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

ABRIL 2024

CONTROL DE EMISIÓN		
Clave del área	**Acuerdo**	**Fecha de Autorización**
TSJ-AP15	**16-13/2024**	**23/04/2024**

CONTENIDO

Página

I. Presentación 1

II. Listado de procedimientos 3

III. Procedimientos 5

1. Nombre
2. Objetivo general
3. Políticas y normas de operación
4. Descripción de actividades
5. Diagrama de flujo
6. Formatos

IV. Validación y autorización

I. PRESENTACIÓN

El presente Manual de Procedimientos de la Coordinación de Intervención Especializada para Apoyo Judicial, tiene como propósito consignar en un solo documento, de forma ordenada y sistemática, la información que describe con precisión las actividades que desarrollan en el área, para alcanzar los objetivos y metas establecidas.

De manera particular, se constituye como un instrumento de apoyo administrativo, en el que se presenta de forma esquemática y gráfica las actividades, los responsables de su ejecución, documentos de apoyo y/o sistemas informáticos, así como los formatos que en su caso utilizan las personas servidoras públicas que conforman la Coordinación.

Es también, una herramienta de trabajo y consulta para las personas servidoras públicas, al servir como una referencia obligada para lograr el aprovechamiento de los recursos y el desarrollo de las funciones encomendadas.

En este contexto, los capítulos que conforman el Manual de Procedimientos y de los cuales se presentan una breve descripción, son los siguientes:

Presentación:	Explica el contenido del manual, su utilidad, así como los fines y propósitos generales.
Listado de Procedimientos:	Relaciona en orden progresivo el nombre de cada uno de los procedimientos que integran el presente manual.
Procedimientos:	Conjunto de procedimientos que realiza el área, conteniendo en cada uno, los apartados de nombre,

	objetivo general, políticas y normas de operación, descripción de actividades, diagrama de flujo, y en su caso, formatos.
Validación y autorización:	Contiene los nombres y cargos de las y los funcionarios que elaboran, validan y dan el visto bueno al manual, así como la autorización por parte de las y los integrantes del Pleno Consejo de la Judicatura de la Ciudad de México.

Cabe señalar que, la elaboración del presente documento, se realizó con la participación del personal que integra la Coordinación contando con la asesoría y apoyo técnico de la Dirección Ejecutiva de Planeación.

Finalmente, se destaca que la utilidad de un Manual de Procedimientos, radica en la veracidad y oportunidad de la información que contiene, por lo que su actualización futura, total o parcial, a través de revisiones periódicas, resulta indispensable; principalmente cuando se efectúen procesos de reingeniería o modernización administrativa.

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 costo en materia Familiar y Civil.	CIEAJ -002
3	Recepción de pagos y/o exenciones de pago de las evaluaciones psicológicas.	CIEAJ -003
4	Atención de solicitudes de exámenes psicotécnicos para la selección de aspirantes a ocupar el cargo de 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 Sanciones Penales.	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 la Autoridad Jurisdiccional en materia familiar.	CIEAJ -010
11	Asignación de cita para la práctica de la pericial de trabajo social, en materia Familiar, Penal, de Tutela de Derechos Humanos, sujetos de tutela y estudios socioeconómicos.	CIEAJ -011
12	Aplicación de la pericial de trabajo social en materia Familiar, Penal, de Tutela de Derechos Humanos, sujetos de tutela y estudios socioeconómicos.	CIEAJ -012
13	Asignación de cita para la práctica de pericial en trabajo social por videollamada.	CIEAJ -013
14	Aplicación de pericial en trabajo social por videollamada.	CIEAJ -014

Procedimientos		
No.	**Nombre**	**Clave**
15	Recepción y trámite de los oficios de la Autoridad Jurisdiccional en Materia Familiar para el auxilio de Regímenes de Visitas y Convivencias.	CIEAJ -015
16	Fase I Aprendizaje Formal, Convivencia de Reencuentro.	CIEAJ -016
17	Fase II Aprendizaje Práctico, Convivencia Asistida.	CIEAJ -017
18	Fase III Expansión, Convivencia en Espacios Semi-Libres.	CIEAJ -018
19	Fase IV Independencia, Entrega-Recepción de Niña, Niño y/o Adolescente.	CIEAJ -019
20	Plática Asistida.	CIEAJ -020
21	Impartición de Talleres Psicoeducativos.	CIEAJ -021
22	Asignación de Salas Lúdicas para que lleven a cabo pláticas con las niñas, niños y adolescentes que se encuentran inmersos en Controversias del Orden Familiar; señaladas por las y los Jueces y las y los Magistrados en materia Familiar de Procedimiento Escrito.	CIEAJ -022
23	Convivencia materno/paterno-filial por Videollamada.	CIEAJ -023

III. 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 las Autoridades 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 realizarán conforme a los “Lineamientos para el Desarrollo y Aplicación de Evaluaciones Psicológicas, 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 las Autoridades Jurisdiccionales en materia Familiar y Civil, para allegarse de mayores elementos, es decir, de manera oficiosa, serán realizadas sin costo y atendidas por la Subdirección de Evaluación Psicológica.

3. Se verificará que, las solicitudes de evaluaciones psicológicas en materia Familiar y Civil, sin costo, tengan adjunto oficio u auto mediante el cual se indique que esta fue requerida por la Autoridad Jurisdiccional y precise a la o a las personas que deberán ser evaluadas; de lo contrario se solicitará la aclaración correspondiente mediante oficio, para estar en posibilidad de dar trámite.

4. En los casos en que, las solicitudes de evaluación psicológica sin costo contengan los datos del juicio confusos o no coincidan, como podrían ser: el número de expediente, tipo de juicio, etc., se le pedirá a la Autoridad Jurisdiccional la aclaración correspondiente.

5. En las solicitudes de evaluaciones psicológicas sin costo que no se envíen los datos requeridos para evaluar o que la Autoridad Jurisdiccional no realice las aclaraciones necesarias, después de un año, se darán por canceladas, y en caso de requerirlos nuevamente la Autoridad Jurisdiccional deberá solicitarlo.

6. Cuando sean requeridas evaluaciones psicológicas de niñas, niños y/o adolescentes, o personas con alguna discapacidad (dependiendo del caso), se hará la petición a la Autoridad Jurisdiccional del nombre de la 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.

7. A las Autoridades Jurisdiccionales en materia Familiar y Civil que requieran el servicio de evaluación psicológica sin costo y derivado de éste, la terapia necesaria, se les hará de su conocimiento que primero se realizará la(s) evaluación(es) psicológica(s) y con base en los resultados de ésta(s), se sugerirá la conveniencia e institución para recibir la terapia psicológica. En los casos en que la Autoridad Jurisdiccional considere que esta terapia debe llevarse a cabo en la Coordinación de Intervención Especializada para Apoyo Judicial, deberán realizar la solicitud correspondiente.

8. En el caso en que, las solicitudes de las Autoridades Jurisdiccionales no correspondan a la materia de Psicología, se les 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 las y los profesionistas que se requieren.

9. Las solicitudes de evaluación psicológica sin costo relacionadas con algún exhorto y las realizadas por alguna Autoridad Jurisdiccional de otro Estado de la República Mexicana, se atenderán siempre y cuando las personas a evaluar radiquen en la Ciudad de México; excepto los que cuenten con autorización previa del Pleno del

Consejo de la Judicatura de esta Ciudad de México. Aunado a ello, las y los Psicólogos no podrán 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.

10. Los expedientes nuevos se abrirán por Sala, Juzgado o Unidad de Gestión Administrativa requisitante 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 y se le asignará un número de registro interno, el cual es generado automáticamente por el Sistema autorizado por el Pleno del Consejo para tales efectos.

11. En aquellas solicitudes de evaluación psicológica sin costo, en las que la Autoridad Jurisdiccional informe que alguna de las personas se debe evaluar con pago, porque su evaluación psicológica fue ofrecida como prueba por alguna de las partes, se seguirá por persona el procedimiento correspondiente.

12. Las solicitudes de evaluación psicológica sin costo, 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 de la misma Autoridad Jurisdiccional y haya sido solicitada nuevamente de manera oficiosa. Excepto cuando el expediente ya haya sido destruido conforme los códigos archivísticos vigentes, en dicho supuesto, se les designará un nuevo número de folio.

13. El día de la evaluación psicológica, la Psicóloga o el Psicólogo designado recibirá en el horario acordado a la persona usuaria, quien deberá presentar identificación oficial vigente (INE, Cédula Profesional y/o Pasaporte) que la identifique para poder llevar a cabo la evaluación. Las niñas, niños y/o adolescentes, así como las

personas con alguna discapacidad que lo requieran, tendrán que ser presentadas por la persona que detenta su guarda y custodia, o quien cuente con sus cuidados y/o atenciones.

14. En los casos en que, la persona que detenta la guarda y custodia, ya sea definitiva o provisional, o en su caso por quien haya autorizado la Autoridad Jurisdiccional, por motivos de fuerza mayor no pueda acudir, otro familiar de la niña, niño y/o adolescente, o persona con alguna discapacidad, podrá presentarlo a la evaluación psicológica, 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.

15. En el caso de que, la persona a evaluar no concluya la evaluación psicológica dentro del horario laboral, la Psicóloga o el Psicólogo designado le solicitará autorización a la Subdirección de Evaluación Psicológica, para asignar otra cita y concluir con la misma.

16. Después de que, la persona usuaria no se presente a su segunda cita programada para la práctica de la evaluación psicológica y sea solicitada por la Autoridad Jurisdiccional una tercera cita para realizarla, se informará que, la persona usuaria deberá acudir a la Subdirección de Evaluación Psicológica en el día que se designe para tales efectos, a fin de que se le proporcione fecha y hora para realizar su evaluación psicológica, la cual se le hará del conocimiento mediante el oficio respectivo a la Autoridad Jurisdiccional solicitante.

17. En ciertos casos podrá practicarse la evaluación psicológica de la persona usuaria en el mismo día que acuda al área al llenado de formularios o por su cita de evaluación psicológica, esto será cuando haya agenda disponible con alguna Psicóloga o Psicólogo además de que, la persona usuaria cuente con el tiempo

necesario para realizarla, lo que se le informara a la Autoridad Jurisdiccional mediante el oficio correspondiente.

18. En los requerimientos de evaluación psicológica que, la Autoridad Jurisdiccional haga del conocimiento a la Subdirección de Evaluación Psicológica, que las evaluaciones son urgentes de practicar, se omitirá la cita del llenado de formularios y se le otorgara fecha directa para la práctica de la evaluación psicológica de las personas que solicite. En estos casos, la(s) cita(s) programada(s) para realizar la(s) evaluación(es) psicológica(s) sólo se harán del conocimiento a la Autoridad Jurisdiccional mediante oficio en el que se dará a conocer el nombre de la Psicóloga o el Psicólogo designado.

19. La Psicóloga o el Psicólogo designado entregará el informe de la o las evaluaciones psicológicas en sobre cerrado a la Autoridad Jurisdiccional, a través de la Subdirección de Evaluación Psicológica.

20. Con base en las evaluaciones psicológicas que se realicen sin costo, se dará contestación a interrogantes planteadas por las Autoridades Jurisdiccionales y que sean del ámbito psicológico; no así a cuestionarios ofrecidos por las partes.

21. La(s) cita(s) para realizar la(s) evaluación(es) psicológica(s) se otorgará(n) a la persona usuaria, el día que asista al llenado de formularios, la(s) cual(es) se hará(n) del conocimiento a la Autoridad Jurisdiccional, en el momento procesal oportuno.

22. 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 está sujeta a la cantidad de requerimientos judiciales y el número de Psicólogas y Psicólogos adscritos al área. Asimismo, para la atención de los desahogos de periciales que deriven de una evaluación psicológica, se realizará en función de la agenda de la

Psicóloga o el Psicólogo designado, así como de las fechas y/o términos que establezca la Autoridad Jurisdiccional para el cumplimiento de su requerimiento.

23. A la cita del llenado de formularios, para la evaluación psicológica de niños, niñas y/o adolescentes sólo deberá presentarse la persona que detente la guarda y custodia o quien tenga los cuidados y atenciones de estos, siendo ella la persona a quien se le informará la fecha de la cita correspondiente.

24. 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 de la Subdirección Administrativa adscrita a la misma Coordinación.

25. De presentarse algún caso, en el cual la persona usuaria muestre algún tipo de discapacidad (auditiva, visual, motriz, intelectual u otras), que hable otro idioma o dialecto que impida establecer la comunicación directa con ella, se solicitará el apoyo especializado correspondiente a la Autoridad Jurisdiccional.

No.	Área.	Descripción de la actividad.	Documentos y/o sistemas de apoyo.
1	Coordinación de Intervención Especializada para Apoyo Judicial (Oficialía de Partes)	Recibe y reenvía las solicitudes de las Autoridades Jurisdiccionales a través del Sistema autorizado por el Pleno del Consejo, correo electrónico y/o documento impreso, a la Jefatura de Unidad Departamental de Evaluación Psicológica para su atención.	• Sistema • Correo electrónico
2	Jefatura de Unidad Departamental de Evaluación Psicológica (Personal administrativo)	Recibe, analiza y valida, a través del Sistema autorizado por el Pleno del Consejo, si las solicitudes cuentan con todos los datos para realizar la evaluación psicológica. **¿Cuenta con los datos?** **No.** Continúa en la actividad no. 3 **Sí.** Continúa en la actividad no. 9	• Sistema
3		Elabora e imprime oficio solicitando a la Autoridad 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
4	Jefatura de Unidad Departamental de Evaluación Psicológica	Recibe, revisa y entrega el oficio a la Subdirección de Evaluación Psicológica, para su firma.	
5	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.	
6	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 a la Autoridad Jurisdiccional.	

No.	Área.	Descripción de la actividad.	Documentos y/o sistemas de apoyo.
7	Autoridad Jurisdiccional (Oficialía de Partes)	Recibe, acusa el oficio y lo devuelve.	
8	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. 1)	• Base de datos
9		Asigna o vincula número de folio interno a la solicitud de evaluación psicológica, a través del Sistema autorizado por el Pleno del Consejo.	• Sistema
10		Elabora el expediente, y lo entrega a la Jefatura de Unidad Departamental de Evaluación Psicológica.	• Expediente
11	Jefatura de Unidad Departamental de Evaluación Psicológica	Recibe y revisa el expediente de evaluación psicológica. **¿Requiere realizar formularios?** **Sí.** Continúa en la actividad no. 12 **No.** Continúa en la actividad no. 30	
12		Programa en el Sistema autorizado por el Pleno del Consejo día y horario en que la o las personas usuarias 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, para la elaboración del oficio de programación de llenado de formularios.	• Sistema

No.	Área.	Descripción de la actividad.	Documentos y/o sistemas de apoyo.
13	Jefatura de Unidad Departamental de Evaluación Psicológica (Personal administrativo)	Recibe el expediente, genera e imprime en el Sistema autorizado por el Pleno del Consejo, el oficio indicando a la Autoridad Jurisdiccional, la fecha, hora y lugar en que las personas usuarias tendrán que presentarse a llenar formularios, y lo entrega con expediente a la Jefatura de Unidad Departamental de Evaluación Psicológica, para su revisión.	• Sistema
14	Jefatura de Unidad Departamental de Evaluación Psicológica	Recibe oficio con expediente, valida el oficio, y lo entrega a la Subdirección de Evaluación Psicológica, para su firma.	
15	Subdirección de Evaluación Psicológica	Recibe oficio con expediente, firma el oficio, y los devuelve con expediente al personal administrativo de la Jefatura de Unidad Departamental de Evaluación Psicológica, para el trámite de envío del oficio.	
16	Jefatura de Unidad Departamental de Evaluación Psicológica (Personal administrativo)	Recibe oficio con expediente y realiza trámite de envío del oficio a la Autoridad Jurisdiccional, indicando la fecha, hora y lugar en que la o las personas usuarias tendrán que presentarse para el llenado de formularios.	
17	Autoridad Jurisdiccional (Oficialía de Partes)	Recibe, acusa el oficio y lo devuelve.	
18	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.	

No.	Área.	Descripción de la actividad.	Documentos y/o sistemas de apoyo.
19	Jefatura de Unidad Departamental de Evaluación Psicológica	Recibe el expediente y espera a la o las persona(s) usuaria(s) acudan a la Subdirección de Evaluación Psicológica para el llenado de formularios. **¿Acude la persona usuaria a llenar formularios?** **No.** Continúa en la actividad no. 20 **Sí.** Continúa en la actividad no. 27	
20		Captura en el Sistema autorizado por el Pleno del Consejo la inasistencia de la o las personas usuarias y entrega el expediente al personal administrativo de la Jefatura de Unidad Departamental de Evaluación Psicológica.	• Sistema
21	Jefatura de Unidad Departamental de Evaluación Psicológica (Personal administrativo)	Recibe el expediente, genera en el Sistema autorizado por el Pleno del Consejo e imprime el oficio de inasistencia al llenado de formularios de la o las personas usuarias y lo entrega a la Jefatura de Unidad Departamental de Evaluación Psicológica, para su revisión.	• Sistema • Oficio
22	Jefatura de Unidad Departamental de Evaluación Psicológica	Recibe, revisa y entrega el oficio a la Subdirección de Evaluación Psicológica, para su firma.	
23	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.	
24	Jefatura de Unidad Departamental de Evaluación Psicológica (Personal administrativo)	Recibe oficio de inasistencia al llenado de formularios de la o las personas usuarias y realiza trámite de envío del oficio a la Autoridad Jurisdiccional.	

No.	Área.	Descripción de la actividad.	Documentos y/o sistemas de apoyo.
25	Autoridad Jurisdiccional (Oficialía de Partes)	Recibe, acusa el oficio y lo devuelve.	
26	Jefatura de Unidad Departamental de Evaluación Psicológica (Personal administrativo)	Recibe y archiva el acuse del oficio en el expediente. (Continúa en la actividad no. 71)	
27	Jefatura de Unidad Departamental de Evaluación Psicológica	Recibe y entrega a la o las persona(s) usuaria(s) los formularios “Antecedentes Adultos” (DEIP-SE-01) y/o “Antecedentes Niña, Niño o Adolescente” (DEIP-SE-02) para su llenado.	
28	Personas usuarias	Recibe, requisita, firma y devuelve los formularios “Antecedentes Adultos” (DEIP-SE-01) y/o “Antecedentes Niña, Niño o Adolescente” (DEIP-SE-02) a la Jefatura de Unidad Departamental de Evaluación Psicológica.	• Formato DEIP-SE-01 DEIP-SE-02
29	Jefatura de Unidad Departamental de Evaluación Psicológica	Recibe, revisa y archiva los formularios “Antecedentes Adultos” (DEIP-SE-01) y/o “Antecedentes Niña, Niño o Adolescente” (DEIP-SE-02 en el expediente que corresponda.	
30		Designa y captura en el Sistema autorizado por el Pleno del Consejo, la Psicóloga o el Psicólogo designado, así como el día y horario de evaluación psicológica. (Continúa en la actividad no. 35)	• Sistema
31		Elabora e imprime el formulario “Cita de Evaluación Psicológica Adultos” (DEIP-SE-03) y/o “Cita de Evaluación Psicológica Niña, Niño o Adolescente” (DEIP-SE-04).	• Formato DEIP-SE-03 DEIP-SE-04

No.	Área.	Descripción de la actividad.	Documentos y/o sistemas de apoyo.
32	Jefatura de Unidad Departamental de Evaluación Psicológica	Entrega a la o las persona(s) usuaria(s) la cita de evaluación psicológica.	
33	Persona(s) usuaria(s)	Recibe, firma y devuelve a la Jefatura de Unidad Departamental de Evaluación Psicológica, el acuse de la cita de la evaluación psicológica.	
34 35	Jefatura de Unidad Departamental de Evaluación Psicológica	Recibe y archiva acuse de la cita de evaluación psicológica en expediente. Entrega expediente al personal administrativo de la Jefatura de Unidad Departamental de Evaluación Psicológica para que elabore el oficio indicando a la Autoridad Jurisdiccional la fecha, hora y lugar en que la persona usuaria tendrá que presentarse a la evaluación psicológica.	
36	Jefatura de Unidad Departamental de Evaluación Psicológica (Personal administrativo)	Recibe expediente, genera el oficio en el Sistema autorizado por el Pleno del Consejo y lo imprime, indicando a la Autoridad Jurisdiccional la fecha, hora y lugar en que la persona usuaria 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
37	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.	
38	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.	

