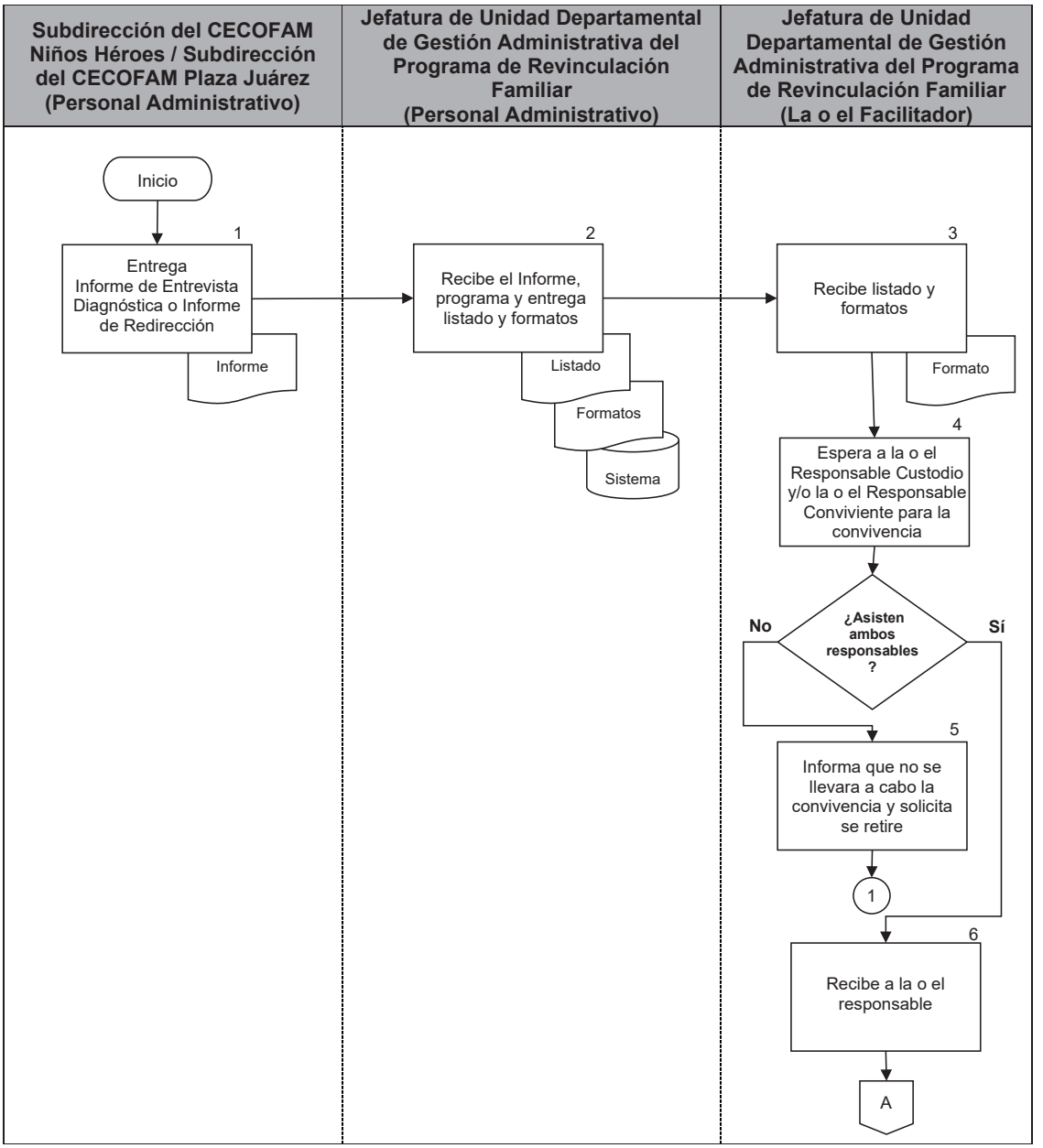
No.	Área.	Descripción de la actividad.	Documentos y/o sistemas de apoyo.
33	Jefatura de Unidad Departamental de Gestión Administrativa del Programa de Revinculación Familiar (Personal Administrativo)	Recibe y envía el oficio e Informe Mensual o Informe de Redirección al Órgano Jurisdiccional.	
34	Órgano Jurisdiccional (Oficialía de partes)	Recibe, acusa y devuelve el oficio e Informe Mensual o Informe de Redirección al personal administrativo de la Jefatura de Unidad Departamental de Gestión Administrativa del Programa de Revinculación Familiar.	
35	Jefatura de Unidad Departamental de Gestión Administrativa del Programa de Revinculación Familiar (Personal Administrativo)	Recibe y archiva en el expediente el acuse del oficio e Informe de Redirección, el Formato de Asistencia Mensual.	• Expediente
36		Guarda expediente de la Fase III hasta que concluya su periodo de archivo en trámite.	
37		Envía expediente al Archivo Judicial.	

FIN DEL PROCEDIMIENTO

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

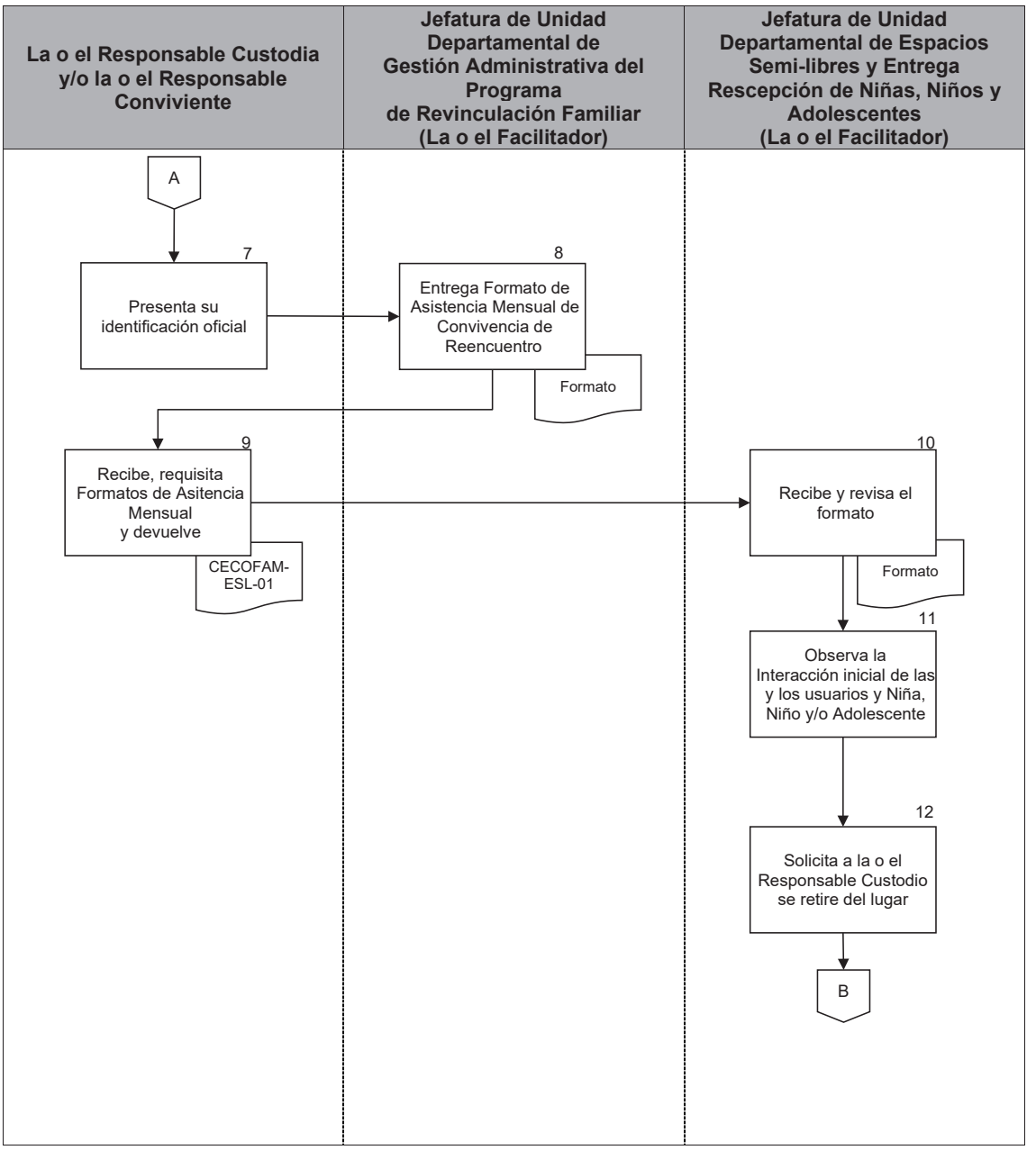
PROCEDIMIENTOS



PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

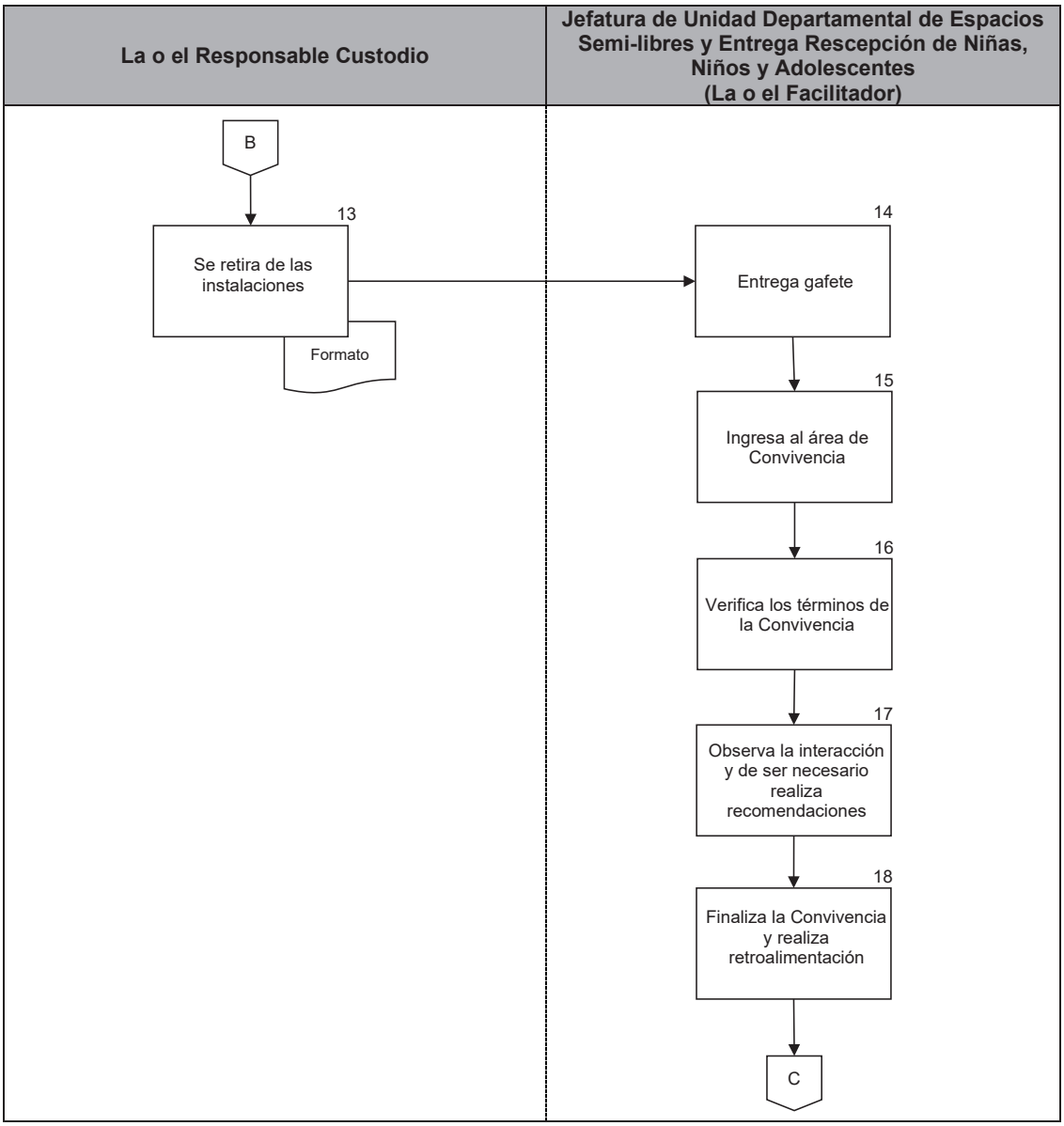
PROCEDIMIENTOS



PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

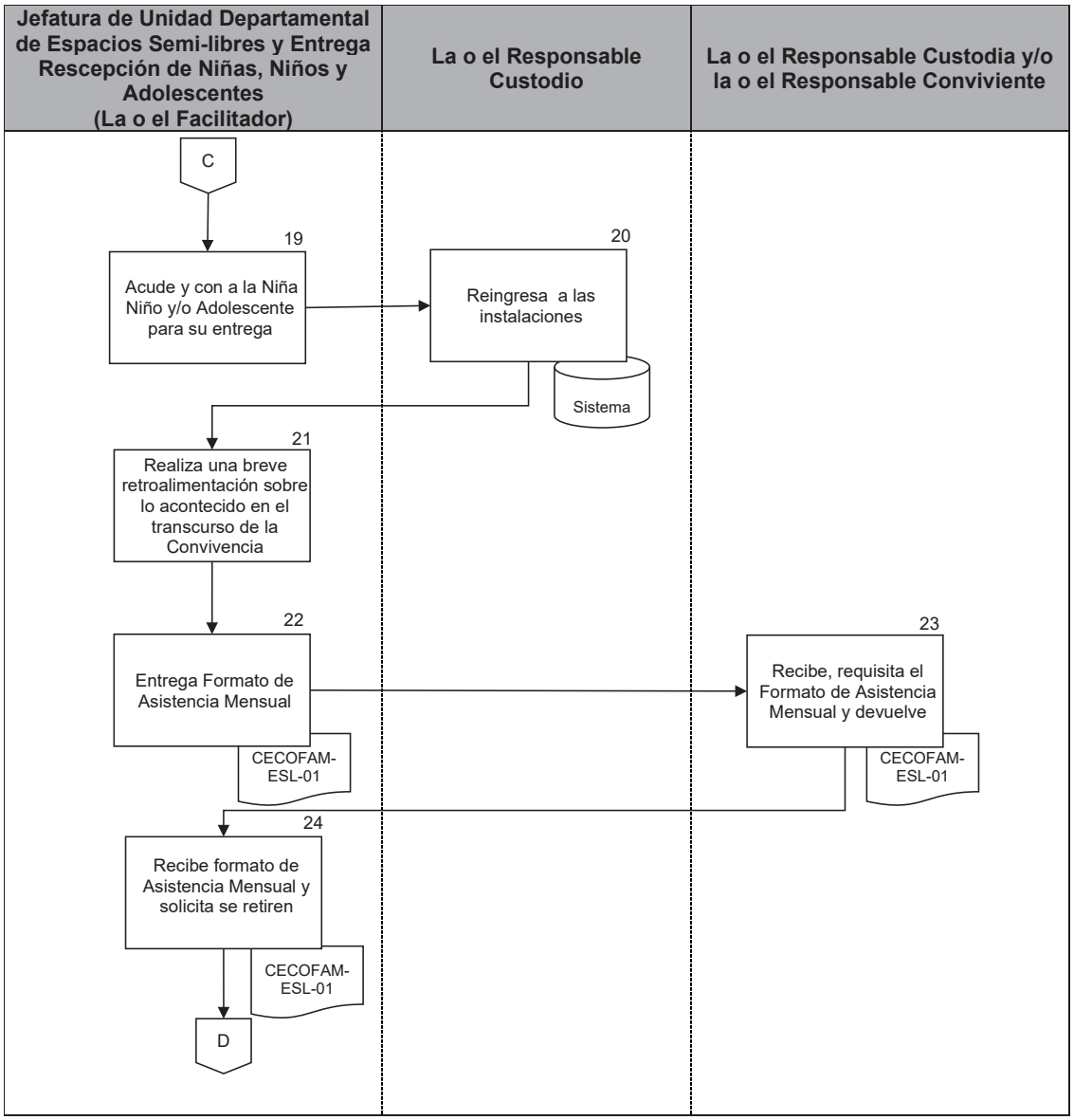
PROCEDIMIENTOS



PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

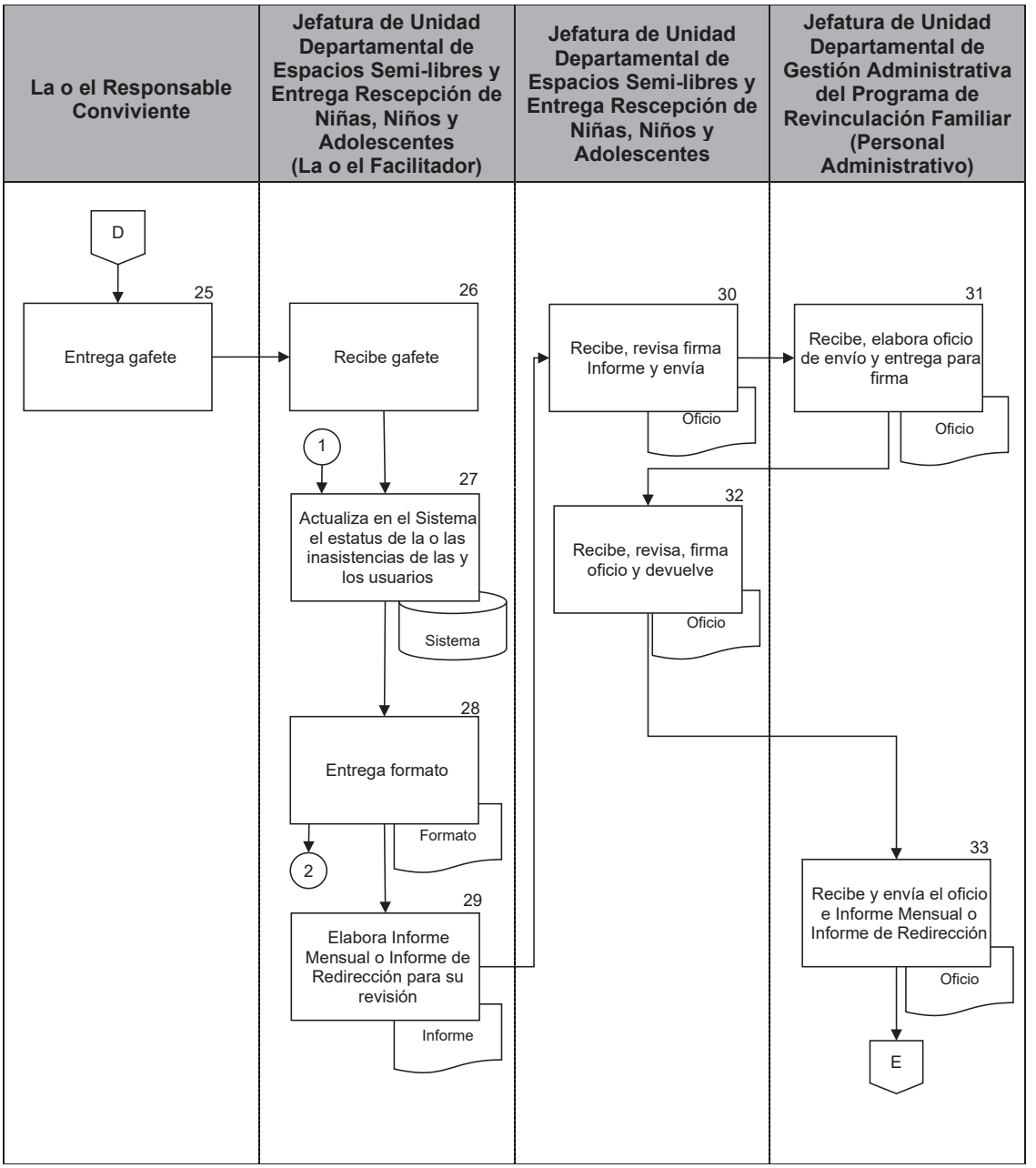
PROCEDIMIENTOS



PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

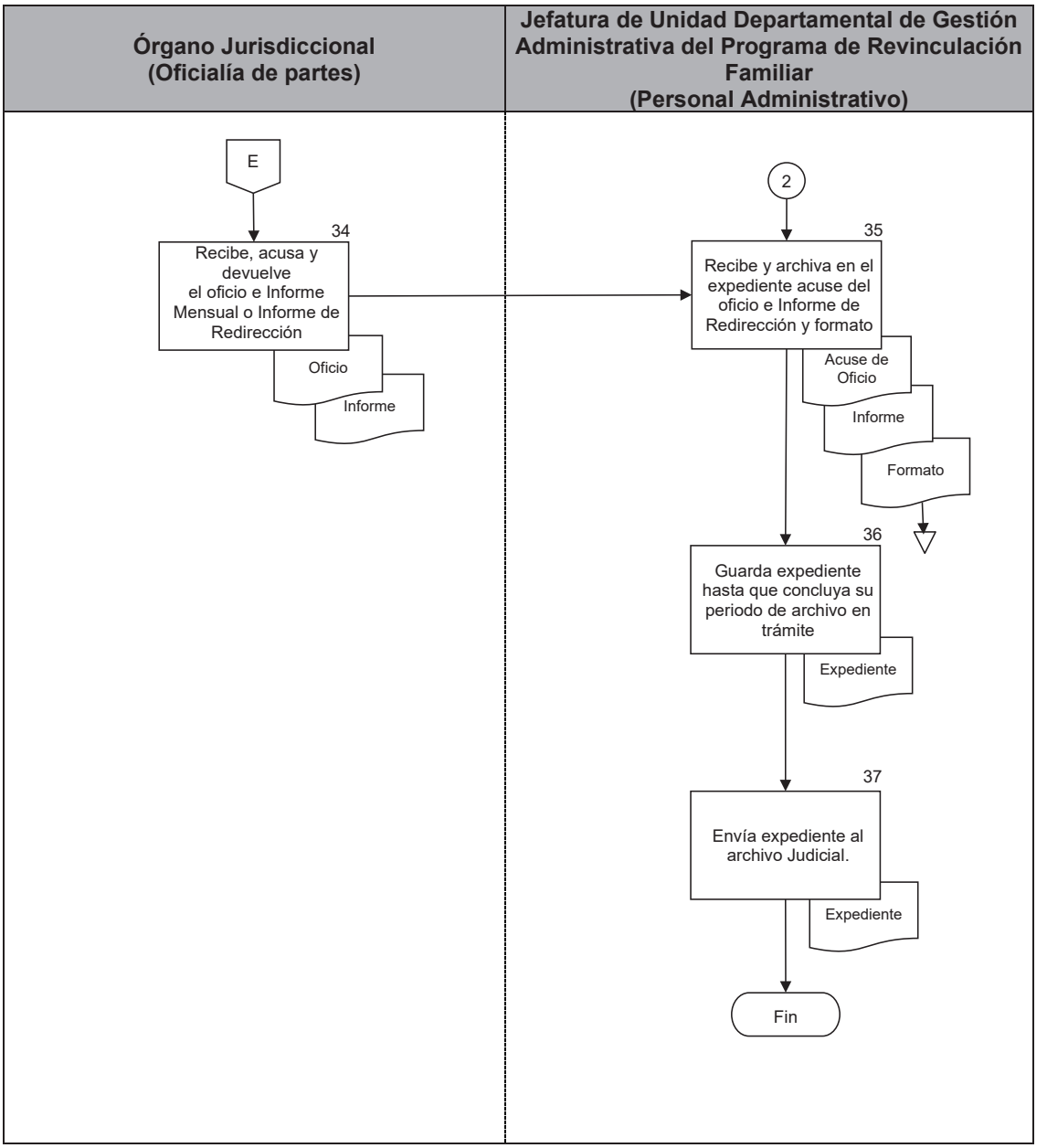
PROCEDIMIENTOS



PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

PROCEDIMIENTOS



PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

Área: Centro de Convivencia Familiar Supervisada.

FORMATO DE ASISTENCIA MENSUAL.
CONVIVENCIA EN ESPACIOS SEMILIBRES

DATOS GENERALES:			
Sala o Juzgado:		Registro:	
Secretaria:		Reporte:	
Expediente o Toca:		Horario:	
Juicio:		Facilitador Asignado:	
NIÑA(S), NIÑO(S) O ADOLESCENTE(S):			
COMENTARIOS:			

FECHA DE CONVIVENCIA							
RESPONSABLE CUSTODIO				RESPONSABLE CONVIVIENTE			
Nombre:				Nombre:			
Firma:				Firma:			
Hora Inicio:		Hora Fin:		Hora Inicio:		Hora Fin:	
FACILITADOR:							
Nombre:				Firma:			

FECHA DE CONVIVENCIA							
RESPONSABLE CUSTODIO				RESPONSABLE CONVIVIENTE			
Nombre:				Nombre:			
Firma:				Firma:			
Hora Inicio:		Hora Fin:		Hora Inicio:		Hora Fin:	
FACILITADOR:							
Nombre:				Firma:			

CECOFAM-ESL-01

1

Nota: La información es Confidencial y está Protegida por la "Ley de Protección de Datos en Posesión de Sujetos Obligados en la Ciudad de México."

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

Área: Centro de Convivencia Familiar Supervisada.

FECHA DE CONVIVENCIA							
RESPONSABLE CUSTODIO				RESPONSABLE CONVIVIENTE			
Nombre:				Nombre:			
Firma:				Firma:			
Hora Inicio:		Hora Fin:		Hora Inicio:		Hora Fin:	
FACILITADOR:							
Nombre:				Firma:			

FECHA DE CONVIVENCIA							
RESPONSABLE CUSTODIO				RESPONSABLE CONVIVIENTE			
Nombre:				Nombre:			
Firma:				Firma:			
Hora Inicio:		Hora Fin:		Hora Inicio:		Hora Fin:	
FACILITADOR:							
Nombre:				Firma:			

CECOFAM-ESL-01

2

Nota: La información es Confidencial y está Protegida por la "Ley de Protección de Datos en Posesión de Sujetos Obligados en la Ciudad de México."

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

Área: Centro de Convivencia Familiar Supervisada.

FORMATO DE ASISTENCIA MENSUAL.
CONVIVENCIA EN ESPACIOS SEMILIBRES

DATOS GENERALES:			
Sala o Juzgado:		Registro:	
Secretaria:		Reporte:	
Expediente o Toca:		Horario:	
Juicio:		Facilitador Asignado:	
NIÑA(S), NIÑO(S) O ADOLESCENTE(S):			
COMENTARIOS:			

FECHA DE CONVIVENCIA							
RESPONSABLE CUSTODIO				RESPONSABLE CONVIVIENTE			
Nombre:				Nombre:			
Firma:				Firma:			
Hora Inicio:		Hora Fin:		Hora Inicio:		Hora Fin:	
FACILITADOR:							
Nombre:				Firma:			

FECHA DE CONVIVENCIA							
RESPONSABLE CUSTODIO				RESPONSABLE CONVIVIENTE			
Nombre:				Nombre:			
Firma:				Firma:			
Hora Inicio:		Hora Fin:		Hora Inicio:		Hora Fin:	
FACILITADOR:							
Nombre:				Firma:			

CECOFAM-ESL-01

1

Nota: La información es Confidencial y está Protegida por la "Ley de Protección de Datos en Posesión de Sujetos Obligados en la Ciudad de México."

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

Área: Centro de Convivencia Familiar Supervisada.

FECHA DE CONVIVENCIA							
RESPONSABLE CUSTODIO				RESPONSABLE CONVIVIENTE			
Nombre:				Nombre:			
Firma:				Firma:			
Hora Inicio:		Hora Fin:		Hora Inicio:		Hora Fin:	
FACILITADOR:							
Nombre:				Firma:			

FECHA DE CONVIVENCIA							
RESPONSABLE CUSTODIO				RESPONSABLE CONVIVIENTE			
Nombre:				Nombre:			
Firma:				Firma:			
Hora Inicio:		Hora Fin:		Hora Inicio:		Hora Fin:	
FACILITADOR:							
Nombre:				Firma:			

CECOFAM-ESL-01

2

Nota: La información es Confidencial y está Protegida por la "Ley de Protección de Datos en Posesión de Sujetos Obligados en la Ciudad de México."

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

PROCEDIMIENTOS

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO — INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

Área: Centro de Convivencia Familiar Supervisada.

FORMATO DE ASISTENCIA MENSUAL.
CONVIVENCIA EN ESPACIOS SEMILIBRES

DATOS GENERALES:			
Sala o Juzgado:	(1)	Registro:	REG- (5)
Secretaria:	(2)	Reporte:	(6)
Expediente o Toca:	(3)	Horario:	(7)
Juicio:	(4)	Facilitador Asignado:	(8)
NIÑA(S), NIÑO(S) O ADOLESCENTE(S):			
(9)			
COMENTARIOS:			
(10)			

FECHA DE CONVIVENCIA	(11)						
RESPONSABLE CUSTODIO				RESPONSABLE CONVIVIENTE			
Nombre:				Nombre:			
(12)				(16)			
Firma:	(13)			Firma:	(17)		
Hora Inicio:	(14)	Hora Fin:	(15)	Hora Inicio:	(18)	Hora Fin:	(19)
FACILITADOR:							
Nombre:	(20)			Firma:	(21)		

FECHA DE CONVIVENCIA	(11)						
RESPONSABLE CUSTODIO				RESPONSABLE CONVIVIENTE			
Nombre:				Nombre:			
(12)				(16)			
Firma:	(13)			Firma:	(17)		
Hora Inicio:	(14)	Hora Fin:	(15)	Hora Inicio:	(18)	Hora Fin:	(19)
FACILITADOR:							
Nombre:	(20)			Firma:	(21)		

CECOFAM-ESL-01

1

Nota: La información es Confidencial y está Protegida por la "Ley de Protección de Datos en Posesión de Sujetos Obligados en la Ciudad de México."

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

Área: Centro de Convivencia Familiar Supervisada.

FECHA DE CONVIVENCIA				(11)			
RESPONSABLE CUSTODIO				RESPONSABLE CONVIVIENTE			
Nombre:				Nombre:			
(12)				(16)			
Firma:	(13)			Firma:	(17)		
Hora Inicio:	(14)	Hora Fin:	(15)	Hora Inicio:	(18)	Hora Fin:	(19)
FACILITADOR:							
Nombre:	(20)			Firma:	(21)		

FECHA DE CONVIVENCIA				(11)			
RESPONSABLE CUSTODIO				RESPONSABLE CONVIVIENTE			
Nombre:				Nombre:			
(12)				(16)			
Firma:	(13)			Firma:	(17)		
Hora Inicio:	(14)	Hora Fin:	(15)	Hora Inicio:	(18)	Hora Fin:	(19)
FACILITADOR:							
Nombre:	(20)			Firma:	(21)		

CECOFAM-ESL-01

2

Nota: La información es Confidencial y está Protegida por la "Ley de Protección de Datos en Posesión de Sujetos Obligados en la Ciudad de México."

DESCRIPCIÓN DEL FORMATO

Nombre:	**FORMATO DE ASISTENCIA MENSUAL** **CONVIVENCIA EN ESPACIOS SEMILIBRES**
Clave:	**CECOFAM-ESL-01**
Objetivo:	Controlar asistencia de los participantes en la Convivencia de Espacios Semilibres, constancia de asistencia de los mismos.
Elabora:	Centro de Convivencia Familiar Supervisada
Número de tantos:	Original
Distribución:	Original.- Archivo del Centro de Convivencia Familiar Supervisada

INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
1	SALA O JUZGADO	El número de Sala o Juzgado del cual proviene la Convivencia en Espacios Semilibres, automáticamente el sistema proporciona el número.
2	SECRETARIA	El número de la Secretaría, automáticamente el sistema proporciona la letra.
3	EXPEDIENTE O TOCA	El número de toca en caso de que la Convivencia en Espacios Semilibres haya sido ordenada por una Sala. Si procede de un Juzgado se anota el número de expediente, automáticamente el sistema lo proporciona.
4	JUICIO	El tipo de Juicio, automáticamente el sistema proporciona el tipo de Juicio.
5	REGISTRO	El número de Registro, automáticamente el sistema proporciona el número
6	REPORTE	El número de reporte, automáticamente el sistema proporciona el número
7	HORARIO	El día y horario de la Convivencia en Espacios Semilibres, automáticamente el sistema proporciona la información.
8	FACILITADOR ASIGNADO	El nombre de la o el Facilitador, automáticamente el sistema proporciona el nombre en caso de haber sido asignado con anterioridad.

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
9	NIÑA(S), NIÑO(S) O ADOLESCENTE(S)	El nombre de las Niña(s), Niño(s) o Adolescente(s), que participaran en la Convivencia en Espacios Semilibres, automáticamente el sistema proporciona sus nombres.
10	COMETARIOS	Los cometarios o las observaciones que el Órgano Jurisdiccional haya realizado en el registro específico, automáticamente el sistema proporciona la información previamente cargada.
11	FECHA DE CONVIVENCIA	La fecha programada para la realización de la Convivencia en Espacios Semilibres, automáticamente el sistema proporciona la fecha.
12	RESPONSABLE CUSTODIO NOMBRE	El nombre del Responsable Custodio, automáticamente el sistema proporciona el nombre.
13	RESPONSABLE CUSTODIO FIRMA	La firma del Responsable Custodio.
14	RESPONSABLE CUSTODIO HORA INICIO	La hora en la que inicia la Convivencia en Espacios Semilibres.
15	RESPONSABLE CUSTODIO HORA FIN	La hora en la que termina la Convivencia en Espacios Semilibres.
16	RESPONSABLE CONVIVIENTE NOMBRE	El nombre del Conviviente, automáticamente el sistema proporciona el nombre.
17	RESPONSABLE CONVIVIENTE FIRMA	La firma del Conviviente.

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
18	RESPONSABLE CONVIVIENTE HORA INICIO	La hora en la que inicia la Convivencia de Espacios Semilibres.
19	RESPONSABLE CONVIVIENTE HORA FIN	La hora en la que termina la Convivencia de Espacios Semilibres.
20	FACILITADOR NOMBRE	El nombre la o el Facilitador que supervise la Convivencia en Espacios Semilibres.
21	FACILITADOR FIRMA	La firma la o el Facilitador que supervise la Convivencia en Espacios Semilibres.

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

Área: CECOFAM "Revinculación Familiar"

FASE III

CONVIVENCIA EN ESPACIOS SEMI-LIBRES
INFORME MENSUAL

Autoridad Ordenadora:	
No. de Expediente Judicial:	
Secretaría:	
Juicio:	

No. de Registro:	
Persona que presenta:	
Persona que convive:	
Nombre de la niña, niño y/o adolescente:	
Horario:	
Programación:	
Sede:	

METODOLOGÍA.
▪ Observación directa de la interacción parento-filial y coparental. ▪ Escucha activa. ▪ Reporte de Espacio Semi-libres. ▪ Plática Asistida. (Proceso de Reforzamiento Transversal).

PERÍODO DE OBSERVACIÓN.	

ANALISIS DE LA INFORMACIÓN RECOLECTADA.
• Interacción. • Actitud. • Comunicación. • Acuerdos.

CECOFAM-ESL-03

Nota: Esta información es confidencial y está protegida por la "Ley de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados de la Ciudad de México"

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

Área: CECOFAM "Revinculación Familiar"

CONCLUSIONES.

REFERENCIAS.

Nota: Los datos presentados son el resultado de la observación y análisis del comportamiento mostrado por los involucrados en el procedimiento ordenado por la autoridad jurisdiccional correspondiente, y que dan forma a la estructura del presente informe.

Ciudad de México a ------ de ---------- de 20__.

PARA LOS EFECTOS LEGALES A QUE HAYA LUGAR.

ATENTAMENTE.

Lic. en ----------
Cédula Profesional: ----------

CECOFAM-ESL-03

Nota: Esta información es confidencial y está protegida por la "Ley de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados de la Ciudad de México"

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

Área: CECOFAM "Revinculación Familiar"

FASE III

CONVIVENCIA EN ESPACIOS SEMI-LIBRES
INFORME MENSUAL

Autoridad Ordenadora:	(1)
No. de Expediente Judicial:	(2)
Secretaría:	(3)
Juicio:	(4)

No. de Registro:	(5)
Persona que presenta:	(6)
Persona que convive:	(7)
Nombre de la niña, niño y/o adolescente:	(8)
Horario:	(9)
Programación:	(10)
Sede:	(11)

METODOLOGÍA. (12)
▪ Observación directa de la interacción parento-filial y coparental. ▪ Escucha activa. ▪ Reporte de Espacio Semi-libres. ▪ Plática Asistida. (Proceso de Reforzamiento Transversal).