No.	Área.	Descripción de la actividad.	Documentos y/o sistemas de apoyo.
39	Jefatura de Unidad Departamental de Evaluación Psicológica (Personal administrativo)	Recibe el oficio con expediente y realiza el trámite de envío del oficio a la Autoridad Jurisdiccional, indicando la fecha, hora y lugar en que la persona usuaria tendrá que presentarse a la evaluación psicológica.	
40	Autoridad Jurisdiccional (Oficialía de Partes)	Recibe, acusa el oficio, y lo devuelve.	
41	Jefatura de Unidad Departamental de Evaluación Psicológica (Personal administrativo)	Recibe y archiva acuse del oficio en el expediente, y lo entrega a la Psicóloga o el Psicólogo designado.	
42 43	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 autorizado por el Pleno del Consejo la metodología a aplicar, previo a la fecha de evaluación psicológica. Solicita a través del Sistema autorizado por el Pleno del Consejo la autorización a la Subdirección de Evaluación Psicológica, para la implementación de la metodología establecida.	• Sistema • Sistema
44	Subdirección de Evaluación Psicológica	Recibe a través del Sistema autorizado por el Pleno del Consejo la solicitud de autorización de la metodología para el caso en concreto. **¿Autoriza la metodología?** **No.** Continúa en la actividad no. 45 **Sí.** Continúa en la actividad no. 46	• Sistema

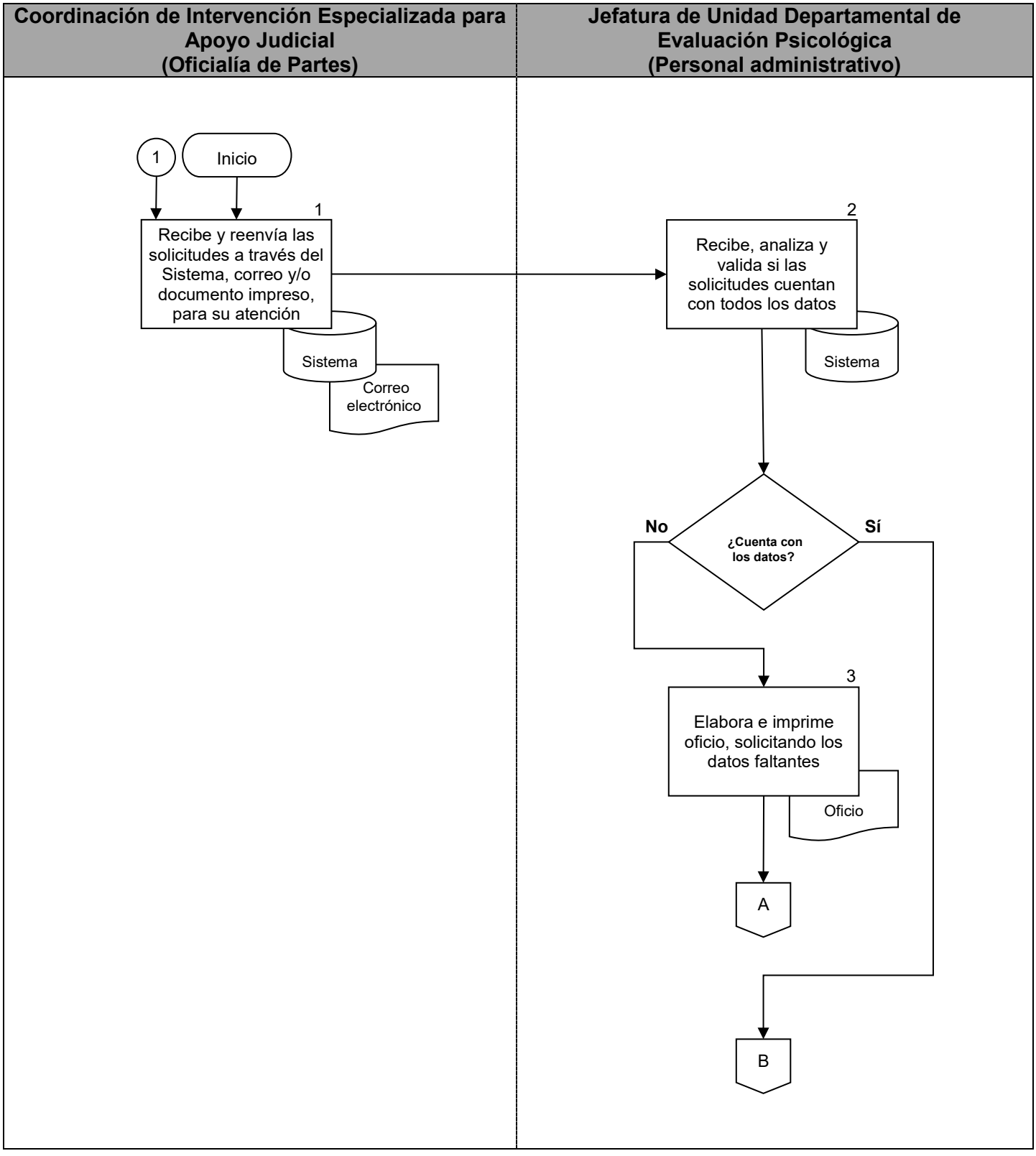
No.	Área.	Descripción de la actividad.	Documentos y/o sistemas de apoyo.
45	Subdirección de Evaluación Psicológica	Rechaza a través del Sistema autorizado por el Pleno del Consejo la metodología e indica cual es la que se va a utilizar. (Regresa a la actividad no. 42)	• Sistema
46		Envía a través del Sistema autorizado por el Pleno del Consejo la confirmación de autorización de la metodología a la Psicóloga o el Psicólogo.	• Sistema
47	Subdirección de Evaluación Psicológica (Psicóloga o Psicólogo)	Recibe a través del Sistema autorizado por el Pleno del Consejo, la confirmación de autorización de la metodología.	• Sistema
48		Espera a la persona usuaria a evaluar el día programado. **¿Acude la persona usuaria a la evaluación psicológica?** **No.** Continúa en la actividad no. 49 **Sí.** Continúa en la actividad no. 56	
49		Captura la inasistencia en el Sistema autorizado por el Pleno del Consejo y genera e imprime el oficio mediante el cual se informa que no se presentó la persona usuaria a la evaluación psicológica ordenada.	• Sistema • Oficio
50		Entrega a la Subdirección de Evaluación Psicológica, oficio con expediente, de inasistencia de la persona usuaria para su firma.	
51	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.	

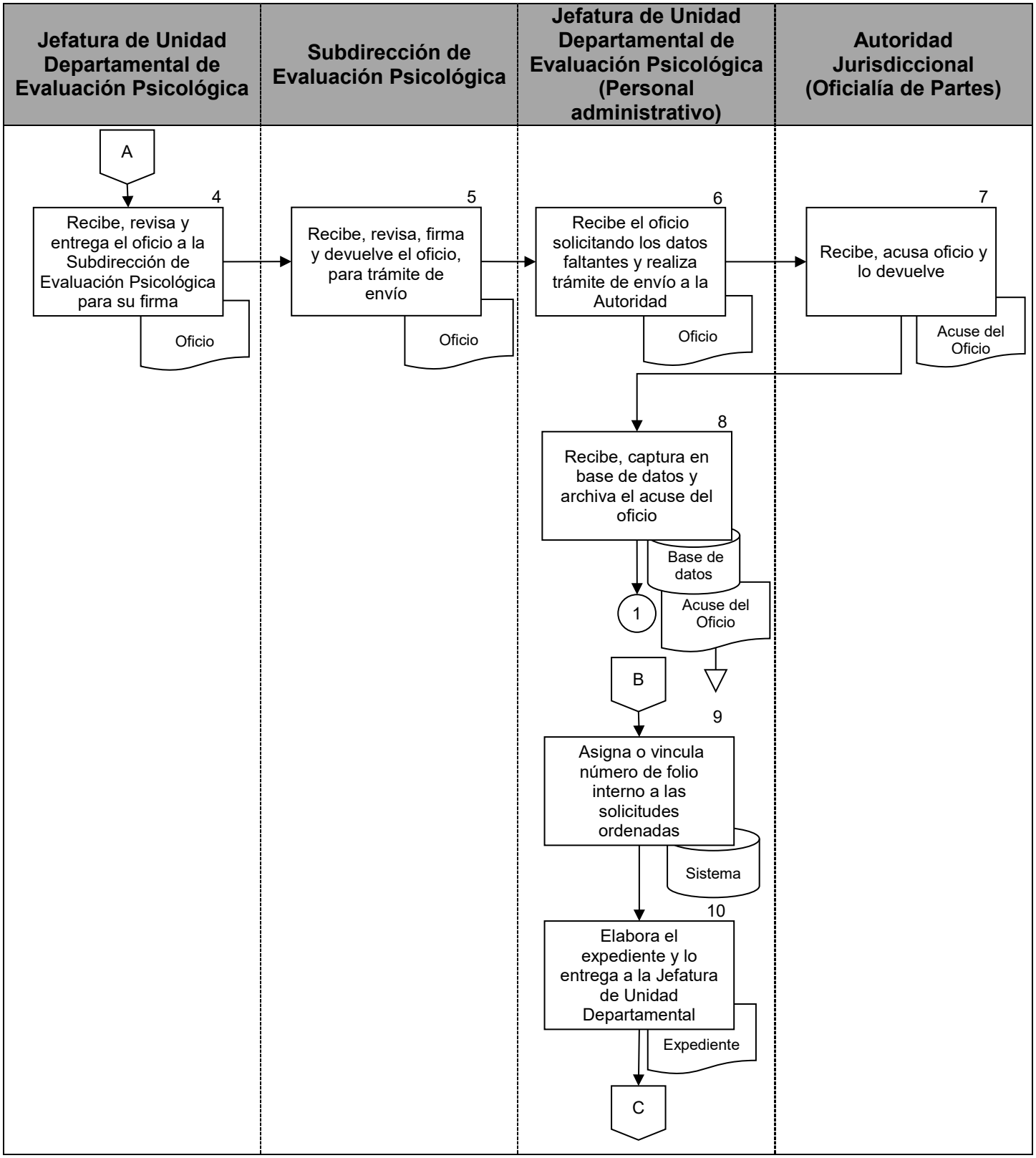
No.	Área.	Descripción de la actividad.	Documentos y/o sistemas de apoyo.
52	Subdirección de Evaluación Psicológica (Psicóloga o Psicólogo)	Recibe oficio de inasistencia con expediente y entrega el oficio al personal administrativo de la Jefatura de Unidad Departamental de Evaluación Psicológica, para su trámite de envío.	
53	Jefatura de Unidad Departamental de Evaluación Psicológica (Personal administrativo)	Recibe el oficio de inasistencia y realiza el trámite de envío a la Autoridad Jurisdiccional.	
54	Autoridad Jurisdiccional (Oficialía de Partes)	Recibe, acusa el oficio, y lo devuelve.	
55	Jefatura de Unidad Departamental de Evaluación Psicológica (Personal administrativo)	Recibe el acuse del oficio de inasistencia y lo archiva en el expediente. (Continúa en la actividad no. 71)	
56 57 58 59	Subdirección de Evaluación Psicológica (Psicóloga o Psicólogo)	Recibe a la persona usuaria y captura su asistencia en el Sistema autorizado por el Pleno del Consejo. Realiza la evaluación psicológica ordenada. Califica y/o interpreta las pruebas psicológicas aplicadas, las integra y archiva en el expediente de la persona usuaria. Elabora, carga en el Sistema autorizado por el Pleno del Consejo e imprime el Informe de evaluación psicológica, y lo remite a la Subdirección de Evaluación Psicológica, para su revisión.	• Sistema • Sistema • Informe de evaluación psicológica

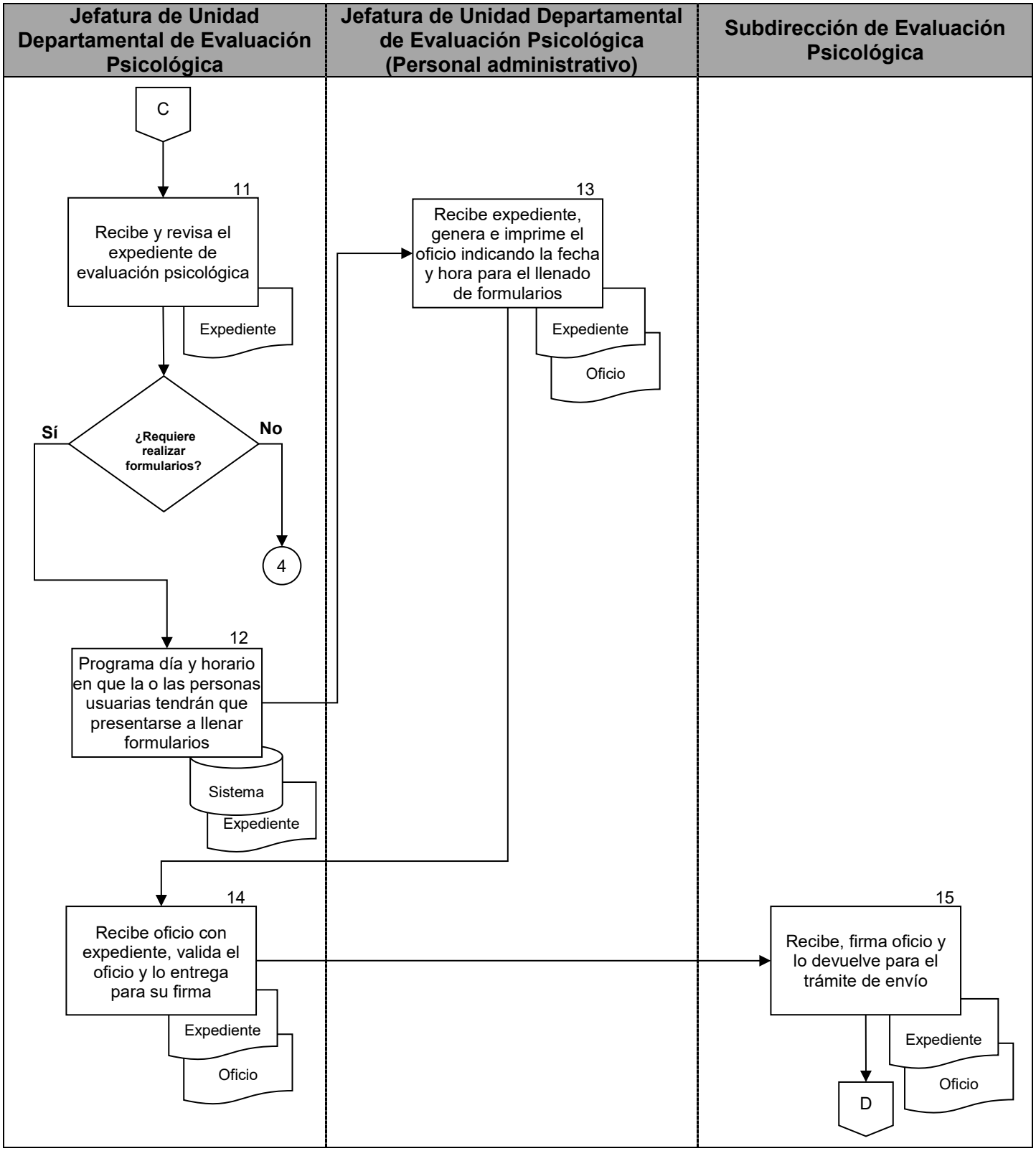
No.	Área.	Descripción de la actividad.	Documentos y/o sistemas de apoyo.
60	Subdirección de Evaluación Psicológica	Recibe y revisa el Informe de evaluación psicológica para su autorización. **¿Autoriza el Informe de Evaluación Psicológica?** **No.** Continúa en la actividad no. 61 **Sí.** Continúa en la actividad no. 62	
61		Rechaza el Informe de evaluación psicológica a través del Sistema autorizado por el Pleno del Consejo y envía a la Psicóloga o el Psicólogo las observaciones para su atención. (Regresa a la actividad no. 59)	• Sistema
62		Envía a través del Sistema autorizado por el Pleno del Consejo la confirmación de autorización del informe a la Psicóloga o el Psicólogo.	• Sistema
63	Subdirección de Evaluación Psicológica (Psicóloga o Psicólogo)	Recibe autorización a través del Sistema autorizado por el Pleno del Consejo, imprime y firma el informe de evaluación psicológica.	• Sistema
64		Genera e imprime oficio a través del Sistema autorizado por el Pleno del Consejo, indicando a la Autoridad Jurisdiccional que envía el Informe de la evaluación psicológica ordenada y entrega con el expediente a la Subdirección de Evaluación Psicológica, para firma.	• Sistema • Oficio
65	Subdirección de Evaluación Psicológica	Recibe oficio con expediente, firma el oficio y lo devuelve con expediente a la Psicóloga o el Psicólogo.	

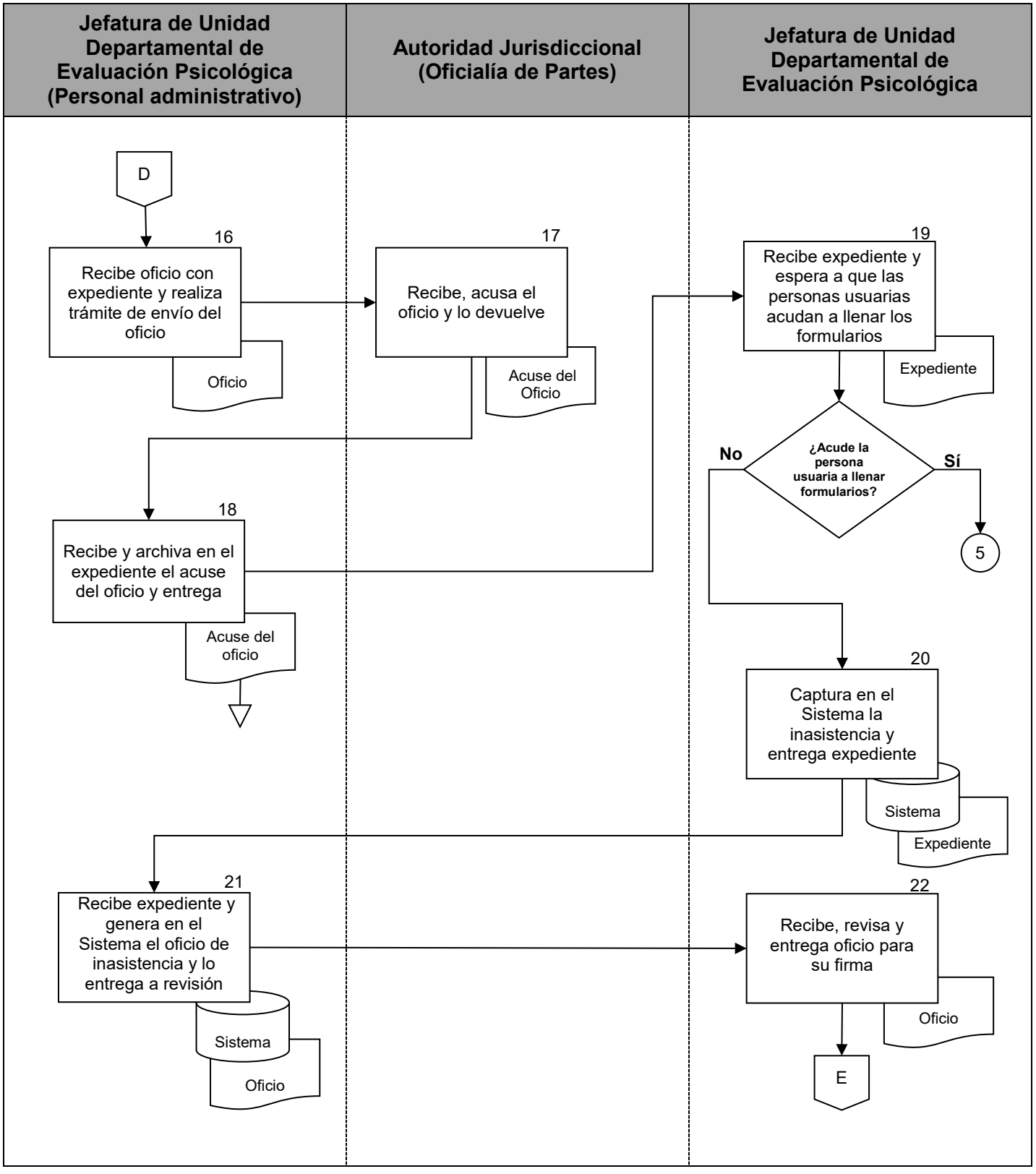
No.	Área.	Descripción de la actividad.	Documentos y/o sistemas de apoyo.
66	Subdirección de Evaluación Psicológica (Psicóloga o Psicólogo)	Recibe oficio con expediente y los entrega al personal administrativo de la Jefatura de Unidad Departamental de Evaluación Psicológica.	
67	Jefatura de Unidad Departamental de Evaluación Psicológica (Personal administrativo)	Recibe oficio con expediente y realiza trámite de envío del oficio a la Autoridad Jurisdiccional en el que se adjunta el Informe de evaluación psicológica.	
68	Autoridad Jurisdiccional (Oficialía de Partes)	Recibe, acusa el oficio y lo devuelve.	
69 70 71 72	Jefatura de Unidad Departamental de Evaluación Psicológica (Personal administrativo)	Recibe y archiva el acuse del oficio en el expediente. Captura en el Sistema autorizado por el Pleno del Consejo el cierre de evaluación psicológica ordenada. Guarda expediente hasta que concluya su periodo de archivo en trámite. Envía expediente al Archivo Judicial.	• Sistema

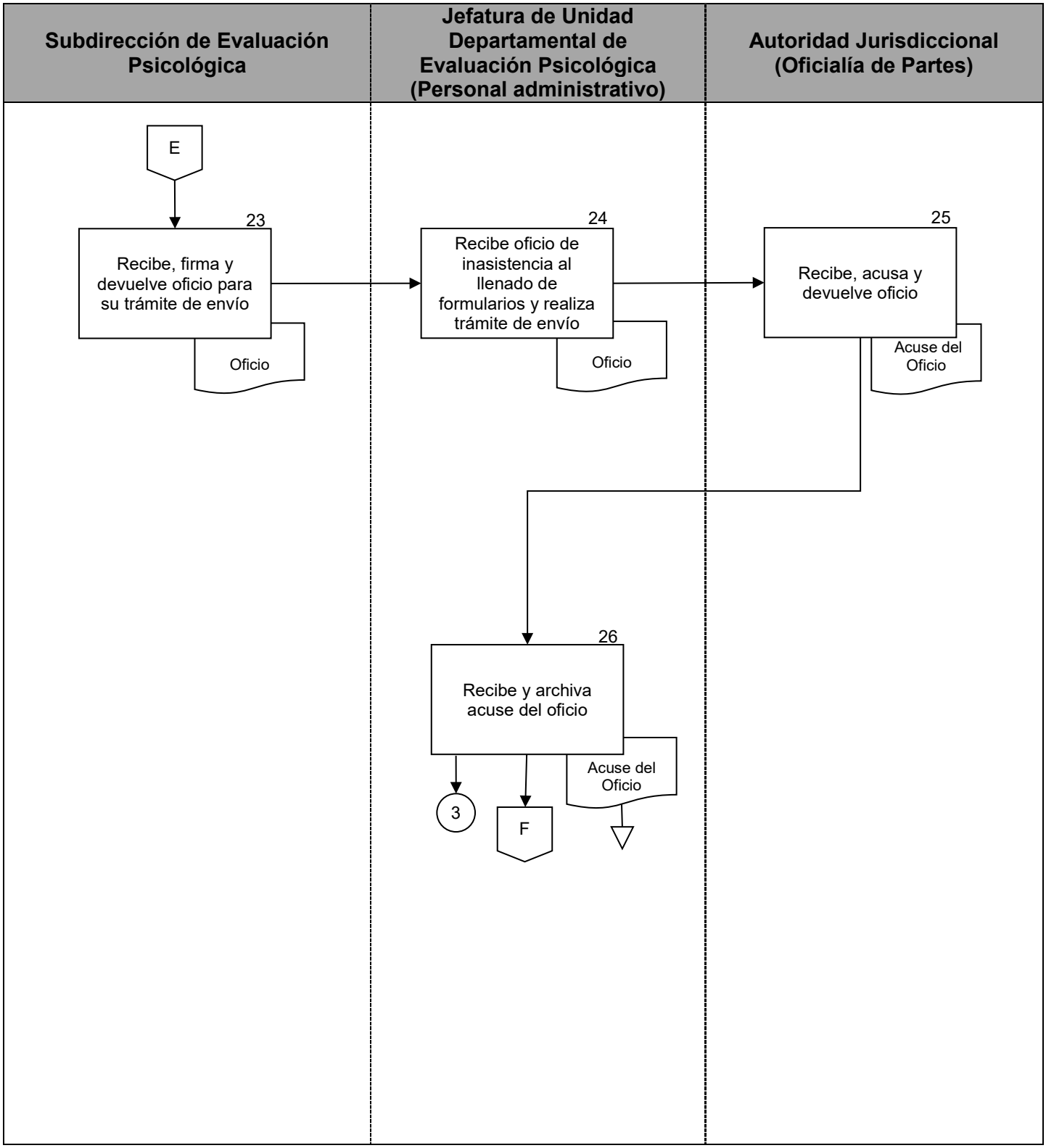
FIN DEL PROCEDIMIENTO

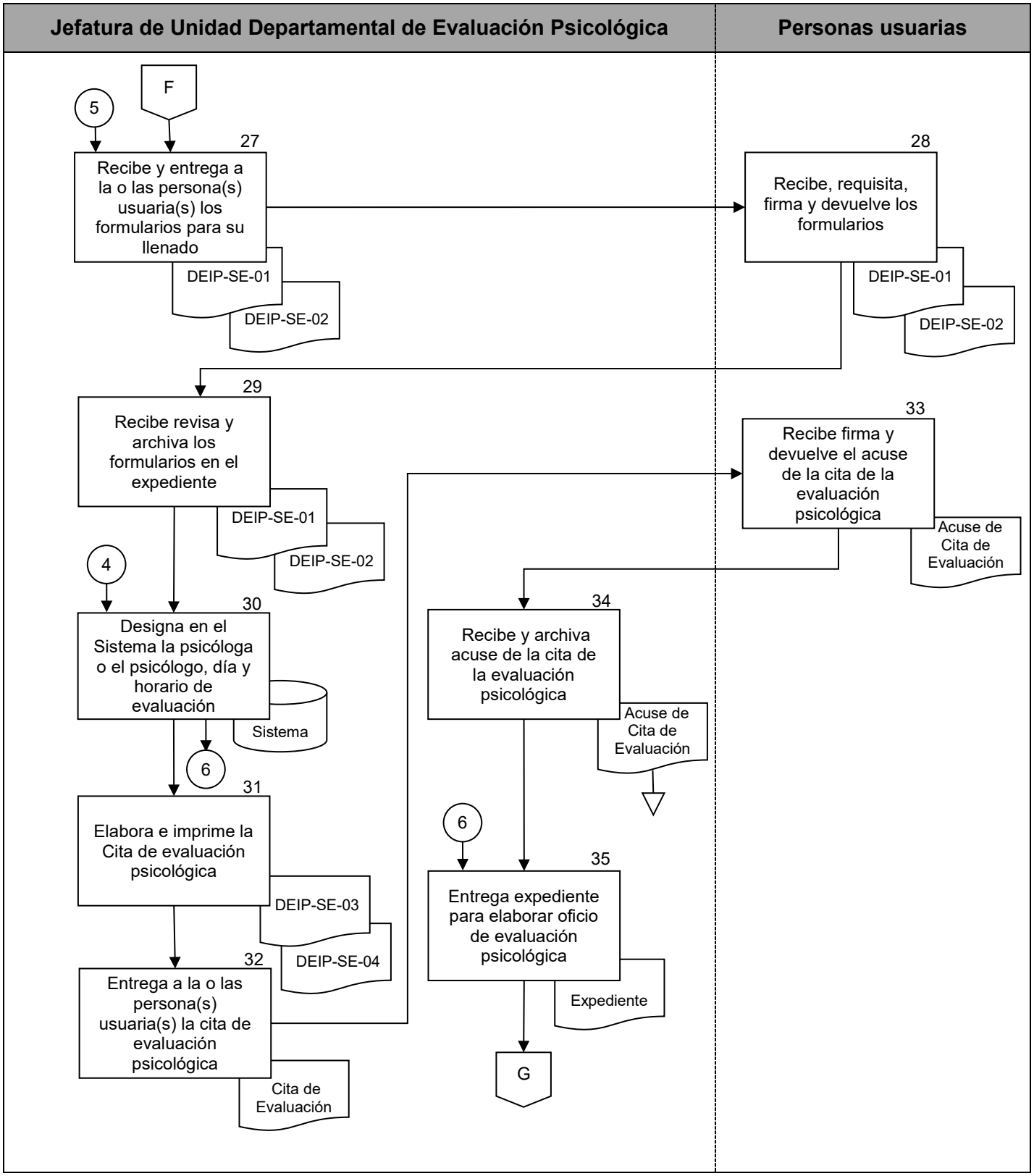

Coordinación de Intervención Especializada para Apoyo Judicial (Oficialía de Partes)
Jefatura de Unidad Departamental de Evaluación Psicológica (Personal administrativo)
1
Inicio
1
Recibe y reenvía las solicitudes a través del Sistema, correo y/o documento impreso, para su atención
Sistema
Correo electrónico
2
Recibe, analiza y valida si las solicitudes cuentan con todos los datos
Sistema
No
¿Cuenta con los datos?
Sí
3
Elabora e imprime oficio, solicitando los datos faltantes
Oficio
A
B

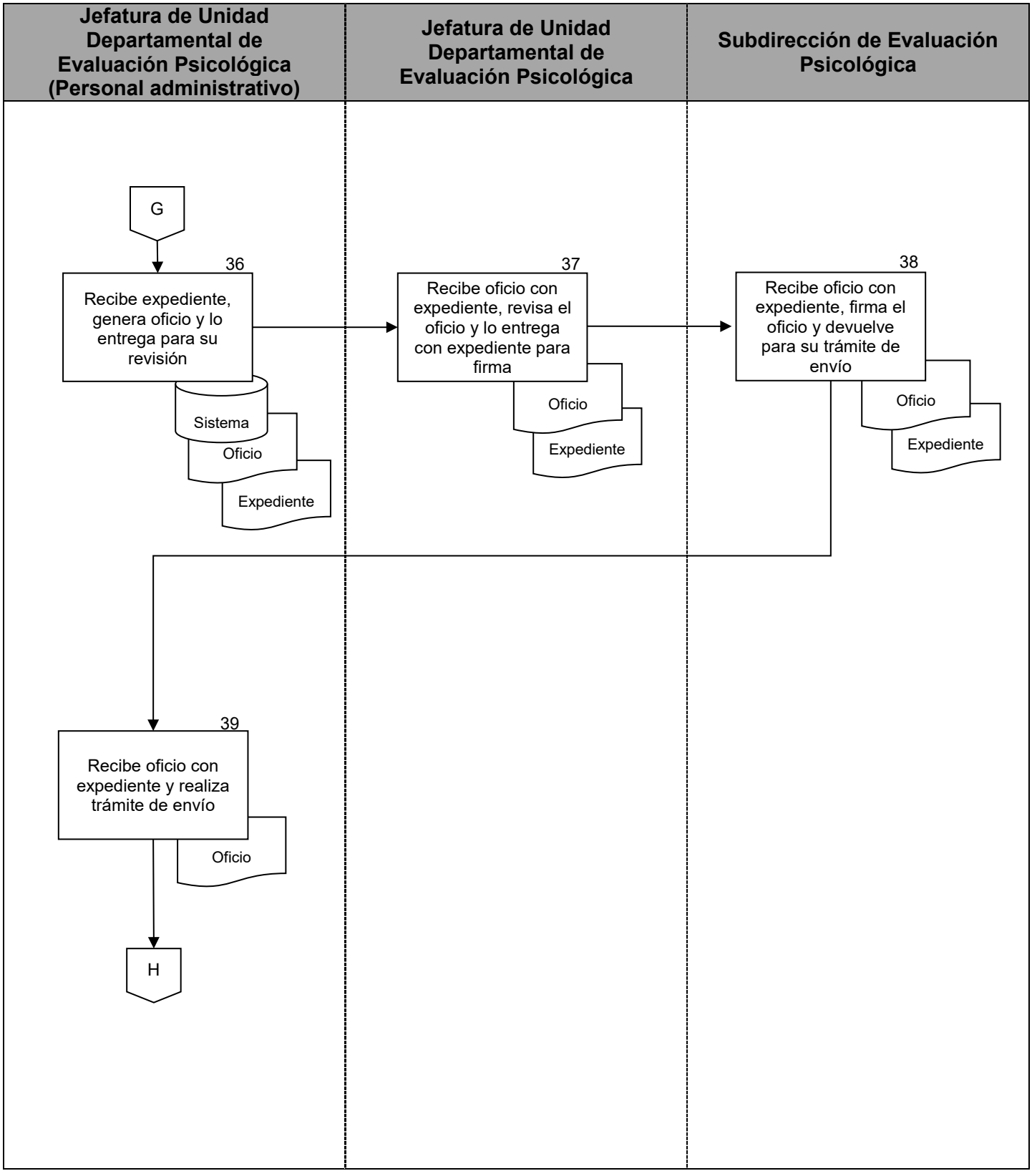

Jefatura de Unidad Departamental de Evaluación Psicológica
Subdirección de Evaluación Psicológica
Jefatura de Unidad Departamental de Evaluación Psicológica (Personal administrativo)
Autoridad Jurisdiccional (Oficialía de Partes)
A
4
Recibe, revisa y entrega el oficio a la Subdirección de Evaluación Psicológica para su firma
Oficio
5
Recibe, revisa, firma y devuelve el oficio, para trámite de envío
Oficio
6
Recibe el oficio solicitando los datos faltantes y realiza trámite de envío a la Autoridad
Oficio
7
Recibe, acusa oficio y lo devuelve
Acuse del Oficio
8
Recibe, captura en base de datos y archiva el acuse del oficio
Base de datos
Acuse del Oficio
1
B
9
Asigna o vincula número de folio interno a las solicitudes ordenadas
Sistema
10
Elabora el expediente y lo entrega a la Jefatura de Unidad Departamental
Expediente
C

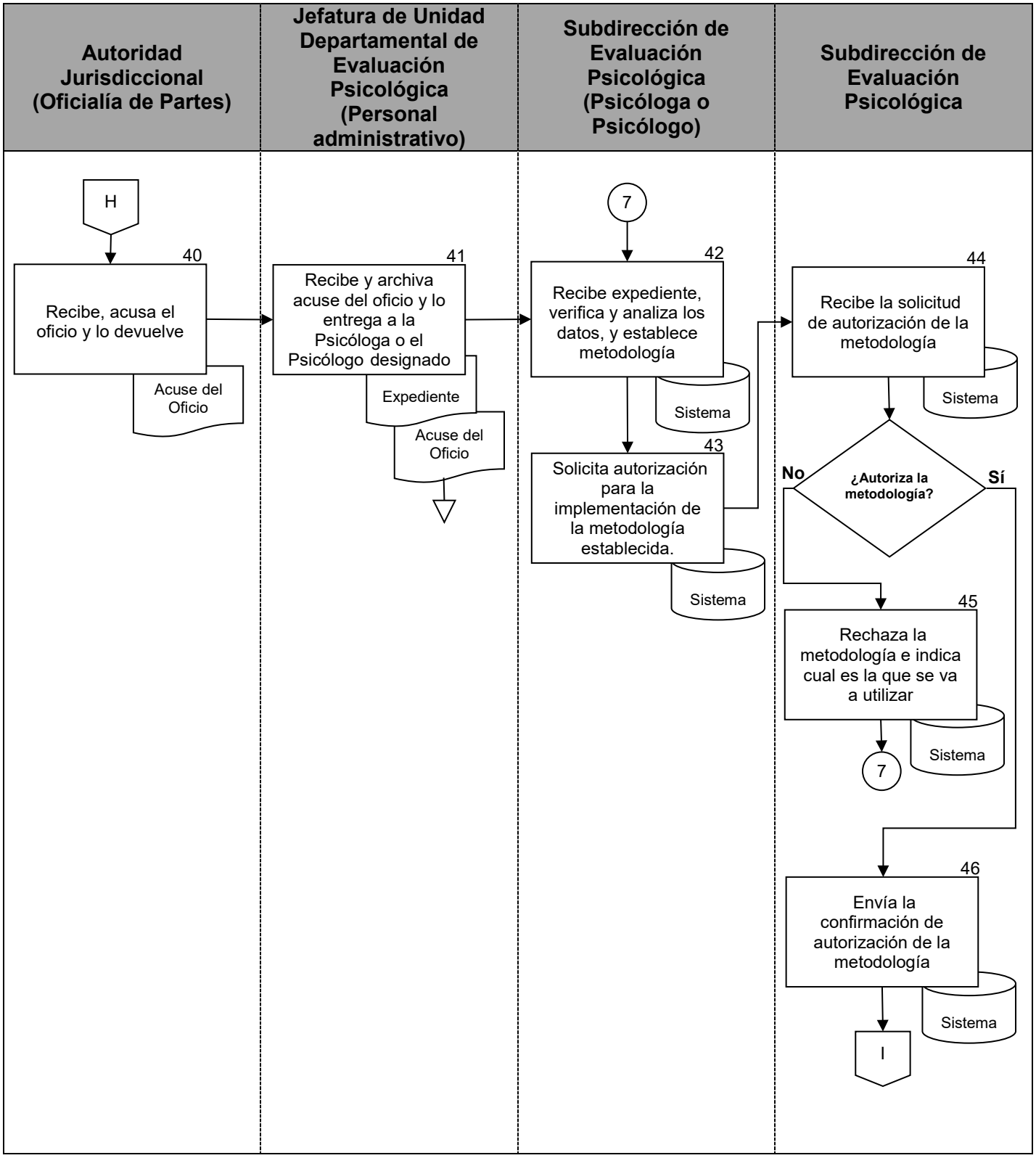

Jefatura de Unidad Departamental de Evaluación Psicológica
Jefatura de Unidad Departamental de Evaluación Psicológica (Personal administrativo)
Subdirección de Evaluación Psicológica
C
11
Recibe y revisa el expediente de evaluación psicológica
Expediente
¿Requiere realizar formularios?
Sí
No
4
12
Programa día y horario en que la o las personas usuarias tendrán que presentarse a llenar formularios
Sistema
Expediente
13
Recibe expediente, genera e imprime el oficio indicando la fecha y hora para el llenado de formularios
Expediente
Oficio
14
Recibe oficio con expediente, valida el oficio y lo entrega para su firma
Expediente
Oficio
15
Recibe, firma oficio y lo devuelve para el trámite de envío
Expediente
Oficio
D