PERÍODO DE OBSERVACIÓN. (13)	

ANALISIS DE LA INFORMACIÓN RECOLECTADA. (14)
• Interacción. • Actitud. • Comunicación. • Acuerdos.

CECOFAM-ESL-03

Nota: Esta información es confidencial y está protegida por la "Ley de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados de la Ciudad de México"

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

Área: CECOFAM "Revinculación Familiar"

CONCLUSIONES. (15)

REFERENCIAS. (16)

Nota: Los datos presentados son el resultado de la observación y análisis del comportamiento mostrado por los involucrados en el procedimiento ordenado por la autoridad jurisdiccional correspondiente, y que dan forma a la estructura del presente informe.

Ciudad de México a ------ de ---------- de 20__. (17)

PARA LOS EFECTOS LEGALES A QUE HAYA LUGAR.

ATENTAMENTE.

Lic. en ----------(18)
Cédula Profesional: ----------(19)

CECOFAM-ESL-03

Nota: Esta información es confidencial y está protegida por la "Ley de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados de la Ciudad de México"

DESCRIPCIÓN DEL FORMATO

Nombre:	**CONVIVENCIAS EN ESPACIOS SEMI LIBRES INFORME MENSUAL**
Clave:	**CECOFAM-ESL-03**
Objetivo:	Informar de manera mensual los avances de la interacción de la familia a partir de la Convivencia en Espacios Semi-Libres, a fin de realizar las recomendaciones correspondientes, atendiendo el interés superior de las Niñas, Niños y Adolescentes.
Elabora:	Centro de Convivencia Familiar Supervisada
Número de tantos:	Original
Distribución:	Original. - Archivo del Centro de Convivencia Familiar Supervisada”

INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
1	AUTORIDAD ORDENADORA	El número de Sala o Juzgado del cual proviene la Convivencia en Espacios Semi Libres, automáticamente el sistema proporciona el número.
2	NÚMERO DE EXPEDIENTE JUDICIAL	El número de toca en caso de que la Convivencia en Espacios Semi Libres haya sido ordenada por una Sala. Si procede de un Juzgado se anota el número de expediente, automáticamente el sistema lo proporciona.
3	SECRETARÍA	El número de la Secretaría, automáticamente el sistema proporciona la letra.
4	JUICIO	El tipo de Juicio, automáticamente el sistema proporciona el tipo de Juicio.
5	REGISTRO CECOFAM	El número de Registro, automáticamente el sistema proporciona el número
6	PERSONA QUE PRESENTA	El nombre del Responsable Custodio, automáticamente el sistema proporciona el nombre.
7	PERSONA QUE CONVIVE	El nombre del Conviviente, automáticamente el sistema proporciona el nombre.
8	NOMBRE DE LA NIÑA, NIÑO Y/O ADOLESCENTE	El nombre de la(s) Niña(s), Niño(s) o Adolescente(s), que participaran en la Convivencia en Espacios Semi Libres, automáticamente el sistema proporciona sus nombres.

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
9	HORARIO	La(s) hora(s) de la Convivencia en Espacios Semi Libres, automáticamente el sistema proporciona la información.
10	PROGRAMACIÓN	El o los días de la semana y periodicidad en que realizará la Convivencia en Espacios Semi Libres, automáticamente el sistema proporciona la información.
11	SEDE	El lugar designado, donde tendrá verificativo la Convivencia en Espacios Semi-libres.
12	METODOLOGÍA	El conjunto de procedimientos utilizados para alcanzar el objetivo.
13	PERIODO DE OBSERVACIÓN	Las fechas de las observaciones de la dinámica familiar en las entregas y regreso de la Niña, Niño o Adolescente para las Convivencias en Espacios Semi Libres.
14	ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN RECOLECTADA	Los avances en positivo alcanzados por los convivientes.
15	CONCLUSIONES	Análisis breve de la interacción parento-filial y coparental durante la Entrega- Recepción.
16	REFERENCIAS	Referencias Teóricas que dan sustento a la opinión profesional del Facilitador(a)
17	FECHA	Día, mes y año en el que se elaboró el informe mensual de Entrega-Recepción.
18	FIRMA	Firma del Facilitador(a) que observó la Entrega Recepción

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
19	NOMBRE, PUESTO Y CÉDULA PROFESIONAL	Nombre completo, puesto y número de Cédula Profesional del Facilitador(a) que observó la Entrega Recepción

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

Área: CECOFAM "Revinculación Familiar"

FASE III

CONVIVENCIA EN ESPACIOS SEMILIBRES DE NIÑA, NIÑO Y ADOLESCENTE
INFORME DE REDIRECCIÓN

Autoridad Ordenadora:	
No. de Expediente Judicial:	
Juicio:	

No. Registro:	
Responsable Custodio:	
Conviviente:	
Nombre (s) de la niña(s), niño(s) o adolescente (s); edad(es):	

METODOLOGÍA.

- Observación de la interacción de la dinámica parento-filial y/o familiar.
- Retroalimentación in vivo.
- Intervención para la implementación de estrategias que permitan el fortalecimiento y/o establecimiento de la vinculación parental y/o familiar.

PERÍODO DE INTERVENCIÓN.

01 de septiembre al ----------de 2019.

ANTECEDENTES.

CECOFAM-ESL-04

Nota: Esta información es confidencial y está protegida por la "Ley de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados de la Ciudad de México"

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

Área: CECOFAM "Revinculación Familiar"

ANALISIS DE LA CONVIVENCIA

RECOMENDACIONES

Programa de Revinculación Familiar)			
Fase I Convivencia de Reencuentro		Fase III Convivencia en Espacios Semi-Libres	
Fase II Convivencia Asistida		Fase IV Entrega-Recepción de niña, niño y adolescente.	
Convivencia Libre		Baja Administrativa	

CECOFAM-ESL-04

Nota: Esta información es confidencial y está protegida por la "Ley de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados de la Ciudad de México"

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

Área: CECOFAM "Revinculación Familiar"

Proceso de Reforzamiento Transversal(20)	
Taller Psicoeducativo	
Plática Asistida	

REFERENCIAS

Nota: Los datos presentados son el resultado de la observación y análisis del comportamiento y la conducta mostrada por los involucrados en las fechas señaladas, por lo que dichos datos corresponden únicamente al tiempo de las convivencias marcadas en el mismo.

Ciudad de México, a de de 20__.
ATENTAMENTE.

Lic. xxxxxxxxxxxxxxxxxx
Cédula Profesional

CECOFAM-ESL-04

Nota: Esta información es confidencial y está protegida por la "Ley de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados de la Ciudad de México"

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

Área: CECOFAM "Revinculación Familiar"

FASE III

CONVIVENCIA EN ESPACIOS SEMILIBRES DE NIÑA, NIÑO Y ADOLESCENTE
INFORME DE REDIRECCIÓN

Autoridad Ordenadora:	(1)
No. de Expediente Judicial:	(2)
Juicio:	(3)

No. Registro:	(4)
Responsable Custodio:	(5)
Conviviente:	(6)
Nombre (s) de la niña(s), niño(s) o adolescente (s); edad(es):	(7)

METODOLOGÍA.(8)
• Observación de la interacción de la dinámica parento-filial y/o familiar. • Retroalimentación in vivo. • Intervención para la implementación de estrategias que permitan el fortalecimiento y/o establecimiento de la vinculación parental y/o familiar.

PERÍODO DE INTERVENCIÓN.(9)
01 de septiembre al ----------de 20__.

ANTECEDENTES.(10)

CECOFAM-ESL-04

Nota: Esta información es confidencial y está protegida por la "Ley de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados de la Ciudad de México"

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

Área: CECOFAM "Revinculación Familiar"

ANALISIS DE LA CONVIVENCIA (11)

RECOMENDACIONES (12)

Programa de Revinculación Familiar(13)			
Fase I Convivencia de Reencuentro **(14)**		Fase III Convivencia en Espacios Semi-Libres **(16)**	
Fase II Convivencia Asistida **(15)**		Fase IV **(17)** Entrega-Recepción de niña, niño y adolescente.	
Convivencia Libre **(18)**		Baja Administrativa **(19)**	

CECOFAM-ESL-04

Nota: Esta información es confidencial y está protegida por la "Ley de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados de la Ciudad de México"

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

Área: CECOFAM "Revinculación Familiar"

Proceso de Reforzamiento Transversal(20)	
Taller Psicoeducativo(21)	
Plática Asistida (22)	

REFERENCIAS(23)

Nota: Los datos presentados son el resultado de la observación y análisis del comportamiento y la conducta mostrada por los involucrados en las fechas señaladas, por lo que dichos datos corresponden únicamente al tiempo de las convivencias marcadas en el mismo.

Ciudad de México, a de de 20__. (24)
ATENTAMENTE.

Lic. xxxxxxxxxxxxxxxxxxx (25)
Cédula Profesional (26)

CECOFAM-ESL-04

Nota: Esta información es confidencial y está protegida por la "Ley de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados de la Ciudad de México"

DESCRIPCIÓN DEL FORMATO

Nombre:	**CONVIVENCIA EN ESPACIOS SEMILIBRES DE NIÑA, NIÑO Y ADOLESCENTE** **INFORME DE REDIRECCIÓN**
Clave:	**CECOFAM-ESL-04**
Objetivo:	Informar al Operador de Justicia los avances de la interacción parento-filial y Coparental de la Convivencia en Espacios Semi libres realizada durante un lapso de tres meses.
Elabora:	Centro de Convivencia Familiar Supervisada.
Número de tantos:	Dos Originales.
Distribución:	Original. - Archivo del Centro de Convivencia Familiar Supervisada. Original.- Operador de Justicia.

INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
1	AUTORIDAD ORDENADORA	El número de Sala o Juzgado del cual proviene la Convivencia en Espacios Semi libres, automáticamente el sistema proporciona el número.
2	NO. DE EXPEDIENTE JUDICIAL O TOCA	El número de toca en caso de que la Convivencia en Espacios Semi libres haya sido ordenada por una Sala. Si procede de un Juzgado se anota el número de expediente, automáticamente el sistema lo proporciona.
3	JUICIO	Es el tipo de controversia promovida por el responsable custodio o el conviviente ante el juzgado de origen, automáticamente el sistema lo imprime en el formato.
4	REGISTRO CECOFAM	El número de Registro de Convivencia en Espacios Semi libres, automáticamente el sistema proporciona el número
5	PERSONA QUE PRESENTA	El nombre del Responsable Custodio, automáticamente el sistema imprime el nombre
6	PERSONA QUE CONVIVE	El nombre del Responsable Conviviente, automáticamente el sistema imprime el nombre
7	NOMBRE(S) DE LA NIÑA(S), NIÑO(S) O ADOLESCENTE EDAD(ES)	El nombre y edad de las Niñas(s), Niño(s) y/o Adolescente(s), que participaran en la Convivencia en Espacios Semi libres, automáticamente el sistema imprime sus nombres.

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
8	METODOLOGÍA	Los diversos aspectos a considerar para la integración del informe de Redirección como son: Observación de la interacción de la dinámica parento-filial y/o familiar, Retroalimentación in vivo, Intervención para la implementación de estrategias que permitan el fortalecimiento y/o establecimiento de la vinculación parental y/o familiar, etc.
9	PERIODO DE INTERVENCIÓN	Fechas en las que se realizó la Convivencia en Espacios Semi libres
10	ANTECEDENTES	Información con respecto a los avances que se han tenido desde el inicio de la programación de la entrega-recepción, situaciones o sucesos ocurridos durante el periodo de intervención, así como las recomendaciones que fueron enviadas al operador de Justicia.
11	ANÁLISIS DE LA CONVIVENCIA	Análisis breve de la interacción parento-filial y coparental durante la Entrega- Recepción, así como avances que se obtuvieron en relación a las habilidades de crianza, la Interacción Coparental y Parento-filial.
12	RECOMENDACIONES	Sugerencias que se darán para mejorar la relación paterno filial y coparental en pro del sano desarrollo de las Niñas, Niños y/o Adolescentes, en donde se canalizará al núcleo familiar a las Fases del Programa de Revinculación Familiar de acuerdo a las situaciones observadas.
13	PROGRAMA DE RE VINCULACIÓN FAMILIAR	Programa Orientado a otorgar elementos de Convicción al Operador de Justicia a través de la Fase I de Aprendizaje

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
		Formal, Fase II Aprendizaje Práctico, Fase III, Expansión, Fase IV Independencia. Y Proceso de Reforzamiento Transversal.
14	FASE I	Aprendizaje Formal: Convivencia de Reencuentro
15	FASE II	Aprendizaje Práctico: Convivencia Asistida
16	FASE III	Expansión: Convivencia en Espacios Semi Libres
17	FASE IV	Independencia: Entrega- Recepción
18	CONVIVENCIA LIBRE	Convivencia libre y flexible sin la observación del CECOFAM
19	BAJA ADMINISTRATIVA	Por ausencia de una o ambas partes.
20	PROCESO DE REFORZAMIENTO TRANSVERSAL	Apoyo a los integrantes de la familia, de manera paralela a las fases del Programa para la adquisición de conocimientos y herramientas que les permitan favorecer la re vinculación familiar.
21	TALLER PSICOEDUCATIVO	Módulos Temáticos que se imparten en sesiones grupales, cuyo propósito es brindar información teórico- práctica, para el reforzamiento de habilidades parentales.
22	PLÁTICA ASISTIDA	Conversación asertiva y proactiva entre las partes con el acompañamiento de un Facilitador.
23	REFERENCIAS	Referencias Teóricas que dan sustento a la opinión profesional del Facilitador(a)
24	FECHA	Día, mes y año en el que se elaboró el informe mensual de Entrega-Recepción.

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
25	FIRMA	Firma del Facilitador(a) que observó la Convivencia en Espacios Semi libres
26	NOMBRE, PUESTO Y CÉDULA PROFESIONAL	Nombre completo, puesto y número de Cédula Profesional del Facilitador(a) que observó la Convivencia en Espacios Semi libres

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

PROCEDIMIENTOS

Procedimiento: CIEAJ-017	Fase IV del Programa de Revinculación Familiar.- Independencia a través de la Entrega-Recepción.
Objetivo general:	Tiene como finalidad consolidar la vinculación al generar una convivencia libre ya por algunas horas o con pernocta; para que la o el Responsable Conviviente, la o el Responsable Custodio, la Niña, Niño y Adolescente solidifiquen el vínculo familiar, al no requerir de un espacio dentro de las instalaciones de la Dirección del Centro de Convivencia Familiar Supervisada para llevar a cabo la convivencia.
Políticas y normas de operación:	

1. La Entrega-Recepción se llevará a cabo por un tiempo aproximado de 3 meses, de conformidad al resultado de la Entrevista Diagnóstica, Fase I, Fase II y/o Fase III del Programa de Revinculación Familiar, en la sede y horarios disponibles de la Dirección del Centro de Convivencia Familiar Supervisada.

2. La o el Facilitador, es decir, el Personal Operativo especialista en Trabajo Social y Psicología, a través de la observación y retroalimentación de resultados auxiliará a la familia a alcanzar el objetivo de la fase.

3. Cuando por cuestiones de salud o desconocimiento las o los usuarios no puedan escribir, el personal de la Dirección del Centro de Convivencia Familiar Supervisada los apoyará en el registro necesario en su presencia y se les pedirá que coloquen su huella digital en caso de no saber firmar.

4. La o el Responsable Custodio o la o el Tercero Emergente, necesariamente deberá entregar a la Niña, Niño y/o Adolescente a la o el Responsable Conviviente para el inicio de su convivencia y por ningún motivo, podrán dejarlo a cargo de la o el Facilitador o el personal adscrito a la Dirección del Centro de Convivencia Familiar Supervisada, respetando en todo momento los horarios establecidos.

5. El acceso a las instalaciones se dará mediante Sistema Biométrico, si existe falla en el mismo, se solicitará alguna identificación oficial vigente (Credencial del INE, Pasaporte\ Cédula Profesional con fotografía o Cartilla Militar y en caso de extranjeros, cualquier identificación expedida por el Instituto Nacional de Migración)

6. En el supuesto de que no se porte alguna de las identificaciones y se encuentren la o el Responsable Conviviente y la o el Responsable Custodio o Tercero Emergente, se dará el servicio correspondiente al existir un reconocimiento de uno de estos, sobre el que no presente su identificación.

7. Si el Personal de Seguridad que apoya a la Dirección del Centro de Convivencia Familiar Supervisada percibe indicios de que alguno de los usuarios presenta aliento alcohólico, negará el acceso a las instalaciones y se informará a la o el Operador de Justicia a través de Nota Informativa.

8. Con la finalidad de promover las convivencias y ponderar el Interés Superior de las Niñas, Niños y/o Adolescentes, las o los usuarios contarán con un lapso no mayor de 10 minutos, antes de la hora de inicio y/o termino señalado por la o el Operador de Justicia para realizar la Entrega-Recepción, dentro de las instalaciones y una vez concluido este tiempo deberá retirarse del inmueble.

9. En caso de que la o el Responsable Conviviente, la Niña, Niño y/o Adolescente, sufra alguna lesión o complicación de salud, la o el Facilitador, y/o el personal de la Dirección del Centro de Convivencia Familiar Supervisada, solicitará de inmediato, apoyo del médico adscrito o del Personal de Seguridad para el llamado de los servicios de emergencia.

10. La o el Facilitador brindará retroalimentación al Responsable Conviviente y/o Responsable Custodio, con el objeto de mejorar la interacción parento-filial o co parental, ya sea al término del encuentro o mediante cita.

11. En caso de ser necesario se solicitará mediante escrito a la o el Operador de Justicia, la autorización para que la o el Facilitador asignado realice revisión del expediente judicial.

12. Al término del horario de la Entrega-Recepción, el Responsable Conviviente deberá permanecer en el lugar, hasta que se presente a recoger a la Niña, Niño y/o Adolescente la o el Responsable Custodio o la o el Tercero Emergente.

13. Si la o el Responsable Custodio o la o el Tercero Emergente no se presenta a recoger a la Niña, Niño y/o Adolescente al término del horario de la Entrega-Recepción, se localizará vía telefónica la o el Responsable Custodio o Tercero Emergente.

14. Si no se localiza a la o el Responsable Custodio o la o el Tercero Emergente se pondrá a disposición de la o el Responsable Conviviente el servicio de la Policía Auxiliar de la Ciudad de México para que lo trasladen junto con la Niña, Niño y Adolescente a la Agencia del Ministerio Público, lo que se hará del conocimiento de la o el Operador de Justicia a través de Nota Informativa.

15. Se remitirá a la o el Operador de Justicia Nota Informativa y/o Acta de Hechos en el término de 5 días hábiles, para hacer de su conocimiento hechos relevantes acontecidos durante la convivencia familiar.

16. La o el Operador de Justicia recibirá un informe mensual por escrito, en el que se le dará a conocer el análisis de la interacción familiar y/o las recomendaciones

sugeridas por la o el Facilitador, mismo que se enviará en un término de 15 días hábiles.

17. Al término de los 3 meses de la Fase IV, la o el Facilitador emitirá un Informe de Redirección con el análisis de la dinámica familiar en el que establezca si deberá transitar a otra Fase, o bien realizar su Entrega-Recepción de manera libre y flexible sin la supervisión de la Dirección del Centro de Convivencia Familiar Supervisada mismo que deberá ser acompañado del documento denominado “Compromiso Coparental”.

18. Si se advierte en un período de 1 mes, que la o el Responsable Custodio o la o el Responsable Conviviente no han contribuido para alcanzar el objetivo de la Fase IV y lograr la re vinculación familiar, o se detecte negativa de la Niña, Niño y Adolescente para convivir, la o el Facilitador emitirá un Informe de Redirección con análisis de la interacción familiar y hará la recomendación de Baja Administrativa, mismo que se enviará en un término de 15 días hábiles a la o el Operador de Justicia.

19. Una vez que se envíe el oficio de redirección en el que se solicite la baja del servicio y las o los usuarios aún continúen en el régimen de Entrega-Recepción, se asignará otro Facilitador(a) para que observe la interacción familiar, hasta en tanto la o el Operador de Justicia autorice la Baja Administrativa.

20. Se informará por oficio las inasistencias de la o el Responsable Custodio, la o el Responsable Conviviente, la Niña, Niño o Adolescente para efecto de que la o el Operador de Justicia autorice la Baja Administrativa.

21. La o el Responsable Custodio y la o el Responsable Conviviente que recibirán el servicio a través de una distinta Fase del Programa deberán firmar el documento

denominado compromisos Coparentales, el cual se anexará a Informe de Redirección.

22. La Dirección del Centro de Convivencia Familiar Supervisada pondrá a disposición de las y los usuarios Talleres Psicoeducativos, Platicas Asistidas y Actividades Colectivas a las cuales deberán acudir de manera obligatoria. La programación se dará a conocer al inicio de cada una de las fases del Programa y se fijarán las fechas de asistencia de acuerdo a los horarios disponibles de los mismos.

23. Las Pláticas Asistidas serán obligatorias y guiadas por una autoridad de la Dirección del Centro de Convivencia Familiar Supervisada y una o un Facilitador, podrán desarrollarse el número de veces necesario para la consecución de su objetivo y durante las distintas fases de servicio que proporciona la Dirección del Centro de Convivencia Familiar Supervisada, a fin de consolidar convenios para la validación de la o el Operador de Justicia.

24. En caso de negativa por parte de la o el Responsable Custodio y/o Responsable Conviviente a participar en ellas, éstas se solicitarán mediante oficio al juzgado de referencia.

25. La inscripción de las y los usuarios a los Talleres Psicoeducativos estará a cargo de la o el Facilitador que acompaña la convivencia y se realizará al inicio de la Fase IV.

26. La o el Facilitador desarrollará Pláticas Asistidas con la o el Responsable Custodio y Responsable Conviviente, las cuales podrán realizarse el número de veces necesario para la consecución de acuerdos Coparentales para el cumplimiento del régimen de Visitas y Convivencias.

27. Al finalizar la Fase IV se aplicará una encuesta de salida a la o el Responsable Custodio, la o el Responsable Conviviente, la o el Tercero Emergente, la Niña, Niño y Adolescente.

28. En caso de que la Niña, Niño y/o Adolescente manifestará estar indispuesto para llevar a cabo el encuentro, la o el facilitador indagará la razón de su malestar y de ser necesario lo remitirá con el personal médico asignado a la Dirección del Centro de Convivencia Familiar Supervisada si se cuenta con dicho personal.

29. De presentarse algún caso en el cual lo o el Responsable Custodio y/o la o el Responsable Conviviente, muestren algún tipo de discapacidad (auditiva, visual, motriz, intelectual u otras), que hablen otro idioma o dialecto que impida establecer la comunicación directa con ellos, se solicitará el apoyo especializado correspondiente.

No.	Área.	Descripción de la actividad.	Documentos y/o sistemas de apoyo.
1	Subdirección del CECOFAM Niños Héroes / Subdirección del CECOFAM Plaza Juárez (Personal administrativo)	Entrega el Informe de Entrevista Diagnóstica o Informe de Redirección, en el cual indica que deberá integrar a las o los usuarios a la Fase IV del Programa al personal administrativo de la Jefatura de Unidad Departamental de Gestión Administrativa del Programa de Revinculación Familiar.	
2	Jefatura de Unidad Departamental de Gestión Administrativa del Programa de Revinculación Familiar (Personal administrativo)	Recibe el Informe de Entrevista Diagnóstica o Informe de Redirección, programa la Entrega-Recepción y entrega Listado de Asignación, Formato de Asistencia Mensual de Entrega-Recepción a la o el Facilitador.	• Sistema
3	Jefatura de Unidad Departamental de Espacios Semi-libres y Entrega Recepción de Niñas, Niños y Adolescentes (La o el Facilitador)	Recibe Listado de Asignación y Formato de Asistencia Mensual de Entrega-Recepción.	
4		Espera a la o a el Responsable Custodio y la o el Responsable Conviviente para la Entrega-Recepción. **¿Asisten ambos Responsables?** **No.** Continúa en la actividad no.5 **Sí.** Continúa en la actividad no. 6	
5		Informa a la o el Responsable Custodio o la o el Responsable Conveniente que no se podrá llevar a cabo la Entrega-Recepción y solicita se retire. (Continua en la actividad no. 21)	

No.	Área.	Descripción de la actividad.	Documentos y/o sistemas de apoyo.
6	Jefatura de Unidad Departamental de Espacios Semi-libres y Entrega Recepción de Niñas, Niños y Adolescentes (La o el Facilitador)	Recibe a la o el Responsable Custodio y la o el Responsable Conviviente para realizar la Entrega-Recepción, y solicita coloque su huella en el lector biométrico, número de registro y/o su identificación.	
7	La o el Responsable Custodio y/o la o el Responsable Conviviente	Coloca su huella en el lector biométrico o indica su número de registro y presenta su identificación.	• Sistema
8	Jefatura de Unidad Departamental de Espacios Semi-libres y Entrega Recepción de Niñas, Niños y Adolescentes (La o el Facilitador)	Verifica si la o el Responsable Custodio acompañado de la Niña, Niño y/o Adolescente, la o el Responsable Conviviente pueden ingresar a las instalaciones y les permite el acceso.	• Sistema
9		Entrega a la o el Responsable Conviviente y a la o el Responsable Custodio, Formato de Asistencia Mensual de Entrega-Recepción.	
10	La o el Responsable Custodio y/o la o el Responsable Conviviente	Recibe, requisita el Formato de Asistencia Mensual de Entrega-Recepción y devuelve a la o el Facilitador.	• Formato CECOFAM-ER-01
11	Jefatura de Unidad Departamental de Espacios Semi-libres y Entrega Recepción de Niñas, Niños y Adolescentes (La o el Facilitador)	Recibe y revisa que el Formato de Asistencia Mensual de Entrega-Recepción esté debidamente requisitado.	

No.	Área.	Descripción de la actividad.	Documentos y/o sistemas de apoyo.
13	Jefatura de Unidad Departamental de Espacios Semi-libres y Entrega Recepción de Niñas, Niños y Adolescentes (La o el Facilitador)	Observa la interacción de la o el Responsable Conviviente, la o el Responsable Custodio y Niña, Niño y/o Adolescente.	
14		Solicita a la o el Responsable Custodio realice la entrega de la Niña, Niño y/o Adolescente a la o el Responsable Conviviente.	
15		Solicita a la o el Responsable Custodio se retire del lugar.	
16	La o el Responsable Custodio	Registra en el lector biométrico su huella digital y se retira de las instalaciones.	• Sistema
17	Jefatura de Unidad Departamental de Espacios Semi-libres y Entrega Recepción de Niñas, Niños y Adolescentes (La o el Facilitador)	Autoriza y entrega el pase de salida del inmueble a la o el Responsable Conviviente.	
18	La o el Responsable Conviviente	Recibe y entrega pase de salida al personal de seguridad de la Dirección de Seguridad.	
19	Dirección de Seguridad (Personal de Seguridad)	Recibe y verifica que el pase de salida de la o el Responsable Conviviente y de Niñas, Niños y/o Adolescentes, correspondan.	
20		Permite la salida de la o el Responsable Conviviente acompañado de la Niña, Niño y/o Adolescente. (Conecta con el fin del procedimiento)	

No.	Área.	Descripción de la actividad.	Documentos y/o sistemas de apoyo.
21	Jefatura de Unidad Departamental de Espacios Semi-libres y Entrega Recepción de Niñas, Niños y Adolescentes (La o el Facilitador)	Actualiza en el Sistema el estatus de la asistencia o inasistencia de las o los Responsables Custodios y las o los Responsables Convivientes.	• Sistema
22		Entrega Formato de Asistencia Mensual y Reporte de Entrega- Recepción al personal administrativo de la Jefatura Unidad Departamental de Gestión Administrativa del Programa de Revinculación Familiar. (Continúa en la actividad no. 23 y 29)	• Formato CECOFAM-ER-02
23		Elabora Informe Mensual o Informe de Redirección y entrega a la Jefatura de Unidad Departamental de Espacios Semi-libres y Entrega Recepción de Niñas, Niños y Adolescentes, para su firma.	• Formatos CECOFAM-ER-03 CECOFAM-ER-04
24	Jefatura de Unidad Departamental de Espacios Semi-libres y Entrega Recepción de Niñas, Niños y Adolescentes	Recibe, revisa, firma el Informe Mensual o Informe de Redirección y entrega al personal administrativo de la Jefatura de Unidad Departamental de Gestión Administrativa del Programa de Revinculación Familiar.	
25	Jefatura de Unidad Departamental de Gestión Administrativa del Programa de Revinculación Familiar (Personal administrativo)	Recibe, elabora el oficio de envío del Informe Mensual o Informe de Redirección y entrega a la Jefatura de Unidad Departamental de Espacios Semi-libres y Entrega Recepción de Niñas, Niños y Adolescentes, para su firma.	• Sistema • Oficio

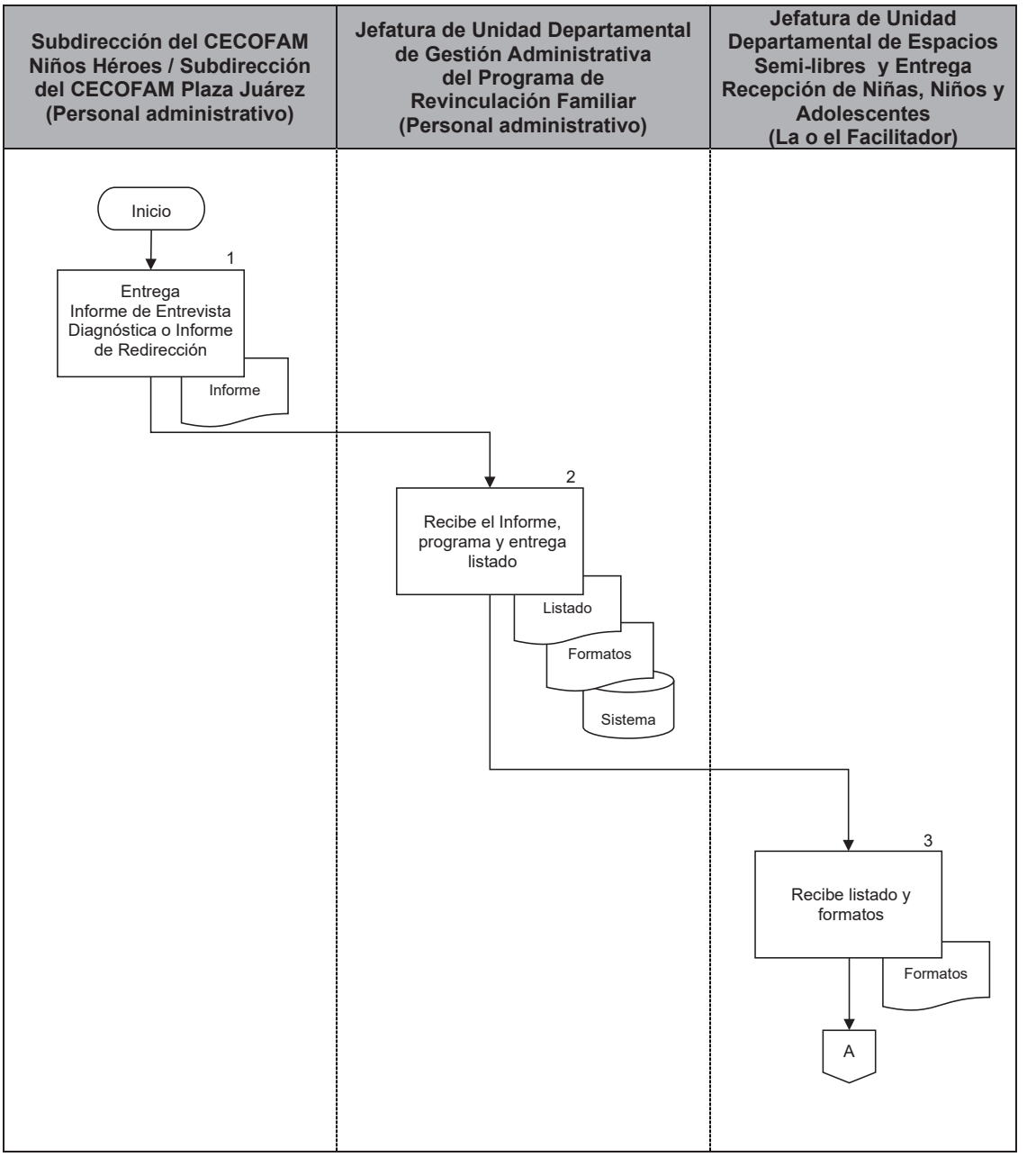
No.	Área.	Descripción de la actividad.	Documentos y/o sistemas de apoyo.
26	Jefatura de Unidad Departamental de Espacios Semi-libres y Entrega Recepción de Niñas, Niños y Adolescentes	Recibe, revisa, firma el oficio del Informe Mensual o Informe de Redirección y devuelve al personal administrativo de la Jefatura de Unidad Departamental de Gestión Administrativa del Programa de Revinculación Familiar, para su envío al Órgano Jurisdiccional.	
27	Jefatura de Unidad Departamental de Gestión Administrativa del Programa de Revinculación Familiar (Personal administrativo)	Recibe y envía el oficio e Informe Mensual o Informe de Redirección al Órgano Jurisdiccional.	
28	Órgano Jurisdiccional (Oficialía de Partes)	Recibe, acusa el oficio e Informe Mensual o Informe de Redirección y devuelve al personal administrativo de la Jefatura de Unidad Departamental de Gestión Administrativa del Programa de Revinculación Familiar.	
29	Jefatura de Unidad Departamental de Gestión Administrativa del Programa de Revinculación Familiar (Personal administrativo)	Recibe y archiva en expediente el acuse del oficio e Informe de Redirección, el Formato de Asistencia Mensual y el Reporte de Entrega-Recepción.	• Expediente
30		Guarda expediente de la Fase IV hasta que concluya su periodo de archivo en trámite.	
31		Envía expediente al Archivo Judicial.	• Expediente

FIN DEL PROCEDIMIENTO

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

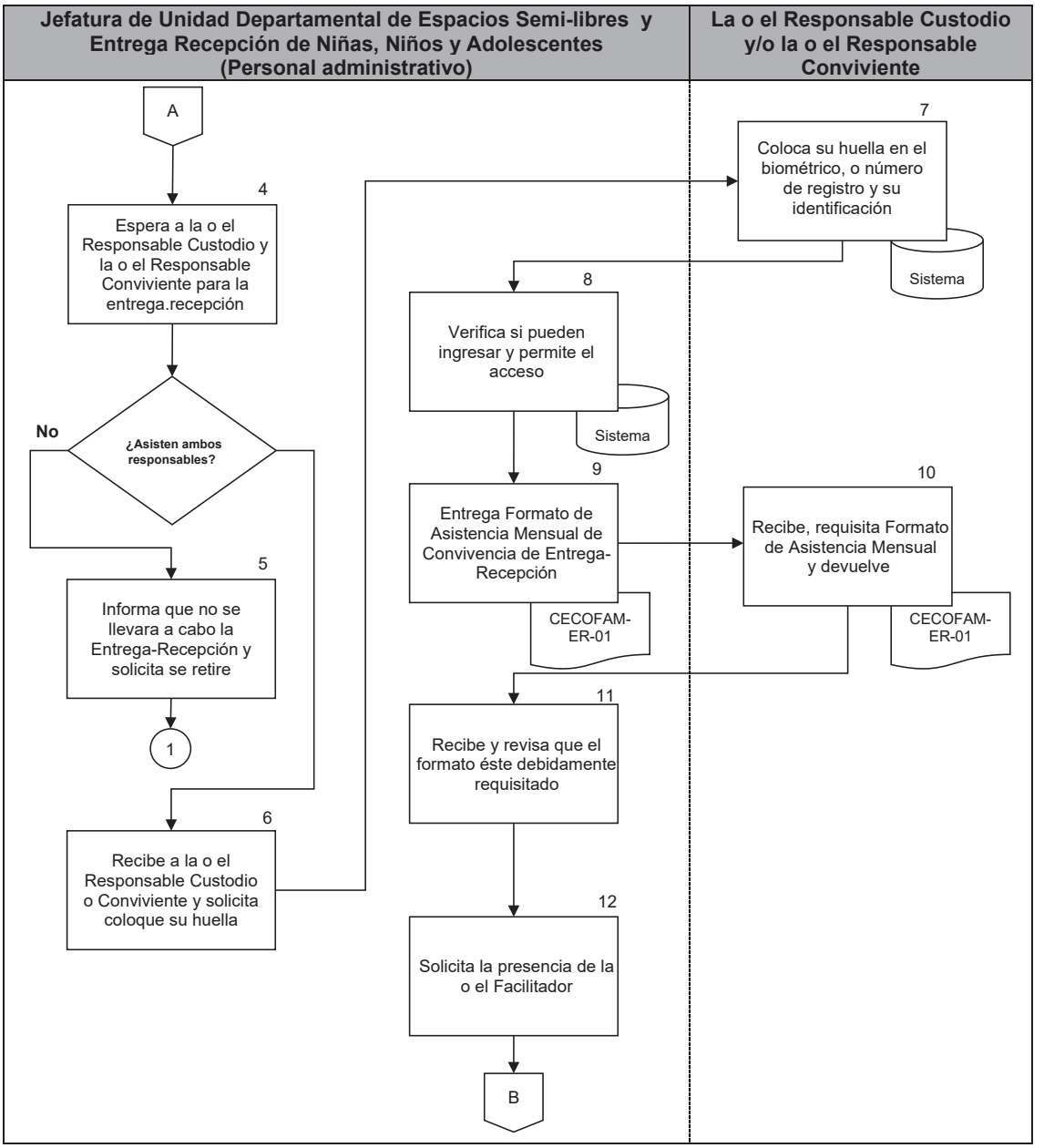
PROCEDIMIENTOS



PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

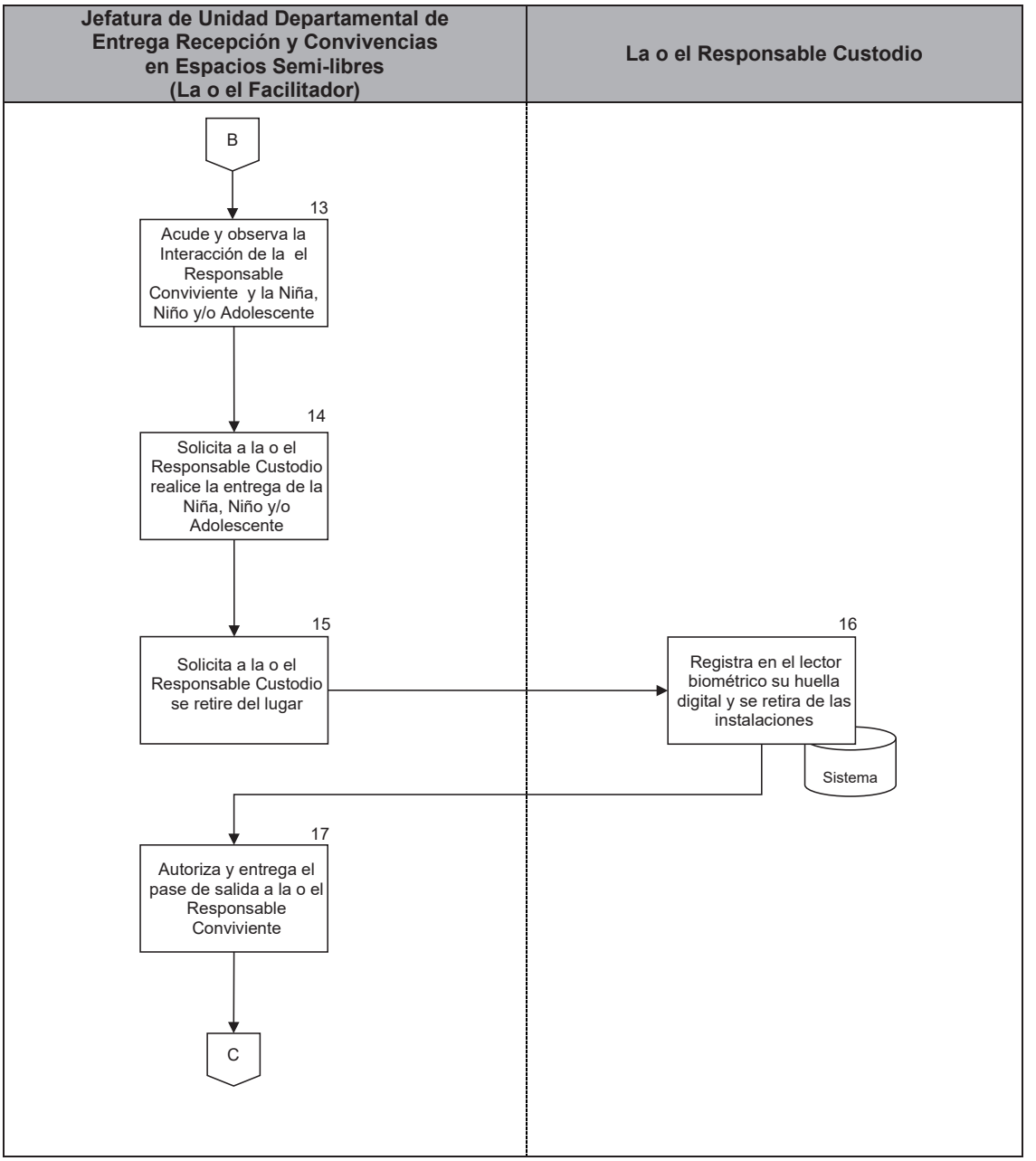
PROCEDIMIENTOS



PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

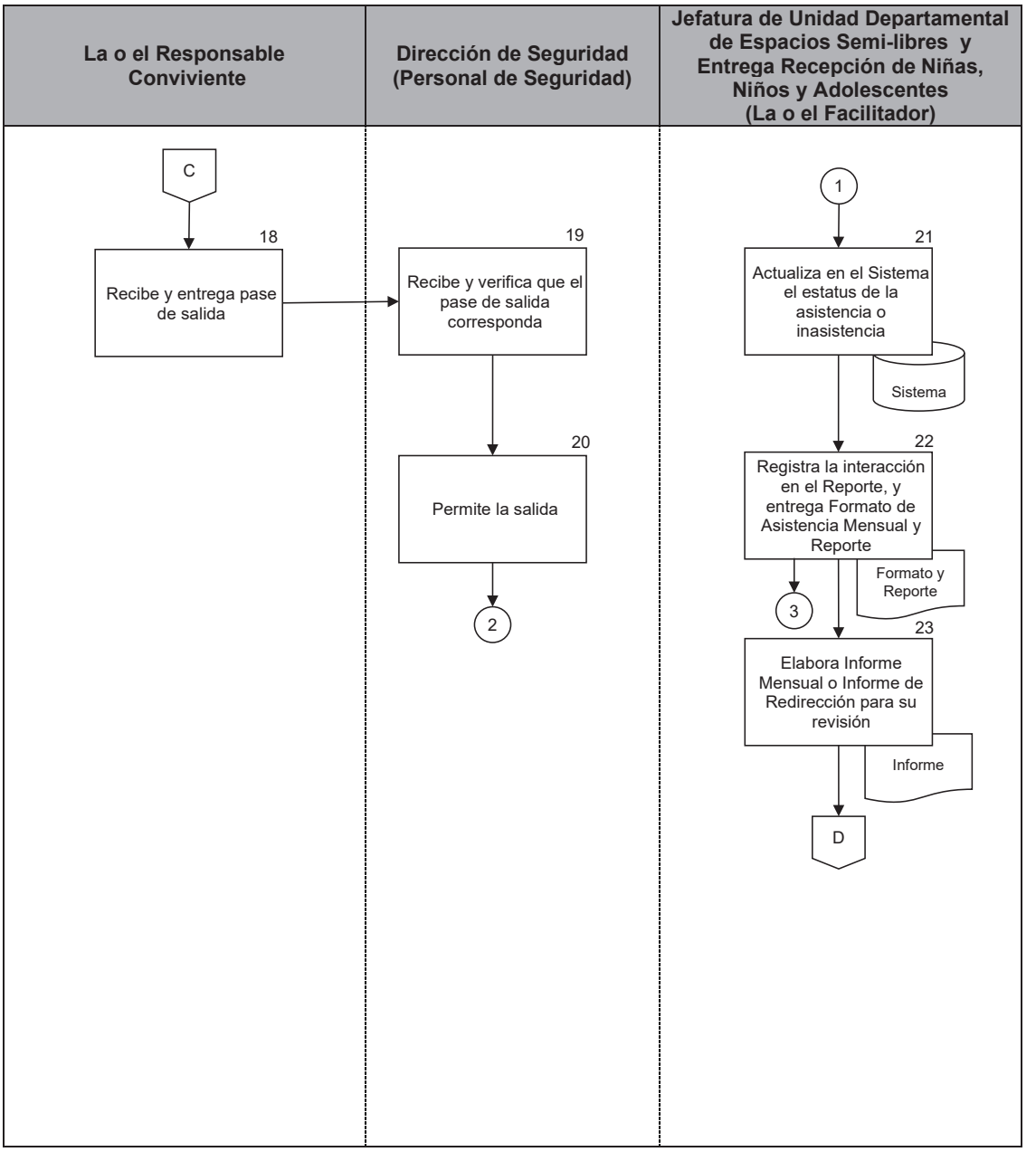
PROCEDIMIENTOS



PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

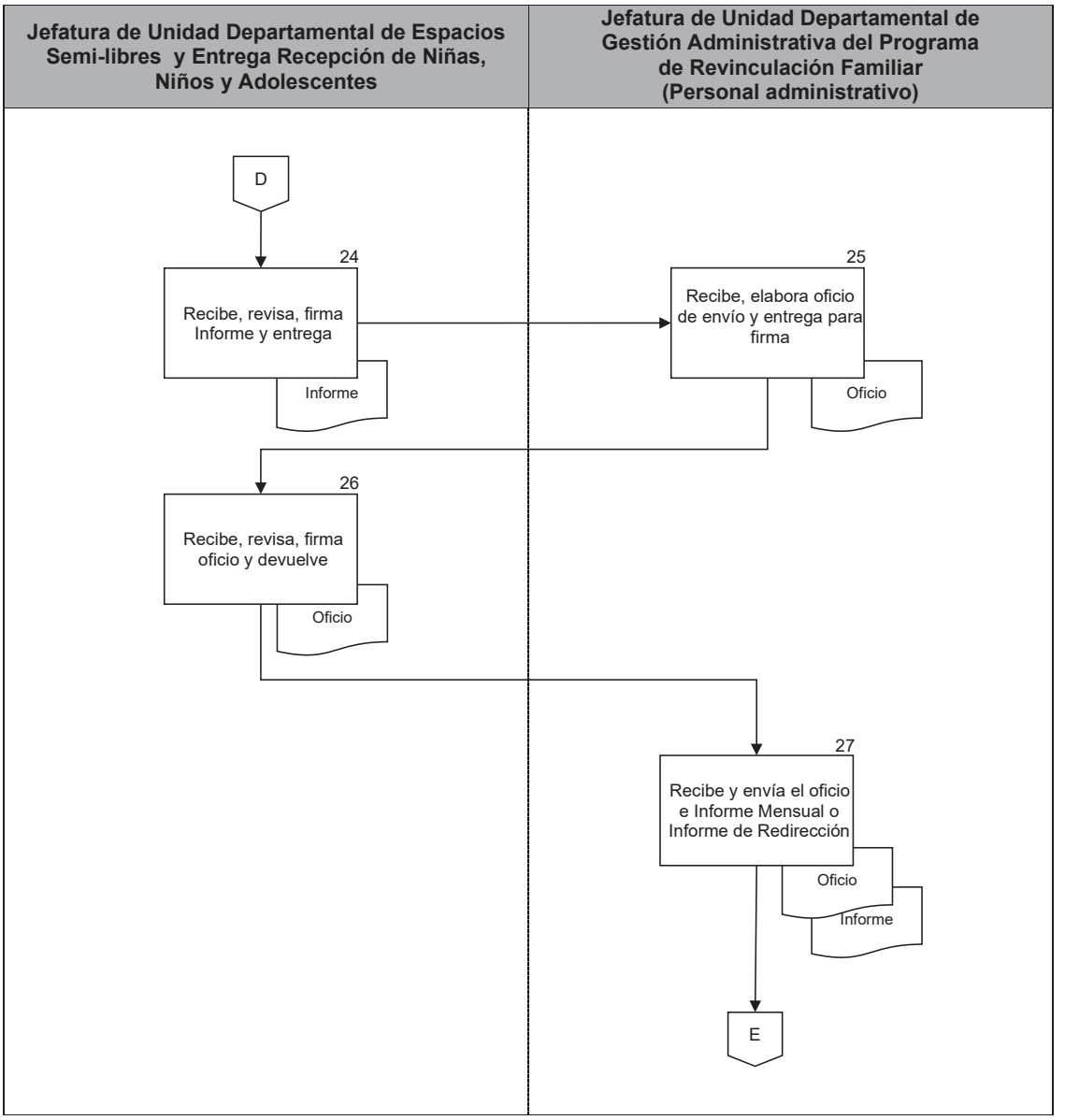
PROCEDIMIENTOS



PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

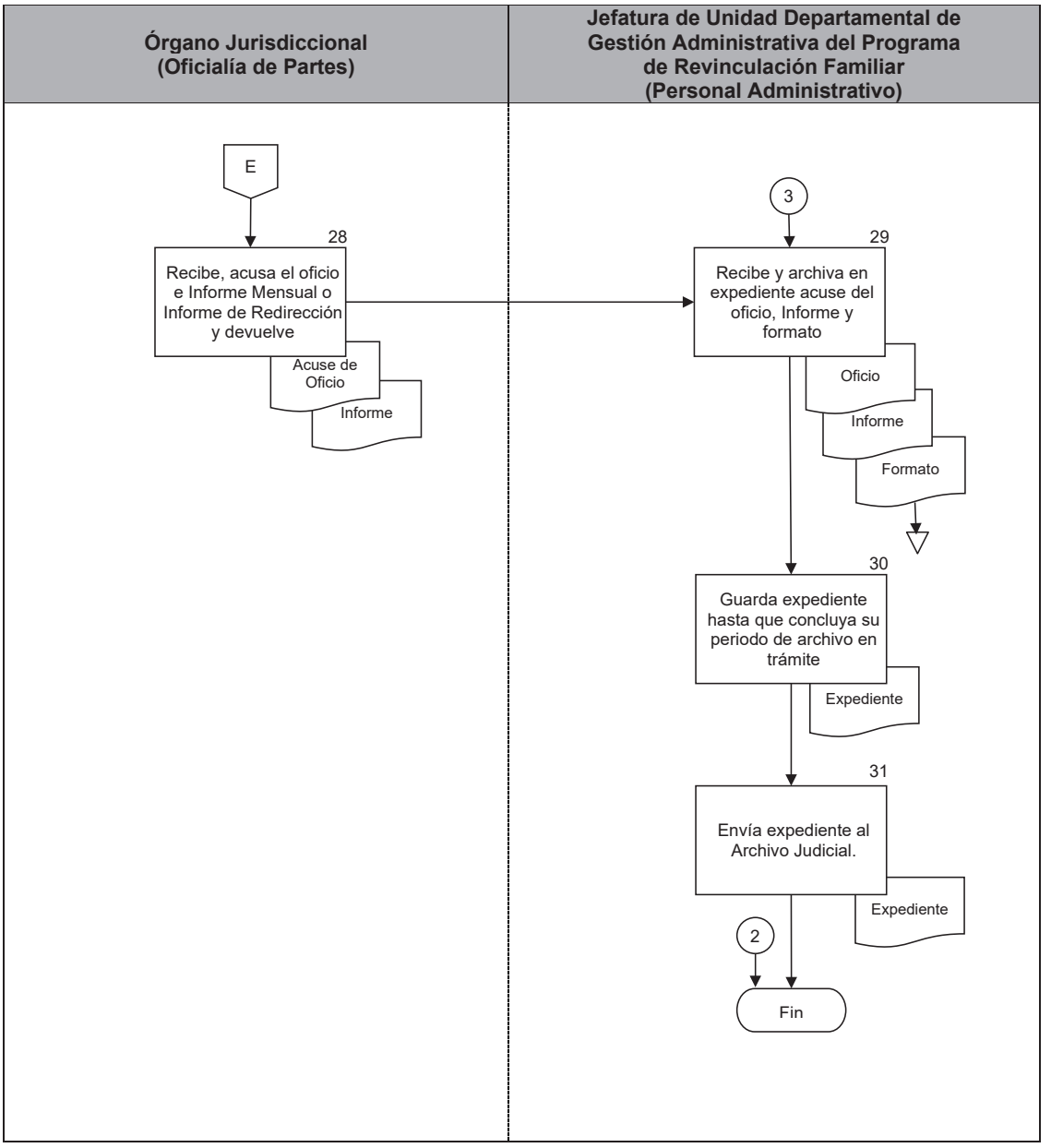
PROCEDIMIENTOS



PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

PROCEDIMIENTOS



PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

Área: Centro de Convivencia Familiar Supervisada.

FORMATO DE ASISTENCIA MENSUAL.
ENTREGA - RECEPCION

DATOS GENERALES:			
Sala o Juzgado:		Registro:	
Secretaria:		Reporte:	
Expediente o Toca:		Horario:	
Juicio:		Facilitador Asignado:	
NIÑA(S), NIÑO(S) O ADOLESCENTE(S):			
COMENTARIOS:			

FECHA DE CONVIVENCIA							
RESPONSABLE CUSTODIO				RESPONSABLE CONVIVIENTE			
Nombre:				Nombre:			
Firma:				Firma:			
Hora Inicio:		Hora Fin:		Hora Inicio:		Hora Fin:	
FACILITADOR:							
Nombre:				Firma:			

FECHA DE CONVIVENCIA							
RESPONSABLE CUSTODIO				RESPONSABLE CONVIVIENTE			
Nombre:				Nombre:			
Firma:				Firma:			
Hora Inicio:		Hora Fin:		Hora Inicio:		Hora Fin:	
FACILITADOR:							
Nombre:				Firma:			

CECOFAM-ER-01

1

Nota: La información es Confidencial y está Protegida por la "Ley de Protección de Datos en Posesión de Sujetos Obligados en la Ciudad de México."

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

Área: Centro de Convivencia Familiar Supervisada.

FECHA DE CONVIVENCIA							
RESPONSABLE CUSTODIO				RESPONSABLE CONVIVIENTE			
Nombre:				Nombre:			
Firma:				Firma:			
Hora Inicio:		Hora Fin:		Hora Inicio:		Hora Fin:	
FACILITADOR:							
Nombre:				Firma:			

FECHA DE CONVIVENCIA							
RESPONSABLE CUSTODIO				RESPONSABLE CONVIVIENTE			
Nombre:				Nombre:			
Firma:				Firma:			
Hora Inicio:		Hora Fin:		Hora Inicio:		Hora Fin:	
FACILITADOR:							
Nombre:				Firma:			

CECOFAM-ER-01

2

Nota: La información es Confidencial y está Protegida por la "Ley de Protección de Datos en Posesión de Sujetos Obligados en la Ciudad de México."

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

Área: Centro de Convivencia Familiar Supervisada.

FORMATO DE ASISTENCIA MENSUAL.
ENTREGA - RECEPCIÓN

DATOS GENERALES:			
Sala o Juzgado:	(1)	Registro:	REG- (5)
Secretaria:	(2)	Reporte:	(6)
Expediente o Toca:	(3)	Horario:	(7)
Juicio:	(4)	Facilitador Asignado:	(8)
NIÑA(S), NIÑO(S) O ADOLESCENTE(S):			
(9)			
COMENTARIOS:			
(10)			

FECHA DE CONVIVENCIA	(11)						
RESPONSABLE CUSTODIO				RESPONSABLE CONVIVIENTE			
Nombre:				Nombre:			
(12)				(16)			
Firma:	(13)			Firma:	(17)		
Hora Inicio:	(14)	Hora Fin:	(15)	Hora Inicio:	(18)	Hora Fin:	(19)
FACILITADOR:							
Nombre:	(20)			Firma:	(21)		

FECHA DE CONVIVENCIA	(11)						
RESPONSABLE CUSTODIO				RESPONSABLE CONVIVIENTE			
Nombre:				Nombre:			
(12)				(16)			
Firma:	(13)			Firma:	(17)		
Hora Inicio:	(14)	Hora Fin:	(15)	Hora Inicio:	(18)	Hora Fin:	(19)
FACILITADOR:							
Nombre:	(20)			Firma:	(21)		

CECOFAM-ER-01

1

Nota: La información es Confidencial y está Protegida por la "Ley de Protección de Datos en Posesión de Sujetos Obligados en la Ciudad de México."

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

Área: Centro de Convivencia Familiar Supervisada.

FECHA DE CONVIVENCIA				(11)			
RESPONSABLE CUSTODIO				RESPONSABLE CONVIVIENTE			
Nombre:				Nombre:			
(12)				(16)			
Firma:	(13)			Firma:	(17)		
Hora Inicio:	(14)	Hora Fin:	(15)	Hora Inicio:	(18)	Hora Fin:	(19)
FACILITADOR:							
Nombre:	(20)			Firma:	(21)		

FECHA DE CONVIVENCIA				(11)			
RESPONSABLE CUSTODIO				RESPONSABLE CONVIVIENTE			
Nombre:				Nombre:			
(12)				(16)			
Firma:	(13)			Firma:	(17)		
Hora Inicio:	(14)	Hora Fin:	(15)	Hora Inicio:	(18)	Hora Fin:	(19)
FACILITADOR:							
Nombre:	(20)			Firma:	(21)		

CECOFAM-ER-01

2

Nota: La información es Confidencial y está Protegida por la "Ley de Protección de Datos en Posesión de Sujetos Obligados en la Ciudad de México."

DESCRIPCIÓN DEL FORMATO

Nombre:	**FORMATO DE ASISTENCIA MENSUAL** **ENTREGA – RECEPCIÓN**
Clave:	**CECOFAM-ER-01**
Objetivo:	Controlar asistencia de los participantes en la Entrega Recepción, constancia de asistencia de los mismos.
Elabora:	Centro de Convivencia Familiar Supervisada
Número de tantos:	Original
Distribución:	Original.- Archivo del Centro de Convivencia Familiar Supervisada

INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
1	SALA O JUZGADO	El número de Sala o Juzgado del cual proviene la Entrega Recepción, automáticamente el sistema proporciona el número.
2	SECRETARIA	El número de la Secretaría, automáticamente el sistema proporciona la letra.
3	TOCA O EXPEDIENTE	El número de toca en caso de que la Entrega Recepción haya sido ordenada por una Sala. Si procede de un Juzgado se anota el número de expediente, automáticamente el sistema lo proporciona.
4	JUICIO	El tipo de Juicio, automáticamente el sistema proporciona el tipo de Juicio.
5	REGISTRO	El número de Registro, automáticamente el sistema proporciona el número
6	REPORTE	El número de reporte, automáticamente el sistema proporciona el número
7	HORARIO	El día y horario de la Entrega Recepción, automáticamente el sistema proporciona la información.
8	FACILITADOR ASIGNADO	El nombre de la o el Facilitador, automáticamente el sistema proporciona el nombre en caso de haber sido asignado con anterioridad.

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
9	NIÑA(S), NIÑO(S) O ADOLESCENTE(S)	El nombre de las Niña(s), Niño(s) o Adolescente(s), que participaran en la Entrega Recepción, automáticamente el sistema proporciona sus nombres.
10	COMETARIOS	Los cometarios o las observaciones que el Órgano Jurisdiccional haya realizado en el registro específico, automáticamente el sistema proporciona la información previamente cargada.
11	FECHA DE CONVIVENCIA	La fecha programada para la realización de la Entrega Recepción, automáticamente el sistema proporciona la fecha.
12	RESPONSABLE CUSTODIO NOMBRE	El nombre del Responsable Custodio, automáticamente el sistema proporciona el nombre.
13	RESPONSABLE CUSTODIO FIRMA	La firma del Responsable Custodio.
14	RESPONSABLE CUSTODIO HORA INICIO	La hora en la que inicia la Entrega Recepción.
15	RESPONSABLE CUSTODIO HORA FIN	La hora en la que termina la Entrega Recepción.
16	RESPONSABLE CONVIVIENTE NOMBRE	El nombre del Conviviente, automáticamente el sistema proporciona el nombre.
17	RESPONSABLE CONVIVIENTE FIRMA	La firma del Conviviente.

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
18	RESPONSABLE CONVIVIENTE HORA INICIO	La hora en la que inicia la Entrega Recepción.
19	RESPONSABLE CONVIVIENTE HORA FIN	La hora en la que termina la Entrega Recepción.
20	FACILITADOR NOMBRE	El nombre la o el Facilitador que supervise la Entrega Recepción.
21	FACILITADOR FIRMA	La firma la o el Facilitador que supervise la Entrega Recepción.

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

Área: CECOFAM "Revinculación Familiar"

ENTREGA-RECEPCIÓN DE NIÑA, NIÑO Y ADOLESCENTE
INFORME DE REDIRECCIÓN

Autoridad Ordenadora:	
No. de Expediente Judicial:	
Registro:	

No. Registro:	
Responsable Custodio:	
Conviviente:	
Nombre (s) de la niña(s), niño(s) o adolescente (s); edad(es):	

METODOLOGÍA.

- Observación de la interacción de la dinámica parento-filial y/o familiar.
- Retroalimentación in vivo.
- Intervención para la implementación de estrategias que permitan el fortalecimiento y/o establecimiento de la vinculación parental y/o familiar.

PERÍODO DE INTERVENCIÓN.

ANTECEDENTES.

CECOFAM-ER-03

Nota: Esta información es confidencial y está protegida por la "Ley de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados de la Ciudad de México"

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

Área: CECOFAM "Revinculación Familiar"

ANALISIS DE LA CONVIVENCIA

RECOMENDACIONES

Programa de Revinculación Familiar			
Fase I Convivencia de Reencuentro		Fase III Convivencia en Espacios Semi-Libres	
Fase II Convivencia Asistida		Fase IV Entrega-Recepción de niña, niño y adolescente.	
Convivencia Libre		Baja Administrativa	

CECOFAM-ER-03

Nota: Esta información es confidencial y está protegida por la "Ley de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados de la Ciudad de México"

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

Área: CECOFAM "Revinculación Familiar"

Proceso de Reforzamiento Transversal	
Taller Psicoeducativo	
Plática Asistida	

REFERENCIAS

Nota: Los datos presentados son el resultado de la observación y análisis del comportamiento y la conducta mostrada por los involucrados en las fechas señaladas, por lo que dichos datos corresponden únicamente al tiempo de las convivencias marcadas en el mismo.

Ciudad de México, a de de 20 .

ATENTAMENTE.

Lic. xxxxxxxxxxxxxxxxxxx
Cédula Profesional

CECOFAM-ER-03

Nota: Esta información es confidencial y está protegida por la "Ley de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados de la Ciudad de México"

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

Área: CECOFAM "Revinculación Familiar"

FASE IV

ENTREGA-RECEPCIÓN DE NIÑA, NIÑO Y ADOLESCENTE
INFORME DE REDIRECCIÓN

Autoridad Ordenadora:	(1)
No. de Expediente Judicial:	(2)
Juicio:	(3)

No. Registro:	(4)
Responsable Custodio:	(5)
Conviviente:	(6)
Nombre (s) de la niña(s), niño(s) o adolescente (s); edad(es):	(7)

METODOLOGÍA.(8)
• Observación de la interacción de la dinámica parento-filial y/o familiar. • Retroalimentación in vivo. • Intervención para la implementación de estrategias que permitan el fortalecimiento y/o establecimiento de la vinculación parental y/o familiar.

PERÍODO DE INTERVENCIÓN.(9)

ANTECEDENTES.(10)

CECOFAM-ER-03

Nota: Esta información es confidencial y está protegida por la "Ley de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados de la Ciudad de México"

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

Área: CECOFAM "Revinculación Familiar"

ANALISIS DE LA CONVIVENCIA (11)

RECOMENDACIONES (12)

Programa de Revinculación Familiar(13)			
Fase I Convivencia de Reencuentro (14)		Fase III Convivencia en Espacios Semi-Libres (16)	
Fase II Convivencia Asistida (15)		Fase IV (17) Entrega-Recepción de niña, niño y adolescente.	
Convivencia Libre (18)		Baja Administrativa (19)	

CECOFAM-ER-03

Nota: Esta información es confidencial y está protegida por la "Ley de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados de la Ciudad de México"

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

Área: CECOFAM "Revinculación Familiar"

Proceso de Reforzamiento Transversal(20)	
Taller Psicoeducativo(21)	
Plática Asistida (22)	

REFERENCIAS(23)

Nota: Los datos presentados son el resultado de la observación y análisis del comportamiento y la conducta mostrada por los involucrados en las fechas señaladas, por lo que dichos datos corresponden únicamente al tiempo de las convivencias marcadas en el mismo.

Ciudad de México, a de de 20 . (24)
ATENTAMENTE.

Lic. xxxxxxxxxxxxxxxxxxx (25)
Cédula Profesional (26)

CECOFAM-ER-03

Nota: Esta información es confidencial y está protegida por la "Ley de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados de la Ciudad de México"

DESCRIPCIÓN DEL FORMATO

Nombre:	**ENTREGA-RECEPCIÓN DE NIÑA, NIÑO Y ADOLESCENTE INFORME DE REDIRECCIÓN**
Clave:	**CECOFAM-ER-03**
Objetivo:	Informar al Operador de Justicia los avances de la interacción parento-filial y Coparental de la Entrega Recepción realizada durante un lapso de tres meses.
Elabora:	Centro de Convivencia Familiar Supervisada
Número de tantos:	Dos Originales
Distribución:	Original. - Archivo del Centro de Convivencia Familiar Supervisada Original.- Operador de Justicia

INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
1	AUTORIDAD ORDENADORA	El número de Sala o Juzgado del cual proviene la Entrega Recepción, automáticamente el sistema proporciona el número.
2	NO. DE EXPEDIENTE JUDICIAL O TOCA	El número de toca en caso de que la Entrega Recepción haya sido ordenada por una Sala. Si procede de un Juzgado se anota el número de expediente, automáticamente el sistema lo proporciona.
3	JUICIO	Es el tipo de controversia promovida por el responsable custodio o el conviviente ante el juzgado de origen, automáticamente el sistema lo imprime en el formato.
4	REGISTRO CECOFAM	El número de Registro de Entrega Recepción, automáticamente el sistema proporciona el número
5	PERSONA QUE PRESENTA	El nombre del Responsable Custodio, automáticamente el sistema imprime el nombre
6	PERSONA QUE CONVIVE	El nombre del Conviviente, automáticamente el sistema imprime el nombre
7	NOMBRE (S) DE LA NIÑA(S), NIÑO(S) O ADOLESCENTE	El nombre de las Niña(s), Niño(s) y/o Adolescente(s), que participaran en la Entrega Recepción, automáticamente el sistema imprime sus nombres.
8	METODOLOGÍA	Los diversos aspectos a considerar para la integración del informe de Redirección como son: Observación de la interacción de la dinámica parento-filial y/o familiar,

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
		Retroalimentación in vivo, Intervención para la implementación de estrategias que permitan el fortalecimiento y/o establecimiento de la vinculación parental y/o familiar, etc.
9	PERIODO DE INTERVENCIÓN	Fechas en las que se realizó la Entrega Recepción
10	ANTECEDENTES	Información con respecto a los avances que se han tenido desde el inicio de la programación de la Entrega-Recepción, situaciones o sucesos ocurridos durante el periodo de intervención, así como las recomendaciones que fueron enviadas al operador de Justicia.
11	ANÁLISIS DE LA CONVIVENCIA	Análisis breve de la interacción parento-filial y coparental durante la Entrega- Recepción, así como avances que se obtuvieron en relación a las habilidades de crianza, la Interacción Coparental y Parento-filial.
12	RECOMENDACIONES	Sugerencias que se darán para mejorar la relación paterno filial y coparental en pro del sano desarrollo de las Niñas, Niños y/o Adolescentes, en donde se canalizará al núcleo familiar a las Fases del Programa de Revinculación Familiar de acuerdo a las situaciones observadas.
13	PROGRAMA DE RE VINCULACIÓN FAMILIAR	Programa Orientado a otorgar elementos de Convicción al Operador de Justicia a través de la Fase I de Aprendizaje Formal, Fase II Aprendizaje Práctico, Fase III, Expansión, Fase IV Independencia. Y Proceso de Reforzamiento Transversal.
14	FASE I	Aprendizaje Formal .Convivencia de Reencuentro

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
15	FASE II	Aprendizaje Práctico : Convivencia Asistida
16	FASE III	Expansión: Convivencia en Espacios Semi Libres
17	FASE IV	Independencia: Entrega- Recepción
18	CONVIVENCIA LIBRE	Convivencia libre y flexible sin la observación del CECOFAM
19	BAJA ADMINISTRATIVA	Por ausencia de una o ambas partes.
20	PROCESO DE REFORZAMIENTO TRANSVERSAL	Apoyo a los integrantes de la familia, de manera paralela a las fases del Programa para la adquisición de conocimientos y herramientas que les permitan favorecer la re vinculación familiar.
21	TALLER PSICOEDUCATIVO	Módulos Temáticos que se imparten en sesiones grupales, cuyo propósito es brindar información teórico- práctica, para el reforzamiento de habilidades parentales.
22	PLÁTICA ASISTIDA	Conversación asertiva y proactiva entre las partes con el acompañamiento de un Facilitador.
23	REFERENCIAS	Referencias Teóricas que dan sustento a la opinión profesional del Facilitador(a)
24	FECHA	Día, mes y año en el que se elaboró el informe mensual de Entrega-Recepción.
25	FIRMA	Firma del Facilitador(a) que observó la Entrega Recepción
26	NOMBRE, PUESTO Y CÉDULA PROFESIONAL	Nombre completo, puesto y número de Cédula Profesional del Facilitador(a) que observó la Entrega Recepción

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

Área: CECOFAM "Revinculación Familiar"

ENTREGA RECEPCIÓN DE NIÑA, NIÑO Y ADOLESCENTE
INFORME MENSUAL

Autoridad Ordenadora:	
No. de Expediente Judicial:	
Secretaría:	
Juicio:	

No. de Registro:	
Responsable Custodio:	
Convive:	
Nombre dela niña, niño y/o adolescente:	

METODOLOGÍA.
▪ Observación directa de la interacción parento-filial y coparental. ▪ Escucha activa.

PERIODO DE INTERVENCIÓN.	

DETALLE DE ENTREGA DE LA NIÑA, NIÑO Y/O ADOLESCENTE REALIZADA:				
El (la)Responsable Custodio (a) o Tercero Emergente se presentaron con la niña, niño y/o adolescente de manera:	Puntual		Impuntual	
El o la Conviviente o Tercero Emergente se presentaron por la niña, niño y/o adolescente de manera:	Puntual		Impuntual	
Ambos informaron realizar la recepción de la niña, niño y/o adolescente en otro lugar.				
Si		No		
La comunicación coparental fue:				

CECOFAM-ER-04

Nota: Esta información es confidencial y está protegida por la "Ley de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados de la Ciudad de México"

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

Área: CECOFAM "Revinculación Familiar"

Cordial		Mínima		Nula	
La o el Conviviente se mostró afectivo con la niña, niño y/o adolescente.	SI			NO	
La niña, niño y/o adolescente se mostró afectivo con la o el Conviviente:	SI			NO	
La niña, niño y/o adolescente salió a convivir con la o el Conviviente y/o Tercero Emergente:	De forma inmediata				
	La o el Responsable Custodio platicó con él o ella:				
	La o el Conviviente platicó con él o ella.				
	El o la Facilitadora exploró.				
La o el Responsable Custodio y la o el Conviviente se comunicaron situaciones relativas a disciplina, cuidados y situaciones escolares.					
Ocasionalmente		Siempre		Nunca	
El o la Conviviente y/o Tercero Emergente atendió el comentario y/o sugerencia de la o el Responsable Custodio para la atención de la niña, niño y/o adolescente.					
SI		NO			
DETALLE DE LA RECEPCIÓN DE LA NIÑA, NIÑO Y/O ADOLESCENTE					
La o el Conviviente se presentó con la niña, niño y/o adolescente:	Puntual		Impuntual		
La o el Responsable Custodio se presentó por la niña, niño y/o adolescente:	Puntual		Impuntual		
Se presentó algún hecho relevante durante la Entrega-Recepción de la niña, niño y/o adolescente:	SI		NO		

CECOFAM-ER-04

Nota: Esta información es confidencial y está protegida por la "Ley de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados de la Ciudad de México"

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

Área: CECOFAM "Revinculación Familiar"

CONCLUSIONES.

Nota: Los datos presentados son el resultado de la observación y análisis del comportamiento mostrado por los involucrados en el procedimiento ordenado por la autoridad jurisdiccional correspondiente, y que dan forma a la estructura del presente informe.

Ciudad de México a de de 20__.