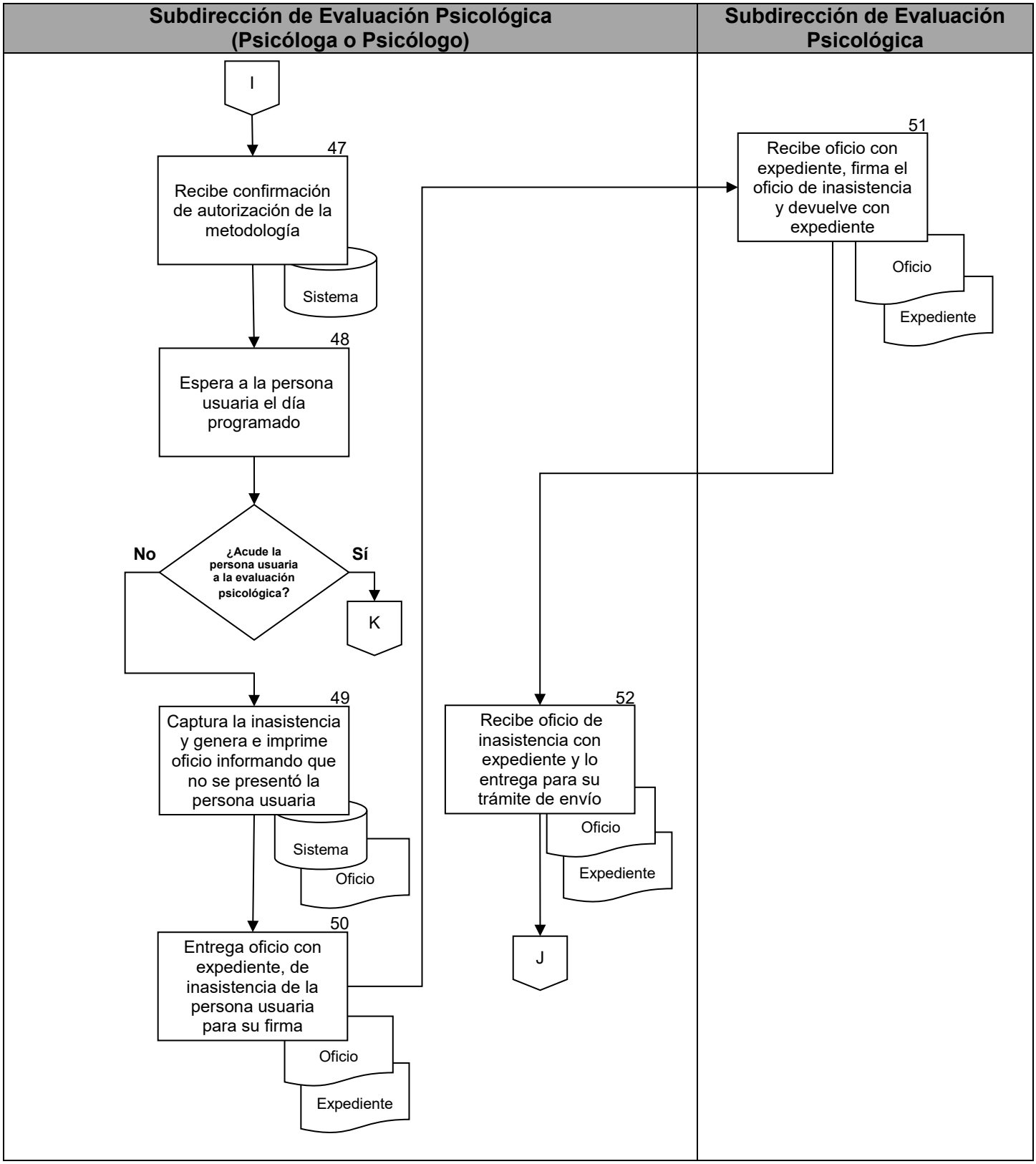

Jefatura de Unidad Departamental de Evaluación Psicológica (Personal administrativo)
Autoridad Jurisdiccional (Oficialía de Partes)
Jefatura de Unidad Departamental de Evaluación Psicológica
D
16
Recibe oficio con expediente y realiza trámite de envío del oficio
Oficio
17
Recibe, acusa el oficio y lo devuelve
Acuse del Oficio
18
Recibe y archiva en el expediente el acuse del oficio y entrega
Acuse del oficio
19
Recibe expediente y espera a que las personas usuarias acudan a llenar los formularios
Expediente
¿Acude la persona usuaria a llenar formularios?
No
Sí
5
20
Captura en el Sistema la inasistencia y entrega expediente
Sistema
Expediente
21
Recibe expediente y genera en el Sistema el oficio de inasistencia y lo entrega a revisión
Sistema
Oficio
22
Recibe, revisa y entrega oficio para su firma
Oficio
E

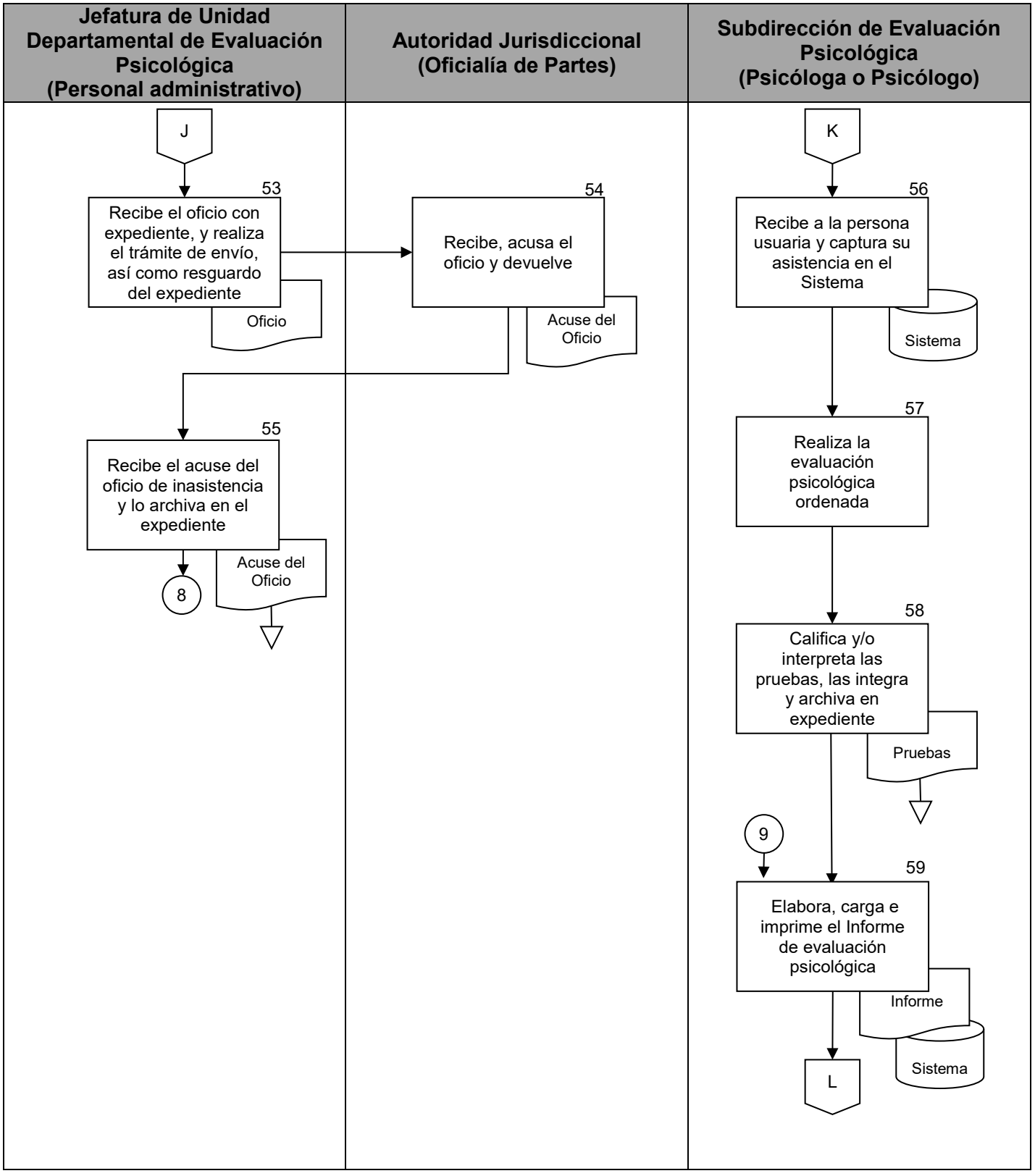

Subdirección de Evaluación Psicológica
Jefatura de Unidad Departamental de Evaluación Psicológica (Personal administrativo)
Autoridad Jurisdiccional (Oficialía de Partes)
E
23
Recibe, firma y devuelve oficio para su trámite de envío
Oficio
24
Recibe oficio de inasistencia al llenado de formularios y realiza trámite de envío
Oficio
25
Recibe, acusa y devuelve oficio
Acuse del Oficio
26
Recibe y archiva acuse del oficio
Acuse del Oficio
3
F

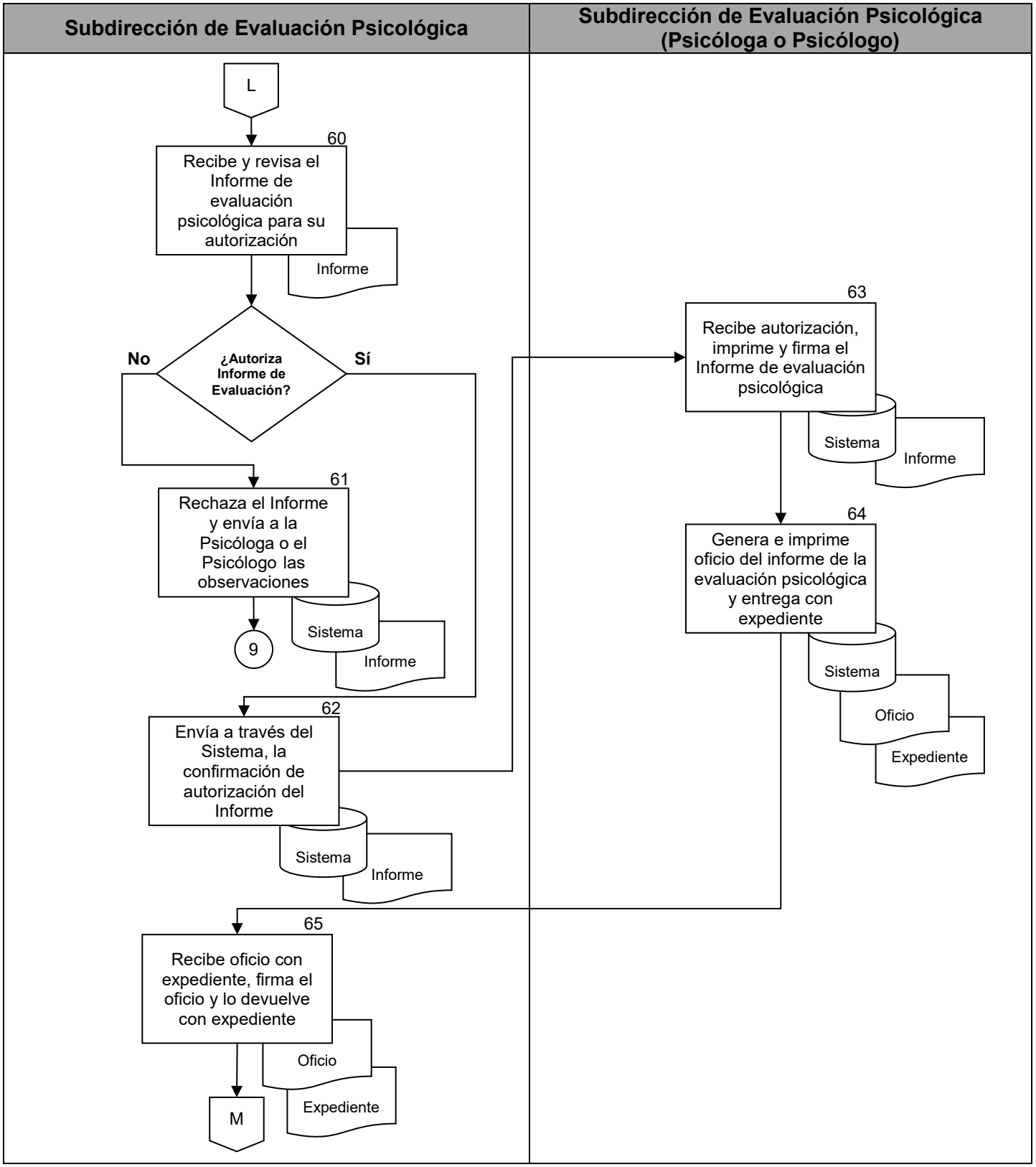

Jefatura de Unidad Departamental de Evaluación Psicológica
Personas usuarias
F
5
27
Recibe y entrega a la o las persona(s) usuaria(s) los formularios para su llenado
DEIP-SE-01
DEIP-SE-02
28
Recibe, requisita, firma y devuelve los formularios
DEIP-SE-01
DEIP-SE-02
29
Recibe revisa y archiva los formularios en el expediente
DEIP-SE-01
DEIP-SE-02
33
Recibe firma y devuelve el acuse de la cita de la evaluación psicológica
Acuse de Cita de Evaluación
4
30
Designa en el Sistema la psicóloga o el psicólogo, día y horario de evaluación
Sistema
34
Recibe y archiva acuse de la cita de la evaluación psicológica
Acuse de Cita de Evaluación
6
31
Elabora e imprime la Cita de evaluación psicológica
DEIP-SE-03
DEIP-SE-04
6
35
Entrega expediente para elaborar oficio de evaluación psicológica
Expediente
32
Entrega a la o las persona(s) usuaria(s) la cita de evaluación psicológica
Cita de Evaluación
G

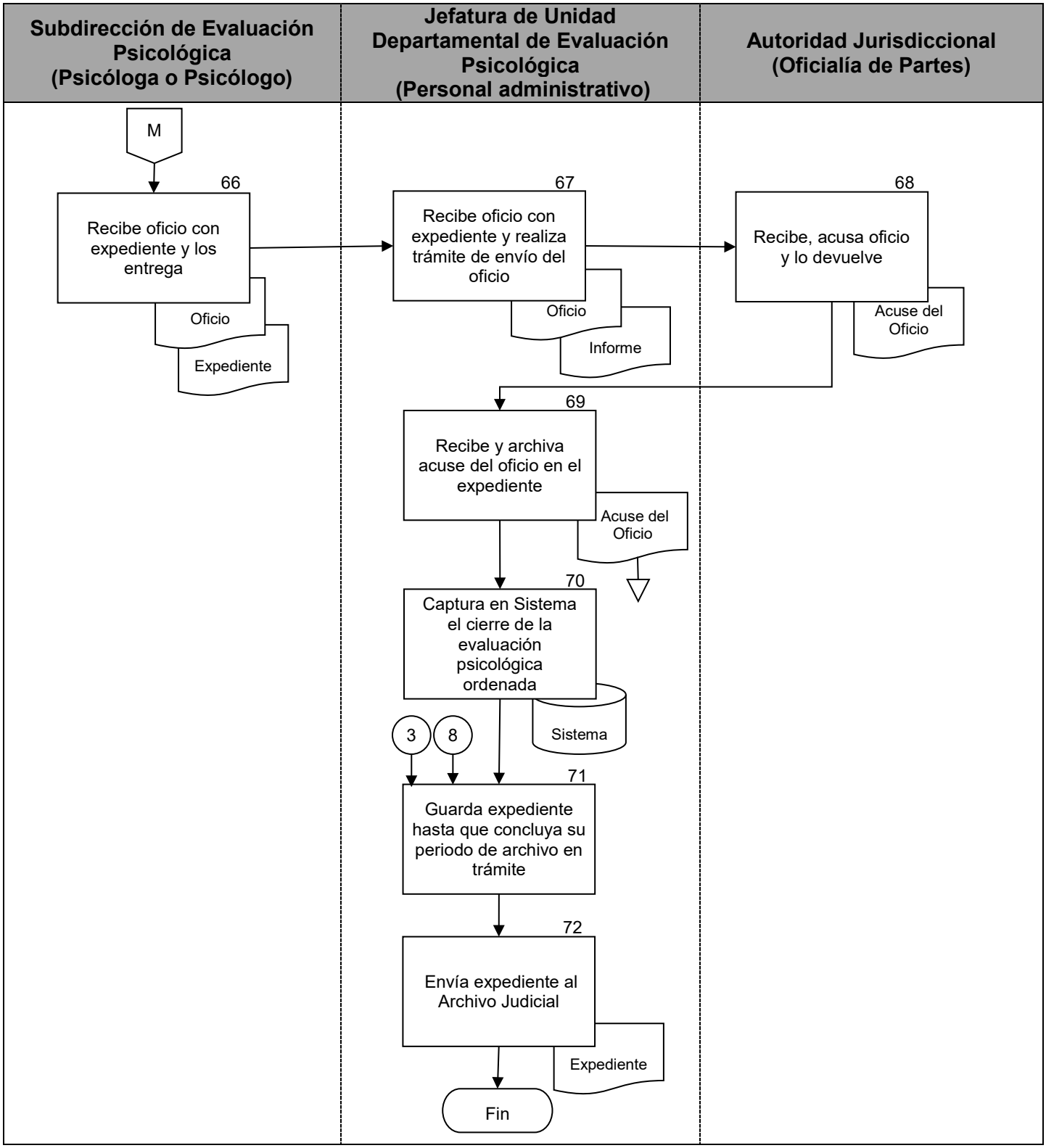

Jefatura de Unidad Departamental de Evaluación Psicológica (Personal administrativo)
Jefatura de Unidad Departamental de Evaluación Psicológica
Subdirección de Evaluación Psicológica
G
36
Recibe expediente, genera oficio y lo entrega para su revisión
Sistema
Oficio
Expediente
37
Recibe oficio con expediente, revisa el oficio y lo entrega con expediente para firma
Oficio
Expediente
38
Recibe oficio con expediente, firma el oficio y devuelve para su trámite de envío
Oficio
Expediente
39
Recibe oficio con expediente y realiza trámite de envío
Oficio
H


Autoridad Jurisdiccional (Oficialía de Partes)
Jefatura de Unidad Departamental de Evaluación Psicológica (Personal administrativo)
Subdirección de Evaluación Psicológica (Psicóloga o Psicólogo)
Subdirección de Evaluación Psicológica
H
40
Recibe, acusa el oficio y lo devuelve
Acuse del Oficio
41
Recibe y archiva acuse del oficio y lo entrega a la Psicóloga o el Psicólogo designado
Expediente
Acuse del Oficio
7
42
Recibe expediente, verifica y analiza los datos, y establece metodología
Sistema
43
Solicita autorización para la implementación de la metodología establecida.
Sistema
44
Recibe la solicitud de autorización de la metodología
Sistema
¿Autoriza la metodología?
No
Sí
45
Rechaza la metodología e indica cual es la que se va a utilizar
Sistema
7
46
Envía la confirmación de autorización de la metodología
Sistema
I


Subdirección de Evaluación Psicológica (Psicóloga o Psicólogo)
Subdirección de Evaluación Psicológica
I
47
Recibe confirmación de autorización de la metodología
Sistema
48
Espera a la persona usuaria el día programado
¿Acude la persona usuaria a la evaluación psicológica?
No
Sí
K
49
Captura la inasistencia y genera e imprime oficio informando que no se presentó la persona usuaria
Sistema
Oficio
50
Entrega oficio con expediente, de inasistencia de la persona usuaria para su firma
Oficio
Expediente
51
Recibe oficio con expediente, firma el oficio de inasistencia y devuelve con expediente
Oficio
Expediente
52
Recibe oficio de inasistencia con expediente y lo entrega para su trámite de envío
Oficio
Expediente
J


Jefatura de Unidad Departamental de Evaluación Psicológica (Personal administrativo)
Autoridad Jurisdiccional (Oficialía de Partes)
Subdirección de Evaluación Psicológica (Psicóloga o Psicólogo)
J
53
Recibe el oficio con expediente, y realiza el trámite de envío, así como resguardo del expediente
Oficio
54
Recibe, acusa el oficio y devuelve
Acuse del Oficio
55
Recibe el acuse del oficio de inasistencia y lo archiva en el expediente
Acuse del Oficio
8
K
56
Recibe a la persona usuaria y captura su asistencia en el Sistema
Sistema
57
Realiza la evaluación psicológica ordenada
58
Califica y/o interpreta las pruebas, las integra y archiva en expediente
Pruebas
9
59
Elabora, carga e imprime el Informe de evaluación psicológica
Informe
Sistema
L


Subdirección de Evaluación Psicológica
Subdirección de Evaluación Psicológica (Psicóloga o Psicólogo)
L
60
Recibe y revisa el Informe de evaluación psicológica para su autorización
Informe
¿Autoriza Informe de Evaluación?
No
Sí
61
Rechaza el Informe y envía a la Psicóloga o el Psicólogo las observaciones
Sistema
Informe
9
62
Envía a través del Sistema, la confirmación de autorización del Informe
Sistema
Informe
63
Recibe autorización, imprime y firma el Informe de evaluación psicológica
Sistema
Informe
64
Genera e imprime oficio del informe de la evaluación psicológica y entrega con expediente
Sistema
Oficio
Expediente
65
Recibe oficio con expediente, firma el oficio y lo devuelve con expediente
Oficio
Expediente
M


Subdirección de Evaluación Psicológica (Psicóloga o Psicólogo)
Jefatura de Unidad Departamental de Evaluación Psicológica (Personal administrativo)
Autoridad Jurisdiccional (Oficialía de Partes)
M
66
Recibe oficio con expediente y los entrega
Oficio
Expediente
67
Recibe oficio con expediente y realiza trámite de envío del oficio
Oficio
Informe
68
Recibe, acusa oficio y lo devuelve
Acuse del Oficio
69
Recibe y archiva acuse del oficio en el expediente
Acuse del Oficio
70
Captura en Sistema el cierre de la evaluación psicológica ordenada
Sistema
3
8
71
Guarda expediente hasta que concluya su periodo de archivo en trámite
72
Envía expediente al Archivo Judicial
Expediente
Fin

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

Subdirección de Evaluación Psicológica

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:	
ALCALDIA O MUNICIPIO:	
ACTIVIDAD LABORAL:	
HORARIO LABORAL:	

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

3. FAMILIA DE ORIGEN
EL TIPO DE RELACIÓN QUE TIENE O TUVO CON SU PAPÁ Y MAMÁ:

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

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 de _____ materia de la evaluación psicológica ordenada por la Sala o Juzgado _____ número de expediente_____.