PARA LOS EFECTOS LEGALES A QUE HAYA LUGAR.
ATENTAMENTE.

_____
Facilitador (a):
Trabajador (a) Social Especializad(a)
Número de Cédula Profesional

CECOFAM-ER-04

Nota: Esta información es confidencial y está protegida por la "Ley de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados de la Ciudad de México"

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

Área: CECOFAM "Revinculación Familiar"

FASE IV.

ENTREGA RECEPCIÓN DE NIÑA, NIÑO Y ADOLESCENTE
INFORME MENSUAL

Autoridad Ordenadora:	(1)
No. de Expediente Judicial:	(2)
Secretaría:	(3)
Juicio:	(4)

No. de Registro:	(5)
Responsable Custodio:	(6)
Convive:	(7)
Nombre dela niña, niño y/o adolescente:	(8)

METODOLOGÍA.(9)
▪ Observación directa de la interacción parento-filial y coparental. ▪ Escucha activa.

PERIODO DE INTERVENCIÓN.(10)	

DETALLE DE ENTREGA DE LA NIÑA, NIÑO Y/O ADOLESCENTE REALIZADA(11)				
El (la)Responsable Custodio (a) o Tercero Emergente se presentaron con la niña, niño y/o adolescente de manera**(12)**	Puntual		Impuntual	
El o la Conviviente o Tercero Emergente se presentaron por la niña, niño y/o adolescente de manera:**(13)**	Puntual		Impuntual	
Ambos informaron realizar la recepción de la niña, niño y/o adolescente en otro lugar. **(14)**				
Si		No		
La comunicación coparental fue: **(15)**				

CECOFAM-ER-04

Nota: Esta información es confidencial y está protegida por la "Ley de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados de la Ciudad de México"

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

Área: CECOFAM "Revinculación Familiar"

Cordial		Mínima		Nula	
La o el Conviviente se mostró afectivo con la niña, niño y/o adolescente.**(16)**	SI			NO	
La niña, niño y/o adolescente se mostró afectivo con la o el Conviviente **(17)**	SI			NO	
La niña, niño y/o adolescente salió a convivir con la o el Conviviente y/o Tercero Emergente**(18)**	De forma inmediata				
	La o el Responsable Custodio platicó con él o ella:				
	La o el Conviviente platicó con él o ella.				
	El o la Facilitadora exploró.				
La o el Responsable Custodio y la o el Conviviente se comunicaron situaciones relativas a disciplina, cuidados y situaciones escolares. **(19)**					
Ocasionalmente		Siempre		Nunca	
El o la Conviviente y/o Tercero Emergente atendió el comentario y/o sugerencia de la o el Responsable Custodio para la atención de la niña, niño y/o adolescente.**(20)**					
SI		NO			
DETALLE DE LA RECEPCIÓN DE LA NIÑA, NIÑO Y/O ADOLESCENTE (21)					
La o el Conviviente se presentó con la niña, niño y/o adolescente:**(22)**	Puntual		Impuntual		
La o el Responsable Custodio se presentó por la niña, niño y/o adolescente: **(23)**	Puntual		Impuntual		
Se presentó algún hecho relevante durante la Entrega-Recepción de la niña, niño y/o adolescente**(24)**	SI		NO		

CECOFAM-ER-04

Nota: Esta información es confidencial y está protegida por la "Ley de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados de la Ciudad de México"

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

Área: CECOFAM "Revinculación Familiar"

CONCLUSIONES. (25)

Nota: Los datos presentados son el resultado de la observación y análisis del comportamiento mostrado por los involucrados en el procedimiento ordenado por la autoridad jurisdiccional correspondiente, y que dan forma a la estructura del presente informe.

Ciudad de México a de de 20. **(26)**

PARA LOS EFECTOS LEGALES A QUE HAYA LUGAR.
ATENTAMENTE.

Facilitador (a) (27):
Trabajador (a) Social Especializad(a) (28)

CECOFAM-ER-04

Nota: Esta información es confidencial y está protegida por la "Ley de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados de la Ciudad de México"

DESCRIPCIÓN DEL FORMATO

Nombre:	**ENTREGA RECEPCIÓN DE NIÑA, NIÑO Y ADOLESCENTE INFORME MENSUAL**
Clave:	**CECOFAM-ER-04**
Objetivo:	Informar al Operador de Justicia los avances y/o Retrocesos de la interacción parento-filial y Coparental antes, durante y al finalizar la Entrega-Recepción.
Elabora:	Centro de Convivencia Familiar Supervisada
Número de tantos:	Dos Originales
Distribución:	Original. - Archivo del Centro de Convivencia Familiar Supervisada Original.- Operador de Justicia

INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
1	AUTORIDAD ORDENADORA	El número de Sala o Juzgado del cual proviene la Entrega Recepción, automáticamente el sistema proporciona el número.
2	NO. DE EXPEDIENTE JUDICIAL	El número de toca en caso de que la Entrega Recepción haya sido ordenada por una Sala. Si procede de un Juzgado se anota el número de expediente, automáticamente el sistema lo proporciona.
3	SECRETARIA	El número de la Secretaría se obtiene del oficio de origen, automáticamente el sistema lo imprime en el formato.
4	JUICIO	Es el tipo de controversia promovida por el responsable custodio o el conviviente ante el juzgado de origen, automáticamente el sistema lo imprime en el formato.
5	NO. DE REGISTRO	El número de Registro de Entrega Recepción, automáticamente el sistema proporciona el número.
6	RESPONSABLE CUSTODIO	El nombre del Responsable Custodio, automáticamente el sistema imprime el nombre.
7	CONVIVE	El nombre del Responsable Conviviente, automáticamente el sistema imprime el nombre.
8	NOMBRE DE LA NIÑA, NIÑO Y/O ADOLESCENTE	El nombre de las Niña(s), Niño(s) y/o Adolescente(s), que participaran en la Entrega Recepción, automáticamente el sistema imprime sus nombres.

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
9	METODOLOGÍA	Los diversos aspectos a considerar para la integración del informe mensual como son: Observación, Escucha activa, Reporte de Entrega-Recepción de Niña, Niño y Adolescente, Plática Asistida.
10	PERIODO DE INTERVENCIÓN	Fechas en las que se realizó la Entrega- Recepción.
11	DETALLE DE LA ENTREGA DE LA NIÑA, NIÑO Y ADOLESCENTE REALIZADA.	Comportamientos y actitudes observadas en la Interacción Coparental y Parento-filial en la entrega de la Niña, Niño y Adolescente.
12	EL (LA)RESPONSABLE CUSTODIO (A) O TERCERO EMERGENTE SE PRESENTARON CON LA NIÑA, NIÑO Y/O ADOLESCENTE DE MANERA	Verificar si él o la Reponsable Custodio(a) y/o Responsable Conviviente acudieron de manera puntual o impuntual a la entrega de la Niña, Niño y Adolescente.
13	EL O LA CONVIVIENTE O TERCERO EMERGENTE SE PRESENTARON POR LA NIÑA, NIÑO Y/O ADOLESCENTE DE MANERA	Verificar si él o la Reponsable Custodio(a) y/o Responsable Conviviente presentó de manera puntual o impuntual a la Niña, Niño y Adolescente.
14	AMBOS INFORMARON REALIZAR LA RECEPCIÓN DE LA NIÑA, NIÑO Y/O ADOLESCENTE EN OTRO LUGAR	El o la Reponsable Custodio(a) y/o Responsable Conviviente, informaron al Facilitador si realizarían o no la Entrega-Recepción en otro lugar que no sea el CECOFAM.
15	LA COMUNICACIÓN COPARENTAL FUE	Debe indicar si él o la Reponsable Custodio(a) y/o Responsable Conviviente, mostraron una comunicación cordial, mínima o nula.

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
16	LA O EL CONVIVIENTE SE MOSTRÓ AFECTIVO CON LA NIÑA, NIÑO Y ADOLESCENTE	Debe indicar si o no el conviviente se mostró afectivo con la Niña, Niño y Adolescente.
17	LA NIÑA, NIÑO Y/O ADOLESCENTE SE MOSTRÓ AFECTIVO CON LA O EL CONVIVIENTE	Debe indicar si o no la Niña, Niño y Adolescente se mostró afectivo con el Responsable Conviviente.
18	LA NIÑA, NIÑO Y/O ADOLESCENTE SALIÓ A CONVIVIR CON LA O EL CONVIVIENTE Y/O TERCERO EMERGENTE.	Debe indicar si la Niña, Niño y Adolescente salió De forma inmediata, La o el Responsable Custodio platicó con él o ella, La o el Conviviente platicó con él o ella, El o la Facilitadora exploró.
19	LA O EL RESPONSABLE CUSTODIO Y LA O EL CONVIVIENTE SE COMUNICARON SITUACIONES RELATIVAS A DISCIPLINA, CUIDADOS Y SITUACIONES ESCOLARES.	Debe indicar si o no.
20	EL O LA CONVIVIENTE Y/O TERCERO EMERGENTE ATENDIÓ EL COMENTARIO Y/O SUGERENCIA DE LA O EL RESPONSABLE CUSTODIO PARA LA	Debe indicar si o no.

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
	ATENCIÓN DE LA NIÑA, NIÑO Y/O ADOLESCENTE.	
21	DETALLE DE LA RECEPCIÓN DE LA NIÑA, NIÑO Y/O ADOLESCENTE.	Comportamientos y actitudes observadas en la Interacción Coparental y Parento-filial en la recepción de la Niña, Niño y Adolescente.
22	LA O EL RESPONSABLE CUSTODIO SE PRESENTÓ POR LA NIÑA, NIÑO Y/O ADOLESCENTE.	Debe indicar si fue de manera puntual o impuntual.
23	LA O EL RESPONSABLE CUSTODIO SE PRESENTÓ POR LA NIÑA, NIÑO Y/O ADOLESCENTE.	Debe indicar si fue de manera puntual o impuntual.
24	SE PRESENTÓ ALGÚN HECHO RELEVANTE DURANTE LA ENTREGA-RECEPCIÓN DE LA NIÑA, NIÑO Y/O ADOLESCENTE	Debe indicar si o no.
25	CONCLUSIONES	Acciones relevantes que se presentaron tanto de manera positiva como negativa, como, por ejemplo: • confrontación de algún o algunos de los integrantes de la familia. • Colaboración o no de los integrantes de la familia para cumplir el objetivo de la fase. • Inscripción a talleres. • Desarrollo de Plática Asistida Individual o Coparental. • Avances en el vínculo familiar, parento-filial o coparental.

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
		• Etc.
26	FECHA	Día, mes y año en el que se elaboró el informe mensual de Entrega-Recepción.
27	FACILITADOR(A)	Firma del Facilitador(a) que observe la Entrega Recepción.
28	NOMBRE, PUESTO Y CÉDULA PROFESIONAL	Nombre completo, puesto y número de Cédula Profesional del Facilitador(a) que observó la Entrega Recepción.

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

PROCEDIMIENTOS

Procedimiento: CEIAJ-018	Pláticas asistidas.
Objetivo general:	Realizar conversaciones asertiva y proactiva entre la o el Responsable Conviviente y/o la o el Responsable Custodio, con el fin de resolver diferencias, orientarles en relación a las necesidades de las niñas, niños y adolescentes que integran a la familia usuaria, así como propiciar y generar acuerdos Coparentales para el cumplimiento del Régimen de Visitas y Convivencias.
Políticas y normas de operación:	

1. La Plática Asistida podrá desarrollarse de manera Individual o Coparental con la o el Responsable Conviviente y/o la o el Responsable Custodio, en la que podrá intervenir la o el Facilitador, la o el Secretario con Fé Pública adscrito o comisionado al Centro de Convivencia Familiar Supervisada y/o una Autoridad del Centro.

2. La Plática Asistida Individual y Coparental se realizará con base a la disponibilidad y capacidad de atención, en los horarios y sede que para tal efecto se indique a las y los usuarios.

3. La Plática Asistida Individual es de carácter obligatoria y se desarrollará el número de veces que sea necesario tanto con la o el Responsable Custodio como con la o el Responsable Conviviente de manera separada para alcanzar el objetivo de cada una de las Fases del Programa.

4. En caso de que la Plática Asistida Individual sea solicitada por la o el Responsable Custodio o la o el Responsable Conviviente, para la agenda de la misma, la o el usuario deberá llenar el Formato de Solicitud de Cita para Plática Asistida Individual, la confirmación de la hora, fecha y lugar podrá realizarse en el horario de la convivencia o vía telefónica.

5. Si la Plática Asistida es programada por la o el Facilitador y/o la Autoridad del CECOFAM se hará del conocimiento de que la o el Responsable Custodio o la o el Responsable Conviviente en el horario de convivencia y deberán firmar de conocimiento en el Formato denominado Confirmación de Plática Asistida Individual.

6. En el supuesto de que la o el Responsable Custodio o la o el Responsable Conviviente se nieguen a sostener Plática Asistida Individual, se solicitará por oficio el auxilio de la o el Operador de Justicia para la notificación de la fecha y hora en que tendrá verificativo la misma.

7. Durante la Plática Asistida Individual la o el Facilitador y/o Autoridad del CECOFAM tomará notas en el Formato denominado Compromiso Parental derivado de Plática Asistida Individual, mismo que deberá ser firmado por la o el Responsable Custodio o la o el Responsable Conviviente, para su constancia y archivo en el expediente interno del CECOFAM.

8. La Plática Asistida Coparental se realizará cuando la o el Responsable Custodio y la o el Responsable Conviviente de manera voluntaria quieran sostenerla y se desarrollará el número de veces que sea necesario para alcanzar el objetivo de las Fases del Programa.

9. En caso de negativa por parte de la o el Responsable Conviviente o Responsable Custodio para sostener una Plática Asistida Coparental, deberá quedar constancia en el Formato denominado Desistimiento para Sostener Plática Asistida Coparental.

10. Una vez que la o el Responsable Custodio y la o el Responsable Conviviente, acuerdan llevar a cabo acuerdos Coparentales se elaborará el documento denominado Compromisos derivados de Plática Asistida Coparental, mismo que se remitirá vía oficio a la o el Operador de Justicia en el término no mayor a cinco días hábiles para su constancia legal y autorización judicial.

11. Si derivado de la Plática Asistida Coparental la o el Responsable Custodio y la o el Responsable Conviviente acuerden llevar a cabo una convivencia libre y flexible sin el acompañamiento del CECOFAM, se dará un seguimiento a los 3 meses para conocer los resultados del mismo.

12. Al término de la Plática Asistida Individual o Coparental se aplicará a la o el Responsable Custodio y/o a la o el Responsable Conviviente Encuesta de Satisfacción del servicio.

13. El resultado de la o las Pláticas Asistidas tanto Individual o Coparental se integran en el análisis de la interacción familiar que se realice en el Informe Mensual o en el Informe de Redirección.

14. De presentarse algún caso en el cual la o el Responsable Custodio y/o la o el Responsable Conviviente, muestren algún tipo de discapacidad (auditiva, visual, motriz, intelectual u otras), que hablen otro idioma o dialecto que impida establecer la comunicación directa con ellos, se solicitará el apoyo especializado correspondiente.

No.	Área.	Descripción de la actividad.	Documentos y/o sistemas de apoyo.
1	Subdirección del CECOFAM Niños Héroes / Subdirección del CECOFAM Plaza Juárez (La o el Facilitador)	Entrega a la o el Responsable Custodio y/o a la o el Responsable Conviviente Formato de Consentimiento Informado para sostener Plática Asistida.	
2	La o el Responsable Custodio y/o la o el Responsable Conviviente	Recibe, requisita y devuelve formato de Consentimiento Informado para sostener Plática Asistida.	• Formato CECOFAM-PA-01 CECOFAM-PA-02
3	Subdirección del CECOFAM Niños Héroes / Subdirección del CECOFAM Plaza Juárez (La o el Facilitador)	Recibe y revisa Formato de Consentimiento Informado para sostener Plática Asistida.	
4 5	La o el Responsable Custodio y/o la o el Responsable Conviviente	Acude a la cita de la Plática Asistida. Registra su asistencia en la Bitácora de Asistencia.	• Bitácora
6	Subdirección del CECOFAM Niños Héroes / Subdirección del CECOFAM Plaza Juárez. (La o el Facilitador)	Lleva a cabo la Plática Asistida con la o el Responsable Custodio y/o la o el Responsable Conviviente.	
7	La o el Responsable Custodio y/o la o el Responsable Conviviente	Establecen compromisos derivado de la Plática Asistida.	

No.	Área.	Descripción de la actividad.	Documentos y/o sistemas de apoyo.
8	Subdirección del CECOFAM Niños Héroes / Subdirección del CECOFAM Plaza Juárez. (La o el Facilitador)	Entrega Encuesta de Satisfacción de Plática Asistida.	
9	La o el Responsable Custodio y/o la o el Responsable Conviviente	Recibe, requisita y devuelve Encuesta de Satisfacción de Plática Asistida.	• Formato CECOFAM-PA-03 CECOFAM-PA-04
10 11	Subdirección del CECOFAM Niños Héroes / Subdirección del CECOFAM Plaza Juárez (La o el Facilitador)	Recibe, revisa y archiva Encuesta de Satisfacción de Plática Asistida en expediente. Elabora, imprime y envía oficio de compromisos de Plática Asistida.	• Expediente • Oficio
12	Subdirección del CECOFAM Niños Héroes / Subdirección del CECOFAM Plaza Juárez	Revisa, rúbrica y turna al personal administrativo de la Jefatura de Unidad Departamental de Gestión Administrativa del Programa de Revinculación, el oficio de compromisos de Plática Asistida	
13 14	Jefatura de Unidad Departamental de Gestión Administrativa del Programa de Revinculación (Personal administrativo)	Recibe oficio de compromisos de Plática Asistida y realiza las modificaciones pertinentes en el Sistema. Envía oficio de compromisos de Plática Asistida para firma de la Dirección del Centro de Convivencia Familiar Supervisada.	• Sistema

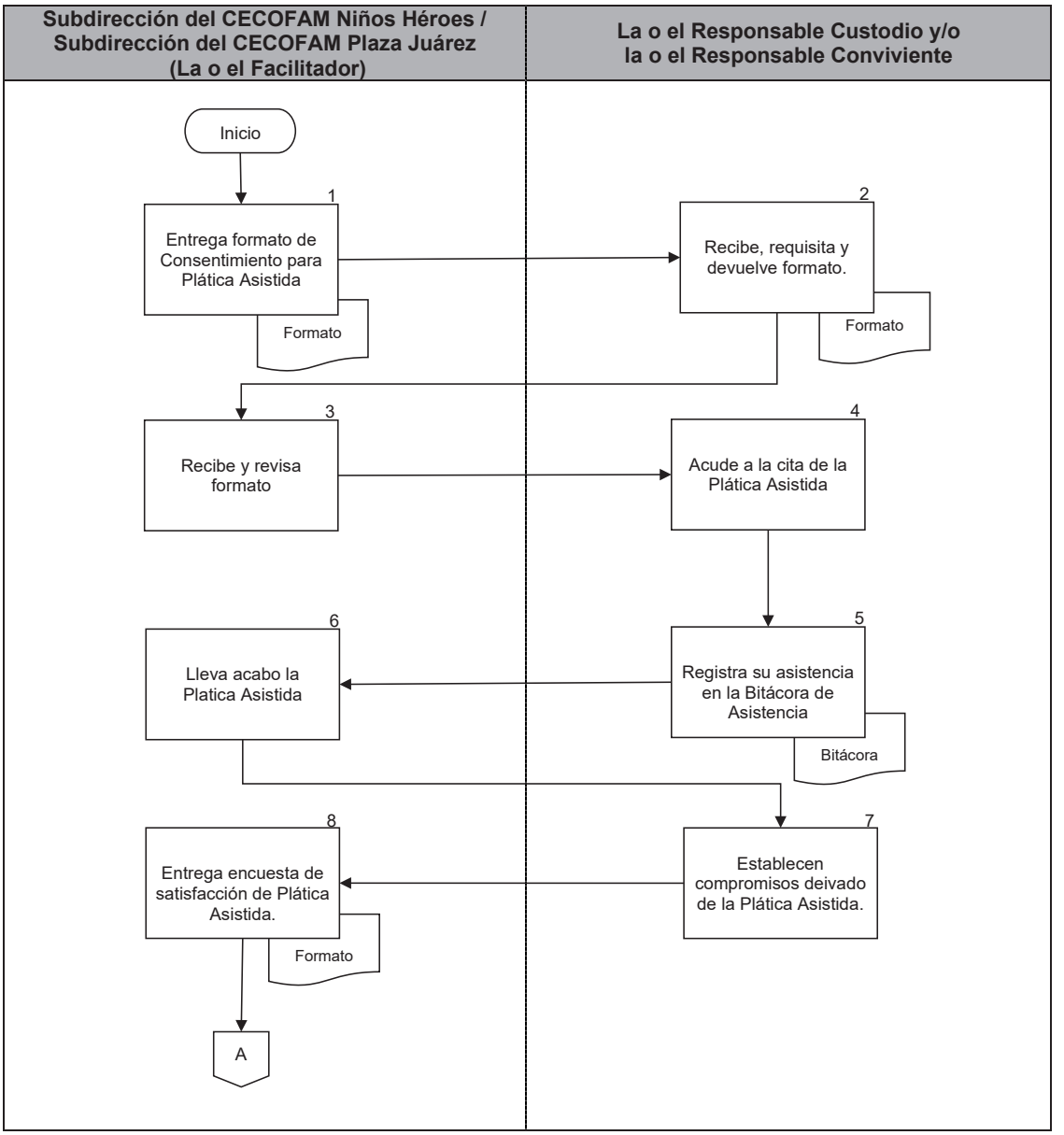
No.	Área.	Descripción de la actividad.	Documentos y/o sistemas de apoyo.
15	Dirección del Centro de Convivencia Familiar Supervisada	Recibe, revisa y firma oficio de compromisos de Plática Asistida.	
16		Da Seguimiento con la o el Operador de Justicia de los compromisos.	
17		Devuelve oficio de compromisos de Plática Asistida al personal administrativo de la Jefatura de Unidad Departamental de Gestión Administrativa del Programa de Revinculación Familiar, para su envío al Operador de Justicia.	
18	Jefatura de Unidad Departamental de Gestión Administrativa del Programa de Revinculación (Personal administrativo)	Recibe y envía oficio de compromisos de Plática Asistida a la o el Operador de Justicia.	
19	La o el Operador de Justicia (Oficialía de Partes)	Recibe, acusa oficio de compromisos de Plática Asistida y devuelve al personal administrativo de la Jefatura de Unidad Departamental de Gestión Administrativa del Programa de Revinculación.	
20	Jefatura de Unidad Departamental de Gestión Administrativa del Programa de Revinculación (Personal administrativo)	Recibe y archiva oficios y formatos en el expediente interno de convivencia.	• Expediente

FIN DEL PROCEDIMIENTO

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

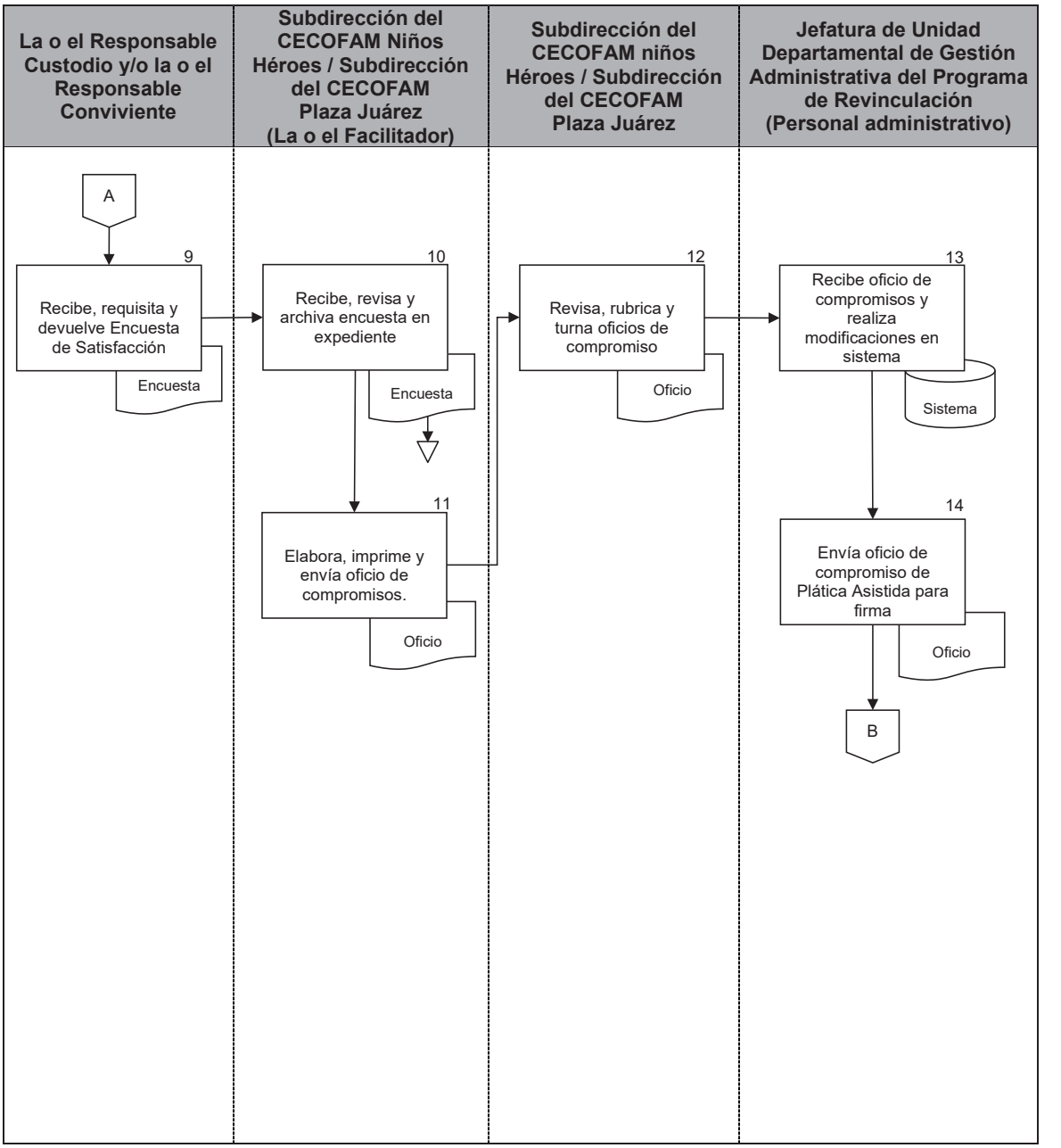
PROCEDIMIENTOS



PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

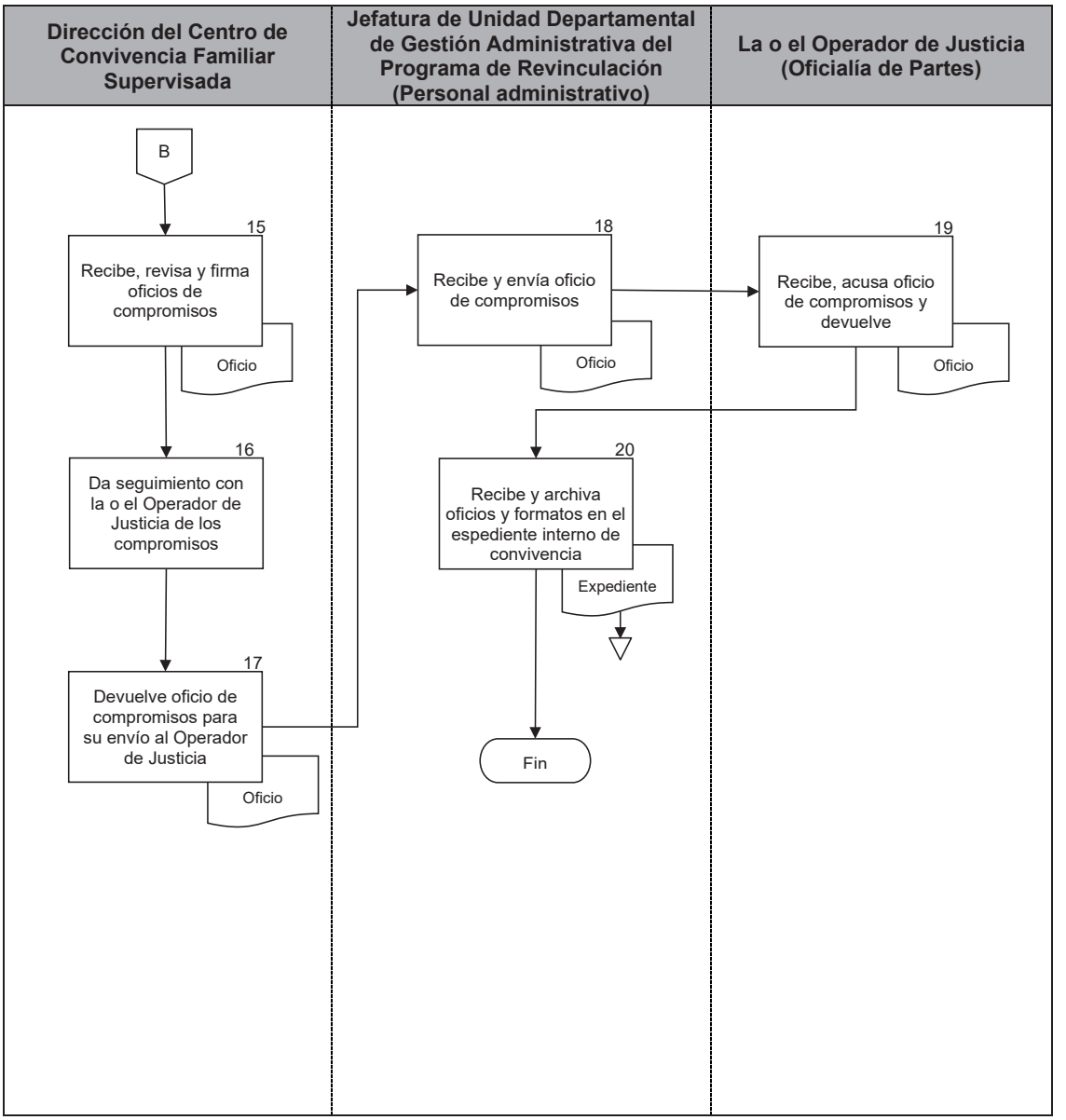
PROCEDIMIENTOS



PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

PROCEDIMIENTOS



PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

Área: CECOFAM Revinculación Familiar

REG TSJ CCFS. NO._____
Sede:_____
Horario:_____
Día(s):_____

No. CONSECUTIVO PLATICA._____

CONSENTIMIENTO INFORMADO
PARA SOSTENER PLATICA ASISTIDA INDIVIDUAL

Yo_____, de conformidad con el artículo 16 fracción I de las Bases Generales de Organización y Funcionamiento del Centro de Convivencia Familiar Supervisada del Tribunal Superior de Justicia de la Ciudad de México, acepto voluntariamente, sostener Plática Asistida, con la finalidad de encontrar medios idóneos para lograr un mejor desarrollo de las convivencias de la niña, niño y/o adolescente(s) de nombres_____
_____.

Ciudad de México a _____.

_____
(NOMBRE Y FIRMA)

Autoridad y/o Facilitador.

_____

_____

CECOFAM-PA-01

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

Área: CECOFAM Revinculación Familiar

CECOFAM-PA-01

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

Área: CECOFAM Revinculación Familiar

Nombre, fecha y firma:

_____

_____

Autoridad y/o Facilitador que intervinieron:

_____

_____

_____

_____

CECOFAM-PA-01

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

Área: CECOFAM Revinculación Familiar

REG TSJ CCFS. NO. _____(1)
Sede: _____(2)
Horario: _____(3)
Día(s): _____(4)

No. CONSECUTIVO PLÁTICA. _____(5)

CONSENTIMIENTO INFORMADO
PARA SOSTENER PLATICA ASISTIDA INDIVIDUAL

Yo_____,(**6**)
de conformidad con el artículo 16 fracción I de las Bases Generales de Organización y Funcionamiento del Centro de Convivencia Familiar Supervisada del Tribunal Superior de Justicia de la Ciudad de México, acepto voluntariamente, sostener Plática Asistida, con la finalidad de encontrar medios idóneos para lograr un mejor desarrollo de las convivencias de la niña, niño y/o adolescente(s) de nombres _____**(7)**
_____
_____

Ciudad de México a (**8**) _____.

_____ (**9**)
(NOMBRE Y FIRMA)

Autoridad y/o Facilitador. (**10**)

_____

_____

CECOFAM-PA-01

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

Área: CECOFAM Revinculación Familiar

(11)

CECOFAM-PA-01

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

Área: CECOFAM Revinculación Familiar

Nombre, fecha y firma: (12)

_____

_____

Autoridad y/o Facilitador que intervinieron:((13)

_____

_____

_____

CECOFAM-PA-01

DESCRIPCIÓN DEL FORMATO

Nombre:	**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA SOSTENER PLATICA ASISTIDA INDIVIDUAL.**
Clave:	**CECOFAM-PA-01**
Objetivo:	Contar con la aceptación y del Responsable Custodio(a) y el(a) Responsable Conviviente para llevar a cabo Plática Asistida Coparental y recabar los posibles Compromisos de común acuerdo o en su caso atender la solicitud de platica con el otro progenitor.
Elabora:	Centro de Convivencia Familiar Supervisada.
Número de tantos:	Un Original o dos Originales, uno por cada progenitor del Responsable Custodio(a) y el(a) Responsable Conviviente.
Distribución:	Originales. - Expediente Interno del CECOFAM.

INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
1	REG TSJ CCFS. NO.	El número de registro asignado a la familia para su identificación en la modalidad de Convivencia de Reencuentro, Convivencia Asistida, Entrega – Recepción o Espacios Semi-Libres.
2	SEDE	Lugar de asignación para llevar a cabo la convivencia.
3	HORARIO	Tiempo determinado por el Operador de Justicia para la convivencia.
4	DÍA(S)	Fechas de las semana asignados por el Operador de Justicia para los encuentros
5	NO. CONSECUTIVO PLÁTICA	Número de identificación Platicas Asistidas realizadas entre la Autoridad del Centro y/o el Facilitador con uno o ambos padres.
6	NOMBRE	Se debe poner el nombre del Responsable Custodio(a) y el(a) Responsable Conviviente que participara en la Plática Asistida
7	NOMBRE	Anotar el nombre o los nombres de la niña, niño o adolescente(es) que sean partes del núcleo familiar
8	FECHA	Debe anotar el día, mes y año en que se lleva a cabo la plática.
9	NOMBRE Y FIRMA	Colocar en el espacio señalado el nombre del (la)

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
		Responsable Custodio(a) y el(a) Responsable Conviviente, así como, la firma que utilizan en todos sus actos públicos y privados al calce para constancia de su aceptación.
10	AUTORIDAD Y/O FACILITADOR	Inserción de los datos correspondientes a la Autoridad y/o Facilitador(es) que participó(aron) en la orientación y apoyo a los padres.
11	ESPACIO DE LLENADO	El (la) Responsable Custodio(a) y el(a) Responsable Conviviente, deben realizar el llenado de puño y letra en el espacio proporcionado, con la solicitud y propuesta para el otro progenitor.
12	NOMBRE, FECHA Y FIRMA	Poner el nombre del (la) Responsable Custodio(a) y el(a) Responsable Conviviente, que es parte de la Platica Asistida, así como la fecha en la que se lleva a cabo la misma y la firma autógrafa.
13	AUTORIDAD Y/O FACILITADOR QUE INTERVINIERON	Debe ser llenado con el nombre y cargo de la Autoridad del CECOFAM o Facilitador que llevo a cabo la Platica Asistida o colaboro en el apoyo para que se llevara la misma.

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

Área: CECOFAM Revinculación Familiar

REG TSJ CCFS. NO._____
Sede:_____
Horario: _____
Día(s): _____

No. CONSECUTIVO PLATICA._____

CONSENTIMIENTO INFORMADO
PARA SOSTENER PLATICA ASISTIDA COPARENTAL

Aceptamos voluntariamente, sin que obre coacción alguna de por medio, sostener Plática Asistida con la finalidad de encontrar medios idóneos para lograr un mejor desarrollo de las convivencias entre niña, niño y/o adolescentes _____ y _____, a fin de salvaguardar su bien superior, de conformidad a la fracción I del artículo 16 de las Bases Generales de Organización y Funcionamiento del Centro de Convivencia Familiar Supervisada, la cual se sostendrá en un marco de respeto y tolerancia con el acompañamiento de _____ y _____.

Ciudad de México a _____.