4. NOVIAZGO.
DURACIÓN:
DESCRIPCIÓN DE LA RELACIÓN DE NOVIAZGO:

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

DURACIÓN:	

	NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD
HIJOS Y/O HIJAS:			

DESCRIPCIÓN DE LA RELACIÓN DE PAREJA:

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

Subdirección de Evaluación Psicológica

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 SU HIJA (S) O HIJO (S) TIENE CONOCIMIENTO DEL PROCESO JUDICIAL, CÓMO SE LE HA INFORMADO:				
EXISTENCIA DE ACUERDOS:	SÍ	NO	CUÁLES:	
SE HAN CUMPLIDO:	SÍ	NO	CAUSAS:	

DEIP-SE-01

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):	
8. RELACIÓN CON HIJA O HIJO	
ESTILO DE CRIANZA QUE EMPLEA CON SU HIJA (S) O HIJO(S)	
TIPO DE RELACIÓN QUE TIENE CON SU HIJA (S) O HIJO(S) EN LA ACTUALIDAD.	
LA INTERVENCIÓN DE OTROS FAMILIARES Y/O NUEVA PAREJA EN EL CUIDADO DE SU HIJA (S) O HIJO(S) (APOYO ECONÓMICO, CRIANZA, NUEVOS HERMANOS, ETC.).	
NOMBRE DE LA PERSONA QUE CUIDA A SU HIJA (S) O HIJO (S) CUANDO 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 O MADRE DE SU HIJA (S) O HIJO(S), ANTES Y DESPUÉS DE LA SEPARACIÓN.
TIPO DE RELACIÓN DE SUS HIJOS CON EL OTRO PADRE/MADRE ANTES Y DESPUÉS DE LA SEPARACIÓN.

NOMBRE Y FIRMA.

AVISO DE PRIVACIDAD SIMPLIFICADO

El Tribunal Superior de Justicia de la Ciudad de México, a través de la **Coordinación de Intervención Especializada para Apoyo Judicial** es el Responsable del tratamiento de los datos personales que nos proporcione, los cuales serán protegidos en el Sistema de Datos Personales denominado ***"Sistema de Evaluación Psicológica SIEP"***.

Los datos personales que recabemos serán utilizados con la finalidad de integrar un expediente para la realización de la oportuna prestación de los servicios de esta área, que consisten en la aplicación de las evaluaciones psicológicas en cumplimiento a los ordenamientos de las autoridades jurisdiccionales que correspondan, para aportar de forma integral elementos de convicción en la toma de decisiones en el ámbito jurisdiccional. Y podrán ser transferidos a las Autoridades Jurisdiccionales Federales (Juzgados de Distrito y Tribunales Colegiados de Circuito) y Locales en materia Familiar, Penal, Civil, Justicia para Adolescentes, Medidas Cautelares y Ejecución de Sentencias, Autoridades Jurisdiccionales de las Entidades Federativas, Consejo de la Judicatura de la Ciudad de México, Contraloría del Tribunal Superior de Justicia de la Ciudad de México, Organos Garantes de la Tutela de Derechos Humanos, Instituto de Transparencia, Acceso a la Información Pública, Protección de Datos Personales y Rendición de Cuentas de la Ciudad de México y a la Fiscalía General de Justicia de la Ciudad de México, para el ejercicio de sus funciones y facultades, por lo que no requeriremos su consentimiento, lo anterior en apego a las excepciones previstas en los artículos 16 y 64 de la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados de la Ciudad de México.

Usted podrá manifestar la negativa al tratamiento de sus datos personales directamente ante Unidad de Transparencia del Tribunal Superior de Justicia de la Ciudad de México, ubicada en calle Río Lerma, número 62, Piso 7, colonia Cuauhtémoc, alcaldía Cuauhtémoc, Código Postal 06500, Ciudad de México, Ciudad de México, con número, telefónico conmutador 5591564997 extensiones 111105 y 111107.

Para conocer el Aviso de Privacidad Integral puede acudir directamente a la Unidad de Transparencia o consultarlo en la siguiente liga electrónica:

http://www.poderjudicialcdmx.gob.mx/otros/descarga.php?arv=UT/API/AVISO_PRIVACIDAD_INTEGRAL_EVALUACION_PSICOLOGICA.pdf

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

Subdirección de Evaluación Psicológica

ANTECEDENTES ADULTOS

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

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

1. DATOS GENERALES.	
NOMBRE:	**(4)**
EDAD:	**(5)**
FECHA DE NACIMIENTO:	**(6)**
NACIONALIDAD:	**(7)**
RELIGIÓN:	**(8)**
ÚLTIMO GRADO DE ESTUDIOS:	**(9)**
ESTADO CIVIL:	**(10)**
ALCALDÍA O MUNICIPIO:	**(11)**
ACTIVIDAD LABORAL:	**(12)**
HORARIO LABORAL:	**(13)**

2. DATOS CLÍNICOS				
HA SIDO EVALUADO(A)PSICOLÓGICAMENTE: **(14)**	**SÍ**	**NO**	Fecha de la evaluación: **(15)**	
			Lugar: **(16)**	
HA TOMADO TERAPÍA PSICOLÓGICA: **(17)**	**SÍ**	**NO**	Período de la terapia: **(18)**	
			Causa: **(19)**	
			Lugar: **(20)**	
HA SIDO VALORADO(A) POR MÉDICO PSIQUIATRA: **(21)**	**SÍ**	**NO**	Fecha de valoración: **(22)**	
			Lugar: **(23)**	
			Diagnóstico: **(24)**	
			Medicamentos prescritos: **(25)**	
			Frecuencia de la toma del medicamento: **(26)**	
PRESENTA ALGUNA ENFERMEDAD CRÓNICO-DEGENERATIVA: **(27)**	**SÍ**	**NO**	Diagnóstico: **(28)**	
			Fecha del diagnóstico: **(29)**	
			Medicamentos prescritos: **(30)**	
			Frecuencia de la toma del medicamento: **(31)**	
HA TENIDO ALGUNO DE ESTOS PENSAMIENTOS: **(32)**	**SÍ**	**NO**	Tristeza	Frecuencia: **(33)**
			Desesperanza	Frecuencia: **(34)**
			Apatía	Frecuencia: **(35)**
			Ideas suicidas	Frecuencia: **(36)**
CONSUME TABACO, ALCOHOL O DROGAS: **(37)**	**SÍ**	**NO**	¿Cuál y con cuánta frecuencia? **(38)**	

3. FAMILIA DE ORIGEN
EL TIPO DE RELACIÓN QUE TIENE O TUVO CON SU PAPÁ Y MAMÁ: **(39)**

DEIP-SE-01

NÚMERO DE HERMANOS Y HERMANAS: **(40)**
LUGAR QUE USTED OCUPA: **(41)**
TIPO DE RELACIÓN CON SUS HERMANOS Y HERMANAS: **(42)**

A continuación, de manera breve señale o relate sus vivencias a lado de la persona de nombre _____(43)_____, con quien en la actualidad se dirime el juicio de _____(44)_____ materia de la evaluación psicológica ordenada por la Sala o Juzgado _____(45)_____ número de expediente_____(46)_____.

4. NOVIAZGO.
DURACIÓN: **(47)**
DESCRIPCIÓN DE LA RELACIÓN DE NOVIAZGO: **(48)**

5. UNIÓN. (49)		
MATRIMONIO	Religioso Civil Ambos	CONCUBINATO -Unión libre-

DURACIÓN:	**(50)**

	NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD
HIJOS Y/O HIJAS:	**(51)**	**(52)**	**(53)**

DESCRIPCIÓN DE LA RELACIÓN DE PAREJA: **(54)**

6. SEPARACIÓN DEFINITIVA.				
FECHA: **(55)**				
DESCRIPCIÓN DE LA SEPARACIÓN DEFINITIVA: **(56)**				
7. SITUACIÓN JURÍDICA.				
FECHA DE INICIO DEL PROCESO JURÍDICO:	**(57)**			
QUIÉN INICIÓ EL PROCESO, EL MOTIVO Y QUÉ ES LO QUE SE PRETENDE: **(58)**				
SI SU HIJA (S) O HIJO (S) TIENE CONOCIMIENTO DEL PROCESO JUDICIAL, CÓMO SE LE HA INFORMADO: **(59)**				
EXISTENCIA DE ACUERDOS: **(60)**	SÍ	NO	CUÁLES:	**(61)**
SE HAN CUMPLIDO: **(62)**	SÍ	NO	CAUSAS: **(63)**	

Av. Niños Héroes núm. 150, 3er. Piso, Col. Doctores, Delegación Cuauhtémoc, C.P. 06720, CDMX.
Conmutador: 9156 4997 ext. 511408 y 511413.

GUARDA Y CUSTODIA A FAVOR DE:	**(64)**
MONTO DE PENSIÓN ALIMENTICIA:	**(65)**
RÉGIMEN DE VISITAS Y CONVIVENCIAS A FAVOR DE:	**(66)**
HORARIOS: **(67)**	
SE CUMPLE: **(68)**	
OTROS PROCESOS JURÍDICOS (ORDENES DE RESTRICCIÓN, DENUNCIAS POR VIOLENCIA, ABUSO SEXUAL, ETC):	
(69)	
8. RELACIÓN CON HIJA O HIJO	
ESTILO DE CRIANZA QUE EMPLEA CON SU HIJA (S) O HIJO(S)	
(70)	
TIPO DE RELACIÓN QUE TIENE CON SU HIJA (S) O HIJO(S) EN LA ACTUALIDAD.	
(71)	
LA INTERVENCIÓN DE OTROS FAMILIARES Y/O NUEVA PAREJA EN EL CUIDADO DE SU HIJA (S) O HIJO(S) (APOYO ECONÓMICO, CRIANZA, NUEVOS HERMANOS, ETC.).	
(72)	
NOMBRE DE LA PERSONA QUE CUIDA A SU HIJA (S) O HIJO (S) CUANDO USTED SALE A TRABAJAR O REALIZA OTRAS ACTIVIDADES, ASÍ CÓMO DESCRIBA EL TIPO DE LA RELACIÓN CON ESA O ESAS PERSONAS.	
(73)	

TIPO DE RELACIÓN ENTRE USTED Y EL PADRE O MADRE DE SU HIJA (S) O HIJO(S), ANTES Y DESPUÉS DE LA SEPARACIÓN.
(74)
TIPO DE RELACIÓN DE SUS HIJOS CON EL OTRO PADRE/MADRE ANTES Y DESPUÉS DE LA SEPARACIÓN.
(75)

_____(76)_____

NOMBRE Y FIRMA.

AVISO DE PRIVACIDAD SIMPLIFICADO

El Tribunal Superior de Justicia de la Ciudad de México, a través de la **Coordinación de Intervención Especializada para Apoyo Judicial** es el Responsable del tratamiento de los datos personales que nos proporcione, los cuales serán protegidos en el Sistema de Datos Personales denominado ***"Sistema de Evaluación Psicológica SIEP"***.

Los datos personales que recabemos serán utilizados con la finalidad de integrar un expediente para la realización de la oportuna prestación de los servicios de esta área, que consisten en la aplicación de las evaluaciones psicológicas en cumplimiento a los ordenamientos de las autoridades jurisdiccionales que correspondan, para aportar de forma integral elementos de convicción en la toma de decisiones en el ámbito jurisdiccional. Y podrán ser transferidos a las Autoridades Jurisdiccionales Federales (Juzgados de Distrito y Tribunales Colegiados de Circuito) y Locales en materia Familiar, Penal, Civil, Justicia para Adolescentes, Medidas Cautelares y Ejecución de Sentencias, Autoridades Jurisdiccionales de las Entidades Federativas, Consejo de la Judicatura de la Ciudad de México, Contraloría del Tribunal Superior de Justicia de la Ciudad de México, Órganos Garantes de la Tutela de Derechos Humanos, Instituto de Transparencia, Acceso a la Información Pública, Protección de Datos Personales y Rendición de Cuentas de la Ciudad de México y a la Fiscalía General de Justicia de la Ciudad de México, para el ejercicio de sus funciones y facultades, por lo que no requeriremos su consentimiento, lo anterior en apego a las excepciones previstas en los artículos 16 y 64 de la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados de la Ciudad de México.

Usted podrá manifestar la negativa al tratamiento de sus datos personales directamente ante Unidad de Transparencia del Tribunal Superior de Justicia de la Ciudad de México, ubicada en calle Río Lerma, número 62, Piso 7, colonia Cuauhtémoc, alcaldía Cuauhtémoc, Código Postal 06500, Ciudad de México, Ciudad de México, con número, telefónico conmutador 5591564997 extensiones 111105 y 111107.

Para conocer el Aviso de Privacidad Integral puede acudir directamente a la Unidad de Transparencia o consultarlo en la siguiente liga electrónica:

http://www.poderjudicialcdmx.gob.mx/otros/descarga.php?arv=UT/API/AVISO_PRIVACIDAD_INTEGRAL_EVALUACION_PSICOLOGICA.pdf

DESCRIPCIÓN DEL FORMATO

Nombre:	**ANTECEDENTES ADULTOS**
Clave:	**DEIP-SE-01**
Objetivo:	Conocer antecedentes de la persona usuaria para establecer la metodología a aplicar.
Elabora:	Subdirección de Evaluación Psicológica.
Número de tantos:	Original.
Distribución:	Original. – Para el expediente.

INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
1	DÍA	El día en que se requisita el formulario.
2	MES	El mes en que se requisita el formulario.
3	AÑO	El año en que se requisita el formulario.
4	NOMBRE	El nombre de la persona usuaria que requisita el formulario.
5	EDAD	La edad de la persona usuaria que requisita el formulario.
6	FECHA DE NACIMIENTO	La fecha de nacimiento de la persona usuaria que requisita el formulario.
7	NACIONALIDAD	La nacionalidad de la persona usuaria que requisita el formulario.
8	RELIGIÓN	La religión de la persona usuaria que requisita el formulario.
9	ÚLTIMO GRADO DE ESTUDIOS	El último grado de estudios de la persona usuaria que requisita el formulario.
10	ESTADO CIVIL	El estado civil de la persona usuaria que requisita el formulario.
11	ALCALDÍA O MUNICIPIO	La alcaldía o municipio en la que vive la persona usuaria que requisita el formulario.
12	ACTIVIDAD LABORAL	La ocupación de la persona usuaria que requisita el formulario.

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
13	HORARIO LABORAL	El horario en que labora la persona usuaria que requisita el formulario.
14	HA SIDO EVALUADO(A) PSICOLÓGICAMENTE	Marcar SÍ, en caso de que la persona que realiza el formulario ha sido evaluada psicológicamente al menos una vez. Debe marcar NO, en caso de que la persona que realiza el formulario nunca haya sido evaluada psicológicamente.
15	FECHA DE EVALUACIÓN	La(s) fecha(s) en que le fue practicada la(s) evaluación(es) psicológica(s) a la persona usuaria que requisita el formulario.
16	LUGAR DE EVALUACIÓN	La institución, centro o dependencia de gobierno, en que le fue practicada la(s) evaluación(es) psicológica(s) a la persona usuaria que requisita el formulario.
17	HA TOMADO TERAPÍA PSICOLÓGICA	Marcar SÍ, en caso de que la persona haya asistido al menos una vez a terapia psicológica alguna vez. Marcar NO, en caso de que la persona no haya asistido a terapia psicológica.
18	PERIODO DE LA TERAPÍA	La fecha de inicio y de término, o duración, del proceso terapéutico al que acudió la persona usuaria que requisita el formulario.
19	CAUSA	El o los motivos por los que la persona usuaria que requisita el formulario acudió a terapia psicológica.
20	LUGAR	El nombre del centro, institución o dependencia de gobierno a la que acudió a terapia psicológica la persona usuaria que requisita el formulario.

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
21	HA SIDO VALORADO POR MÉDICO PSIQUIATRA	Marcar SÍ, en caso de que se le haya practicado alguna evaluación psiquiátrica. Marcar NO, en caso de que nunca le hayan practicado una evaluación psiquiátrica.
22	FECHA DE VALORACIÓN	La(s) fecha(s) en que le fue practicada la(s) evaluación(es) psiquiátrica(s) a la persona usuaria que requisita el formulario.
23	LUGAR	La institución, centro o dependencia de gobierno, en que le fue practicada la(s) evaluación(es) psiquiátrica(s) a la persona usuaria que requisita el formulario.
24	DIAGNÓSTICO	El diagnóstico resultante de la valoración psiquiátrica que le haya realizado a la persona usuaria que requisita el formulario.
25	MÉDICAMENTOS PRESCRITOS	El o los medicamentos que le hayan prescrito a partir de la valoración psiquiátrica realizada a la persona usuaria que requisita el formulario.
26	FRECUENCIA DE LA TOMA DE MEDICAMENTO	Los días y horarios en que debe tomar cada uno de los medicamentos prescritos para el control de la enfermedad psiquiátrica diagnosticada a la persona usuaria que requisita el formulario.
27	PRESENTA ALGUNA ENFERMEDAD CRÓNICA-DEGENARATIVA	Marcar SÍ, en caso de que tenga diagnóstico de alguna enfermedad crónico-degenerativa la persona que realiza el formulario. Marcar NO, si no ha sido diagnosticada o desconoce si tiene alguna enfermedad crónico-degenerativa la persona usuaria que requisita el formulario.

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
28	DIAGNÓSTICO	Las enfermedades crónicas-degenerativas diagnosticadas por un médico a la persona usuaria que requisita el formulario.
29	FECHA DEL DIAGNÓSTICO	La fecha o la temporalidad que lleva la persona usuaria que requisita el formulario con el diagnóstico de alguna enfermedad crónico-degenerativa.
30	MEDICAMENTOS PRESCRITOS	El o los medicamentos que hayan sido prescritos por el médico como tratamiento de la enfermedad crónico-degenerativa diagnosticada a la persona usuaria que requisita el formulario.
31	FRECUENCIA DE LA TOMA DEL MEDICAMENTO	Los días y horarios en que debe tomar cada uno de los medicamentos prescritos para el control de la enfermedad crónico degenerativa diagnosticada a la persona usuaria que requisita el formulario.
32	HA TENIDO ALGUNO DE ESTOS PENSAMIENTOS	Marcar SÍ, en caso de haber pensamientos relacionados con tristeza, desesperanza, apatía o ideas suicidas. Marcar NO, en caso de jamás haber tenido pensamientos relacionados con tristeza, desesperanza, apatía o ideas suicidas.
33	FRECUENCIA	La frecuencia en que tiene pensamientos de tristeza la persona usuaria que requisita el formulario.
34	FRECUENCIA	La frecuencia en que tiene pensamientos de desesperación la persona usuaria que requisita el formulario.
35	FRECUENCIA	La frecuencia en que tiene pensamientos de apatía la persona usuaria que requisita el formulario.