_____ (NOMBRE Y FIRMA)

_____ (NOMBRE Y FIRMA)

CECOFAM-PA-02

Av. Juárez 104, 6°. Piso, Colonia Centro, Delegación Cuauhtémoc, C.P. 06040, Ciudad de México.
Teléfonos 91564998, extensiones 510207 y 09.

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

Área: CECOFAM Revinculación Familiar

COMPROMISOS COPARENTALES

CECOFAM-PA-02

Av. Juárez 104, 6°. Piso, Colonia Centro, Delegación Cuauhtémoc, C.P. 06040, Ciudad de México.
Teléfonos 91564998, extensiones 510207 y 09.

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

Área: CECOFAM Revinculación Familiar

Nombre, fecha y firma:

_____

_____

Autoridad y/o Facilitador que intervinieron:

_____

_____

CECOFAM-PA-02

Av. Juárez 104, 6°. Piso, Colonia Centro, Delegación Cuauhtémoc, C.P. 06040, Ciudad de México.
Teléfonos 91564998, extensiones 510207 y 09.

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

Área: CECOFAM Revinculación Familiar

REG TSJ CCFS. NO.(1)_____
Sede:(2)_____
Horario: (3)_____
Día(s): (4)_____

No. CONSECUTIVO PLÁTICA(5)._____

CONSENTIMIENTO INFORMADO
PARA SOSTENER PLATICA ASISTIDA COPARENTAL

Aceptamos voluntariamente, sin que obre coacción alguna de por medio, sostener Plática Asistida con la finalidad de encontrar medios idóneos para lograr un mejor desarrollo de las convivencias entre niña, niño y/o adolescentes _____(6) y _____(7), a fin de salvaguardar su bien superior, de conformidad a la fracción I del artículo 16 de las Bases Generales de Organización y Funcionamiento del Centro de Convivencia Familiar Supervisada, la cual se sostendrá en un marco de respeto y tolerancia con el acompañamiento de _____(8) y _____(9).

Ciudad de México a _____ (10).

_____ (11)
(NOMBRE Y FIRMA)

_____ (12)
(NOMBRE Y FIRMA)

CECOFAM-PA-02

Av. Juárez 104, 6°. Piso, Colonia Centro, Delegación Cuauhtémoc, C.P. 06040, Ciudad de México.
Teléfonos 91564998, extensiones 510207 y 09.

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

Área: CECOFAM Revinculación Familiar

COMPROMISOS COPARENTALES

(13)

CECOFAM-PA-02

Av. Juárez 104, 6°. Piso, Colonia Centro, Delegación Cuauhtémoc, C.P. 06040, Ciudad de México.
Teléfonos 91564998, extensiones 510207 y 09.

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

Área: CECOFAM Revinculación Familiar

Nombre, fecha y firma:

_____ **(14)**

_____

Autoridad y/o Facilitador que intervinieron:

_____ **(15)**

_____

_____

_____

CECOFAM-PA-02

Av. Juárez 104, 6°. Piso, Colonia Centro, Delegación Cuauhtémoc, C.P. 06040, Ciudad de México.
Teléfonos 91564998, extensiones 510207 y 09.

DESCRIPCIÓN DEL FORMATO

Nombre:	**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA SOSTENER PLATICA ASISTIDA COPARENTAL**
Clave:	**CECOFAM-PA-02**
Objetivo:	Contar con la aceptación del Responsable Custodio(a) y el(a) Responsable Conviviente para llevar a cabo Plática Asistida Coparental y recabar los posibles Compromisos de común acuerdo.
Elabora:	Centro de Convivencia Familiar Supervisada.
Número de tantos:	Original.
Distribución:	Original. - Expediente Interno del CECOFAM.

INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
1	REG TSJ CCFS. NO.	El número de registro asignado a la familia para su identificación en la modalidad de Convivencia de Reencuentro, Convivencia Asistida, Entrega – Recepción o Espacios Semi-Libres.
2	SEDE	Lugar de asignación para llevar a cabo la convivencia.
3	HORARIO	Tiempo determinado por el Operador de Justicia para la convivencia.
4	DÍA(S)	Fechas de las semana asignados por el Operador de Justicia para los encuentros.
5	No. CONSECUTIVO PLÁTICA.	Número de identificación Platicas Asistidas realizadas entre la Autoridad del Centro y/o el Facilitador con uno o ambos padres.
6	NOMBRE	Indicar el nombre de la niña, niño o adolescente que forma parte del núcleo familiar.
7	NOMBRE (S)	Colocación de nombre(s) de la niña(s) niño(s) o adolescente (s) que forman parte del núcleo familiar, en el que caso de que exceda de uno.
8	FACILITADOR	Inserción del Nombre de la Autoridad o Facilitador con el que se sostiene la Platica Asistida.
9	NOMBRE	Llenado del Nombre de la Autoridad que interviene y el

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
		nombre del Facilitar que acompaña en la Platica Asistida
10	FECHA	Debe anotar el día, mes y año en que se lleva a cabo la plática.
11	NOMBRE Y FIRMA	Debe anotar el nombre y firma el Responsable Custodio que intervino en la Platica como constancia de aceptación.
12	NOMBRE Y FIRMA	Debe anotar el nombre y firma el Responsable Conviviente que intervino en la Platica como constancia de aceptación.
13	APARTADO DE LLENADO DE PROPUESTAS DE COMPROMISOS COPARENTALES	Se debe realizar el llenado de puño y letra con la redacción de las propuestas realizadas en común por parte del Responsable Custodio(a) en comunión con el(a) Responsable Conviviente para su posterior formalización ante el CECOFAM.
14	NOMBRE Y FIRMA	Colocar en el espacio señalado el nombre del (la) Responsable Custodio(a) y el(a) Responsable Conviviente, así como, la firma que utilizan en todos sus actos públicos y privados al calce para constancia de su aceptación.
15	AUTORIDAD Y/O FACILITADOR QUE INTERVINIERON:	Inserción de los datos correspondientes a la Autoridad y/o Facilitador(es) que participó(aron) en la orientación y apoyo a los padres.

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

Área: CECOFAM Revinculación Familiar

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE PLÁTICA ASISTIDA INDIVIDUAL

NOMBRE: _____

FECHA: _____ **REGISTRO:** _____

PLATICA ASISTIDA	DE ACUERDO	MEDIANAMENTE DE ACUERDO	EN DESACUERDO
El apoyo que recibió por parte de la o el Facilitador y/o autoridades del Centro_____durante la plática fue benéfico.			
La plática asistida fue una experiencia provechosa.			
La plática asistida es una herramienta importante para buscar alternativas en beneficio de la interacción familiar.			
Sus inquietudes fueron resueltas.			
Fue atendido con amabilidad durante la plática asistida.			
Está usted dispuesto(a) a tener una plática asistida en compañía de su contraparte, con el fin de buscar alternativas en pro del sano desarrollo de la niña, niño y/o adolescente.			

Con la intención de mejorar nuestro servicio le agradecemos sus observaciones y/o comentarios:

_____
_____
_____
_____

¡Gracias!

CECOFAM-PA-03

Tipo de servicio: [ ] C. Reencuentro [ ] C. Asistida [ ] Espacios Semi-libres [ ] Entrega-Recepción

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

Área: CECOFAM Revinculación Familiar

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE PLÁTICA ASISTIDA INDIVIDUAL

NOMBRE:(1) _____

FECHA: (2) _____ **REGISTRO:(3)** _____

PLATICA ASISTIDA	DE ACUERDO	MEDIANAMENTE DE ACUERDO	EN DESACUERDO
El apoyo que recibió por parte de la o el Facilitador y/o autoridades del Centro_____durante la plática fue benéfico.(4)			
La plática asistida fue una experiencia provechosa.(5)			
La plática asistida es una herramienta importante para buscar alternativas en beneficio de la interacción familiar.(6)			
Sus inquietudes fueron resueltas.(7)			
Fue atendido con amabilidad durante la plática asistida.(8)			
Está usted dispuesto(a) a tener una plática asistida en compañía de su contraparte, con el fin de buscar alternativas en pro del sano desarrollo de la niña, niño y/o adolescente.(9)			

Con la intención de mejorar nuestro servicio le agradecemos sus observaciones y/o comentarios:**(10)**

_____
_____
_____
_____

¡Gracias!

CECOFAM-PA-03

(11)

Tipo de servicio: [ ] C. Reencuentro [ ] C. Asistida [ ] Espacios Semi-libres [ ] Entrega-Recepción

DESCRIPCIÓN DEL FORMATO

Nombre:	**ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE PLÁTICA ASISTIDA INDIVIDUAL**
Clave:	**CECOFAM-PA-03**
Objetivo:	Recabar la opinión del Responsable Conviviente y/o Responsable Custodio con respecto del servicio que le fue proporcionado en la Plática Asistida por parte de la Autoridad del Centro o Facilitador.
Elabora:	Centro de Convivencia Familiar Supervisada.
Número de tantos:	Original.
Distribución:	Original. - Expediente Interno del CECOFAM.

INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
1	NOMBRE	Se debe anotar el nombre del Responsable Custodio o Responsable Conviviente.
2	FECHA	Debe anotar el día, mes y año en que responde la encuesta.
3	REGISTRO	El número de registro asignado a la familia para su identificación en la modalidad de Convivencia de Reencuentro, Convivencia Asistida, Entrega – Recepción o Espacios Semi- Libres.
4	EL APOYO QUE RECIBIÓ POR PARTE DE LA O EL FACILITADOR Y/O AUTORIDADES DEL CENTRO_____ _____DURANTE LA PLÁTICA FUE BENÉFICO.	Debe anotar la Opción que considere, puede ser: “De Acuerdo”, “Medianamente de Acuerdo” o “En desacuerdo”.
5	LA PLÁTICA ASISTIDA FUE UNA EXPERIENCIA PROVECHOSA	Debe anotar la Opción que considere, puede ser: “De Acuerdo”, “Medianamente de Acuerdo” o “En desacuerdo”
6	LA PLÁTICA ASISTIDA ES UNA HERRAMIENTA IMPORTANTE PARA BUSCAR ALTERNATIVAS EN BENEFICIO DE LA INTERACCIÓN FAMILIAR	Debe anotar la Opción que considere, puede ser: “De Acuerdo”, “Medianamente de Acuerdo” o “En desacuerdo”

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
7	SUS INQUIETUDES FUERON RESUELTAS	Debe anotar la Opción que considere, puede ser: “De Acuerdo”, “Medianamente de Acuerdo” o “En desacuerdo”
8	FUE ATENDIDO CON AMABILIDAD DURANTE LA PLÁTICA ASISTIDA	Debe anotar la Opción que considere, puede ser: “De Acuerdo”, “Medianamente de Acuerdo” o “En desacuerdo”
9	ESTÁ USTED DISPUESTO(A) A TENER UNA PLÁTICA ASISTIDA EN COMPAÑÍA DE SU CONTRAPARTE, CON EL FIN DE BUSCAR ALTERNATIVAS EN PRO DEL SANO DESARROLLO DE LA NIÑA, NIÑO Y/O ADOLESCENTE	Debe anotar la Opción que considere, puede ser: “De Acuerdo”, “Medianamente de Acuerdo” o “En desacuerdo”
10	CON LA INTENCIÓN DE MEJORAR NUESTRO SERVICIO LE AGRADECEMOS SUS OBSERVACIONES Y/O COMENTARIOS	Opinión o sugerencia del Responsable Conviviente y/o Responsable Custodio con respecto a la Plática Asistida en la que participó.
11	TIPO DE SERVICIO	Deberá seleccionar la Fase a la que corresponde el usuario al que se le brindó el servicio de Platica Asistida.

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

Área: CECOFAM Revinculación Familiar

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE PLÁTICA ASISTIDA COPARENTAL

NOMBRE: _____

FECHA: _____ **REGISTRO:** _____

PLATICA ASISTIDA	DE ACUERDO	MEDIANAMENTE DE ACUERDO	EN DESACUERDO
El apoyo que recibió por parte de la o el Facilitador y/o autoridades del Centro_____ _____durante la plática fue benéfico.			
La plática asistida fue una experiencia provechosa.			
La plática asistida es una herramienta importante para buscar alternativas en beneficio de la interacción familiar.			
Sus inquietudes fueron resueltas.			
Fue atendido con amabilidad durante la plática asistida.			
Está usted dispuesto(a) a tener una plática asistida en compañía de su contraparte, con el fin de buscar alternativas en pro del sano desarrollo de la niña, niño y/o adolescente.			

Con la intención de mejorar nuestro servicio le agradecemos sus observaciones y/o comentarios:

_____
_____
_____
_____
_____

¡Gracias!

CECOFAM-PA-04

Tipo de servicio: [ ] C. Reencuentro [ ] C. Asistida [ ] Espacios Semi-libres [ ] Entrega-Recepción

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

Área: CECOFAM Revinculación Familiar

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN
DE PLÁTICA ASISTIDA COPARENTAL

NOMBRE:(1) _____

FECHA: (2) _____ **REGISTRO:(3)** _____

PLATICA ASISTIDA	DE ACUERDO	MEDIANAMENTE DE ACUERDO	EN DESACUERDO
El apoyo que recibió por parte de la o el Facilitador y/o autoridades del Centro_____ _____durante la plática fue benéfico.(4)			
La plática asistida fue una experiencia provechosa.(5)			
La plática asistida es una herramienta importante para buscar alternativas en beneficio de la interacción familiar.(6)			
Sus inquietudes fueron resueltas.(7)			
Fue atendido con amabilidad durante la plática asistida.(8)			
Está usted dispuesto(a) a tener una plática asistida en compañía de su contraparte, con el fin de buscar alternativas en pro del sano desarrollo de la niña, niño y/o adolescente.(9)			

Con la intención de mejorar nuestro servicio le agradecemos sus observaciones y/o comentarios:**(10)**

_____
_____
_____
_____

¡Gracias!

CECOFAM-PA-04

(11)

Tipo de servicio: [ ] C. Reencuentro [ ] C. Asistida [ ] Espacios Semi-libres [ ] Entrega-Recepción

DESCRIPCIÓN DEL FORMATO

Nombre:	**ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE PLÁTICA ASISTIDA COPARENTAL**
Clave:	**CECOFAM-PA-04**
Objetivo:	Recabar la opinión del Responsable Conviviente y/o Responsable Custodio con respecto del servicio que le fue proporcionado en la Plática Asistida por parte de la Autoridad del Centro o Facilitador.
Elabora:	Centro de Convivencia Familiar Supervisada.
Número de tantos:	Original.
Distribución:	Original. - Expediente Interno del CECOFAM.

INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
1	NOMBRE:	Se debe anotar el nombre del Responsable Custodio o Responsable Conviviente.
2	FECHA:	Debe anotar el día, mes y año en que responde la encuesta.
3	REGISTRO::	El número de registro asignado a la familia para su identificación en la modalidad de Convivencia de Reencuentro, Convivencia Asistida, Entrega – Recepción o Espacios Semi- Libres.
4	EL APOYO QUE RECIBIÓ POR PARTE DE LA O EL FACILITADOR Y/O AUTORIDADES DEL CENTRO_____ _____DURANTE LA PLÁTICA FUE BENÉFICO.	Debe anotar la Opción que considere, puede ser: “De Acuerdo”, “Medianamente de Acuerdo” o “En desacuerdo”.
5	LA PLÁTICA ASISTIDA FUE UNA EXPERIENCIA PROVECHOSA.	Debe anotar la Opción que considere, puede ser: “De Acuerdo”, “Medianamente de Acuerdo” o “En desacuerdo”
6	LA PLÁTICA ASISTIDA ES UNA HERRAMIENTA IMPORTANTE PARA BUSCAR ALTERNATIVAS EN BENEFICIO DE LA INTERACCIÓN FAMILIAR.	Debe anotar la Opción que considere, puede ser: “De Acuerdo”, “Medianamente de Acuerdo” o “En desacuerdo”

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
7	SUS INQUIETUDES FUERON RESUELTAS.	Debe anotar la Opción que considere, puede ser: “De Acuerdo”, “Medianamente de Acuerdo” o “En desacuerdo”
8	FUE ATENDIDO CON AMABILIDAD DURANTE LA PLÁTICA ASISTIDA.	Debe anotar la Opción que considere, puede ser: “De Acuerdo”, “Medianamente de Acuerdo” o “En desacuerdo”
9	ESTÁ USTED DISPUESTO(A) A TENER UNA PLÁTICA ASISTIDA EN COMPAÑÍA DE SU CONTRAPARTE, CON EL FIN DE BUSCAR ALTERNATIVAS EN PRO DEL SANO DESARROLLO DE LA NIÑA, NIÑO Y/O ADOLESCENTE.	Debe anotar la Opción que considere, puede ser: “De Acuerdo”, “Medianamente de Acuerdo” o “En desacuerdo”
10	CON LA INTENCIÓN DE MEJORAR NUESTRO SERVICIO LE AGRADECEMOS SUS OBSERVACIONES Y/O COMENTARIOS:	Opinión o sugerencia del Responsable Conviviente y/o Responsable Custodio con respecto a la Plática Asistida en la que participó.
11	TIPO DE SERVICIO.	Deberá seleccionar la Fase a la que corresponde el usuario al que se le brindó el servicio de Platica Asistida.

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

PROCEDIMIENTOS

Procedimiento: CIEAJ-019	Impartición de talleres psicoeducativos.
Objetivo general:	Apoyar a los integrantes de la familia, paralelamente a las fases del Programa de Revinculación Familiar, para trabajar en la adquisición de conocimientos y herramientas que les permitan favorecer la revinculación familiar, así como la comunicación y acuerdos coparentales, en beneficio de la crianza de las Niñas, Niños y/o Adolescentes y con ello alcanzar los objetivos de las fases.
Políticas y normas de operación:	

1. El Centro de Convivencia Familiar Supervisada otorgará a través del Proceso de Reforzamiento Transversal del Programa de Revinculación Familiar Talleres Psicoeducativos a las y los usuarios del mismo.

2. Los Talleres Psicoeducativos, que, en auxilio del Régimen de Vistas y Convivencias, son exclusivos para las y los Responsables Convivientes, las y los Responsables Custodios y las y los Cuidadores, que sean referidos por el Operador de Justicia al Centro de Convivencias Familiar Supervisada y se desarrollarán de conformidad a la disponibilidad y cargas de trabajo en horario vespertino de miércoles a viernes y matutino y vespertino, sábados y domingos.

3. Los Talleres Psicoeducativos estarán conformados por Plática Propedéutica, Módulos Temáticos, mismos que son obligatorios y se realizarán a través de sesiones grupales de entre 15 a 20 personas. Adicionalmente se realizarán y actividades colectivas, que son eventos optativos para las y los Responsables Convivientes, las y los Responsables Custodios y las y los Cuidadores.

4. La Plática Propedéutica deberá realizarse previo al inicio de la Fase del Programa de Revinculación Familiar al que fue referida la familia, misma que se imparte en una sola sesión, está dirigida a las y los Responsables Custodios, las fechas y

horarios se darán a conocer mediante oficio a la o el Operador de Justicia. De igual manera se informará, la asistencia o inasistencia a la misma.

5. Los Talleres Psicoeducativos para adultos, se componen de temas referentes a la crianza positiva, se desarrollarán en 5 sesiones, de dos horas aproximadamente cada una, una vez por semana, en días y horarios prestablecidos.

6. Los Talleres Psicoeducativos dirigidos a Niñas, Niños y/o Adolescentes, se desarrollarán entre 3 y 5 sesiones una vez por semana.

7. La inscripción al primer Módulo Temático de las y los Responsables Custodios y las y los Responsables Convivientes, se realizará durante la Plática Propedéutica, a través de Cédula de Registro y Carta Compromiso, las inscripciones subsecuentes estarán a cargo de la o el Facilitador de la Fase del Programa que corresponda, por medio de Carta Compromiso.

8. Se ofrecerán, a las y los usuarios para que inscriban a sus hijas o hijos, Módulos Temáticos, mismos que son obligatorios, y se desarrollarán de manera grupal de 6 a 10 participantes, divididos de conformidad a la etapa de desarrollo y podrán impartirse de entre 3 a 5 sesiones, una vez por semana.

9. La inscripción de las Niñas, Niños y/o Adolescentes a los Talleres Psicoeducativos se efectuará durante la Plática Propedéutica, a través de Cédula de Registro y Carta Compromiso suscrita por la o el Responsable Custodio, las inscripciones subsecuentes estarán a cargo de la o el Facilitador de la Fase del Programa que corresponda por medio de Carta Compromiso.

10. La disponibilidad de tema, horario y sede se dará a conocer a las y los Facilitadores de manera mensual.

11. Ante la negativa de la o el Responsable Custodio o Responsable Conviviente para participar en los Módulos Temáticos, o bien, inscribir a las Niñas, Niños y/o

Adolescentes, deberá suscribir Carta de Desistimiento, en cuyo caso, se informará mediante oficio al Operador de Justicia.

12. El Operador de Justicia podrá ordenar a las o los Responsables Convivientes, Responsables Custodios, Niñas, Niños y/o Adolescentes, en los casos de Desistimiento, su participación en los Módulos Temáticos.

13. Al inicio de cada Módulo Temático se entregará el Reglamento, el cual será firmado por las y los Responsables Custodios y Responsables Convivientes y se agregará al expediente interno, mismo que indicará:

    a) Acudir sin acompañantes 10 minutos antes al horario de inicio de cada sesión, con identificación oficial, para tener acceso al Centro de Convivencias Familiar Supervisada.
    b) Ingresar al aula sin alimentos y/o bebidas.
    c) Mantener apagado su teléfono celular y abstenerse de utilizarlo.
    d) Participar en las actividades que le instruya la o el Facilitador, con la finalidad de reforzar el aprendizaje.
    e) Permanecer en el aula durante todo el tiempo de las sesiones.
    f) Los días y horarios asignados para las sesiones, serán siempre los mismos, salvo situaciones de fuerza mayor, en cuyo caso se reprogramarán las fechas.

14. El área encargada de los Talleres Psicoeducativos enviará al Operador de Justicia, oficio en el que se constará la asistencia o inasistencia de los Responsables Convivientes, Responsables Custodios, Cuidador, Niñas, Niños y/o Adolescentes a los Módulos Temáticos.

15. Para considerar como satisfecha la participación de los Responsables Convivientes, Responsables Custodios, Cuidador, Niñas, Niños y/o Adolescentes, deberán acudir cuando menos al 80% de las sesiones establecidas.

16. Las y los Facilitadores asignados para la impartición de los Talleres Psicoeducativos, realizarán informes ejecutivos de cada uno de los participantes en los diversos Módulos Temáticos, para ser agregadas al expediente de convivencia y por su naturaleza, deberán ser consideradas por las y los Facilitadores de las Fases del Programa para analizar el avance de la revinculación familiar.

17. Las Actividades Colectivas, se conforman de: Cursos-Talleres, Conferencias, Espectáculos, Exposiciones y Actividades Temáticas diversas, son de carácter voluntario tanto para Responsables Convivientes, Responsables Custodios, Cuidador, como para Niñas, Niños y/o Adolescentes. Los Curso-Taller tendrán una duración de 1 o 2 sesiones, de 2 horas aproximadamente, cada una, una vez por semana. Las Conferencias se realizarán en 1 sesión de 2 horas aproximadamente, el resto de las actividades su temporalidad podrá variar en función del tipo de actividad.

18. Al término de los Talleres Psicoeducativos y Actividades Colectivas la o el Responsable Custodio, la o el Responsable Conviviente, la o el Cuidador, Niña, Niño y/o Adolescente, deberán llenar la Encuesta de Satisfacción.

No.	Área	Descripción de la actividad.	Documentos y/o sistemas de apoyo.
1	Subdirección del CECOFAM Niños Héroes / Subdirección del CECOFAM Plaza Juárez / Líder Coordinador(a) de Proyectos “C”. (La o el Facilitador)	Informa a la o el Responsable Custodio, a la o el Responsable Conviviente, la disponibilidad de temas, horarios y sede de impartición de los Talleres Psicoeducativos.	
2 3	La o el Responsable Custodio y/o la o el Responsable Conviviente	Recibe información sobre los Talleres Psicoeducativos. **¿Se inscribe al Taller Psicoeducativo?** **No.** Continúa en la actividad no. 3 **Sí.** Continúa en la actividad no. 14 Informa a la o el Facilitador, que no desea inscribirse a los Talleres Psicoeducativos.	
4	Subdirección del CECOFAM Niños Héroes / Subdirección del CECOFAM Plaza Juárez / Líder Coordinador(a) de Proyectos “C” (La o el Facilitador)	Entrega a la o el Responsable Custodio, la o el Responsable Conviviente, Carta de Desistimiento a los Talleres Psicoeducativos, para su cumplimentación.	
5	La o el Responsable Custodio y/o la o el Responsable Conviviente	Recibe y firma Carta de Desistimiento a los Talleres Psicoeducativos, y devuelve a la o el Facilitador.	• Formatos CECOFAM/PRT-04 CECOFAM/PRT-05
6	Subdirección del CECOFAM Niños Héroes / Subdirección del CECOFAM Plaza Juárez / Líder Coordinador(a) de Proyectos “C” (La o el Facilitador)	Recibe y revisa Carta de Desistimiento a los Talleres Psicoeducativos suscrita.	

No.	Área	Descripción de la actividad.	Documentos y/o sistemas de apoyo.
7	Subdirección del CECOFAM Niños Héroes / Subdirección del CECOFAM Plaza Juárez / Líder Coordinador(a) de Proyectos “C” (La o el Facilitador)	Entrega a la o el Líder Coordinador(a) de Proyectos “C”, el Desistimiento de la o el Responsable Custodio, la o el Responsable Conviviente para participar en los Talleres Psicoeducativos.	
8	Líder Coordinador(a) de Proyectos “C”	Recibe, revisa Desistimiento, elabora y rubrica oficio informando al Operador de Justicia, y entrega para firma a la Dirección del Centro de Convivencia Familiar Supervisada.	• Sistema • Oficio
9	Dirección del Centro de Convivencia Familiar Supervisada	Recibe, revisa, firma y turna al personal administrativo de la Jefatura de Unidad Departamental de Gestión Administrativa del Programa de Revinculación Familiar, oficio indicando el Desistimiento, para su envío a la o el Operador de Justicia.	
10	Jefatura de Unidad Departamental de Gestión Administrativa del Programa de Revinculación Familiar (Personal administrativo)	Recibe y envía a la o el Operador de Justicia, el oficio indicando el Desistimiento.	
11	La o el Operador de Justicia (Oficialía de Partes)	Recibe, acusa el oficio y devuelve al personal administrativo de la Jefatura de Unidad Departamental de Gestión Administrativa del Programa de Revinculación Familiar.	
12	Jefatura de Unidad Departamental de Gestión Administrativa del Programa de Revinculación Familiar (Personal administrativo)	Recibe acuse del oficio y entrega al personal administrativo del Líder Coordinador(a) de Proyectos “C”, para su actualización en el sistema.	

No.	Área	Descripción de la actividad.	Documentos y/o sistemas de apoyo.
13	Líder Coordinador(a) de Proyectos “C” (Personal administrativo)	Recibe, actualiza y devuelve al personal administrativo de la Jefatura de Unidad Departamental de Gestión Administrativa del Programa de Revinculación Familiar, para su resguardo en el expediente correspondiente. (Continúa en la actividad no. 43)	• Sistema
14	La o el Responsable Custodio y/o la o el Responsable Conviviente	Informa a la o el Facilitador, que desea inscribirse a los Talleres Psicoeducativos.	
15	Subdirección del CECOFAM Niños Héroes / Subdirección del CECOFAM Plaza Juárez / Líder Coordinador(a) de Proyectos “C” (La o el Facilitador)	Entrega a la o el Responsable Conviviente y/o la o el Responsable Custodio, Carta Compromiso para la inscripción a los Talleres Psicoeducativos.	
16	La o el Responsable Custodio y/o la o el Responsable Conviviente	Recibe, requisita y devuelve a la o el Facilitador, la Carta Compromiso.	• Formato CECOFAM/PRT-02 CECOFAM/PRT-03
17	Subdirección del CECOFAM Niños Héroes / Subdirección del CECOFAM Plaza Juárez (La o el Facilitador)	Recibe y envía al Líder Coordinador(a) de Proyectos “C” Carta Compromiso para la inscripción a los Talleres Psicoeducativos.	
18	Líder Coordinador(a) de Proyectos “C” (Personal administrativo)	Recibe, revisa, registra y archiva en expediente la Carta Compromiso, realiza inscripción a los Talleres Psicoeducativos y envía a la o el Facilitador.	• Expediente
19	Líder Coordinador(a) de Proyectos “C” (La o el Facilitador)	Recibe relación de inscritos y genera lista de asistencia.	• Base de datos

No.	Área	Descripción de la actividad.	Documentos y/o sistemas de apoyo.
20 21	Líder Coordinador(a) de Proyectos “C” (La o el Facilitador)	Espera que la o el Responsable Custodio, la o el Responsable Conviviente, Niña, Niño y/o Adolescente asistan a los Talleres Psicoeducativos. **¿Asisten a los Talleres Psicoeducativos.?** **Sí.** Continúa en la actividad no. 21 **No.** Continúa en la actividad no. 33 Recibe y entrega lista de asistencia a la o el Responsable Custodio, la o el Responsable Conviviente, para su firma.	
22	La o el Responsable Custodio y/o la o el Responsable Conviviente	Recibe, requisita y devuelve a la o el Facilitador, lista de asistencia.	• Formatos CECOFAM/PRT-07 CECOFAM/PRT-08 CECOFAM/PRT-09
23 24	Líder Coordinador(a) de Proyectos “C” (La o el Facilitador)	Recibe y archiva en expediente, el formato de asistencia. Entrega a la o el Responsable Custodio, la o el Responsable Conviviente, Niña, Niño y/o Adolescente, Cédula de Registro y Reglamento para su lectura y firma de conocimiento.	• Expediente
25	La o el Responsable Custodio y/o la o el Responsable Conviviente	Recibe, requisita y devuelve a la o el Facilitador, Cédula de Registro y Reglamento.	• Formatos CECOFAM/PRT-01 CECOFAM/PRT-06
26	Líder Coordinador(a) de Proyectos “C” (La o el Facilitador)	Recibe y archiva en expediente, Cédula de Registro y Reglamento.	• Expediente

No.	Área	Descripción de la actividad.	Documentos y/o sistemas de apoyo.
27 28	Líder Coordinador(a) de Proyectos “C” (La o el Facilitador)	Imparte las sesiones de los Talleres Psicoeducativos. Concluye los Talleres Psicoeducativos y entrega a las y los Responsables Custodios, las y los Responsables Convivientes, Niñas, Niños y/o Adolescentes, Encuesta de Satisfacción. (Continúa en las actividades no. 29 y 40)	
29	La o el Responsable Custodio y/o la o el Responsable Conviviente	Recibe, requisita y devuelve Encuesta de Satisfacción a la o el Facilitador.	• Formatos CECOFAM/PRT-10 CECOFAM/PRT-11
30	Líder Coordinador(a) de Proyectos “C” (La o el Facilitador)	Recibe, revisa y turna Encuesta de Satisfacción a la el Líder Coordinador(a) de Proyectos “C”, para su conocimiento.	
31	Líder Coordinador(a) de Proyectos “C”	Recibe, revisa y turna Encuesta de Satisfacción a la Jefatura de Unidad Departamental de Gestión Administrativa del Programa de Revinculación Familiar, para su captura en el Sistema.	
32	Jefatura de Unidad Departamental de Gestión Administrativa del Programa de Revinculación Familiar	Recibe, captura y turma al personal administrativo de la Jefatura de Unidad Departamental de Gestión Administrativa del Programa de Revinculación Familiar para su resguardo en expediente. (Continúa en la actividad no. 44)	• Sistema
33	Líder Coordinador(a) de Proyectos “C” (La o el Facilitador)	Elabora mediante sistema, de conformidad a la lista de asistencia, oficio informando al Operador de Justicia de asistencia o inasistencia al Módulo Temático.	• Sistema • Oficio

No.	Área	Descripción de la actividad.	Documentos y/o sistemas de apoyo.
34	Líder Coordinador(a) de Proyectos “C” (La o el Facilitador)	Rubrica y turna para revisión al o a la Líder Coordinador(a) de Proyectos “C”, oficio informando al Operador de Justicia de asistencia o de inasistencia al Módulo Temático.	
35	Líder Coordinador(a) de Proyectos “C”	Recibe, revisa, rúbrica y turna a la Dirección del Centro de Convivencia Familiar Supervisada, oficio informando al Operador de Justicia de asistencia o no asistencia al Módulo Temático.	
36	Dirección del Centro de Convivencia Familiar Supervisada	Recibe, revisa, firma y turna al personal administrativo de la Jefatura de Unidad Departamental de Gestión Administrativa del Programa de Revinculación Familiar, oficio de asistencia o inasistencia al Módulo Temático, para su envío al Operador de Justicia.	
37	Jefatura de Unidad Departamental de Gestión Administrativa del Programa de Revinculación Familiar (Personal administrativo)	Recibe y envía al Operador de Justicia, oficio de asistencia o de inasistencia al Módulo Temático.	
38	La o el Operador de Justicia (Oficialía de Partes)	Recibe, acusa y devuelve al personal administrativo de la Jefatura de Unidad Departamental de Gestión Administrativa del Programa de Revinculación Familiar, oficio en el que se informa la asistencia o inasistencia de la o el Responsable Custodio, Responsable Conviviente, Niña, Niño y/o Adolescente.	

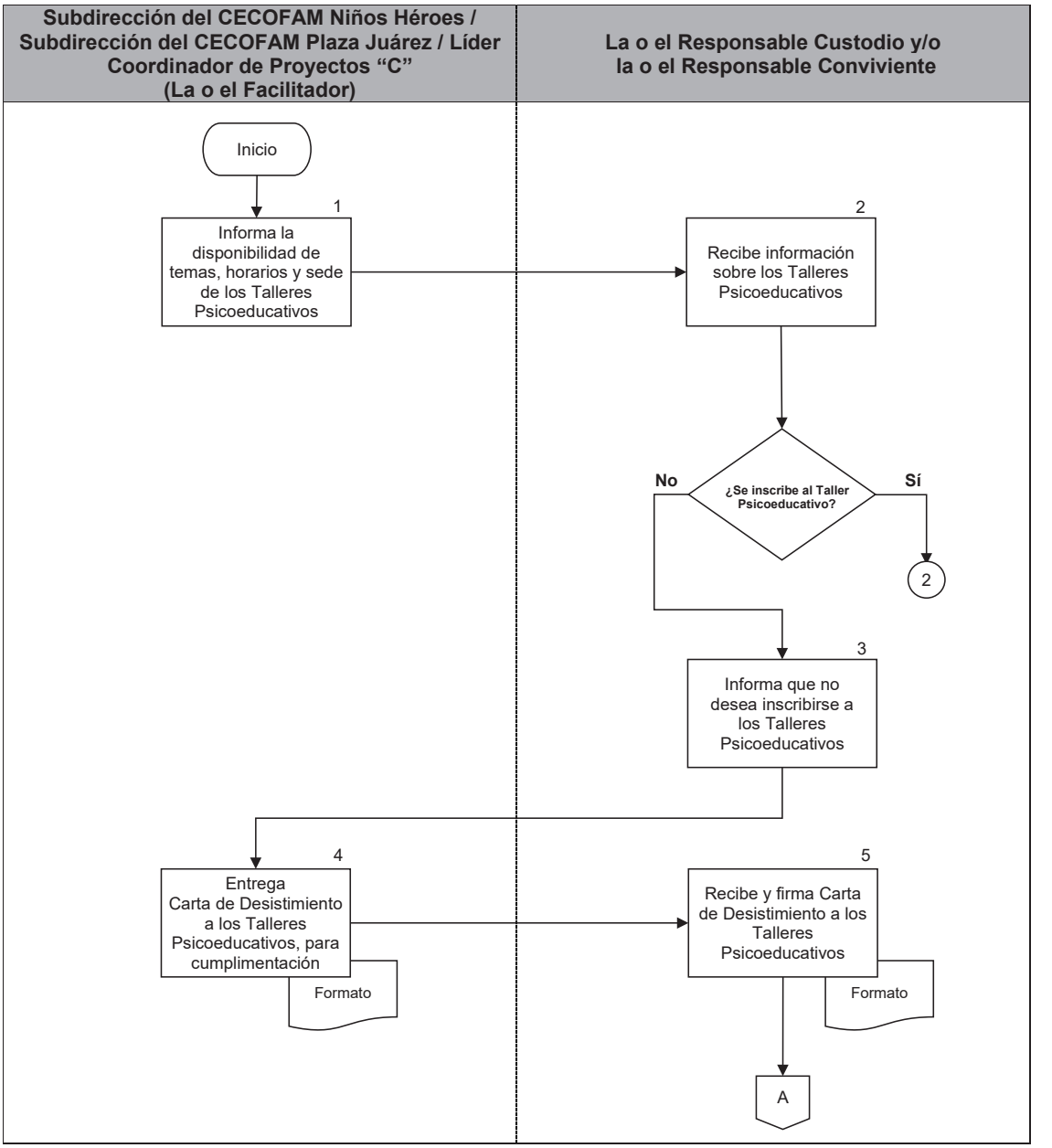
No.	Área	Descripción de la actividad.	Documentos y/o sistemas de apoyo.
39	Jefatura de Unidad Departamental de Gestión Administrativa del Programa de Revinculación Familiar (personal administrativo)	Recibe y actualiza en el sistema con el acuse del oficio en el que se informó a la o el Operador de Justicia, la asistencia o inasistencia de la o el Responsable Custodio, la o el Responsable Conviviente, Cuidador, Niña, Niño y/o Adolescente. (Continúa en la actividad no. 43)	• Sistema
40 41	Líder Coordinador de Proyectos “C” (La o el Facilitador)	Elabora y firma Informe Ejecutivo, de la participación de cada Responsable Custodio, Responsable Conviviente, Niña, Niño y/o Adolescente, asistentes al Módulo Temático Turna para conocimiento al o a la Líder Coordinador(a) de Proyectos “C”, Informe Ejecutivo.	• Formato. CECOFAM/PRT-12
42	Líder Coordinador(a) de Proyectos “C”	Recibe, revisa y turna Informe Ejecutivo al personal administrativo de la Jefatura de Unidad Departamental de Gestión Administrativa del Programa de Revinculación Familiar, para su integración al expediente correspondiente,	
43 44	JUD de Gestión Administrativa del Programa de Revinculación Familiar (Personal administrativo)	Recibe y/o archiva acuse del oficio en el que se informa a la o el Operador de Justicia el desistimiento, la asistencia o inasistencia de la o el Responsable Custodio, la o el Responsable Conviviente, Cuidador, Niña, Niño y/o Adolescente, así como el Reglamento firmado, Encuesta de Satisfacción e Informe Ejecutivo Informe Ejecutivo. Guarda expediente de Talleres Psicoeducativos hasta que concluya su periodo de archivo en trámite.	• Expediente

FIN DE PROCEDIMIENTO

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

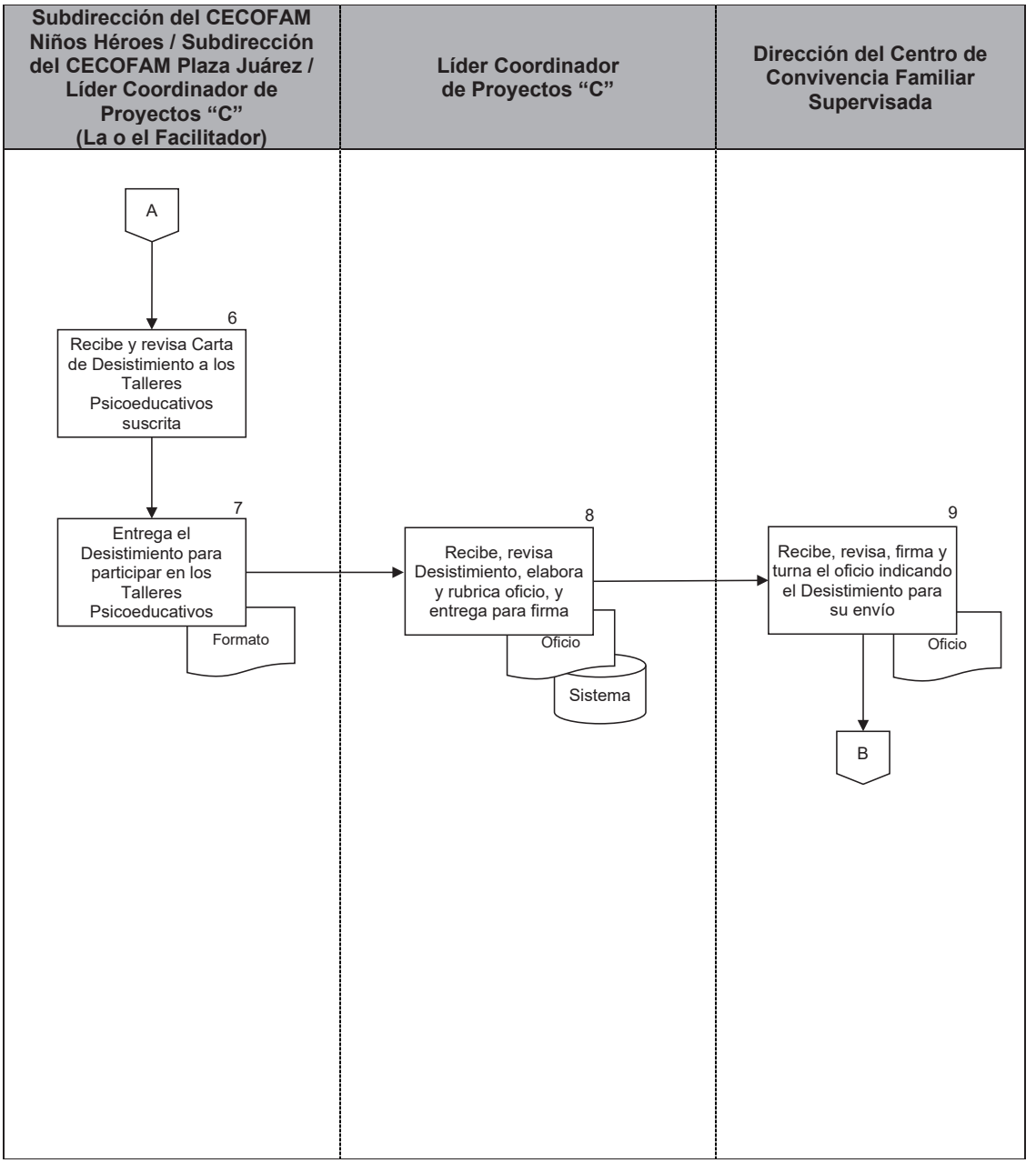
PROCEDIMIENTOS



PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

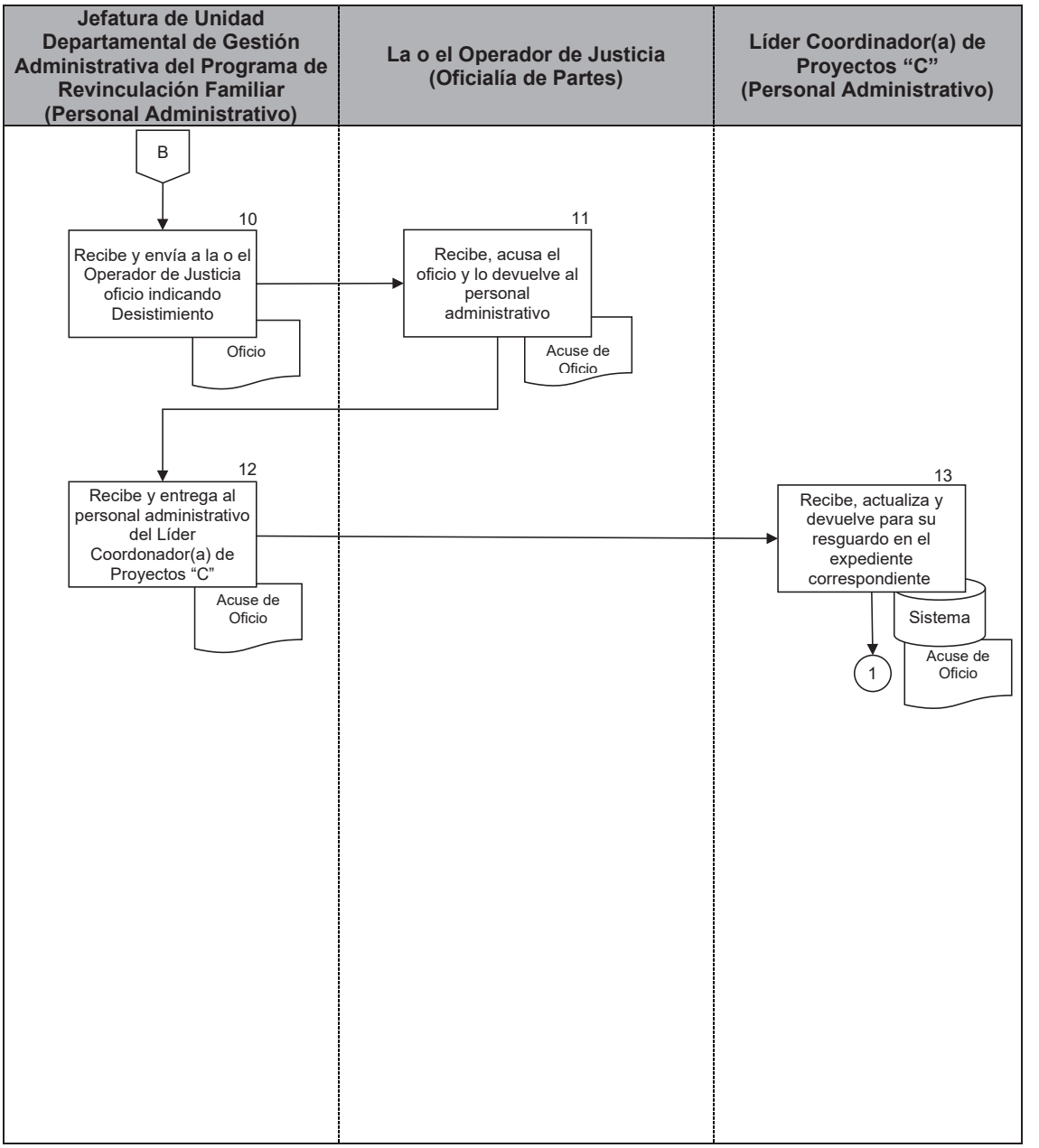
PROCEDIMIENTOS



PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

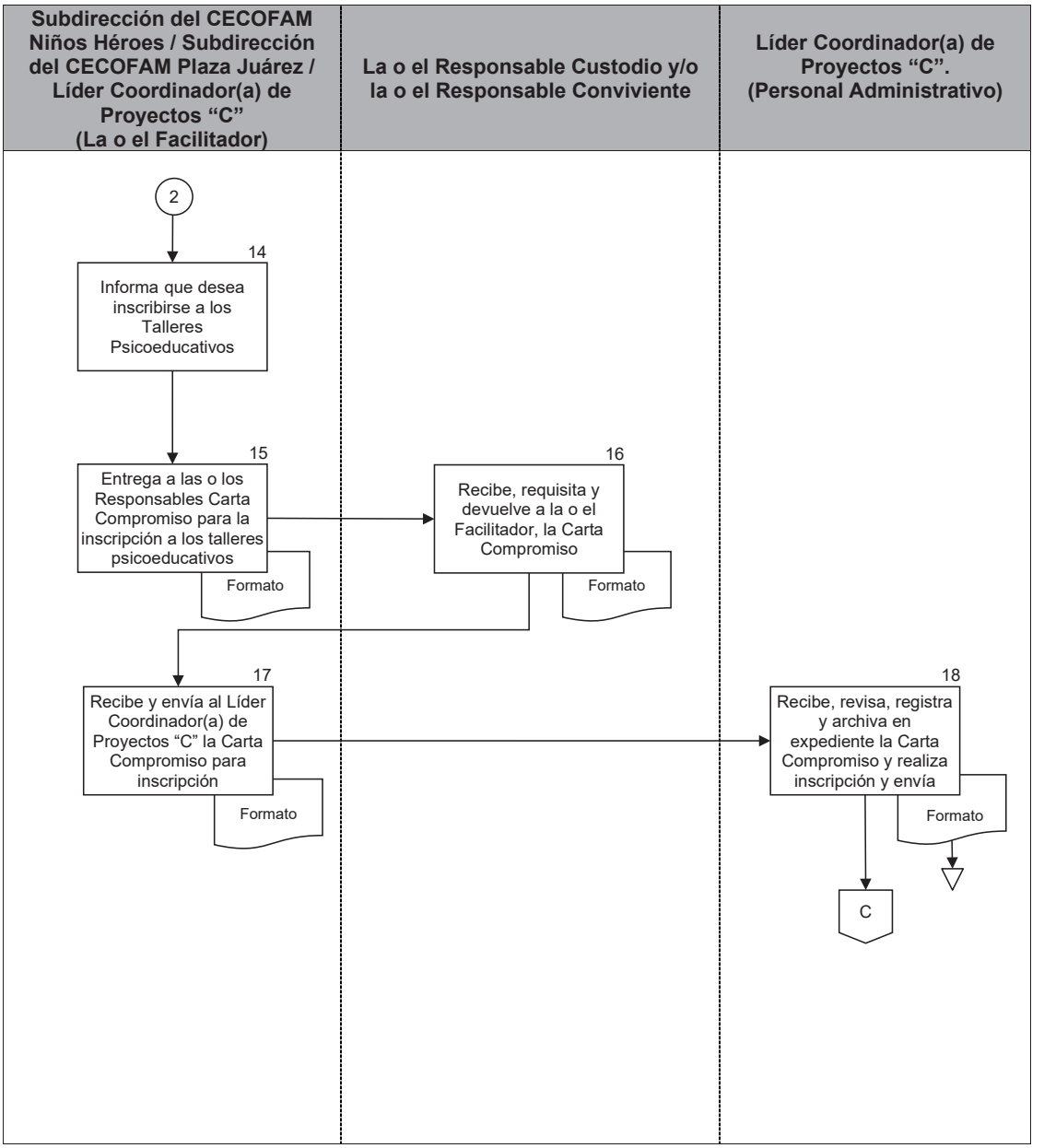
PROCEDIMIENTOS



PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

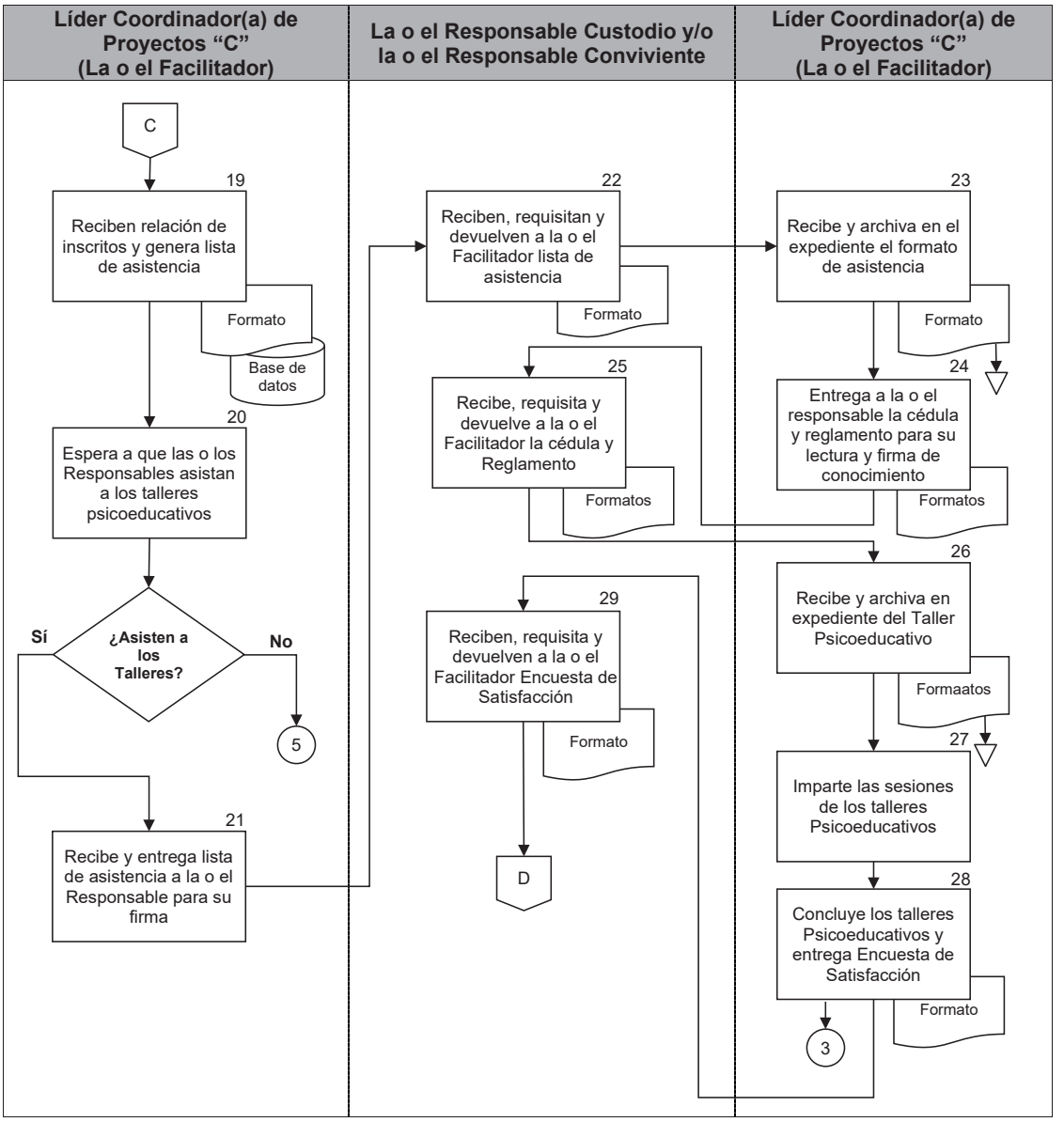
PROCEDIMIENTOS



PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

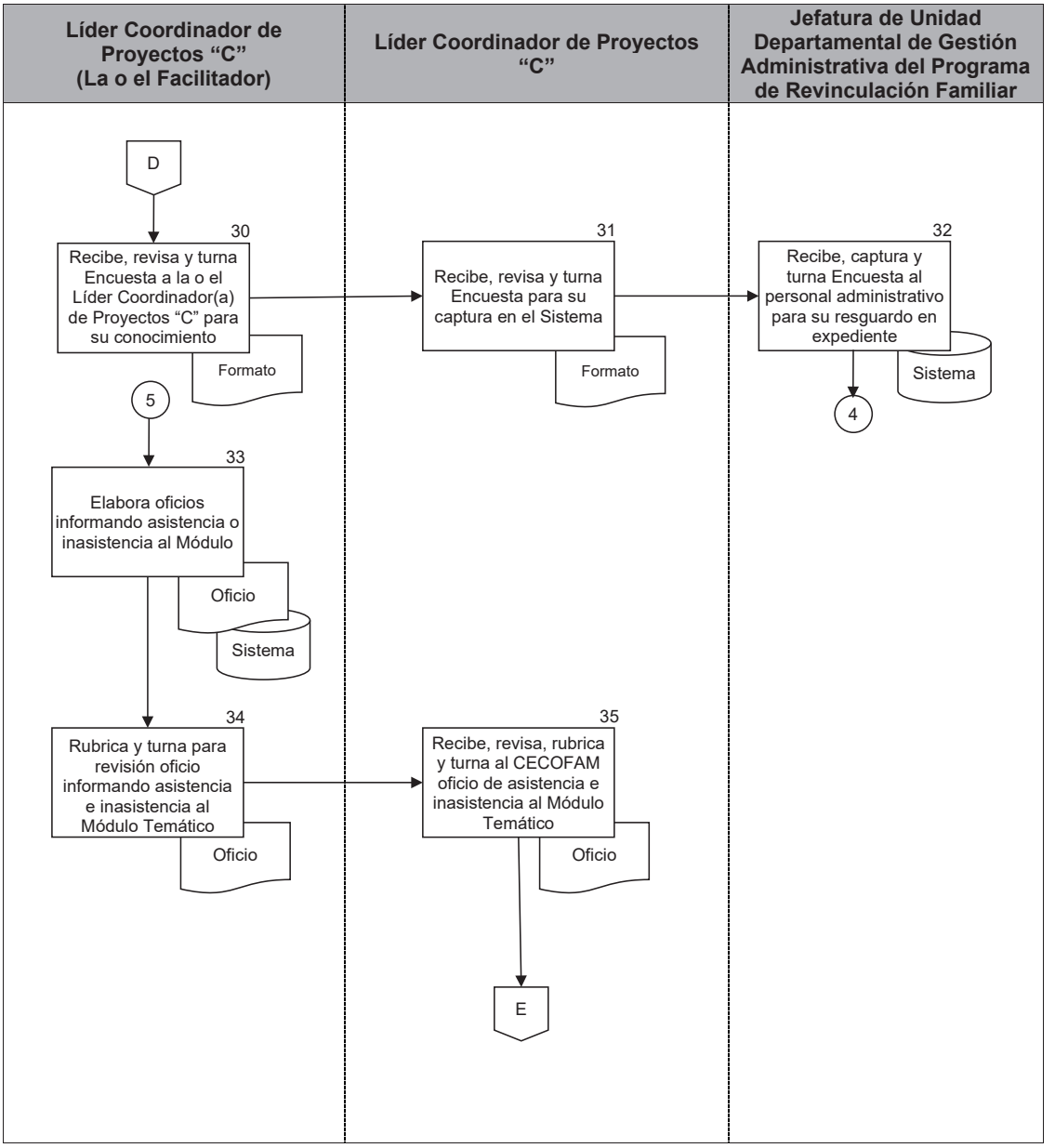
PROCEDIMIENTOS



PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

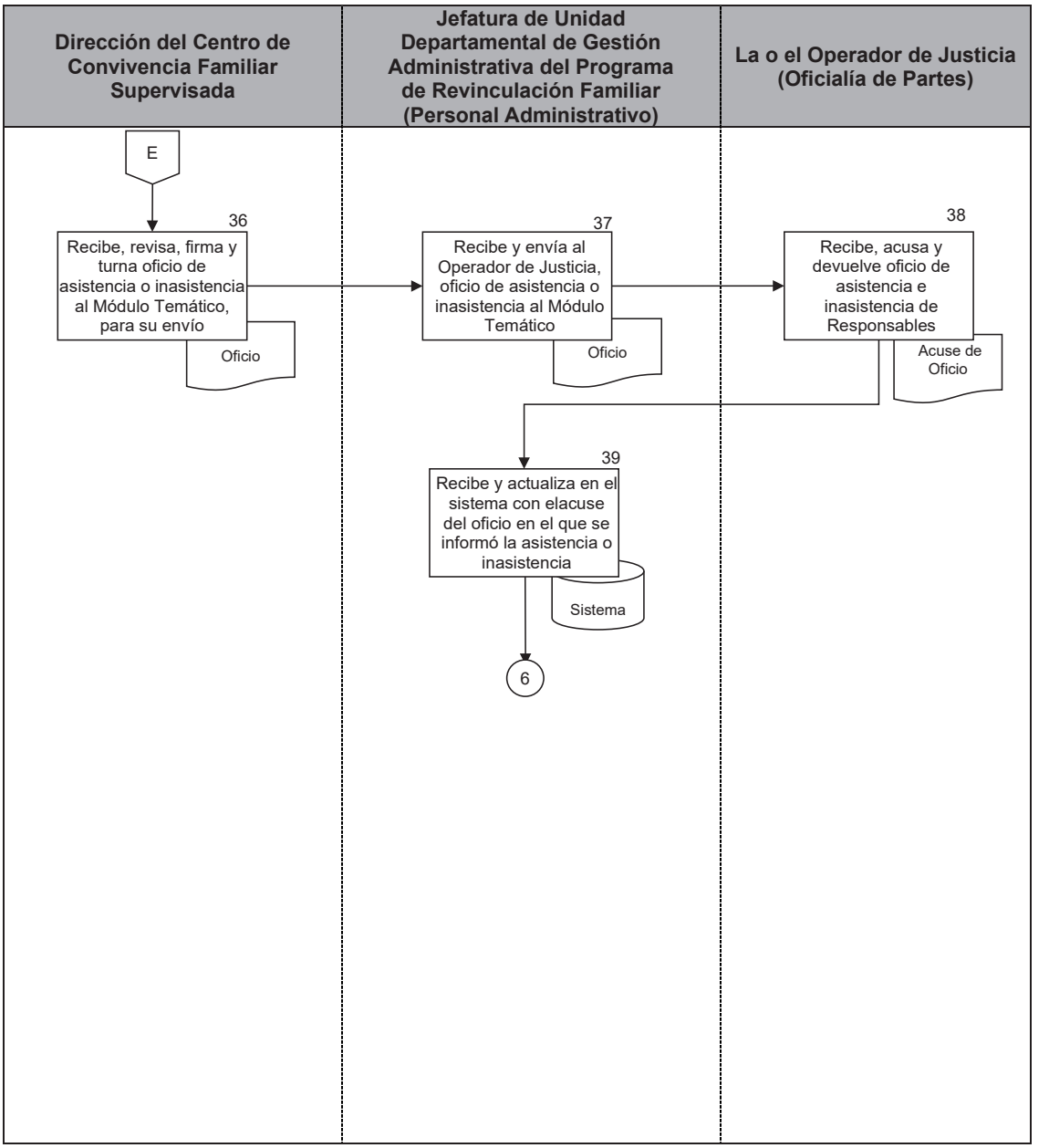
PROCEDIMIENTOS



PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

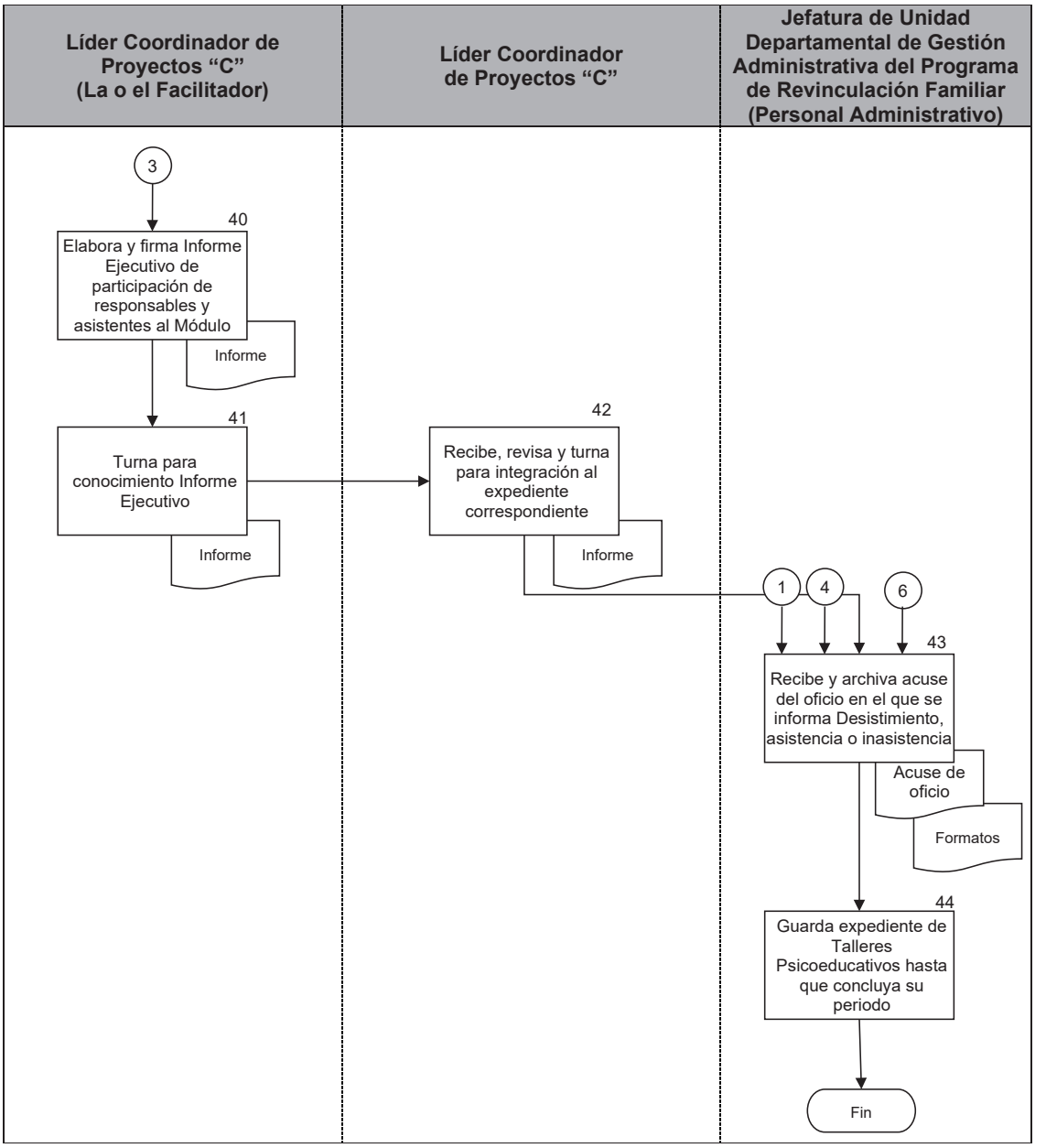
PROCEDIMIENTOS



PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

PROCEDIMIENTOS



PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

Área: "CECOFAM, Revinculación Familiar"

No. REG. CECOFAM: _____

Sede: _____

Horario: _____

Día(s): _____

Ciudad de México, a ____ de _____ de 20___.

CÉDULA DE REGISTRO

Quien suscribe _____, por mi propio derecho me comprometo a participar en los Módulos Temáticos del Taller Psicoeducativo que se señala a continuación, los cuáles me fue informado tienen un carácter de obligatorio, como se desprende de la fracción II del artículo 16 de las Bases Generales de Organización y Funcionamiento del Centro de Convivencia Familiar Supervisada del Tribunal Superior de Justicia de la Ciudad de México.

Módulo Temático	Periodo de impartición	Sede	Status
MÓDULOS TEMÁTICOS RESPONSABLES: CUTODIOS Y CONVIVIENTES; TERCEROS EMERGENTES			
ABC DE LA COMUNICACIÓN			
ENFRENTANDO EL CAMBIO			
INTELIGENCIA EMOCIONAL			
ME CONOZCO			
SENSIBILIZACION PARA PADRES			
MÓDULOS TEMÁTICOS NIÑAS NIÑOS Y ADOLESCENTES			
HABLEMOS DE PAPÁ Y MAMÁ (5-7)			
HABLEMOS DE PAPÁ Y MAMÁ (8-11)			
HABLEMOS DE PAPÁ Y MAMÁ (12-17)			

De igual manera confirmo que de manera voluntaria, podré participar en las diversas actividades colectivas que el CECOFAM realice.

ACTIVIDADES COLECTIVAS	Periodo de impartición	Sede	Status
CURSO-TALLER "LA IMPORTANCIA DE LOS LÍMITES EN LA CRIANZA"			
CURSO-TALLER "LA IMPORTANCIA DEL JUEGO"			
CURSO-TALLER "CREANDO HÁBITOS"			
CONFERENCIA "LA IMPORTANCIA DE LA MEDIACIÓN EN LA SOLUCIÓN DE CONFLICTOS"			

_____ NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE CUSTODIO O CONVIVIENTE

_____ TELÉFONO DE CONTACTO

_____ NOMBRE Y FIRMA DE LA O EL FACILITADOR

CECOFAM/PRT-01

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

Área: "CECOFAM, Revinculación Familiar"

No. REG. CECOFAM: _____ (1)
Sede: _____ (2)
Horario: _____ (3)
Día(s): _____ (4)

Ciudad de México, a ____ de _____ de 20___. **(5)**

CÉDULA DE REGISTRO

Quien suscribe _____ **(6)** _____, por mi propio derecho me comprometo a participar en los Módulos Temáticos del Taller Psicoeducativo que se señala a continuación, los cuáles me fue informado tienen un carácter de obligatorio, como se desprende de la fracción II del artículo 16 de las Bases Generales de Organización y Funcionamiento del Centro de Convivencia Familiar Supervisada del Tribunal Superior de Justicia de la Ciudad de México.

Módulo Temático	Periodo de impartición	Sede	Status
MÓDULOS TEMÁTICOS RESPONSABLES: CUTODIOS Y CONVIVIENTES; TERCEROS EMERGENTES	**(7)**	**(8)**	**(9)**
ABC DE LA COMUNICACIÓN			
ENFRENTANDO EL CAMBIO			
INTELIGENCIA EMOCIONAL			
ME CONOZCO			
SENSIBILIZACION PARA PADRES			
MÓDULOS TEMÁTICOS NIÑAS NIÑOS Y ADOLESCENTES			
HABLEMOS DE PAPÁ Y MAMÁ (5-7)			
HABLEMOS DE PAPÁ Y MAMÁ (8-11)			
HABLEMOS DE PAPÁ Y MAMÁ (12-17)			

De igual manera confirmo que de manera voluntaria, podré participar en las diversas actividades colectivas que el CECOFAM realice.

ACTIVIDADES COLECTIVAS	Periodo de impartición	Sede	Status
CURSO-TALLER "LA IMPORTANCIA DE LOS LÍMITES EN LA CRIANZA"	**(10)**	**(11)**	**(12)**
CURSO-TALLER "LA IMPORTANCIA DEL JUEGO"			
CURSO-TALLER "CREANDO HÁBITOS"			
CONFERENCIA "LA IMPORTANCIA DE LA MEDIACIÓN EN LA SOLUCIÓN DE CONFLICTOS"			

_____ **(13)**
NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE CUSTODIO O CONVIVIENTE

_____ **(14)**
TELÉFONO DE CONTACTO

_____ **(15)**
NOMBRE Y FIRMA DE LA O EL FACILITADOR

CECOFAM/PRT-01

DESCRIPCIÓN DEL FORMATO

Nombre:	**CÉDULA DE REGISTRO**
Clave:	**CECOFAM/PRT-01**
Objetivo:	Contar con constancia de la disposición de los usuarios para participar en los Módulos Temáticos de los Talleres Psicoeducativos que el Programa de Revinculación Familiar contempla, así como de las diversas actividades colectivas a las que podrán asistir de manera voluntaria.
Elabora:	Centro de Convivencia Familiar Supervisada
Número de tantos:	Original
Distribución:	Original. - Archivo del Centro de Convivencia Familiar Supervisada

INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
1	NO. REG. CECOFAM	El Número de registro interno del CECOFAM.
2	SEDE	El lugar en donde las y los Responsables Custodios, Responsables Convivientes, Terceros Emergentes y Niñas, Niños y Adolescentes, reciben el servicio.
3	HORARIO	El horario en que las y los Responsables Custodios, Responsables Convivientes, Terceros Emergentes y Niñas, Niños y Adolescentes, reciben el servicio.
4	DÍA(S)	El o los días(s) de la semana en que las y los Responsables Custodios, Responsables Convivientes, Terceros Emergentes y Niñas, Niños y Adolescentes, reciben el servicio.
5	FECHA	La Fecha en que la o el Responsable Custodio o Responsable Conviviente o Tercero Emergente, requisita la Cédula De Registro
6	NOMBRE	El nombre de la o el Responsable Custodio o Responsable Conviviente o Tercero Emergente.
7	PERIODO DE IMPARTICIÓN (MÓDULOS TEMÁTICOS)	Las fechas de inicio y término del Módulo Temático.

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
8	SEDE	El lugar donde dónde las y los Responsables Custodios, Responsables Convivientes, Terceros Emergentes, suscriben acudir a tomar los Módulos Temáticos
9	STATUS	Señala sí las y los Responsables Custodios, Responsables Convivientes, Terceros Emergentes, acudieron a tomar los Módulos Temáticos, de conformidad con los suscrito en la Cedula de Registro.
10	PERIODO DE IMPARTICIÓN (ACTIVIDADES COLECTIVAS)	Las fechas de inicio y término del Módulo Temático.
11	SEDE	El lugar donde dónde las y los Responsables Custodios, Responsables Convivientes, Terceros Emergentes, suscriben acudir a tomar los Módulos Temáticos
12	STATUS	Señala sí las y los Responsables Custodios, Responsables Convivientes, Terceros Emergentes, acudieron a tomar los Módulos Temáticos, de conformidad con los suscrito en la Cedula de Registro.
13	NOMBRE Y FIRMA LA O EL RESPONSABLE CUSTODIO, RESPONSABLE CONVIVIENTE	El nombre y firma de la o el Responsable Custodio, Responsable Conviviente o Tercero Emergente

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
14	TELÉFONO DE CONTACTO	El número telefónico donde se puede localizar a la o el del Responsable Custodio
15	NOMBRE Y FIRMA DE LA O EL FACILITADOR	Nombre y firma de la o el Facilitador.