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
36	FRECUENCIA	La frecuencia en que tiene ideas suicidas la persona usuaria que requisita el formulario.
37	CONSUME TABACO, ALCOHOL O DROGAS	Marcar SÍ, en caso de que la persona que llena el formulario consume tabaco, alcohol o drogas. Marcar NO, en caso de que la persona usuaria que requisita el formulario no consume tabaco, alcohol ni drogas.
38	CUÁL Y CON CUÁNTA FRECUENCIA	El tipo de tabaco, alcohol y/o drogas que consume la persona usuaria que requisita el formulario, y cada cuándo o en qué circunstancias lo hace.
39	EL TIPO DE RELACIÓN QUE TIENE O TUVO CON SU PAPÁ Y MAMÁ	Describir la relación de la persona usuaria que requisita el formulario con su madre y con su padre.
40	NÚMERO DE HERMANOS Y HERMANAS	La cantidad de hermanos y hermanas que tiene la persona usuaria que requisita el formulario.
41	LUGAR QUE USTED OCUPA	El lugar que ocupa la persona usuaria que requisita el formulario entre sus hermanos y hermanas.
42	TIPO DE RELACIÓN CON SUS HERMANOS Y/O HERMANAS	Describir la relación que tiene la persona usuaria que requisita el formulario con cada uno de sus hermanas y/o hermanos.
43	NOMBRE DE LA CONTRAPARTE EN EL JUICIO	El nombre completo de quien es la contra parte de la persona usuaria que requisita el formulario, en el juicio motivo de la evaluación psicológica.

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
44	TIPO DE JUICIO	El tipo de juicio motivo de la evaluación psicológica de la persona usuaria que requisita el formulario.
45	AUTORIDAD ORDENADORA	El número de juzgado o sala que ordenó la evaluación psicológica a la persona usuaria que requisita el formulario.
46	NÚMERO DE EXPEDIENTE O TOCA	El número de expediente o toca otorgado en el juzgado o sala del proceso judicial de la persona usuaria que requisita el formulario.
47	DURACIÓN	La fecha de inicio y fin o el tiempo que duró la relación de noviazgo entre la persona usuaria que requisita el formulario y la ex pareja con quien se lleva el litigio.
48	DESCRIPCIÓN DE LA RELACIÓN DE NOVIAZGO	La descripción de la relación de noviazgo que hubo entre la persona usuaria que requisita el formulario y su ex pareja con quien se lleva el litigio.
49	UNIÓN	Marcar el tipo de unión que tuvo la persona que realiza el formulario con su ex pareja con quien se lleva el litigio.
50	DURACIÓN	El tiempo que se mantuvo en la relación marcada anteriormente entre la persona usuaria que requisita el formulario y la contra parte del juicio motivo de la evaluación psicológica.
51	NOMBRE	El nombre completo de cada una de las hijas e hijos que tuvo la persona usuaria que requisita el formulario con la ex pareja con quien se lleva el litigio.

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
52	FECHA DE NACIMIENTO	La fecha de nacimiento de cada una de las hijas e hijos que tuvo la persona usuaria que requisita el formulario con la ex pareja, con quien se lleva el litigio.
53	EDAD	La edad de cada una de las hijas e hijos que tuvo la persona usuaria que requisita el formulario con la ex pareja con quien se lleva el litigio.
54	DESCRIPCIÓN DE LA RELACIÓN DE PAREJA	La descripción de pareja que tuvo la persona usuaria que requisita el formulario con la ex pareja con quien se lleva el litigio.
55	FECHA	La fecha en que se dio la separación definitiva de la persona usuaria que requisita el formulario y la ex pareja con quien tiene el litigio.
56	DESCRIPCIÓN DE LA SEPARACIÓN DEFINITIVA	Describir las circunstancias de la separación definitiva de la persona que realiza el formulario y la ex pareja con quien tiene el litigio.
57	FECHA DE INICIO DEL PROCESO JURÍDICO	La fecha exacta o aproximada del inicio del proceso jurídico entre la persona usuaria que requisita el formulario y la ex pareja con quien tiene el litigio.
58	QUIEN INICIÓ EL PROCESO, EL MOTIVO Y QUÉ ES LO QUE SE PRETENDE	El nombre de la persona que inició el proceso jurídico en el que está inmersa la persona usuaria que requisita el formulario, cuáles fueron sus motivos y para qué lo inició.

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
59	SI SU HIJA (S) O HIJO (S) TIENE CONOCIMIENTO DEL PROCESO JUDICIAL, CÓMO SE LE HA INFORMADO	Señalar si la o el hijo de la persona usuaria que requisita el formulario está enterada o enterado del proceso judicial y cómo se le hizo saber.
60	EXISTENCIA DE ACUERDOS	Marcar SÍ, en caso de que la persona que realiza el formulario y la ex pareja con quien está en el litigio hayan establecido acuerdos para concluir el proceso. Marcar NO, en caso de que la persona que realiza el formulario y la ex pareja con quien está en el litigio jamás hayan establecido acuerdos para concluir el proceso.
61	CUÁLES	Los acuerdos que ha establecido la persona usuaria que requisita el formulario y la ex pareja con quien está en el litigio.
62	SE HAN CUMPLIDO	Marcar SÍ, en caso de que los acuerdos establecidos entre la persona que realiza el formulario y la ex pareja con quien está en el litigio se hayan cumplido. Marcar NO, en caso de que los acuerdos establecidos entre la persona que realiza el formulario y la ex pareja con quien está en el litigio no se hayan cumplido.
63	CAUSAS	Las causas por las que sí o no se han cumplido los acuerdos establecidos entre la persona usuaria que requisita el formulario y la persona con quien está en el litigio.
64	GUARDA Y CUSTODIO A FAVOR	El nombre o parentesco de la persona usuaria que tiene decretada la guarda y custodia de cada una de las hijas e hijos inmersos en el litigio.

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
65	MONTO DE PENSIÓN ALIMENTCIA	La cantidad mensual o quincenal que le otorgan a la persona que realiza el formulario o que ella otorga a quien tiene la guarda y custodia de las y los hijos, por concepto de pensión alimenticia.
66	REGIMEN DE VISITAS Y CONVIVENCIAS	El nombre o el parentesco de la persona que tiene decretado un régimen visitas y convivencias con cada uno de las o los hijos involucrados en el litigio.
67	HORARIOS	Los días y horarios en que se lleva o se deberían llevar a cabo las visitas y convivencias de la madre o padre no custodio con cada uno de las o los hijos involucrados en el litigio.
68	SE CUMPLE	Si se cumple o no el régimen de visitas y convivencias con cada uno de las o los hijos involucrados en el litigio y el padre o madre no custodio.
69	OTROS PROCESOS JURÍDICOS	Si existen otros procesos jurídicos familiares y/o penales y cuáles son, en los que estén inmersos tanto la persona usuaria que requisita el formulario y la ex pareja con quien se lleva el litigio.
70	ESTILO DE CRIANZA QUE EMPLEA CON SU HIJA (S) O HIJO (S)	Describir cómo establece la disciplina con las y los hijos involucrados en el proceso jurídico.
71	TIPO DE RELACIÓN QUE TIENE CON SU HIJA(S) O HIJO(S) EN LA ACTUALIDAD	Describir cómo considera que es la relación con cada uno de sus hijas e hijos involucrados en el litigio.

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
72	DESCRIBA LA INTERVENCIÓN DE OTROS FAMILIARES Y/O NUEVA PAREJA EN EL CUIDADO DE SU HIJA(S) O HIJO (S)	Describir cuál es tipo de intervención que tienen otros familiares, como pueden ser abuelos, abuelas, tíos, tías, primos, primas y/o la nueva pareja de la persona usuaria que realiza el formularios en la educación y crianza de las y los hijos involucrados en el litigio.
73	NOMBRE DE LA PERSONA QUE CUIDA A SU HIJA (S) O HIJO (S) CUANDO USTED SALE A TRABAJAR O REALIZA OTRAS ACTIVIDADES, ASÍ COMO DESCRIBA EL TIPO DE LA RELACIÓN CON ESA O ESAS PERSONAS	El nombre o parentesco de la persona que cuida a las hijas e hijos de la persona usuaria que realiza los formularios cuando sale a trabajar o cuando lo requiere, y describir cómo es la relación que tiene con cada una de dichas personas.
74	TIPO DE RELACIÓN ENTRE USTED Y EL PADRE O MADRE DE SU HIJA (S) O HIJO (S), ANTES Y DESPUÉS DE LA SEPARACIÓN	Describir cómo considera la persona usuaria que requisita el formulario, que fue y es la relación entre ella y el padre o madre de sus hijas e hijos involucrados en el litigio, antes y después de la separación.
75	TIPO DE RELACIÓN DE SUS HIJAS E HIJOS CON EL OTRO PADRE/MADRE	Describir cómo considera la persona usuaria que requisita el formulario, que es la relación entre cada una de las hijas y/o hijos, tanto antes como después de la separación con el otro padre o madre.

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
	ANTES Y DESPUÉS DE LA SEPARACIÓN	
76	NOMBRE Y FIRMA	El nombre y firma de la persona que realiza el formulario.

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

Subdirección de Evaluación Psicológica.

ANTECEDENTES NIÑA, NIÑO Y ADOLESCENTE

FECHA: DÍA_____ MES_____ AÑO_____.

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:	
RELIGIÓN:	
ESCOLARIDAD:	
ALCALDÍA O MUNICIPIO:	

2. DATOS CLÍNICOS DE LA NIÑA, NIÑO O ADOLESCENTE.			
HA SIDO EVALUADO(A) PSICOLÓGICAMENTE:	**SÍ**	**NO**	Fecha de la evaluación: Lugar:
HA TOMADO TERAPÍA PSICOLÓGICA:	**SÍ**	**NO**	Período de la terapia: Causa: Lugar:
HA SIDO VALORADO(A) POR MÉDICO PSIQUIATRA:	**SÍ**	**NO**	Fecha de valoración: Lugar: Diagnóstico: Medicamentos prescritos: Frecuencia de la toma del medicamento:
PRESENTA ALGUNA ENFERMEDAD CRÓNICO-DEGENERATIVA:	**SÍ**	**NO**	Diagnóstico: Fecha del diagnóstico: Medicamentos prescritos: Frecuencia de la toma del medicamento:
CONSUME TABACO, ALCOHOL O DROGAS:	**SÍ**	**NO**	¿Cuál y con qué frecuencia?

3. HISTORIA DEL DESARROLLO DE LA NIÑA, NIÑO O ADOLESCENTE.
LA EXISTENCIA DE ALGÚN EVENTO DE IMPORTANCIA QUE AFECTÓ O AFECTE EL DESARROLLO NORMAL DE SU HIJA O HIJO, DURANTE LOS PERIODOS PRE, PERI Y POST NATAL, EN ÁREAS MOTRIZ, LENGUAJE, ALIMENTACIÓN Y CONTROL DE ESFÍNTERES O CUALQUIER OTRA.

DEIP-SE-02

LA CALIDAD DE SUEÑO 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 RELACIÓN Y ESTILO DE CRIANZA ENTRE SU HIJA O HIJO CON LA O EL OTRO PROGENITOR ANTES Y DESPUÉS DE LA SEPARACIÓN.
EL RENDIMIENTO ESCOLAR DE SU HIJA O HIJO ANTES Y DESPUÉS DE LA SEPARACIÓN DE LOS PROGENITORES.

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

NOMBRE DE QUIEN LLENA EL FORMULARIO: _____

PARENTESCO CON LA NIÑA, NIÑO O ADOLESCENTE: _____

_____

FIRMA

AVISO DE PRIVACIDAD SIMPLIFICADO

El Tribunal Superior de Justicia de la Ciudad de México, a través de la **Coordinación de Intervención Especializada para Apoyo Judicial** es el Responsable del tratamiento de los datos personales que nos proporcione, los cuales serán protegidos en el Sistema de Datos Personales denominado ***"Sistema de Evaluación Psicológica SIEP"***.

Los datos personales que recabemos serán utilizados con la finalidad de integrar un expediente para la realización de la oportuna prestación de los servicios de esta área, que consisten en la aplicación de las evaluaciones psicológicas en cumplimiento a los ordenamientos de las autoridades jurisdiccionales que correspondan, para aportar de forma integral elementos de convicción en la toma de decisiones en el ámbito jurisdiccional. Y podrán ser transferidos a las Autoridades Jurisdiccionales Federales (Juzgados de Distrito y Tribunales Colegiados de Circuito) y Locales en materia Familiar, Penal, Civil, Justicia para Adolescentes, Medidas Cautelares y Ejecución de Sentencias, Autoridades Jurisdiccionales de las Entidades Federativas, Consejo de la Judicatura de la Ciudad de México, Contraloría del Tribunal Superior de Justicia de la Ciudad de México, Órganos Garantes de la Tutela de Derechos Humanos, Instituto de Transparencia, Acceso a la Información Pública, Protección de Datos Personales y Rendición de Cuentas de la Ciudad de México y a la Fiscalía General de Justicia de la Ciudad de México, para el ejercicio de sus funciones y facultades, por lo que no requeriremos su consentimiento, lo anterior en apego a las excepciones previstas en los artículos 16 y 64 de la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados de la Ciudad de México.

Usted podrá manifestar la negativa al tratamiento de sus datos personales directamente ante Unidad de Transparencia del Tribunal Superior de Justicia de la Ciudad de México, ubicada en calle Río Lerma, número 62, Piso 7, colonia Cuauhtémoc, alcaldía Cuauhtémoc, Código Postal 06500, Ciudad de México, Ciudad de México, con número, telefónico conmutador 5591564997 extensiones 111105 y 111107.

Para conocer el Aviso de Privacidad Integral puede acudir directamente a la Unidad de Transparencia o consultarlo en la siguiente liga electrónica:http://www.poderjudicialcdmx.gob.mx/otros/descarga.php?arv=UT/API/AVISO_PRIVACIDAD_INTEGRAL_EVALUACION_PSICOLOGICA.pdf

DEIP-SE-02

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

Subdirección de Evaluación Psicológica.

ANTECEDENTES NIÑA, NIÑO Y ADOLESCENTE

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

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:	**(4)**
EDAD:	**(5)**
FECHA DE NACIMIENTO:	**(6)**
NACIONALIDAD:	**(7)**
RELIGIÓN:	**(8)**
ESCOLARIDAD:	**(9)**
ALCALDÍA O MUNICIPIO:	**(10)**

2. DATOS CLÍNICOS DE LA NIÑA, NIÑO O ADOLESCENTE.			
HA SIDO EVALUADO(A) PSICOLÓGICAMENTE: **(11)**	SI	NO	Fecha de la evaluación: **(12)** Lugar: **(13)**
HA TOMADO TERAPIA PSICOLÓGICA: **(14)**	SI	NO	Período de la terapia: **(15)** Causa: **(16)** Lugar: **(17)**
HA SIDO VALORADO(A) POR MÉDICO PSIQUIATRA: **(18)**	SI	NO	Fecha de valoración: **(19)** Lugar: **(20)** Diagnóstico: **(21)** Medicamentos prescritos: **(22)** Frecuencia de la toma del medicamento: **(23)**
PRESENTA ALGUNA ENFERMEDAD CRÓNICO-DEGENERATIVA: **(24)**	SI	NO	Diagnóstico: **(25)** Fecha del diagnóstico: **(26)** Medicamentos prescritos: **(27)** Frecuencia de la toma del medicamento: **(28)**
CONSUME TABACO, ALCOHOL O DROGAS: **(29)**	SI	NO	¿Cuál y con qué frecuencia? **(30)**

3. HISTORIA DEL DESARROLLO DE LA NIÑA, NIÑO O ADOLESCENTE.
LA EXISTENCIA DE ALGÚN EVENTO DE IMPORTANCIA QUE AFECTÓ O AFECTE EL DESARROLLO NORMAL DE SU HIJA O HIJO, DURANTE LOS PERIODOS PRE, PERI Y POST NATAL, EN ÁREAS MOTRIZ, LENGUAJE, ALIMENTACIÓN Y CONTROL DE ESFÍNTERES O CUALQUIER OTRA. **(31)**

DEIP-SE-02

LA CALIDAD DE SUEÑO O PROBLEMAS RELACIONADOS CON TERRORES NOCTURNOS, SONAMBULISMO, INSOMNIO, ETC. **(32)**

4. DINÁMICA DE LA NIÑA, NIÑO O ADOLESCENTE.
DESCRIBA TEMPERAMENTO, INTERESES, FORTALEZAS, DEBILIDADES, ETC. DE SU HIJA O HIJO. **(33)**
LA MANERA EN QUE SU HIJA O HIJO EXPRESA SUS EMOCIONES O PENSAMIENTOS. **(34)**
LA MANERA DE REACCIONAR QUE PRESENTA SU HIJA O HIJO ANTE SITUACIONES QUE LE PROVOCAN TRISTEZA, ENOJO, CULPA, MIEDO. **(35)**
LA RELACIÓN Y ESTILO DE CRIANZA ENTRE SU HIJA O HIJO CON LA O EL OTRO PROGENITOR ANTES Y DESPUÉS DE LA SEPARACIÓN. **(36)**
EL RENDIMIENTO ESCOLAR DE SU HIJA O HIJO ANTES Y DESPUÉS DE LA SEPARACIÓN DE LOS PROGENITORES. **(37)**

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

Subdirección de Evaluación Psicológica.

LA RELACIÓN DE SU HIJA O HIJO CON SUS HERMANOS O HERMANAS. **(38)**
RELACIONES SOCIALES DE SU HIJA O HIJO. **(39)**

NOMBRE DE QUIEN LLENA EL FORMULARIO: _____(40)_____

PARENTESCO CON LA NIÑA, NIÑO O ADOLESCENTE: _____(41)_____

_____(42)_____

FIRMA

AVISO DE PRIVACIDAD SIMPLIFICADO

El Tribunal Superior de Justicia de la Ciudad de México, a través de la **Coordinación de Intervención Especializada para Apoyo Judicial** es el Responsable del tratamiento de los datos personales que nos proporcione, los cuales serán protegidos en el Sistema de Datos Personales denominado ***"Sistema de Evaluación Psicológica SIEP"***.

Los datos personales que recabemos serán utilizados con la finalidad de integrar un expediente para la realización de la oportuna prestación de los servicios de esta área, que consisten en la aplicación de las evaluaciones psicológicas en cumplimiento a los ordenamientos de las autoridades jurisdiccionales que correspondan, para aportar de forma integral elementos de convicción en la toma de decisiones en el ámbito jurisdiccional. Y podrán ser transferidos a las Autoridades Jurisdiccionales Federales (Juzgados de Distrito y Tribunales Colegiados de Circuito) y Locales en materia Familiar, Penal, Civil, Justicia para Adolescentes, Medidas Cautelares y Ejecución de Sentencias, Autoridades Jurisdiccionales de las Entidades Federativas, Consejo de la Judicatura de la Ciudad de México, Contraloría del Tribunal Superior de Justicia de la Ciudad de México, Órganos Garantes de la Tutela de Derechos Humanos, Instituto de Transparencia, Acceso a la Información Pública, Protección de Datos Personales y Rendición de Cuentas de la Ciudad de México y a la Fiscalía General de Justicia de la Ciudad de México, para el ejercicio de sus funciones y facultades, por lo que no requeriremos su consentimiento, lo anterior en apego a las excepciones previstas en los artículos 16 y 64 de la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados de la Ciudad de México.

Usted podrá manifestar la negativa al tratamiento de sus datos personales directamente ante Unidad de Transparencia del Tribunal Superior de Justicia de la Ciudad de México, ubicada en calle Río Lerma, número 62, Piso 7, colonia Cuauhtémoc, alcaldía Cuauhtémoc, Código Postal 06500, Ciudad de México, Ciudad de México, con número, telefónico conmutador 5591564997 extensiones 111105 y 111107.

Para conocer el Aviso de Privacidad Integral puede acudir directamente a la Unidad de Transparencia o consultarlo en la siguiente liga electrónica:http://www.poderjudicialcdmx.gob.mx/otros/descarga.php?arv=UT/API/AVISO_PRIVACIDAD_INTEGRAL_EVALUACION_PSICOLOGICA.pdf

DEIP-SE-02

DESCRIPCIÓN DEL FORMATO

Nombre:	**ANTECEDENTES NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES**
Clave:	**DEIP-SE-02**
Objetivo:	Conocer antecedentes de la niña, niño o adolescente para establecer la metodología a aplicar.
Elabora:	Subdirección de Evaluación Psicológica.
Número de tantos:	Original.
Distribución:	Original. – Para el expediente.

INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
1	DÍA	El día en que se realiza el formulario.
2	MES	El mes en que se realiza el formulario.
3	AÑO	El año en que se realiza el formulario.
4	NOMBRE	El nombre de la niña, niño o adolescente a evaluar psicológicamente.
5	EDAD	La edad de la niña, niño o adolescente a evaluar psicológicamente.
6	FECHA DE NACIMIENTO	La fecha de nacimiento de la niña, niño o adolescente a evaluar psicológicamente.
7	NACIONALIDAD	La nacionalidad de la niña, niño o adolescente a evaluar psicológicamente.
8	RELIGIÓN	La religión de la niña, niño o adolescente a evaluar psicológicamente.
9	ESCOLARIDAD	El grado escolar actual de la niña, niño o adolescente a evaluar psicológicamente.
10	ALCALDÍA O MUNICIPIO	La alcaldía o municipio en la que vive la niña, niño o adolescente a evaluar.
11	HA SIDO EVALUADO PSICOLÓGICAMENTE	Marcar SÍ, en caso de que la niña, niño o adolescente haya sido evaluado psicológicamente al menos una vez. Debe marcar

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
		NO, en caso de que la niña, niño o adolescente nunca haya sido evaluado psicológicamente.
12	FECHA DE EVALUACIÓN	La(s) fecha(s) en que le fue practicada la(s) evaluación(es) psicológica(s) a la niña, niño o adolescente.
13	LUGAR DE EVALUACIÓN	La institución, centro o dependencia de gobierno, en que le fue practicada la(s) evaluación(es) psicológica(s) a la niña, niño o adolescente.
14	HA TOMADO TERAPÍA PSICOLÓGICA	Marcar SÍ, en caso de que la niña, niño o adolescente al menos una vez haya acudido a terapia psicológica. Marcar NO, en caso de que la niña, niño o adolescente no haya asistido a terapia psicológica.
15	PERIODO DE LA TERAPÍA	La fecha de inicio y de termino, o duración del proceso terapéutico al que acudió la niña, niño o adolescente.
16	CAUSA	El o los motivos por los que a la niña, niño o adolescente haya acudido a terapia psicológica.
17	LUGAR	El nombre del centro, institución o dependencia de gobierno a la que acudió a terapia psicológica la niña, niño o adolescente.
18	HA SIDO VALORADO POR MÉDICO PSIQUIATRA	Marcar SÍ, en caso de que se le haya practicado alguna evaluación psiquiátrica a la niña, niño o adolescente. Marcar NO, en caso de que nunca le hayan practicado una evaluación psiquiátrica.
19	FECHA DE VALORACIÓN	La(s) fecha(s) en que le fue practicada la(s) evaluación(es) psiquiátrica(s) a la niña, niño o adolescente.

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
20	LUGAR	La institución, centro o dependencia de gobierno, en que le fue practicada la(s) evaluación(es) psiquiátrica(s) a la niña, niño o adolescente.
21	DIAGNÓSTICO	El diagnostico resultante de la valoración psiquiátrica que le hayan realizado a la niña, niño o adolescente.
22	MEDICAMENTOS PRESCRITOS	El o los medicamentos que le hayan prescrito a partir de la valoración psiquiátrica realizada a la niña, niño o adolescente.
23	FRECUENCIA DE LA TOMA DE MEDICAMENTO	Los días y horarios en que debe tomar cada uno de los medicamentos prescritos para el control de la enfermedad psiquiátrica diagnosticada a la niña, niño o adolescente.
24	PRESENTA ALGUNA ENFERMEDAD CRÓNICA-DEGENARATIVA	Marcar SÍ, en caso de que tenga diagnóstico de alguna enfermedad crónico-degenerativa la niña, niño o adolescente. Marcar NO, si no ha sido diagnosticado o desconoce si tiene alguna enfermedad crónico-degenerativa de la niña, niño o adolescente.
25	DIAGNÓSTICO	Las enfermedades crónicas-degenerativas que le fueron diagnosticadas por un médico a la niña, niño o adolescente.
26	FECHA DEL DIAGNÓSTICO	La fecha o la temporalidad que lleva la niña, niño o adolescente con el diagnóstico de la enfermedad crónico-degenerativa.
27	MEDICAMENTOS PRESCRITOS	El o los medicamentos que hayan sido prescritos por el médico como tratamiento de la enfermedad crónico-degenerativa diagnosticada a la niña, niño o adolescente.

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
28	FRECUENCIA DE LA TOMA DEL MEDICAMENTO	Los días y horarios en que debe tomar la niña, niño o adolescente cada uno de los medicamentos prescritos para el control de la enfermedad crónico degenerativa diagnosticada.
29	CONSUME TABACO, ALCOHOL O DROGAS	Marcar SÍ, en caso de que la niña, niño o adolescente consuma tabaco, alcohol o drogas. Marcar NO, en caso de que la niña, niño o adolescente no consume tabaco, alcohol ni drogas.
30	CUÁL Y CON CUÁNTA FRECUENCIA	Si la niña, niño o adolescente consume tabaco, alcohol y/o drogas, qué tipo, cada cuándo lo hace o en qué circunstancias.
31	LA EXISTENCIA DE ALGÚN 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, ALIMENTACIÓN Y CONTROL DE ESFÍNTERES O CUALQUIER OTRA	Describir de manera breve aquellos eventos importantes que afectan o afectaron el desarrollo de la niña, niño o adolescente a evaluar.
32	LA CALIDAD DE SUEÑO O PROBLEMAS RELACIONADOS CON	Describir de manera breve la calidad de sueño o si existen problemas relacionados con este, en la niña, niño o adolescente a evaluar.

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
	TERRORES NOCTURNOS, SONAMBULISMOS, INSOMNIO, ETC.	
33	DESCRIBA TEMPERAMENTO, INTERESES, FORTALEZAS, DEBILIDADES, ETC, DE SU HIJA O HIJO	Describir de manera breve aquellos aspectos relacionados con cada uno de los rubros que se mencionan de la niña, niño o adolescente a evaluar.
34	LA MANERA EN QUE SU HIJA O HIJO EXPRESA SUS EMOCIONES O PENSAMIENTOS	Describir de manera breve las emociones o pensamientos que la niña, niño o adolescente.
35	LA MANERA DE REACCIONAR QUE PRESENTA SU HIJA O HIJO ANTE SITUACIONES QUE LE PROVOCAN TRISTEZA, ENOJO, CULPA, MIEDO	Describir de manera breve cada una de los comportamientos que presenta la niña, niño o adolescente ante cada una de las emociones que se mencionan.
36	LA RELACIÓN Y ESTILO DE CRIANZA ENTRE SU HIJA O HIJO CON EL OTRO PROGENITOR	Describir como considera que es la relación y el estilo de crianza que tiene el otro progenitor con la niña, niño o adolescente, antes y después de la separación.

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
	ANTES Y DESPUÉS DE LA SEPARACIÓN	
37	EL RENDIMIENTO ESCOLAR DE SU HIJA O HIJO ANTES Y DESPUÉS DE LA SEPARACIÓN DE LOS PROGENITORES	Describir como considera la persona que realiza el formulario, que fue y es el rendimiento escolar de la niña, niño o adolescente, antes y después de la separación.
38	LA RELACIÓN DE SU HIJA O HIJO CON SUS HERMANOS O HERMANAS	Describir cómo considera que es la relación que la niña, niño o adolescente tiene con cada uno de sus hermanas y/o hermanos.
39	RELACIONES SOCIALES DE SU HIJA O HIJO	Describir cómo considera que es la relación que la niña, niño o adolescente tiene con sus amistades.
40	NOMBRE DE QUIEN LLENA EL FORMULARIO	El nombre completo de la persona usuaria que requisita el formulario.
41	PARENTESCO CON LA NIÑA, NIÑO O ADOLESCENTE	El parentesco de la persona usuaria que requisita el formulario con la niña, niño o adolescente a evaluar.
42	FIRMA	Firma de la persona usuaria que requisita el formulario con la niña, niño o adolescente a evaluar.

Subdirección de Evaluación Psicológica.

CITA DE EVALUACIÓN PSICOLÓGICA ADULTOS

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,_____.

Es importante informar que la o el evaluado debe contemplar que el horario de evaluación será aproximadamente de 4 a 6 horas en el caso de adultos, tiempo en el que se espera aplicar las metodología necesarias para el caso en particular, sin embargo, de manera excepcional por cuestiones relacionadas con la ejecución y ritmo individual de la o el evaluado no concluyera la evaluación, el o la especialista asignado(a) al caso, de acuerdo a las cargas de trabajo, podrá ampliar el tiempo de la misma y citarlo(a) nuevamente.

FIRMA. _____

COPIA EXPEDIENTE.

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,_____.

Es importante informar que la o el evaluado debe contemplar que el horario de evaluación será aproximadamente de 4 a 6 horas en el caso de adultos, tiempo en el que se espera aplicar las metodología necesarias para el caso en particular, sin embargo, de manera excepcional por cuestiones relacionadas con la ejecución y ritmo individual de la o el evaluado no concluyera la evaluación, el o la especialista asignado al caso, de acuerdo a las cargas de trabajo, podrá ampliar el tiempo de la misma y citarlo nuevamente.

COPIA PERSONA USUARIO(A).

DEIP-SE-03

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

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

Subdirección de Evaluación Psicológica.

CITA DE EVALUACIÓN PSICOLÓGICA ADULTOS

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)_____.

Es importante informar que la o el evaluado debe contemplar que el horario de evaluación será aproximadamente de 4 a 6 horas en el caso de adultos, tiempo en el que se espera aplicar las metodología necesarias para el caso en particular, sin embargo, de manera excepcional por cuestiones relacionadas con la ejecución y ritmo individual de la o el evaluado no concluyera la evaluación, el o la especialista asignado(A) al caso, de acuerdo a las cargas de trabajo, podrá ampliar el tiempo de la misma y citarlo(a) nuevamente.

FIRMA. _____(7)_____

COPIA EXPEDIENTE.

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,_____.

Es importante informar que la o el evaluado debe contemplar que el horario de evaluación será aproximadamente de 4 a 6 horas en el caso de adultos, tiempo en el que se espera aplicar las metodología necesarias para el caso en particular, sin embargo, de manera excepcional por cuestiones relacionadas con la ejecución y ritmo individual de la o el evaluado no concluyera la evaluación, el o la especialista asignado al caso, de acuerdo a las cargas de trabajo, podrá ampliar el tiempo de la misma y citarlo nuevamente.

COPIA PERSONA USUARIA.

DEIP-SE-03

DESCRIPCIÓN DEL FORMATO

Nombre:	**CITA DE EVALUACIÓN PSICOLÓGICA ADULTOS**
Clave:	**DEIP-SE-03**
Objetivo:	Que la persona usuaria quede enterada de la fecha y hora, en que se llevará a cabo su evaluación psicológica.
Elabora:	Subdirección de Evaluación Psicológica.
Número de tantos:	Original y copia.
Distribución:	Original. – Para el expediente. Copia. – Para la persona usuaria.

INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
1	FECHA	La fecha completa: día, mes y año, en que se entrega el formato.
2	PERSONA USUARIA	El nombre de la persona usuaria a la que se le entrega la cita de evaluación psicológica.
3	AUTORIDAD JURISDICCIONAL	El numeral del juzgado o sala que ordenó la evaluación psicológica.
4	FECHA DE EVALUACIÓN PSICOLÓGICA	La fecha en la que se realizará la fecha de evaluación psicológica.
5	HORA	La hora en la que se realizará la evaluación psicológica.
6	PSICÓLOGA O PSICOLÓGO DESIGNADO	El nombre de la Psicóloga o Psicólogo designado para realizar la evaluación psicológica.
7	FIRMA	Firma de la persona usuaria que recibe la cita.

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

Subdirección de Evaluación Psicológica.

CITA DE EVALUACIÓN PSICOLÓGICA NIÑA, NIÑO O ADOLESCENTE

Ciudad de México a _____.

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

A la evaluación la niña, niño o adolescente debe ser presentado por la persona que detente su guarda y custodia, ya sea definitiva o provisional, o en su caso por quien Usía autorice para tal efecto, dicha persona habrá de presentarse con su identificación oficial vigente y con la identificación de la niña, niña o adolescente (credencial con fotografía de escuela u otra institución reconocida). El horario de evaluación será aproximadamente de 2 a 4 horas, tiempo en el que se espera aplicar la metodología necesaria, sin embargo, de manera excepcional por cuestiones relacionadas con la ejecución y ritmo individual, se podrá ampliar el tiempo de la misma y citarlo nuevamente.

FIRMA_____

ORIGINAL PARA EXPEDIENTE.

CITA DE EVALUACIÓN PSICOLÓGICA NIÑA, NIÑO O ADOLESCENTE

Ciudad de México a _____.

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

A la evaluación la niña, niño o adolescente debe ser presentado por la persona que detente su guarda y custodia, ya sea definitiva o provisional, o en su caso por quien Usía autorice para tal efecto, dicha persona habrá de presentarse con su identificación oficial vigente y con la identificación de la niña, niña o adolescente (credencial con fotografía de escuela u otra institución reconocida). El horario de evaluación será aproximadamente de 2 a 4 horas, tiempo en el que se espera aplicar la metodología necesaria, sin embargo, de manera excepcional por cuestiones relacionadas con la ejecución y ritmo individual, se podrá ampliar el tiempo de la misma y citarlo nuevamente.

COPIA PARA LA PERSONA USUARIA.

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

Subdirección de Evaluación Psicológica.

CITA DE EVALUACIÓN PSICOLÓGICA NIÑA, NIÑO O ADOLESCENTE

Ciudad de México a _____(1)_____.

Yo _____**(2)**_____ quedo enterado (a) de la cita para realizar la evaluación psicológica de mi hijo (a) _____**(3)**_____, ordenada por el o la _____**(4)**_____, de esta Ciudad, por lo que me comprometo a presentarlo (a), con una identificación oficial, de manera puntual el día _____**(5)**_____, a las ____**(6)**____ horas, en esta misma área de apoyo judicial, con el (la) Especialista en Psicología _____**(7)**_____.

A la evaluación la niña, niño o adolescente debe ser presentado por la persona que detente su guarda y custodia, ya sea definitiva o provisional, o en su caso por quien Usía autorice para tal efecto, dicha persona habrá de presentarse con su identificación oficial vigente y con la identificación de la niña, niña o adolescente (credencial con fotografía de escuela u otra institución reconocida). El horario de evaluación será aproximadamente de 2 a 4 horas, tiempo en el que se espera aplicar la metodología necesaria, sin embargo, de manera excepcional por cuestiones relacionadas con la ejecución y ritmo individual, se podrá ampliar el tiempo de la misma y citarlo nuevamente.

FIRMA_____**(8)**_____

ORIGINAL PARA EXPEDIENTE.

CITA DE EVALUACIÓN PSICOLÓGICA NIÑA, NIÑO O ADOLESCENTE

Ciudad de México a _____.

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

A la evaluación la niña, niño o adolescente debe ser presentado por la persona que detente su guarda y custodia, ya sea definitiva o provisional, o en su caso por quien Usía autorice para tal efecto, dicha persona habrá de presentarse con su identificación oficial vigente y con la identificación de la niña, niña o adolescente (credencial con fotografía de escuela u otra institución reconocida). El horario de evaluación será aproximadamente de 2 a 4 horas, tiempo en el que se espera aplicar la metodología necesaria, sin embargo, de manera excepcional por cuestiones relacionadas con la ejecución y ritmo individual, se podrá ampliar el tiempo de la misma y citarlo nuevamente.

COPIA PARA LA PERSONA USUARIA.

DEIP-SE-04

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

DESCRIPCIÓN DEL FORMATO

Nombre:	**CITA DE EVALUACIÓN PSICOLÓGICA NIÑA, NIÑO O ADOLESCENTE**
Clave:	**DEIP-SE-04**
Objetivo:	Que la persona usuaria quede enterada de la fecha y hora en que deberá presentar a la niña, niño o adolescente a su evaluación psicológica.
Elabora:	Subdirección de Evaluación Psicológica.
Número de tantos:	Original y copia.
Distribución:	Original. - Para el expediente. Copia. - Para la persona usuaria.

INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
1	FECHA	La fecha completa: día, mes y año, en que se entrega el citatorio.
2	PERSONA USUARIA	El nombre de la persona usuaria a la que se le entrega la cita y quien deberá a presentar a la niña, niño o adolescente a la evaluación psicológica.
3	NOMBRE DE LA NIÑA, NIÑO O ADOLESCENTE	El nombre de la niña, niño o adolescente que fue requerida para evaluar psicológicamente.
4	ÓRGANO JURISDICCIONAL	El numeral del juzgado o sala que ordenó la evaluación psicológica.
5	FECHA DE EVALUACIÓN PSICOLÓGICA	La fecha en la que se realizará la fecha de evaluación psicológica.
6	HORA	La hora en la que se realizará la evaluación psicológica.
7	PSICÓLOGA O PSICÓLOGO DESIGNADO	El nombre de la Psicóloga o Psicóloga designado para realizar la evaluación psicológica.
8	FIRMA	Firma de la persona que recibe la cita.

Procedimiento: CIEAJ-002	Atender las solicitudes de evaluación psicológica con costo en materia Familiar y Civil.
Objetivo general:	Atender las solicitudes de evaluación psicológica requeridas por las Autoridades 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 costo, se realizarán conforme a los “Lineamientos para el Desarrollo y Aplicación de Evaluaciones Psicológicas, 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 las Autoridades 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 verificará que, las solicitudes de evaluaciones psicológicas con costo, en materia Familiar y Civil, tengan adjunto oficio u auto mediante el cual se indique que la evaluación psicológica fue ofrecida por alguna de las partes del juicio y precise a la o a las personas que deberán ser evaluadas; de lo contrario se solicitará la aclaración correspondiente mediante oficio, para estar en posibilidad de dar trámite.

4. En los casos en que, las solicitudes de evaluación psicológica con costo contengan los datos del juicio confusos o no coincidan, como podrían ser: el número de expediente, tipo de juicio, etc., se le pedirá a la Autoridad Jurisdiccional la aclaración correspondiente.

5. En las solicitudes de evaluaciones psicológicas con costo, que no se envíen los datos requeridos para evaluar o que la Autoridad Jurisdiccional no realice las

aclaraciones necesarias después de un año, se darán por canceladas, y en caso de requerirlos nuevamente la Autoridad Jurisdiccional deberá solicitarlo.

6. Cuando sean requeridas evaluaciones psicológicas de niñas, niños y/o adolescentes, o personas con alguna discapacidad (dependiendo del caso), se hará la petición a la Autoridad Jurisdiccional del nombre de la persona que detente su guarda y custodia, o se le haya otorgado los cuidados y atenciones, aclarando que, éste dato no es indispensable para dar trámite a la solicitud.

7. A las Autoridades Jurisdiccionales en materia Familiar y Civil que requieran el servicio de evaluación psicológica con costo y derivado de éste, la terapia necesaria, se les hará de su conocimiento que primero se realizará la(s) evaluación(es) psicológica(s) y con base en los resultados de ésta(s), se sugerirá la conveniencia e institución para terapia psicológica. En los casos en que la Autoridad Jurisdiccional considere que esta terapia debe llevarse a cabo en la Coordinación de Intervención Especializada para Apoyo Judicial, deberán realizar la solicitud correspondiente.

8. En el caso en que, las solicitudes de las Autoridades 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 las y los profesionistas que se requieren.

9. Las solicitudes de evaluación psicológica con costo relacionadas con algún exhorto y las realizadas por alguna Autoridad Jurisdiccional de otro Estado de la República Mexicana, se atenderán siempre y cuando las personas a evaluar radiquen en la Ciudad de México; excepto los que cuenten con autorización previa del Pleno del Consejo de la Judicatura de esta Ciudad de México. Aunado a ello, las y los Psicólogos 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.

10. Los expedientes nuevos se abrirán por Sala, Juzgado o Unidad de Gestión Administrativa requisitante 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 autorizado por el Pleno del Consejo para tales efectos.

11. En aquellas solicitudes de evaluación psicológica con costo, en las que la Autoridad Jurisdiccional informe que alguna de las personas se debe evaluar sin pago, porque su evaluación psicológica fue requerida de manera oficiosa, se seguirá por persona el procedimiento correspondiente.

12. Las solicitudes de evaluación psicológica con costo 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 la misma Autoridad ordenadora y ofrecida como prueba alguna de las partes. Excepto cuando el expediente ya haya sido destruido conforme los códigos archivísticos vigentes, en dicho supuesto, se les designará un nuevo número de folio.

13. Los tickets 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 que se realice la programación de la cita de evaluación psicológica.

14. Los comprobantes de pago deberán ser presentados a la Subdirección Administrativa dentro de los 90 días naturales posteriores a la fecha en la que la Autoridad Jurisdiccional recibe el oficio mediante el cual la Subdirección de Evaluación Psicológica requiere el pago correspondiente.