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

Área: "CECOFAM, Revinculación Familiar"

No. REG. CECOFAM: _____
Sede: _____
Horario: _____
Día(s): _____

Ciudad de México, a ____ de _____ de 20___.

CARTA COMPROMISO
ADULTOS

Quien suscribe _____, por mi propio derecho me comprometo a participar en el Módulo Temático del Taller Psicoeducativo que se menciona a continuación, en cuál me fue informado, tiene un carácter de obligatorio, como se desprende de la fracción II del artículo 16 de las Bases Generales de Organización y Funcionamiento del Centro de Convivencia Familiar Supervisada del Tribunal Superior de Justicia de la Ciudad de México.

Nombre del Módulo Temático: "_____"
Días y fechas de impartición: _____
Horario: de _____ a _____ horas.
Sede: _____

_____
NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE CUSTODIO O CONVIVIENTE

_____
TELÉFONO DE CONTACTO

_____
NOMBRE Y FIRMA DE LA O EL FACILITADOR

CECOFAM/PRT-02

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

Área: "CECOFAM, Revinculación Familiar"

No. REG. CECOFAM: _____ (1)
Sede: _____ (2)
Horario: _____ (3)
Día(s): _____ (4)

Ciudad de México, a ____ de _____ de 20___. **(5)**

CARTA COMPROMISO
ADULTOS

Quien suscribe _____ **(6)** _____, por mi propio derecho me comprometo a participar en el Módulo Temático del Taller Psicoeducativo que se menciona a continuación, en cuál me fue informado, tiene un carácter de obligatorio, como se desprende de la fracción II del artículo 16 de las Bases Generales de Organización y Funcionamiento del Centro de Convivencia Familiar Supervisada del Tribunal Superior de Justicia de la Ciudad de México.

Nombre del Módulo Temático: "_____" **(7)**
Días y fechas de impartición: _____ **(8)**
Horario: de _____ a _____ horas. **(9)**
Sede: _____ **(10)**

_____ **(11)**
NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE CUSTODIO O CONVIVIENTE

_____ **(12)**
TELÉFONO DE CONTACTO

_____ **(13)**
NOMBRE Y FIRMA DE LA O EL FACILITADOR

CECOFAM/PRT-02

DESCRIPCIÓN DEL FORMATO

Nombre:	**CARTA COMPROMISO**
Clave:	**CECOFAM/PRT-02**
Objetivo:	Contar con constancia de la disposición de los usuarios para participar en los Módulos Temáticos del Taller Psicoeducativo que el Programa de Revinculación Familiar contempla.
Elabora:	Centro de Convivencia Familiar Supervisada
Número de tantos:	Original
Distribución:	Original. - Archivo del Centro de Convivencia Familiar Supervisada

INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
1	NO. REG. CECOFAM	El Número de registro interno del CECOFAM.
2	SEDE:	El lugar en donde las y los Responsables Custodios, Responsables Convivientes, Terceros Emergentes y Niñas, Niños y Adolescentes, reciben el servicio.
3	HORARIO	El horario en que las y los Responsables Custodios, Responsables Convivientes, Terceros Emergentes y Niñas, Niños y Adolescentes, reciben el servicio.
4	DÍA(S):	El o los días(s) de la semana en que las y los Responsables Custodios, Responsables Convivientes, Terceros Emergentes y Niñas, Niños y Adolescentes, reciben el servicio.
5	FECHA	La fecha en que se suscribe la Carta Compromiso
6	NOMBRE	El nombre de la o el Responsable Custodio, Responsable Conviviente, Tercero Emergente, que suscribió la Carta Compromiso.
7	NOMBRE DEL MÓDULO TEMÁTICO	El Nombre del Módulo Temático al que se comprometió a asistir la o el Responsable Custodio, Responsable Conviviente, Tercero Emergente,
8	DÍAS Y FECHAS DE IMPARTICIÓN	Los días y fechas en que la o el Responsable Custodio, Responsable Conviviente, Tercero Emergente, se comprometió a asistir al Módulo Temático

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
9	HORARIO	El horario en que se desarrollara le Módulo Temático
10	SEDE	El domicilio de las instalaciones a donde se impartirá el Módulo Temático.
11	NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE CUSTODIO O CONVIVIENTE	El nombre y firma de la o el del Responsable Custodios o Responsable Conviviente.
12	TELÉFONO DE CONTACTO	El número telefónico donde se puede contactar a la o el Responsable Custodio o Responsable Conviviente.
13	NOMBRE Y FIRMA DE LA O EL FACILITADOR	Nombre y firma de la o el Facilitador.

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

Área: "CECOFAM, Revinculación Familiar"

No. REG. CECOFAM: _____
Sede: _____
Horario: _____
Día(s): _____

Ciudad de México, a ____ de _____ de 20___.

CARTA COMPROMISO
NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES

Quien suscribe _____, fundamento en la fracción II del artículo 16 de las Bases Generales de Organización y Funcionamiento del Centro de Convivencia Familiar Supervisada del Tribunal Superior de Justicia de la Ciudad de México, por mi propio derecho me comprometo a presentar a la(s) niña(s), niño(s) y/o adolecente(s) de nombre(s) _____, al Módulo Temático del Taller Psicoeducativo que se menciona a continuación:

Nombre del Módulo Temático: "_____"

Periodo de impartición: _____.

Días y Horario: _____, de _____ a _____ horas.

Sede: _____

_____
NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE CUSTODIO

_____
TELÉFONO DE CONTACTO

_____
NOMBRE Y FIRMA DE LA O EL FACILITADOR

CECOFAM/PRT/03

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

Área: "CECOFAM, Revinculación Familiar"

No. REG. CECOFAM: _____ (1)
Sede: _____ (2)
Horario: _____ (3)
Día(s): _____ (4)

Ciudad de México, a ____ de _____ de 20___. **(5)**

CARTA COMPROMISO
NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES

Quien suscribe _____**(6)** _____, fundamento en la fracción II del artículo 16 de las Bases Generales de Organización y Funcionamiento del Centro de Convivencia Familiar Supervisada del Tribunal Superior de Justicia de la Ciudad de México, por mi propio derecho me comprometo a presentar a la(s) niña(s), niño(s) y/o adolecente(s) de nombre(s) _____**(7)**_____, al Módulo Temático del Taller Psicoeducativo que se menciona a continuación:

Nombre del Módulo Temático: "_____" **(8)**

Periodo de impartición: _____. **(9)**

Días y Horario: _____, de _____ a _____ horas. **(10)**

Sede: _____ **(11)**

_____ **(12)**
NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE CUSTODIO

_____ **(13)**
TELÉFONO DE CONTACTO

_____ **(14)**
NOMBRE Y FIRMA DE LA O EL FACILITADOR

CECOFAM/PRT/03

DESCRIPCIÓN DEL FORMATO

Nombre:	**CARTA COMPROMISO NIÑA, NIÑOS Y/O ADOLESCENTE**
Clave:	**CECOFAM/PRT-03**
Objetivo:	Contar con evidencia del consentimiento de la o el Responsable Custodio, para presentar a la Niña, Niño o Adolescente a su cargo, en los Talleres Psicoeducativos, que el Programa de Revinculación Familiar contempla.
Elabora:	Centro de Convivencia Familiar Supervisada
Número de tantos:	Original
Distribución:	Original.- Archivo del Centro de Convivencia Familiar Supervisada

INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
1	NO. REG. CECOFAM	El número del registro del servicio que recibe en el CECOFAM.
2	SEDE	La denominación de las instalaciones del CECOFAM en donde recibe el servicio.
3	HORARIO	El horario en que acude a recibir el servicio en el CECOFAM.
4	DÍA(S)	Los días en que acude a recibir el servicio en el CECOFAM.
5	FECHA	La fecha en que se suscribe la Carta Compromiso
6	RESPONSABLE CUSTODIO	El nombre de la o el Responsable Custodio
7	NIÑA, NIÑO O ADOLESCENTE	El nombre de la Niña, Niño o Adolescente.
8	NOMBRE DEL MÓDULO TEMÁTICO	Se anotará el nombre del Módulo Temático que corresponda
9	PERIODO DE IMPARTICIÓN	El Periodo en que es impartido el módulo
10	DÍAS Y HORARIO	Los días y horario en que se lleva a cabo el módulo temático.
11	SEDE	El domicilio de las instalaciones a donde se impartirá el Módulo Temático.

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
12	NOMBRE Y FIRMA DE LA O EL RESPONSABLE CUSTODIO	El Nombre y firma de la o el Responsable Custodio que acuden al módulo temático.
13	TELÉFONO DE CONTACTO	El número telefónico donde se puede contactar a la o el Responsable Custodio o Responsable Conviviente.
14	NOMBRE Y FIRMA DE LA O EL FACILITADOR	Nombre y firma de la o el Facilitador.

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

Área: "CECOFAM, Revinculación Familiar"

No. REG. CECOFAM: _____
Sede: _____
Horario: _____
Día(s): _____

Ciudad de México, a ____ de _____ de 20___.

CARTA DE DESISTIMIENTO

Yo _____, por mi propio derecho en este acto manifiesto, que no participaré en el Módulo Temático del Taller Psicoeducativo denominado "_____",que contempla el Programa de Revinculación Familiar, al que fui convocada(o), debido a:

_____

_____

_____,

mismo que me fue informado, tiene un carácter de obligatorio, como se desprende de la fracción II del artículo 16 de las Bases Generales de Organización y Funcionamiento del Centro de Convivencia Familiar Supervisada del Tribunal Superior de Justicia de la Ciudad de México.

_____
NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE CUSTODIO O CONVIVIENTE

_____
TELÉFONO DE CONTACTO

_____
NOMBRE Y FIRMA DE LA O EL FACILITADOR

CECOFAM/PRT-04

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

Área: "CECOFAM, Revinculación Familiar"

No. REG. CECOFAM: ___ (1) ____
Sede: _____ (2) _____
Horario: _____ (3) _____
Día(s): _____ (4) _____

Ciudad de México, a ____ de _____ (5) _____ de 20___.

CARTA DE DESISTIMIENTO

Yo _____ (6) _____, por mi propio derecho en este acto manifiesto, que no participaré en el Módulo Temático del Taller Psicoeducativo denominado "_____(7)_____",que contempla el Programa de Revinculación Familiar, al que fui convocada(o), debido a:
_____ (8) _____
_____
_____,
en cuál me fue informado, tiene un carácter de obligatorio, como se desprende de la fracción II del artículo 16 de las Bases Generales de Organización y Funcionamiento del Centro de Convivencia Familiar Supervisada del Tribunal Superior de Justicia de la Ciudad de México.

_____ (9) _____
NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE CUSTODIO O CONVIVIENTE

_____ (10) _____
TELÉFONO DE CONTACTO

_____ (11) _____
NOMBRE Y FIRMA DE LA O EL FACILITADOR

CECOFAM/PRT-04

DESCRIPCIÓN DEL FORMATO

Nombre:	**CARTA DE DESISTIMIENTO**
Clave:	**CECOFAM/PRT-04**
Objetivo:	Contar con certidumbre de la negativa, de la o el Responsable Custodio o Responsable Conviviente, para participar en los Módulos Temáticos del Taller Psicoeducativo, que el Programa de Revinculación Familiar contempla.
Elabora:	Centro de Convivencia Familiar Supervisada
Número de tantos:	Original
Distribución:	Original.- Archivo del Centro de Convivencia Familiar Supervisada

INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
1	No. REG. CECOFAM	El número del registro del servicio que recibe en el CECOFAM.
2	SEDE	La denominación de las instalaciones del CECOFAM en donde recibe el servicio.
3	HORARIO	El horario en que acude a recibir el servicio en el CECOFAM.
4	DÍA(S)	Los días en que acude a recibir el servicio en el CECOFAM.
5	FECHA	La Fecha en que se suscribe la Carta de Desistimiento.
6	RESPONSABLE	El nombre de la o el Responsable Custodio o Responsable Conviviente,
7	MÓDULO	El nombre del Módulo Temático
8	MOTIVO DE DESISTIMIENTO	El motivo o causas por las que el Responsable Custodios o Conviviente o ambos, se desiste de asistir al Taller Psicoeducativo.
9	NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE CUSTODIO O CONVIVIENTE	El nombre y firma de la o el Responsable Custodio o Responsable Conviviente.
10	TELÉFONO DE CONTACTO	El número telefónico donde se puede la o el Responsable Custodio o Responsable Conviviente.

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
11	NOMBRE Y FIRMA DE LA O EL FACILITADOR	Nombre y firma de la o el Facilitador.

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

Área: "CECOFAM, Revinculación Familiar"

No. REG. CECOFAM: _____
Sede: _____
Horario: _____
Día(s): _____

Ciudad de México, a ____ de _____ de 20___.

CARTA DE DESISTIMIENTO
NIÑA, NIÑO O ADOLESCENTE

Yo _____, por propio derecho en este acto, manifiesto que la(s) niña(s), niño(s) o adolescente(s) _____, debido a:_____
_____
_____, no participará(n) en el Módulo Temático del Taller Psicoeducativo denominado "_____", al que fue convocada(o).

_____ _____
NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE CUSTODIO TELÉFONO DE CONTACTO

_____
NOMBRE Y FIRMA DE LA O EL FACILITADOR

CECOFAM/PRT-05

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

Área: "CECOFAM, Revinculación Familiar"

No. REG. CECOFAM: _____ (1)
Sede: _____ (2)
Horario: _____ (3)
Día(s): _____ (4)

Ciudad de México, a ____ de _____ de 20___. **(5)**

CARTA DE DESISTIMIENTO
NIÑA, NIÑO O ADOLESCENTE

Yo _____**(6)**_____, por propio derecho en este acto, manifiesto que la(s) niña(s), niño(s) o adolescente(s) _____**(7)**_____, debido a:_____
_____
_____, no participará(n) en el Módulo Temático del Taller Psicoeducativo denominado "_____**(8)**_____", al que fue convocada(o).

_____ **(9)**
NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE CUSTODIO

_____ **(10)**
TELÉFONO DE CONTACTO

_____ **(11)**
NOMBRE Y FIRMA DE LA O EL FACILITADOR

CECOFAM/PRT-05

DESCRIPCIÓN DEL FORMATO

Nombre:	**CARTA DE DESISTIMIENTO**
Clave:	**CECOFAM/PRT-05**
Objetivo:	Contar con constancia de la negativa de las y los Responsables Custodios, Responsables Convivientes, Terceros Emergentes y Niñas, Niños y Adolescentes, a participar en los Módulos Temáticos del Taller Psicoeducativo que el Programa de Revinculación Familiar contempla.
Elabora:	Centro de Convivencia Familiar Supervisada
Número de tantos:	Original
Distribución:	Original. - Archivo del Centro de Convivencia Familiar Supervisada

INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
1	NO. REG. CECOFAM	El Número de registro interno del CECOFAM.
2	SEDE	El lugar en donde las y los Responsables Custodios, Responsables Convivientes, Terceros Emergentes y Niñas, Niños y Adolescentes, reciben el servicio.
3	HORARIO	El horario en que las y los Responsables Custodios, Responsables Convivientes, Terceros Emergentes y Niñas, Niños y Adolescentes, reciben el servicio.
4	DÍA(S)	El o los días(s) de la semana en que las y los Responsables Custodios, Responsables Convivientes, Terceros Emergentes y Niñas, Niños y Adolescentes, reciben el servicio.
5	FECHA	La fecha completa en que se requisita la Carta de Desistimiento.
6	RESPONSABLE CUSTODIO	El nombre del Responsable Custodio.
7	NIÑA, NIÑO O ADOLESCENTE	El nombre de la(s) Niñas, Niños o Adolescentes.
8	MÓDULO	El nombre del Módulo Temático.
9	NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE CUSTODIO	El nombre y firma de la o el del Responsable Custodio.

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
10	TELÉFONO DE CONTACTO	El número telefónico donde se puede localizar a la o el del Responsable Custodio
11	NOMBRE Y FIRMA DE LA O EL FACILITADOR	Nombre y firma de la o el Facilitador.

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

Área: "CECOFAM, Revinculación Familiar"

No. REG. CECOFAM: _____
Sede: _____
Horario: _____
Día(s): _____

Ciudad de México, a ____ de _____ de 20___.

REGLAMENTO

Nombre del Módulo Temático: "_____"

Periodo de impartición: _____

Días y horario: _____

Tipo de Servicio: Convivencia de Reencuentro ____, Convivencia Asistida _____, Convivencia en Espacios Semi-Libres _____ o Entrega-Regreso de Niña, Niño y/o Adolescente _____.

1. Asistir puntualmente a todas las sesiones y en el horario estipulado para el Módulo Temático.
2. Acudir sin acompañantes 10 minutos antes al horario de inicio de cada sesión, con identificación oficial, para tener acceso al edificio ubicado en _____ _____.
3. Ingresar al aula sin alimentos y/o bebidas.
4. Mantener en modo silencio el teléfono celular y abstenerse de utilizarlo.
5. Permanecer en el aula durante todo el tiempo de las sesiones.
6. Participar en las actividades que le instruya el facilitador, con la finalidad de reforzar los aprendizajes.

Notas:

- Por respeto a los participantes, las sesiones darán inicio puntualmente.
- Los días y horario asignados para las sesiones serán siempre los mismos, salvo situaciones de fuerza mayor, en cuyo caso se reprogramarán las fechas.
- Al término de la impartición del Módulo Temático, la Dirección del Centro de Convivencia Familiar Supervisada, informará al Operador de Justicia correspondiente, en los siguientes términos; Si la o el Responsable Custodio o Conviviente o la(s) niña(s), niño(s) y/o adolescentes(s): Concluyeron el Módulo Temático, asistiendo a un mínimo del 80% de las sesiones programadas; b) Asistieron a determinado número de sesiones, pero no concluyeron; o, c) No asistieron.

_____
NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE CUSTODIO O CONVIVIENTE

_____
TELÉFONO DE CONTACTO

_____
NOMBRE Y FIRMA DE LA O EL FACILITADOR

CECOFAM/PRT-06

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

Área: "CECOFAM, Revinculación Familiar"

No. REG. CECOFAM: _____ (1)
Sede: _____ (2)
Horario: _____ (3)
Día(s): _____ (4)

Ciudad de México, a ____ de _____ de 20___. **(5)**

REGLAMENTO

Nombre del Módulo Temático: "_____" **(6)**

Periodo de impartición: _____ **(7)**

Días y horario: _____ **(8)**

Tipo de Servicio: Convivencia de Reencuentro ____, Convivencia Asistida ____, Convivencia en Espacios Semi-Libres ____, o Entrega-Regreso de Niña, Niño y/o Adolescente ____, **(9)**

1. Asistir puntualmente a todas las sesiones y en el horario estipulado para el Módulo Temático.
2. Acudir sin acompañantes 10 minutos antes al horario de inicio de cada sesión, con identificación oficial, para tener acceso al edificio ubicado en _____. **(10)**
3. Ingresar al aula sin alimentos y/o bebidas.
4. Mantener en modo silencio el teléfono celular y abstenerse de utilizarlo.
5. Permanecer en el aula durante todo el tiempo de las sesiones.
6. Participar en las actividades que instruya la o el Facilitador, con la finalidad de reforzar los conocimientos.

Notas:

- Por respeto a los participantes, las sesiones darán inicio puntualmente.
- Los días y horario asignados para las sesiones serán siempre los mismos, salvo situaciones de fuerza mayor, en cuyo caso se reprogramarán las fechas.
- Al término de la impartición del Módulo Temático, la Dirección del Centro de Convivencia Familiar Supervisada, informará al Operador de Justicia correspondiente, en los siguientes términos; Si la o el Responsable Custodio o Responsable Conviviente o la(s) niña(s), niño(s) y/o adolescentes(s): Concluyeron el Módulo Temático, asistiendo a un mínimo del 80% de las sesiones programadas; b) Asistieron a determinado número de sesiones, pero no concluyeron; o, c) No asistieron.

_____ (11)
NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE CUSTODIO O CONVIVIENTE

_____ **(12)**
TELÉFONO DE CONTACTO

_____ **(13)**
NOMBRE Y FIRMA DE LA O EL FACILITADOR

CECOFAM/PRT-06

DESCRIPCIÓN DEL FORMATO

Nombre:	**REGLAMENTO**
Clave:	**CECOFAM/PRT-06**
Objetivo:	Dar a conocer a la o el Responsable Custodios y Responsables Convivientes la normatividad a observar en los Módulos temáticos del Taller Psicoeducativo.
Elabora:	Centro de Convivencia Familiar Supervisada
Número de tantos:	Original
Distribución:	Original. - Archivo del Centro de Convivencia Familiar Supervisada

INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
1	No. REG. CECOFAM	El Número de registro interno del CECOFAM.
2	SEDE	El lugar en donde las y los Responsables Custodios, Responsables Convivientes, Terceros Emergentes y Niñas, Niños y Adolescentes, reciben el servicio.
3	HORARIO	El horario en que las y los Responsables Custodios, Responsables Convivientes, Terceros Emergentes y Niñas, Niños y Adolescentes, reciben el servicio.
4	DÍA(S)	El o los días(s) de la semana en que las y los Responsables Custodios, Responsables Convivientes, Terceros Emergentes y Niñas, Niños y Adolescentes, reciben el servicio.
5	FECHA	La fecha en que se toma conocimiento del Reglamento
6	MÓDULO	El Nombre del Módulo Temático
7	PERIODO DE IMPARTICIÓN	La fecha de inicio y fecha de término del Módulo Temático
8	DÍAS Y HORARIO	Los días de la semana y horario en que se impartirá el Módulo Temático
9	TIPO DE SERVICIO	El tipo de servicio al que las y los Responsables Custodios, Responsables Convivientes, Terceros Emergentes están asignados: Convivencia de Reencuentro; Convivencia Asistida;

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
		Convivencia en Espacios Semi-Libres; o Entrega-Regreso de Niña, Niño y/o Adolescente.
10	DOMICILIO	El domicilio de las instalaciones a donde se impartirá el Módulo Temático.
11	NOMBRE Y FIRMA DE LA O EL RESPONSABLE CUSTODIO O RESPONSABLE CONVIVIENTE	El nombre y firma de la o el del Responsable Custodios o Conviviente.
12	TELÉFONO DE CONTACTO	El número telefónico donde se puede contactar a la o el Responsable Custodio o Responsable Conviviente.
13	NOMBRE Y FIRMA DE LA O EL FACILITADOR	Nombre y firma de la o el Facilitador.

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

LISTA DE ASISTENCIA
Módulo Temático: "_____"
Periodo de realización: del ___ de _____ al ___ de _____ de 20__.
Día y horario de impartición: _____ de _____ a _____ horas
Sede: CECOFAM _____

N°	Núm. Facilitador	N° de registro	Nombre	1	2	3	4	5	Total de asistencias
1.									
2.									
3.									
4.									
5.									
6.									
7.									
8.									
9.									

_____
Nombre y firma de la o el Facilitador

CECOFAM/PRT-07

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

LISTA DE ASISTENCIA

Módulo Temático: "_____" (1)
Periodo de realización: del ___ de _____ al ___ de _____ de 20___. (2)
Día y horario de impartición: _____ de _____ a _____ horas (3)
Sede: CECOFAM _____ (4)

N° (5)	Núm. Facilitador (6)	N° de registro (7)	Nombre (8)	1 (9)	2 (9)	3 (9)	4 (9)	5 (9)	Total de asistencias (10)
1.									
2.									
3.									
4.									
5.									
6.									
7.									
8.									
9.									

_____(11)
Nombre y firma de la o el Facilitador

CECOFAM/PRT-07

DESCRIPCIÓN DEL FORMATO

Nombre:	**LISTA DE ASISTENCIA MÓDULOS TEMÁTICOS**
Clave:	**CECOFAM/PRT-07**
Objetivo:	Llevar un registro de las asistencia de las y los Responsables Custodios, Responsables Convivientes y de las Niñas, Niños y Adolescentes, a los Módulos Temáticos.
Elabora:	Centro de Convivencia Familiar Supervisada.
Número de tantos:	Original.
Distribución:	Original.- Archivo del Centro de Convivencia Familiar Supervisada.

INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
1	NOMBRE DEL MÓDULO TEMÁTICO	El nombre del Módulo Temático.
2	PERIODO DE REALIZACIÓN	Las fechas de inicio y de término del Módulo Temático.
3	DÍAS Y HORARIO DE IMPARTICIÓN	Los días horarios en que se impartió el Módulo Temático.
4	SEDE	El domicilio de las instalaciones donde se impartió el Módulo Temático.
5	N°	El número consecutivo de participantes.
6	NÚM. FACILITADOR	El número de identificación interno de la o el Facilitador
7	N° DE REGISTRO	El número de registro del servicio que reciben del CECOFAM.
8	NOMBRE	El nombre de cada participante al Módulo Temático.
9	(9)	Las sesiones del Módulo Temático.
10	TOTAL DE ASISTENCIAS	La sumatoria de asistencias de los usuarios.
11	NOMBRE Y FIRMA DE LA O EL FACILITADOR	El nombre y firma de la o el Facilitador.

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

Área: "CECOFAM, Revinculación Familiar"

LISTA DE ASISTENCIA PLÁTICA PROPEDÉUTICA.

Días y horario de impartición: _____

Sede: _____

N°	NÚM. DE REGISTRO	NOMBRE	ETAPA DEL PROGRAMA DE REVINCULACIÓN FAMILIAR

_____

Nombre y firma de la o el Facilitador

CECOFAM/PRT-08

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

Área: "CECOFAM, Revinculación Familiar"

LISTA DE ASISTENCIA PLÁTICA PROPEDÉUTICA.

Días y horario de impartición: _____(1)

Sede: _____(2)

N° (3)	NÚM. DE REGISTRO (4)	NOMBRE (5)	ETAPA DEL PROGRAMA DE REVINCULACIÓN FAMILIAR (6)

_____(7)

Nombre y firma de la o el Facilitador

CECOFAM/PRT-08

DESCRIPCIÓN DEL FORMATO

Nombre:	**LISTA DE ASISTENCIA PLÁTICA PROPEDÉUTICA**
Clave:	**CECOFAM/PRT-08**
Objetivo:	Tener constancia de que las y los Responsables Custodios y las y los Responsables Convivientes asistieron a la Plática Propedéutica y que recibieron la información acerca de los alcances y limitaciones, del Programa de Revinculación Familiar del CECOFAM al que accedieron.
Elabora:	Centro de Convivencia Familiar Supervisada
Número de tantos:	Original
Distribución:	Original Archivo del Centro de Convivencia Familiar Supervisada

INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
1	DÍAS Y HORARIO	Los días y horario en que se realiza la Platica Propedéutica
2	SEDE	El domicilio de las instalaciones a donde se imparte Platica Propedéutica
3	NÚMERO	El número consecutivo de personas programadas
4	NÚM. DE REGISTRO	El número del registro del servicio que recibe en el CECOFAM.
5	NOMBRE	El nombre de las personas programadas
6	ETAPA DEL PROGRAMA DE REVINCULACIÓN FAMILIAR	La Fase del Programa de Revinculación Familiar al que fueron canalizadas y canalizados.
7	FACILITADOR	Nombre y firma de la o el Facilitador.

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

Área: "CECOFAM, Revinculación Familiar"

LISTA DE ASISTENCIA ACTIVIDADES COLECTIVAS.

Tipo de Actividad: _____

Nombre de la Actividad: _____

Días y horario de impartición: _____

Sede CECOFAM: _____

N°	NÚM. FACILITADOR	NÚM. DE REGISTRO	NOMBRE	DÍA		
				1	2	TOTAL

_____

Nombre y firma de la o el Facilitador

CECOFAM/PRT-09

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

Área: "CECOFAM, Revinculación Familiar"

LISTA DE ASISTENCIA ACTIVIDADES COLECTIVAS.

Tipo de Actividad: _____ (1)

Nombre de la Actividad: _____(2)

Días y horario de impartición: _____(3)

Sede CECOFAM: _____(4)

N° (5)	NÚM. FACILITADOR (6)	NÚM. DE REGISTRO (7)	NOMBRE (8)	DÍA		
				1 (9)	2 (9)	TOTAL (10)

_____(11)

Nombre y firma de la o el Facilitador

CECOFAM/PRT-09

DESCRIPCIÓN DEL FORMATO

Nombre:	**LISTA DE ASISTENCIA ACTIVIDADES COLECTIVAS**
Clave:	**CECOFAM/PRT-09**
Objetivo:	Llevar un registro de las asistencias de las y los Responsables Custodios, Responsables Convivientes y de las niñas, niños y adolescentes, a las diversas actividades colectivas a las que podrán asistir de manera voluntaria.
Elabora:	Centro de Convivencia Familiar Supervisada
Número de tantos:	Original
Distribución:	Original Archivo del Centro de Convivencia Familiar Supervisada

INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
1	TIPO DE ACTIVIDAD	El tipo de Actividad Colectiva (Curso-Taller, Conferencia; etc.)
2	NOMBRE DE LA ACTIVIDAD	El Nombre de la Actividad
3	DÍAS Y HORARIO DE IMPARTICIÓN	Los días y horario de impartición
4	SEDE SECOFAM	El domicilio de las instalaciones a donde se impartió la Actividad Colectiva
5	N°	El número consecutivo de personas programadas
6	NÚm. FACILITADOR	El número de identificación interno de la o el Facilitador
7	NÚM. DE REGISTRO	El número de registro del servicio que reciben del CECOFAM.
8	NOMBRE	El nombre de cada participante a la Actividad Colectiva
9	SESIÓN	Las sesiones de la Actividad Colectiva
10	ASISTENCIA	La sumatoria de asistencias de los usuarios.
11	NOMBRE Y FIRMA DE LA O EL FACILITADOR	El nombre y firma de la o el Facilitador.

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

Área: "CECOFAM, Revinculación Familiar"

No. REG. CECOFAM: _____
Sede: _____
Horario: _____
Día(s): _____

Ciudad de México, a ____ de _____ de 20___.

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN
MÓDULOS TEMÁTICOS

Nombre del Módulo Temático: _____
Días y horario de impartición: _____
Sede de impartición: _____
Nombre de la o el Facilitador: _____

Su opinión es muy importante para nosotros, por favor marque con una X la columna que considere corresponde a su experiencia:

Exposición del Módulo Temático	DE ACUERDO	MEDIANAMENTE DE ACUERDO	EN DESACUERDO
Los contenidos impartidos cubrieron sus expectativas			
Los temas se trataron con la profundidad que esperaba			
La duración del módulo temático fue adecuada			
Las condiciones ambientales (aula, mobiliario, recursos utilizados) fueron las adecuadas para facilitar el proceso formativo			
La o el facilitador dominó el tema			
La o el facilitador expuso con la debida claridad			
La o el facilitador motivó y despertó interés en los asistentes			

Beneficios obtenidos del Módulo Temático	DE ACUERDO	MEDIANAMENTE DE ACUERDO	EN DESACUERDO
El módulo temático impartido, le ayudó a crecer personalmente			
El módulo temático, fue una herramienta positiva para mejorar su interacción parento-filial			
El módulo temático, fue una herramienta positiva para mejorar su interacción coparental			

CECOFAM/PRT-10

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

Área: "CECOFAM, Revinculación Familiar"

¿Qué otros temas le gustarían que se impartieran en el Taller Psicoeducativo?: _____

_____

¿En qué horarios le gustaría se impartieran? _____

_____

_____ _____

NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE CUSTODIO O CONVIVIENTE | TELÉFONO DE CONTACTO

¡Gracias!

CECOFAM/PRT-10

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

Área: "CECOFAM, Revinculación Familiar"

No. REG. CECOFAM: _____ (1)
Sede: _____ (2)
Horario: _____ (3)
Día(s): _____ (4)

Ciudad de México, a ____ de _____ de 20___. **(5)**

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN
MÓDULOS TEMÁTICOS

Nombre del Módulo Temático: _____ **(6)**
Días y horario de impartición: _____ **(7)**
Sede de impartición: _____ **(8)**
Nombre de la o el Facilitador: _____ **(9)**
Su opinión es muy importante para nosotros, por favor marque con una X la columna que considere corresponde a su experiencia:

Exposición del Módulo Temático	DE ACUERDO	MEDIANAMENTE DE ACUERDO	EN DESACUERDO
Los contenidos impartidos cubrieron sus expectativas	(10)	(10)	(10)
Los temas se trataron con la profundidad que esperaba			
La duración del módulo temático fue adecuada			
Las condiciones ambientales (aula, mobiliario, recursos utilizados) fueron las adecuadas para facilitar el proceso formativo			
La o el facilitador dominó el tema			
La o el facilitador expuso con la debida claridad			
La o el facilitador motivó y despertó interés en los asistentes			

Beneficios obtenidos del Módulo Temático	DE ACUERDO	MEDIANAMENTE DE ACUERDO	EN DESACUERDO
El módulo temático impartido, le ayudó a crecer personalmente	(11)	(11)	(11)
El módulo temático, fue una herramienta positiva para mejorar su interacción parento-filial			
El módulo temático, fue una herramienta positiva para mejorar su interacción coparental			

CECOFAM/PRT-10

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

Área: "CECOFAM, Revinculación Familiar"

¿Qué otros temas le gustarían que se impartieran en el Taller Psicoeducativo?: _____ **(12)**

_____

¿En qué horarios le gustaría se impartieran? _____ **(13)**

_____

_____ **(14)**
NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE CUSTODIO O CONVIVIENTE

_____ **(15)**
TELÉFONO DE CONTACTO

¡Gracias!

CECOFAM/PRT-10

DESCRIPCIÓN DEL FORMATO

Nombre:	**ENCUESTA DE SATISFACCIÓN MÓDULOS TEMÁTICOS**
Clave:	**CECOFAM/PRT-10**
Objetivo:	Evaluar cualitativamente el grado de satisfacción personal de los participantes a los Módulos temáticos del Taller Psicoeducativo.
Elabora:	Centro de Convivencia Familiar Supervisada
Número de tantos:	Original
Distribución:	Original.- Archivo del Centro de Convivencia Familiar Supervisada

INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
1	NO. REG. CECOFAM	El número del registro del servicio que recibe en el CECOFAM.
2	DOMICILIO	La denominación de las instalaciones del CECOFAM en donde recibe el servicio.
3	HORARIO	El horario en que acude a recibir el servicio en el CECOFAM.
4	DÍA(S)	Los días en que acude a recibir el servicio en el CECOFAM.
5	FECHA	Fecha en que se requisita Encuesta de Satisfacción
6	NOMBRE DEL MÓDULO TEMÁTICO	El nombre del Módulo Temático
7	DÍAS Y HORARIO DE IMPARTICIÓN	Los días y horario en que asistirá el Módulo Temático del Curso-Taller Propedéutico
8	SEDE DE IMPARTICIÓN	El domicilio de las instalaciones a donde se impartirá el Módulo Temático del Curso-Taller Propedéutico
9	NOMBRE DEL LA O EL FACILITADOR	El Nombre de la o el Facilitador
10	RESPUESTA	La opción que corresponde a la opinión de la o el Responsable Custodio o Responsable Conviviente
11	RESPUESTA	La opción que corresponde a la opinión de la o el Responsable Custodio o Responsable Conviviente

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
12	RESPUESTA	Los otros temas que les gustaría a la o el Responsable Custodio o Responsable Conviviente que se impartieran en el Taller Psicoeducativo
13	RESPUESTA	Los Horarios en que le gustaría a la o el Responsable Custodio o Responsable Conviviente, que se impartieran los módulos Temáticos.
14	NOMBRE Y FIRMA DE LA O EL RESPONSABLE CUSTODIO O CONVIVIENTE	El nombre y firma de la o el Responsable Custodio o Responsable Conviviente
15	TELÉFONO DE CONTACTO	El número telefónico donde se puede contactar a la o el Responsable Custodio o Responsable Conviviente.

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

Área: "CECOFAM, Revinculación Familiar"

No. REG. CECOFAM: _____
Sede: _____
Horario: _____
Día(s): _____ _____

Ciudad de México, a ____ de _____ de 20___.

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN
Plática propedéutica

Nombre del Módulo Temático: _____
Días y horario de impartición: _____
Sede de impartición: _____
Nombre de la o el Facilitador: _____

Su opinión es muy importante para nosotros, por favor marque con una X la columna que considere corresponde a su experiencia:

Exposición de la Plática Propedéutica	DE ACUERDO	MEDIANAMENTE DE ACUERDO	EN DESACUERDO
Los contenidos expuestos cubrieron sus expectativas.			
Las condiciones ambientales (aula, mobiliario, recursos utilizados) fueron las adecuadas.			
La o el facilitador dominó el tema.			
La o el facilitador expuso con la debida claridad.			
La o el facilitador motivó y despertó interés en los asistentes.			
La o el facilitador resolvió sus dudas.			

Beneficios obtenidos de la Módulo Temático	DE ACUERDO	MEDIANAMENTE DE ACUERDO	EN DESACUERDO
La plática propedéutica, fue una herramienta positiva para mejorar su interacción parento-filial			
La plática propedéutica, fue una herramienta positiva para mejorar su interacción coparental			

¿Qué temas le gustarían que se impartieran en la Plática Propedéutica?: _____
_____
_____

CECOFAM/PRT-11

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

Área: "CECOFAM, Revinculación Familiar"

¿En qué horarios le gustaría se impartiera? _____
_____
_____

_____ _____
NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE CUSTODIO O CONVIVIENTE TELÉFONO DE CONTACTO

¡Gracias!

CECOFAM/PRT-11

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

Área: "CECOFAM, Revinculación Familiar"

No. REG. CECOFAM: _____ **(1)**
Sede: _____ **(2)**
Horario: _____ **(3)**
Día(s): _____ **(4)**

Ciudad de México, a ____ de _____ de 20___. **(5)**

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN
Plática propedéutica

Nombre del Módulo Temático: _____ **(6)**
Días y horario de impartición: _____ **(7)**
Sede de impartición: _____ **(8)**
Nombre de la o el Facilitador: _____ **(9)**

Su opinión es muy importante para nosotros, por favor marque con una X la columna que considere corresponde a su experiencia:

Exposición de la Plática Propedéutica	**DE ACUERDO (10)**	**MEDIANAMENTE DE ACUERDO (10)**	**EN DESACUERDO (10)**
Los contenidos expuestos cubrieron sus expectativas			
Las condiciones ambientales (aula, mobiliario, recursos utilizados) fueron las adecuadas			
La o el facilitador dominó el tema			
La o el facilitador expuso con la debida claridad			
La o el facilitador motivó y despertó interés en los asistentes			
La o el facilitador resolvió sus dudas			

Beneficios obtenidos de la Módulo Temático	**DE ACUERDO (11)**	**MEDIANAMENTE DE ACUERDO (11)**	**EN DESACUERDO (11)**
La plática propedéutica, fue una herramienta positiva para mejorar su interacción parento-filial			
La plática propedéutica, fue una herramienta positiva para mejorar su interacción coparental			

¿Qué temas le gustarían que se impartieran en la Plática Propedéutica?: _____ **(12)**
_____
_____

CECOFAM/PRT-11

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

Área: "CECOFAM, Revinculación Familiar"

¿En qué horarios le gustaría se impartiera? _____ **(13)**
_____
_____

_____ **(14)**
NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE CUSTODIO O CONVIVIENTE

_____ **(15)**
TELÉFONO DE CONTACTO

¡Gracias!

CECOFAM/PRT-11

DESCRIPCIÓN DEL FORMATO

Nombre:	**ENCUESTA DE SATISFACCIÓN PLÁTICA PROPEDEÚTICA**
Clave:	**CECOFAM/PRT-11**
Objetivo:	Evaluar cualitativamente el grado de satisfacción personal de los participantes a la Plática Propedéutica.
Elabora:	Centro de Convivencia Familiar Supervisada
Número de tantos:	Original
Distribución:	Original Archivo del Centro de Convivencia Familiar Supervisada

INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
1	NO. REG. CECOFAM	El número del registro del servicio que recibe en el CECOFAM.
2	DOMICILIO	La denominación de las instalaciones del CECOFAM en donde recibe el servicio.
3	HORARIO	El horario en que acude a recibir el servicio en el CECOFAM.
4	DÍA(S)	Los días en que acude a recibir el servicio en el CECOFAM.
5	FECHA	La Fecha en que se requisita Encuesta de Satisfacción
6	PLÁTICA	El nombre de la Plática
7	DÍAS Y HORARIO	Los días y horario en que de la o el Responsable Custodio o Responsable Conviviente asistió a la Plática Propedéutica
8	DOMICILIO	El domicilio de las instalaciones a donde se impartió la Plática Propedéutica
9	FACILITADOR	El Nombre de la o el Facilitador
10	RESPUESTA	La opción que corresponde a la opinión de la o el Responsable Custodio o Responsable Conviviente
11	RESPUESTA	La opción que corresponde a la opinión de la o el Responsable Custodio o Responsable Conviviente

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
12	RESPUESTA	Los otros temas que les gustaría a la o el Responsable Custodio o Responsable Conviviente que se impartiera la Plática Propedéutica
13	RESPUESTA	Los Horarios en que le gustaría a la o el Responsable Custodio o Responsable Conviviente, que se impartiera la Plática Propedéutica.
14	NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE CUSTODIO O CONVIVIENTE	El nombre y firma de la o el Responsable Custodio o Responsable Conviviente
15	TELÉFONO DE CONTACTO	El número telefónico donde se puede contactar a la o el Responsable Custodio o Responsable Conviviente.

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

Area: CDCOFAM, Revinculación Familiar

INFORME EJECUTIVO DE PARTICIPACIÓN
MÓDULOS TEMÁTICOS

No. REG. CECOFAM: _____
Sede: _____
Horario: _____
Día(s): _____

Nombre del Módulo Temático: _____
Días y horario de impartición: _____
Nombre de la o el Responsable Custodio o Responsable Conviviente: _____
_____

ASISTENCIA Y ACTITUD

PARTICIPACIÓN

INTEGRACIÓN

COMENTARIOS GENERALES

Ciudad de México, a ____ de _____ de 20___.

_____
Nombre y firma de la o el Facilitador
Número de Cédula Profesional

CECOFAM/PRT-12

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

Area: CDCOFAM, Revinculación Familiar

INFORME EJECUTIVO DE PARTICIPACIÓN
MÓDULOS TEMÁTICOS

No. REG. CECOFAM: _____ (1)
Sede: _____ (2)
Horario: _____ (3)
Día(s): _____ (4)

Nombre del Módulo Temático: _____ **(5)**
Días y horario de impartición: _____ **(6)**
Nombre de la o el Responsable Custodio o Responsable Conviviente: _____ **(7)**
_____

ASISTENCIA Y ACTITUD
(8)

PARTICIPACIÓN
(9)

INTEGRACIÓN
(10)

COMENTARIOS GENERALES
(11)

Ciudad de México, a ____ de _____ de 20___. **(12)**

_____ **(13)**
Nombre y firma de la o el Facilitador

Número de Cédula Profesional_____ **(14)**

CECOFAM/PRT-12

DESCRIPCIÓN DEL FORMATO

Nombre:	**INFORME EJECUTIVO DE PARTICIPACIÓN MÓDULOS TEMÁTICOS**
Clave:	**CECOFAM/PRT-12**
Objetivo:	Contar información relativa al tipo de participación mostrada por las y los Responsables Custodios, Responsables Convivientes, Terceros Emergentes y Niñas, Niños y Adolescentes.
Elabora:	Centro de Convivencia Familiar Supervisada
Número de tantos:	Original
Distribución:	Original. - Archivo del Centro de Convivencia Familiar Supervisada

INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
1	NO. REG. CECOFAM	El Número de registro interno del CECOFAM.
2	SEDE	El lugar en donde las y los Responsables Custodios, Responsables Convivientes, Terceros Emergentes y Niñas, Niños y Adolescentes, reciben el servicio.
3	HORARIO	El horario en que las y los Responsables Custodios, Responsables Convivientes, Terceros Emergentes y Niñas, Niños y Adolescentes, reciben el servicio.
4	DÍA(S)	El o los días(s) de la semana en que las y los Responsables Custodios, Responsables Convivientes, Terceros Emergentes y Niñas, Niños y Adolescentes, reciben el servicio.
5	NOMBRE DEL MÓDULO TEMÁTICO	El nombre del Módulo Temático al que asistió la o el Responsable Custodio, Responsables Convivientes, Terceros Emergentes y/o Niñas, Niños y Adolescentes
6	DÍAS Y HORARIO DE IMPARTICIÓN	El día de la semana y horario en el cual al que asistió la o el Responsable Custodio, Responsables Convivientes, Terceros Emergentes y/o Niñas, Niños y Adolescentes
7	NOMBRE DE LA O EL RESPONSABLE CUSTODIO O RESPONSABLE CONVIVIENTE	El nombre de la o el Responsable Custodio o Responsable Conviviente o Niñas, Niño o Adolescente

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
8	ASISTENCIA Y ACTITUD	El número de asistencias al módulo temático de la o el Responsable Custodio o Responsables convivientes o Terceros Emergentes y/o Niñas, Niños y Adolescentes
9	PARTICIPACIÓN	El tipo de participación mostrada por la o el Responsable Custodio o Responsable Conviviente o Tercero Emergente o Niña o Niño o Adolescentes (activa, pasiva, proactiva, crítica, etc.)
10	INTEGRACIÓN	El tipo de integración mostrada por la o el Responsable Custodio o Responsable Conviviente o Tercero Emergente o Niña o Niño o Adolescentes (espontánea, reactiva, etc.)
11	COMENTARIOS GENERALES	El resumen de la participación de la o el Responsable Custodio o Responsable Conviviente o Tercero Emergente o Niña o Niño o Adolescentes, en el Módulo Temático, que pudieran ser significativos.
12	FECHA	La fecha de elaboración del informe
13	NOMBRE Y FIRMA DE LA O EL FACILITADOR	El nombre firma y número de cédula profesional de la o el Facilitador
14	NÚMERO DE CÉDULA PROFESIONAL	El número de la Cédula Profesional

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

PROCEDIMIENTOS

Procedimiento: CIEAJ-020	Asignación de salas lúdicas para las pláticas de menores señaladas por las y los Jueces en materia Familiar de Procedimiento Escrito.
Objetivo general:	Apoyar a los Órganos Jurisdiccionales en materia Familiar que así lo requieran, en la asignación de Salas Lúdicas en el CECOFAM Plaza Juárez a fin de que para que se lleven a cabo pláticas con las Niñas, Niños y Adolescentes que se encuentran inmersos en procedimientos familiares.
Políticas y normas de operación:	

1. El Centro de Convivencias Familiar Supervisada, de conformidad con el Acuerdo 33-10/2019, del Consejo de la Judicatura de la Ciudad de México, designará Salas Lúdicas dentro de su sede Plaza Juárez, a las y los Operadores de Justicia en Materia Familiar, que, dentro del ámbito de su competencia, deban celebrar Audiencia de Escucha con Niñas, Niños y/o Adolescentes, previo oficio de solicitud.

2. Los oficios que giren a las o los Operadores de Justicia, deberán ser enviados, con un mínimo de cinco días hábiles de anticipación, a fin de estar en condiciones de realizar asignación y programación de horarios, para cada una de las 4 Salas Lúdicas con que se cuenta, mismos que deberán contener:

a) Nombre y edad de las Niñas, Niños y/o Adolescente;
b) Día y hora en que se llevará a cabo la Audiencia de Escucha con las Niñas, Niños y/o Adolescentes.

3. El Centro de Convivencias Familiar Supervisada, asignará el uso de las Salas Lúdicas, de conformidad con la demanda del servicio. El horario para el uso de las Salas Lúdicas para la realización de Pláticas con las Niñas, Niños y/o Adolescentes, es exclusivamente de lunes a viernes de 9:00 a 13:00 horas.

4. En caso de que la diligencia a celebrar tuviera que ser videograbada, la o el Operador de Justicia correspondiente, deberá solicitar con antelación, el servicio a la Dirección Ejecutiva de Gestión Tecnológica del Tribunal.

5. En caso de algún evento relevante, antes, durante o después de la Plática con las Niñas, Niños y/o Adolescentes, el Personal Administrativo designado, informará de inmediato a la o el Líder Coordinador de Proyectos “C” y en su caso, elaborará una nota informativa precisa sobre el evento, para los efectos procedentes.

No.	Área	Descripción de la actividad.	Documentos y/o sistemas de apoyo.
1	Jefatura de Unidad Departamental de Gestión Administrativa del Programa de Revinculación Familiar (Personal Administrativo)	Turna a el o la Líder Coordinador(a) de Proyectos “C”, oficio emitido por la o el Operador de Justicia en materia Familiar, que solicita la asignación de Sala Lúdica, para la realización de la Plática con las Niñas, Niños y/o Adolescentes.	
2 3 4	Líder Coordinador(a) de Proyectos “C”	Recibe y revisa oficio con solicitud de Sala Lúdica Registra, programa y genera mediante sistema, oficio confirmando al Órgano Jurisdiccional el día y hora en que podrá disponer de la Sala Lúdica, para la celebración de la Plática con las Niñas, Niños y/o Adolescentes. Rúbrica y entrega a la Dirección del CECOFAM, oficio mediante el cual confirma fecha y hora solicitada de la Sala Lúdica, para su firma.	• Oficio • Oficio • Sistema
5	Dirección del Centro de Convivencia Familiar Supervisada	Recibe, firma y turna al personal administrativo del o de la Líder Coordinador(a) de Proyectos “C”, oficio mediante el cual confirma fecha y hora solicitada de la Sala Lúdica, para su envío al Operador de Justicia.	
6	Líder Coordinador(a) de Proyectos “C” (Personal Administrativo)	Recibe y turna el oficio a la Jefatura de Unidad Departamental de Gestión Administrativa del Programa de Revinculación Familiar, para su envío a la o el Operador de Justicia	
7	La o el Operador de Justicia (Oficialía de Partes)	Recibe, acusa el oficio y devuelve al personal administrativo de la Jefatura de Unidad Departamental de Gestión Administrativa del Programa de Revinculación Familiar.	

No.	Área	Descripción de la actividad.	Documentos y/o sistemas de apoyo.
8	Jefatura de Unidad Departamental de Gestión Administrativa del Programa de Revinculación Familiar (Personal Administrativo)	Recibe y entrega al personal administrativo del o de la Líder Coordinador(a) de Proyectos "C", el acuse del oficio para su actualización en el sistema.	
9	Líder Coordinador(a) de Proyectos "C" (personal administrativo)	Recibe acuse del oficio, actualiza en el sistema y archiva en la carpeta correspondiente.	• Sistema • Carpeta
10	Líder Coordinador(a) de Proyectos "C"	Instruye al personal administrativo de la o el Líder Coordinador(a) de Proyectos "C" la fecha y hora en que deberá preparar la Sala Lúdica.	
11 12 13	Líder Coordinador(a) de Proyectos "C" (Personal Administrativo)	Prepara la Sala Lúdica y espera la llegada de los participantes para la Plática con las Niñas, Niños y/o Adolescentes. **¿Asisten las y los participantes de la Plática con las Niñas, Niños y/o Adolescentes?** **No.** Continúa en la actividad no. 12 **Sí.** Continúa en la actividad no. 13 Informa a el o la Líder Coordinador(a) de Proyectos "C", que la Plática con las Niñas, Niños y/o Adolescentes, no se realizó. (Continúa en la actividad no. 20) Conduce a la o el Operador de Justica y las y los participantes a la Plática con las Niñas, Niños y/o Adolescentes a la Sala Lúdica asignada.	

No.	Área	Descripción de la actividad.	Documentos y/o sistemas de apoyo.
14 15	La o el Operador de Justica	Celebra la Audiencia de Plática con las Niñas, Niños y/o Adolescentes. Finaliza la Audiencia de Plática con las Niñas, Niños y/o Adolescentes.	
16 17	Líder Coordinador(a) de Proyectos “C” (Personal administrativo)	Despide a las y los participantes en la Plática con las Niñas, Niños y/o Adolescentes. Entrega a la o el Operador de Justicia Encuesta de Satisfacción, para su llenado.	
18	La o el Operador de Justicia	Requisita y devuelve al personal administrativo del o de la Líder Coordinador(a) de Proyectos “C”, Encuesta de Satisfacción.	• Formato CECOFAM/SALAS LÚDICAS-01
19 20 21	Líder Coordinador(a) de Proyectos “C” (Personal administrativo)	Recibe y turna al personal administrativo de la Jefatura de Unidad Departamental de Gestión Administrativa del Programa de Revinculación Familiar, Encuesta de Satisfacción. (Continúa en las actividades no. 20 y 22) Actualiza en el sistema el status de la o las asistencias o la o las inasistencias de la Plática con las Niñas, Niños y/o Adolescentes. Informa a el o la Líder Coordinador(a) de Proyectos “C”, la conclusión de la Plática con las Niñas, Niños y/o Adolescentes. (Conecta con el fin del procedimiento)	
22	Jefatura de Unidad Departamental de Gestión Administrativa del Programa de Revinculación Familiar (Persona administrativo	Recibe, captura y devuelve al personal administrativo del o de la Líder Coordinador(a) de Proyectos “C”, Encuesta de Satisfacción, para su resguardo en el archivo correspondiente.	

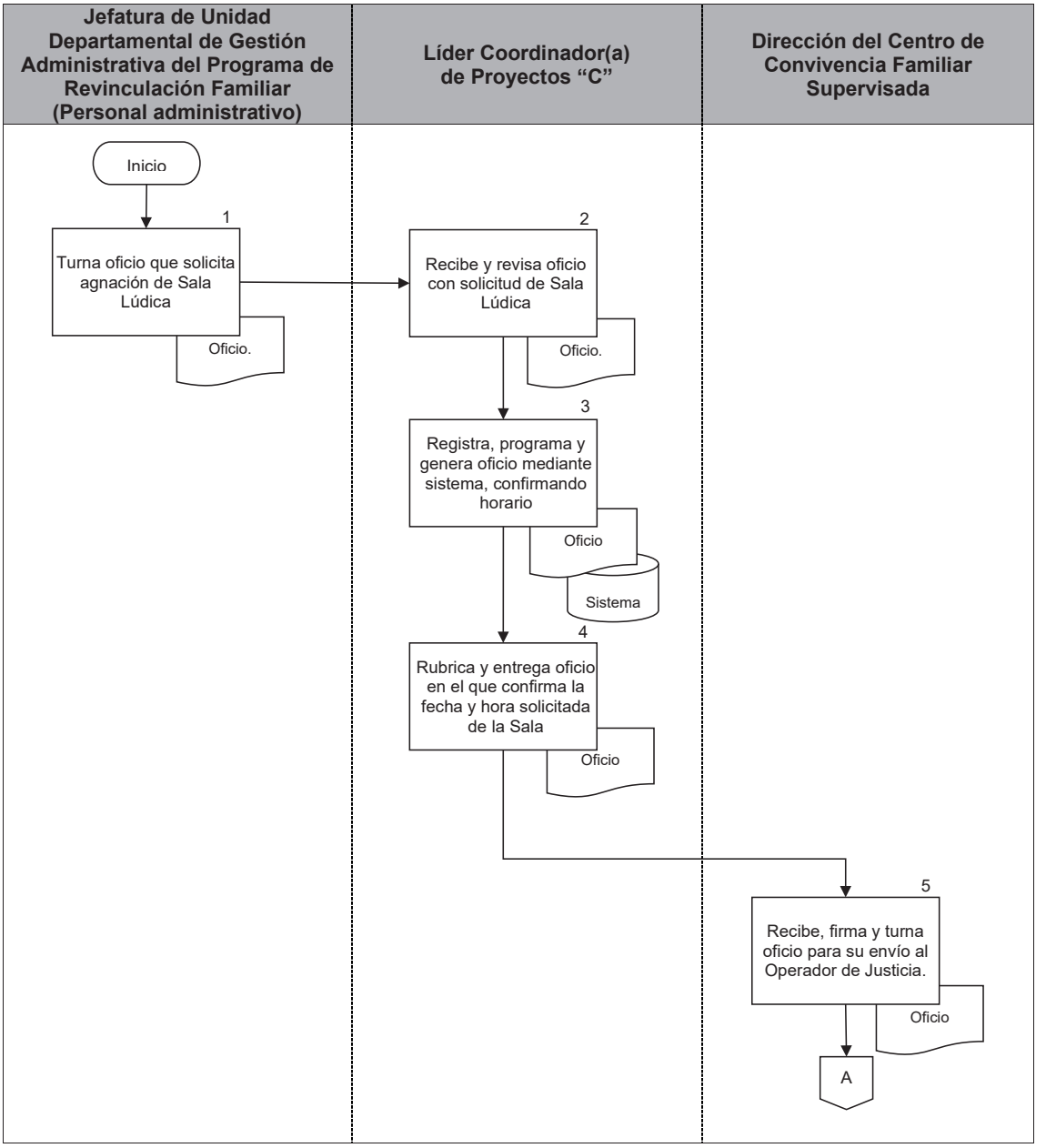
No.	Área	Descripción de la actividad.	Documentos y/o sistemas de apoyo.
23	Líder Coordinador(a) de Proyectos "C" (Personal Administrativo)	Recibe Encuesta de Satisfacción y acuse del oficio indicando la disponibilidad de la Sala Lúdica.	
24		Guarda en el expediente, Encuesta de Satisfacción y acuse del oficio indicando la disponibilidad de la Sala Lúdica, hasta que concluya su periodo de archivo en trámite.	• Expediente.
25		Envía Expediente al Archivo Judicial.	

FIN DE PROCEDIMIENTO

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

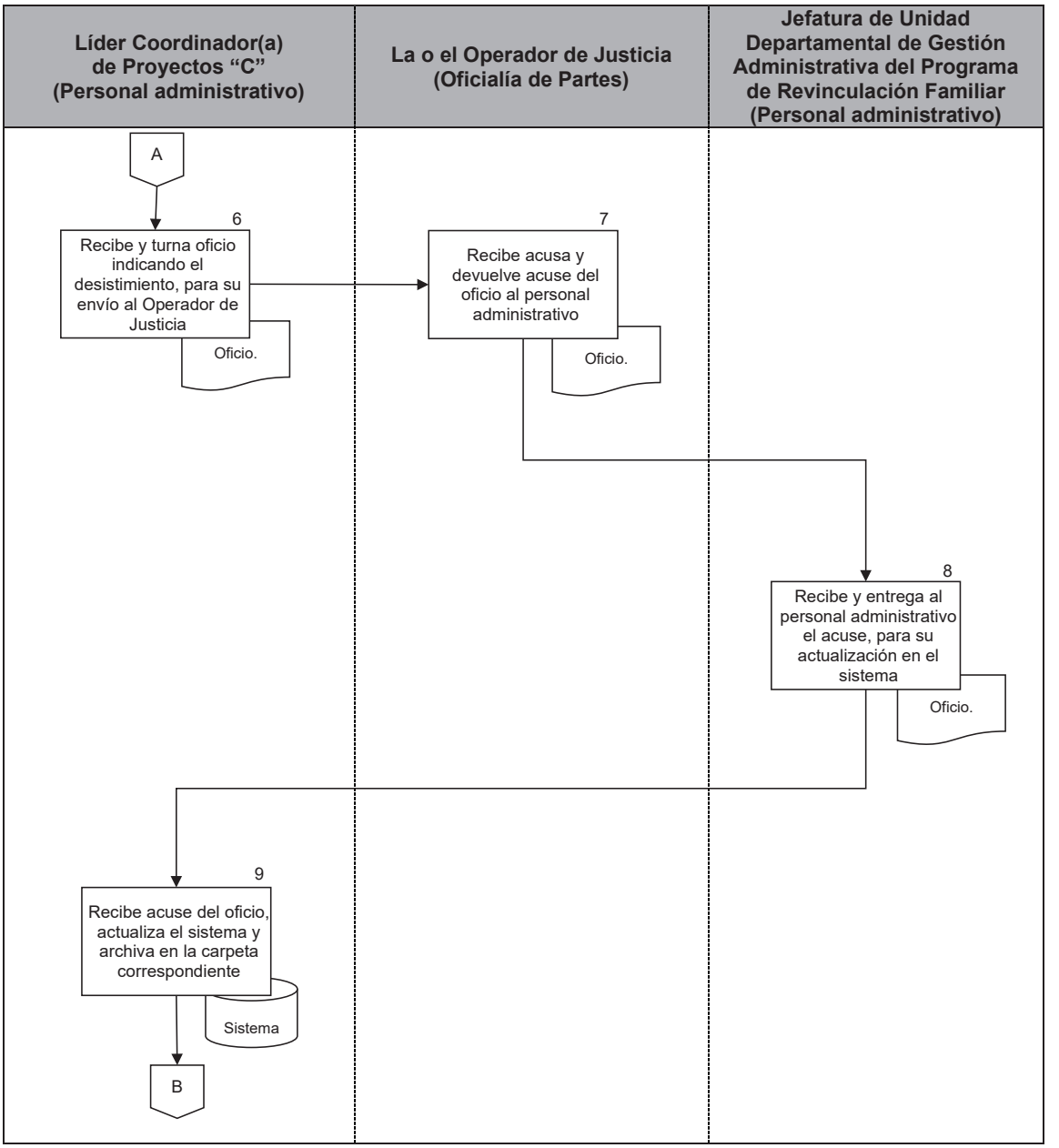
PROCEDIMIENTOS



PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

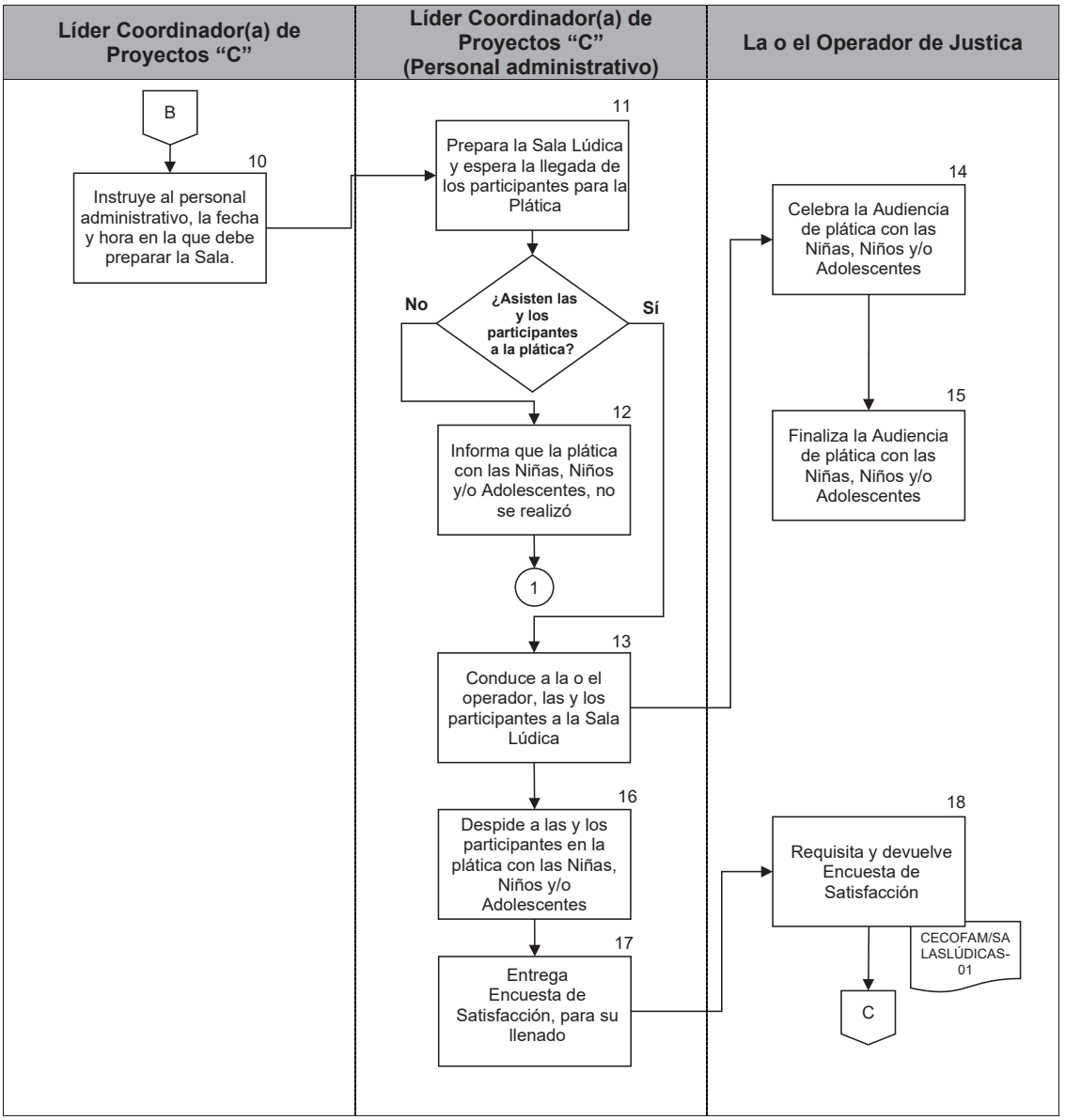
PROCEDIMIENTOS



PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

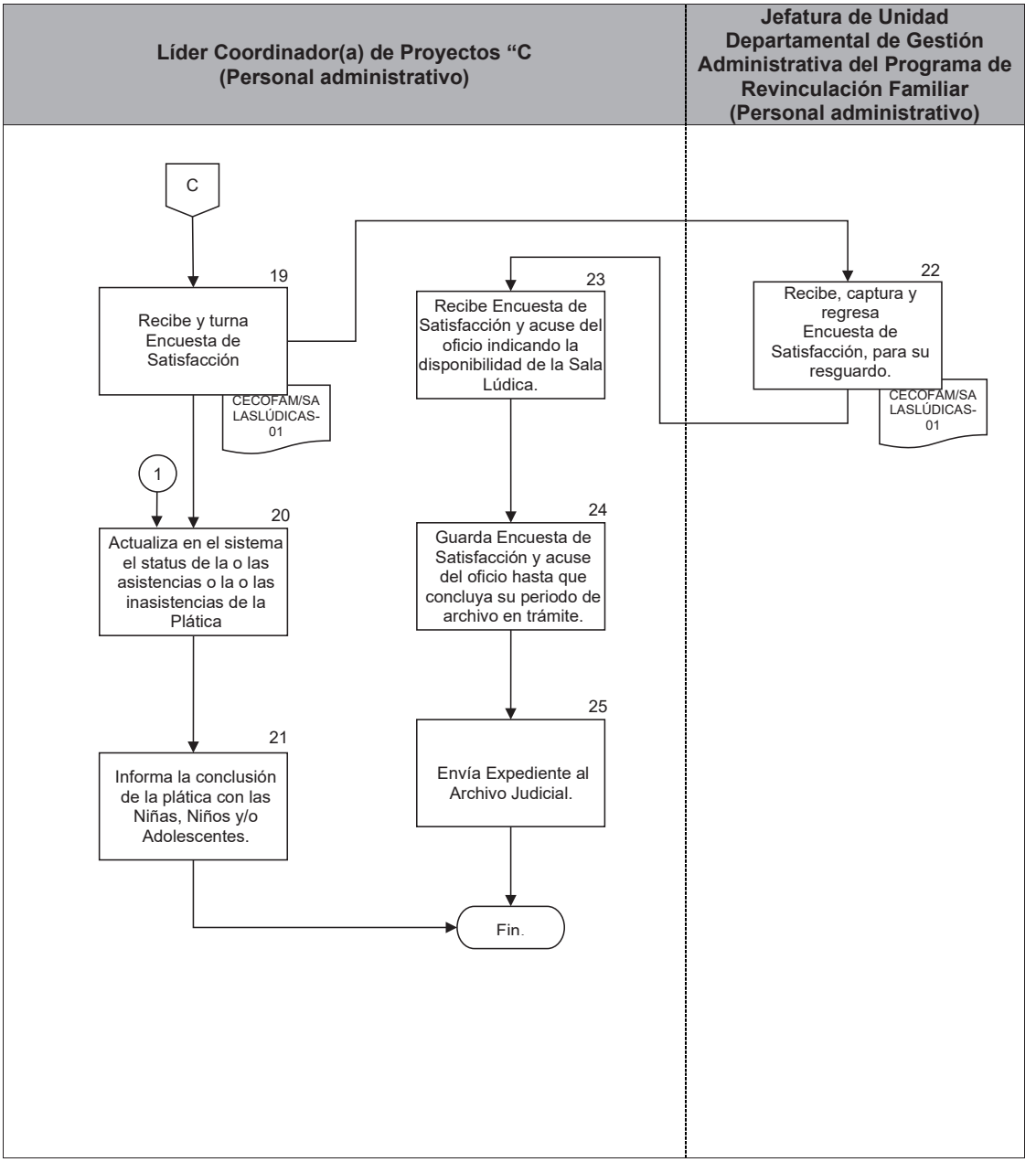
PROCEDIMIENTOS



PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

PROCEDIMIENTOS



PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

Área: "CECOFAM, Revinculación Familiar"

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN
SALAS LÚDICAS

Ciudad de México, a ____ de _____ de 20___.

Nombre: _____
Cargo: _____
Sala o Juzgado: _____

Su opinión es muy importante para nosotros, por favor marque con una X la columna que considere corresponde a su experiencia:

Opinión del servicio recibido	DE ACUERDO	MEDIANAMENTE DE ACUERDO	EN DESACUERDO
Su solicitud fue atendida con oportunidad.			
La o el servidor público que lo recibió le brindó las facilidades para el desarrollo de la diligencia.			
Las condiciones ambientales (espacio, mobiliario, recursos utilizados) fueron las adecuadas para facilitar el desarrollo de la pláticas con niñas, niños y adolescentes a .			
Recomendaría el uso de las áreas lúdicas del CECOFAM para el desarrollo de las pláticas con niñas, niños y adolescentes.			

Observaciones y/o comentarios:
_____
_____
_____

¡Gracias!

CECOFAM/SALAS LÚDICAS-01

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

Área: "CECOFAM, Revinculación Familiar"

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN
SALAS LÚDICAS

Ciudad de México, a ____ de _____ (1) _____ de 20___.

Nombre: _____ (2) _____
Cargo: _____ (3) _____
Sala o Juzgado: _____ (4) _____

Su opinión es muy importante para nosotros, por favor marque con una X la columna que considere corresponde a su experiencia:

Opinión del servicio recibido	DE ACUERDO (5)	MEDIANAMENTE DE ACUERDO (5)	EN DESACUERDO (5)
Su solicitud fue atendida con oportunidad.			
La o el servidor público que lo recibió le brindó las facilidades para el desarrollo de la diligencia.			
Las condiciones ambientales (espacio, mobiliario, recursos utilizados) fueron las adecuadas para facilitar el desarrollo de la pláticas con niñas, niños y adolescentes.			
Recomendaría el uso de las Salas Lúdicas del CECOFAM para el desarrollo de las pláticas con niñas, niños y adolescentes.			

Observaciones y/o comentarios: _____(6)_____
_____
_____

¡Gracias!

CECOFAM/SALAS LÚDICAS-01

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

PROCEDIMIENTOS

DESCRIPCIÓN DEL FORMATO

Nombre:	**ENCUESTA DE SATISFACCIÓN** **SALAS LÚDICAS**
Clave:	**CECOFAM/SALAS LÚDICAS-01**
Objetivo:	Obtener la opinión del servicio brindado a las y los Operadores de Justicia en Materia Familiar, al disponer de las Salas Lúdicas solicitadas, para el desarrollo de Pláticas con Niñas, Niños y/o Adolescentes.
Elabora:	Centro de Convivencia Familiar Supervisada.
Número de tantos:	Original.
Distribución:	Original.- Archivo del Centro de Convivencia Familiar Supervisada.

INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
1	FECHA	La fecha en que requisita Encuesta de Satisfacción
2	NOMBRE	El nombre del Operador de Justicia.
3	CARGO	El cargo de la o el Operador de Justicia.
4	SALA O JUZGADO	El nombre de la Sala o Juzgado.
5	OPINIÓN	La opción que corresponde a la opinión de la o el Operador de Justicia.
6	OBSERVACIONES Y/O COMENTARIOS	Las observaciones y/o comentarios de la o el Operador de Justicia.

IV. VALIDACIÓN Y AUTORIZACIÓN.

PJCDMX
PODER JUDICIAL
CIUDAD DE MÉXICO

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

VALIDACIÓN

Ciudad de México, a 13 de agosto de 2020.

Elaborado por:

Mtra. Mariana Ortiz Castañares

Coordinadora de Intervención Especializada
para Apoyo Judicial

Validado por:

Lic. Daniel González Ramírez

Director Ejecutivo de Planeación

Vo. Bo.:

Dr. Sergio Fontes Granados

Oficial Mayor

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

AUTORIZACIÓN

Autoriza:

El Consejo de la Judicatura de la Ciudad de México

Magdo. Rafael Guerra Álvarez

Presidente

Jorge Martínez Arreguín

Consejero

Susana Bátiz Zavala

Consejera

Ricardo Amezcua Galán

Consejero

Blanca Estela del Rosario Zamudio Valdés

Consejera

Miguel Arroyo Ramírez

Consejero

MP / Coordinación de Intervención Especializada para Apoyo Judicial / Agosto 2020