15. En el caso de incumplimiento del término para acreditar al menos uno de los pagos, al día siguiente, se dará por cancelada la solicitud de evaluación psicológica. En caso de que la Autoridad Jurisdiccional aun requiera de la o las evaluaciones psicológicas, deberá enviar el oficio solicitándolas nuevamente.

16. La Subdirección de Evaluación Psicológica podrá aplazar la cancelación de la solicitud del punto anterior por fallas en el Sistema autorizado por el Pleno del Consejo tanto del área como de la Plataforma Integral de Cobro (PIC), reponiendo los días en los que suspendió el servicio.

17. La(s) cita(s) programada(s) para realizar la(s) evaluación(es) psicológica(s) sólo se harán del conocimiento a la Autoridad Jurisdiccional mediante oficio en el que se dará a conocer el nombre de la Psicóloga o el Psicólogo asignado.

18. 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 está sujeta a la cantidad de requerimientos judiciales y la cantidad de personal de Psicología adscrito. Asimismo, para la atención de los desahogos de periciales que deriven de una evaluación psicológica, se realizará en función de la agenda de la o del Psicólogo designado, así como de las fechas y/o términos que establezca la Autoridad Jurisdiccional para el cumplimiento de su requerimiento.

19. El día de la evaluación psicológica, la Psicóloga o el Psicólogo designado recibirá en el horario acordado a la persona usuaria, quien deberá presentar identificación oficial vigente (INE, Cédula Profesional y/o Pasaporte) que la identifique para poder llevar a cabo la evaluación. Las niñas, niños 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.

20. En el caso de que, la persona a evaluar no concluya la evaluación psicológica dentro del horario laboral, la Psicóloga o el Psicólogo designado le solicitará autorización

a la Subdirección de Evaluación Psicológica, para asignar otra cita y concluir con la misma.

21. La Psicóloga o el Psicólogo designado entregará el informe de la o las evaluaciones psicológicas en sobre cerrado a la Autoridad Jurisdiccional, a través de la Subdirección de Evaluación Psicológica.

22. En los casos en que, la persona que detenta la guarda y custodia, ya sea definitiva o provisional, o en su caso por quien haya autorizado la Autoridad Jurisdiccional, por motivos de fuerza mayor no pueda acudir, otro familiar de la niña, niño y/o adolescente, o persona con alguna discapacidad, podrá presentarlo 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.

23. En caso de que la persona usuaria no acuda a la cita programada para realizar su evaluación psicológica y la Autoridad Jurisdiccional solicite generar una segunda cita, ésta se realizará sin costo alguno. Si se realizó el pago después de que, el Pleno del Consejo de la Judicatura de la Ciudad de México actualice el costo anual del pago de las evaluaciones psicológicas, a la persona usuaria se le solicitará la diferencia de costo. En cada solicitud de reprogramación, la Subdirección Administrativa indicará a la Subdirección de Evaluación Psicológica, ambas adscritas a la Coordinación, la diferencia de pago a solicitar a la persona usuaria, lo que será informado mediante el oficio dirigido a la Autoridad Jurisdiccional.

24. Después de que, la persona usuaria no se presente a su segunda cita programada para la práctica de la evaluación psicológica y sea solicitada por la Autoridad Jurisdiccional una tercera cita para realizarla, se informará que, la persona usuaria deberá acudir a la Subdirección de Evaluación Psicológica para que se le haga del conocimiento la fecha que se señalará, en el día que la Subdirección de Evaluación designe para tales efectos.

25. Cuando corresponda que la persona usuaria tenga que acudir a la Subdirección de Evaluación Psicológica por cita de evaluación psicológica, podrá realizar su evaluación el mismo día, siempre y cuando haya agenda disponible con alguna Psicóloga o Psicólogo además de que, la persona usuaria cuente con el tiempo necesario para realizarla o practicarla, lo que se le informara al juzgado mediante el oficio correspondiente.

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

27. 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 de la Subdirección Administrativa.

28. De presentarse algún caso, en el cual la persona usuaria muestre algún tipo de discapacidad (auditiva, visual, motriz, intelectual u otras), que hable otro idioma o dialecto que impida establecer la comunicación directa con ella, se solicitará el apoyo especializado correspondiente a la Autoridad Jurisdiccional.

No.	Área.	Descripción de la actividad.	Documentos y/o sistemas de apoyo.
1	Coordinación de Intervención Especializada para Apoyo Judicial (Oficialía de Partes)	Recibe y reenvía las solicitudes de las Autoridades Jurisdiccionales a través del Sistema autorizado por el Pleno del Consejo, correo electrónico y/o documento impreso, a la Jefatura de Unidad Departamental de Evaluación Psicológica, para su atención.	• Sistema • Correo electrónico
2	Jefatura de Unidad Departamental de Evaluación Psicológica (Personal administrativo)	Recibe, revisa y valida, a través del Sistema autorizado por el Pleno del Consejo, si las solicitudes cuentan con todos los datos para realizar la evaluación psicológica. **¿Cuenta con los datos?** **No.** Continúa en la actividad no. 3 **Sí.** Continúa en la actividad no. 9	• Sistema
3		Elabora e imprime oficio solicitando a la Autoridad 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
4	Jefatura de Unidad Departamental de Evaluación Psicológica	Recibe, revisa y entrega el oficio a la Subdirección de Evaluación Psicológica, para su firma.	
5	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.	
6	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 a la Autoridad Jurisdiccional.	

No.	Área.	Descripción de la actividad.	Documentos y/o sistemas de apoyo.
7	Autoridad Jurisdiccional (Oficialía de Partes)	Recibe, acusa el oficio y lo devuelve.	
8	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. 1)	• Base de datos
9		Asigna o vincula número de folio interno a la solicitud de evaluación psicológica, a través del Sistema autorizado por el Pleno del Consejo.	• Sistema
10		Elabora el expediente, y lo entrega a la Jefatura de Unidad Departamental de Evaluación Psicológica.	• Expediente
11	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. 12 **Sí.** Continúa en la actividad no. 19	
12		Entrega expediente al personal administrativo para que elabore oficio de solicitud de pago de evaluación psicológica.	
13	Jefatura de Unidad Departamental de Evaluación Psicológica (Personal administrativo)	Recibe expediente, genera en el Sistema autorizado por el Pleno del Consejo e imprime el oficio de solicitud del o los pago(s) para programar la evaluación psicológica y lo entrega con expediente a la Jefatura de Unidad Departamental de Evaluación Psicológica, para su revisión.	• Sistema • Oficio
14	Jefatura de Unidad Departamental de Evaluación Psicológica	Recibe oficio con expediente, revisa el oficio de solicitud del o los pago(s) y lo entrega a la Subdirección de Evaluación Psicológica, para su firma.	

No.	Área.	Descripción de la actividad.	Documentos y/o sistemas de apoyo.
15	Subdirección de Evaluación Psicológica	Recibe oficio con expediente, firma el oficio y lo devuelve al personal administrativo de la Jefatura de Unidad Departamental de Evaluación Psicológica, para su trámite de envío.	
16	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 a la Autoridad Jurisdiccional.	
17	Autoridad Jurisdiccional (Oficialía de Partes)	Recibe, acusa el oficio y lo devuelve.	
18	Jefatura de Unidad Departamental de Evaluación Psicológica (Personal administrativo)	Recibe y archiva el acuse del oficio en el expediente, y lo entrega a la Jefatura de Unidad Departamental de Evaluación Psicológica.	
19	Jefatura de Unidad Departamental de Evaluación Psicológica	Recibe el expediente y espera a que la Subdirección Administrativa proporcione el Formato de Pago de Evaluación Psicológica. **¿Recibe el formato de pago?** **No.** Continúa en la actividad no. 20 **Sí.** Continúa en la actividad no. 21	
20	Jefatura de Unidad Departamental de Evaluación Psicológica	Cancela la solicitud de evaluación en el Sistema autorizado por el Pleno del Consejo y entrega el expediente. al personal administrativo. (Continúa en la actividad no. 59)	• Sistema
21	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.	

No.	Área.	Descripción de la actividad.	Documentos y/o sistemas de apoyo.
22	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.	
23	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 autorizado por el Pleno del Consejo a la Psicóloga o el Psicólogo designado, así como el día y la 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.	• Sistema
24	Jefatura de Unidad Departamental de Evaluación Psicológica (Personal administrativo)	Recibe expediente, genera el oficio en el Sistema autorizado por el Pleno del Consejo y lo imprime, indicando a la Autoridad Jurisdiccional la fecha, hora y lugar en el que la persona usuaria tendrá que presentarse a evaluación psicológica, y lo entrega con expediente a la Jefatura de Unidad Departamental de Evaluación Psicológica, para su revisión.	• Sistema • Oficio
25	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.	
26	Subdirección Evaluación Psicológica	Recibe oficio con expediente, firma el oficio y lo devuelve 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.
27	Jefatura de Unidad Departamental de Evaluación Psicológica (Personal administrativo)	Recibe el oficio con expediente y realiza el trámite de envío del oficio a la Autoridad Jurisdiccional, indicando la fecha, hora y lugar en el que la persona usuaria tendrá que presentarse a evaluación psicológica.	
28	Autoridad Jurisdiccional (Oficialía de Partes)	Recibe, acusa el oficio y lo devuelve.	
29	Jefatura de Unidad Departamental de Evaluación Psicológica (Personal administrativo)	Recibe y archiva acuse del oficio en el expediente, y lo entrega a la Psicóloga o el Psicólogo designado.	
30 31	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 autorizado por el Pleno del Consejo la metodología a aplicar, previo a la fecha de evaluación psicológica. Solicita a través del Sistema autorizado por el Pleno del Consejo la autorización a la Subdirección de Evaluación Psicológica, para la implementación de la metodología sugerida.	• Sistema • Sistema
32	Subdirección de Evaluación Psicológica	Recibe a través del Sistema autorizado por el Pleno del Consejo la solicitud de autorización de la metodología para el caso en concreto. **¿Autoriza la metodología?** **No.** Continúa en la actividad no. 33 **Sí.** Continúa en la actividad no. 34	• Sistema

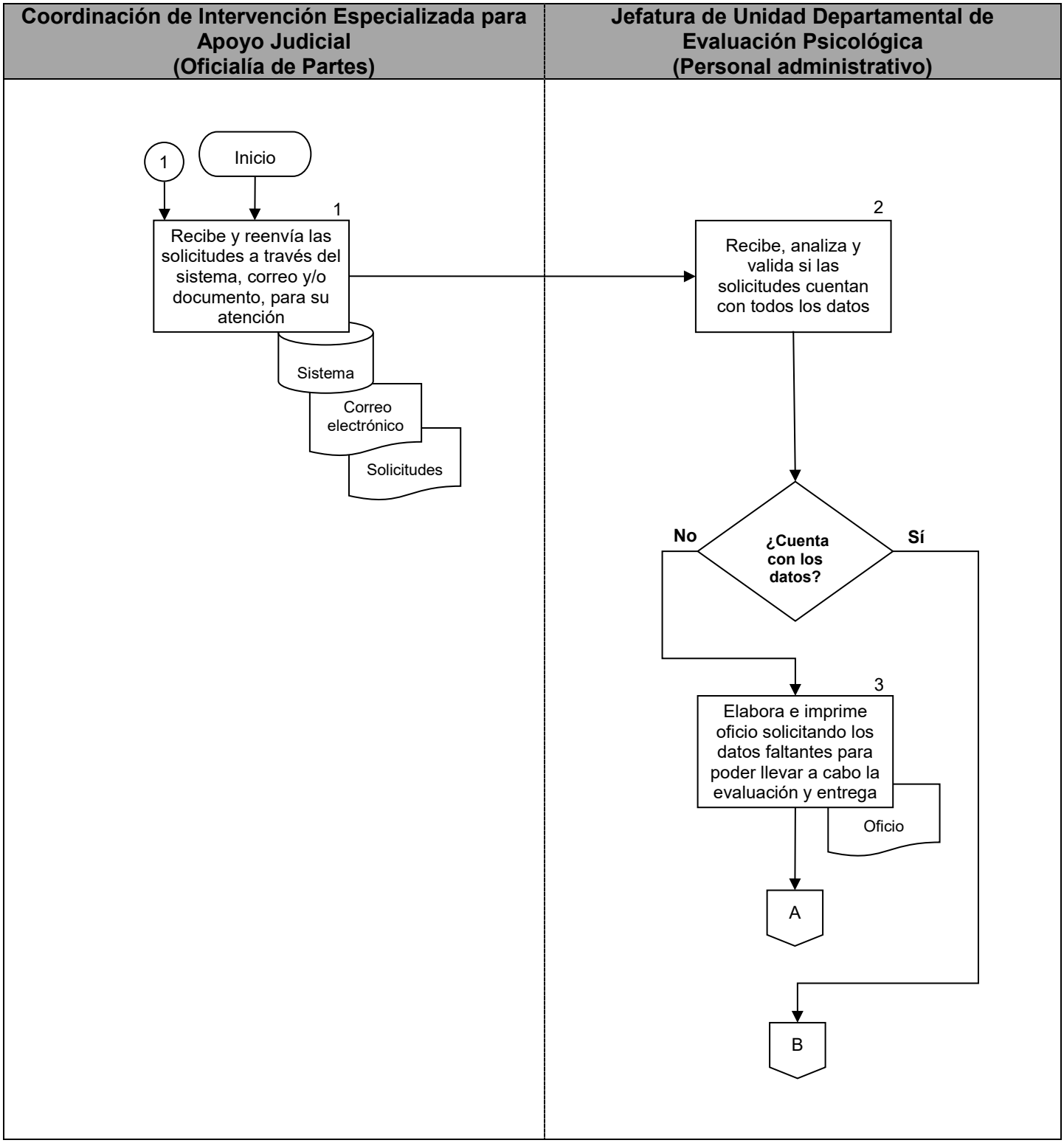
No.	Área.	Descripción de la actividad.	Documentos y/o sistemas de apoyo.
33	Subdirección de Evaluación Psicológica	Rechaza a través del Sistema autorizado por el Pleno del Consejo la metodología e indica cual es la que se va a utilizar. (Regresa a la actividad no. 31)	• Sistema
34		Envía a través del Sistema autorizado por el Pleno del Consejo la confirmación de autorización de la metodología a la Psicóloga o el Psicólogo.	• Sistema
35	Subdirección de Evaluación Psicológica (Psicóloga o Psicólogo)	Recibe a través del Sistema autorizado por el Pleno del Consejo la confirmación de autorización de la metodología.	• Sistema
36		Espera a la persona usuaria a evaluar el día programado. **¿Acude la persona usuaria a Evaluación Psicológica?** **No.** Continúa en la actividad no. 37 **Sí** Continúa en la actividad no. 44	
37		Captura la inasistencia en el Sistema autorizado por el Pleno del Consejo y genera e imprime el oficio mediante el cual se informa que no se presentó la persona usuaria a la evaluación psicológica ordenada.	• Sistema • Oficio
38		Entrega a la Subdirección de Evaluación Psicológica, oficio con expediente, de inasistencia de la persona usuaria para su firma.	
39	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.	

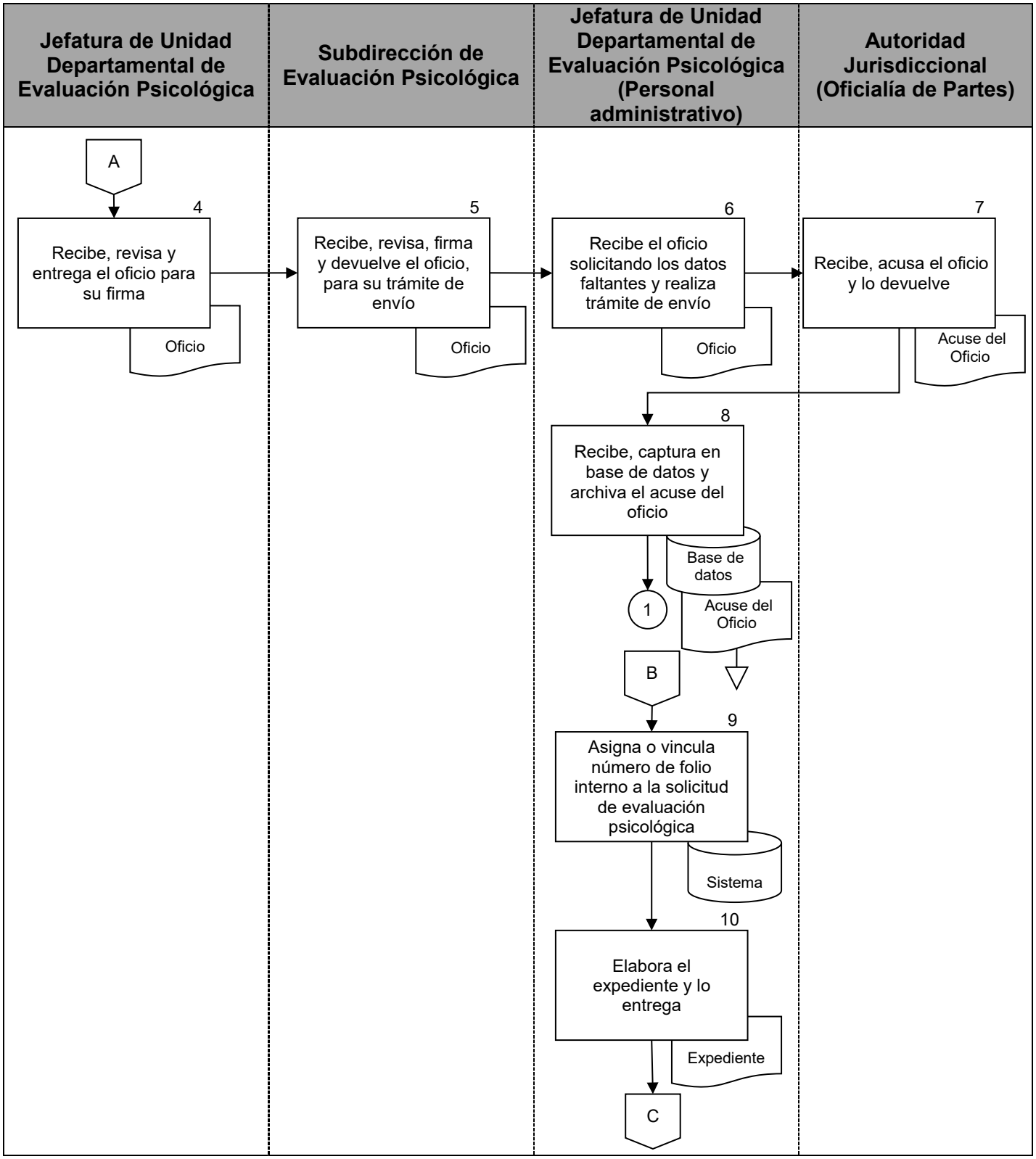
No.	Área.	Descripción de la actividad.	Documentos y/o sistemas de apoyo.
40	Subdirección de Evaluación Psicológica (Psicóloga o Psicólogo)	Recibe oficio de inasistencia con expediente y entrega el oficio al personal administrativo de la Jefatura de Unidad Departamental de Evaluación Psicológica, para su trámite de envío.	
41	Jefatura de Unidad Departamental de Evaluación Psicológica (Personal administrativo)	Recibe el oficio de inasistencia y realiza su trámite de envío a la Autoridad Jurisdiccional.	
42	Autoridad Jurisdiccional (Oficialía de Partes)	Recibe, acusa el oficio y lo devuelve.	
43	Jefatura de Unidad Departamental de Evaluación Psicológica (Personal administrativo)	Recibe el acuse del oficio de inasistencia y lo archiva en el expediente. (Continúa en la actividad no. 59)	
44 45 46 47	Subdirección de Evaluación Psicológica (Psicóloga o Psicólogo)	Recibe a la persona usuaria y captura su asistencia en el Sistema autorizado por el Pleno del Consejo. Realiza la evaluación psicológica ordenada. Califica y/o interpreta las pruebas psicológicas aplicadas, las integra y archiva en el expediente de la persona usuaria. Elabora, carga en el Sistema autorizado por el Pleno del Consejo e imprime el Informe de evaluación psicológica, y lo remite a la Subdirección de Evaluación Psicológica, para su revisión.	• Sistema • Sistema • Informe de evaluación psicológica

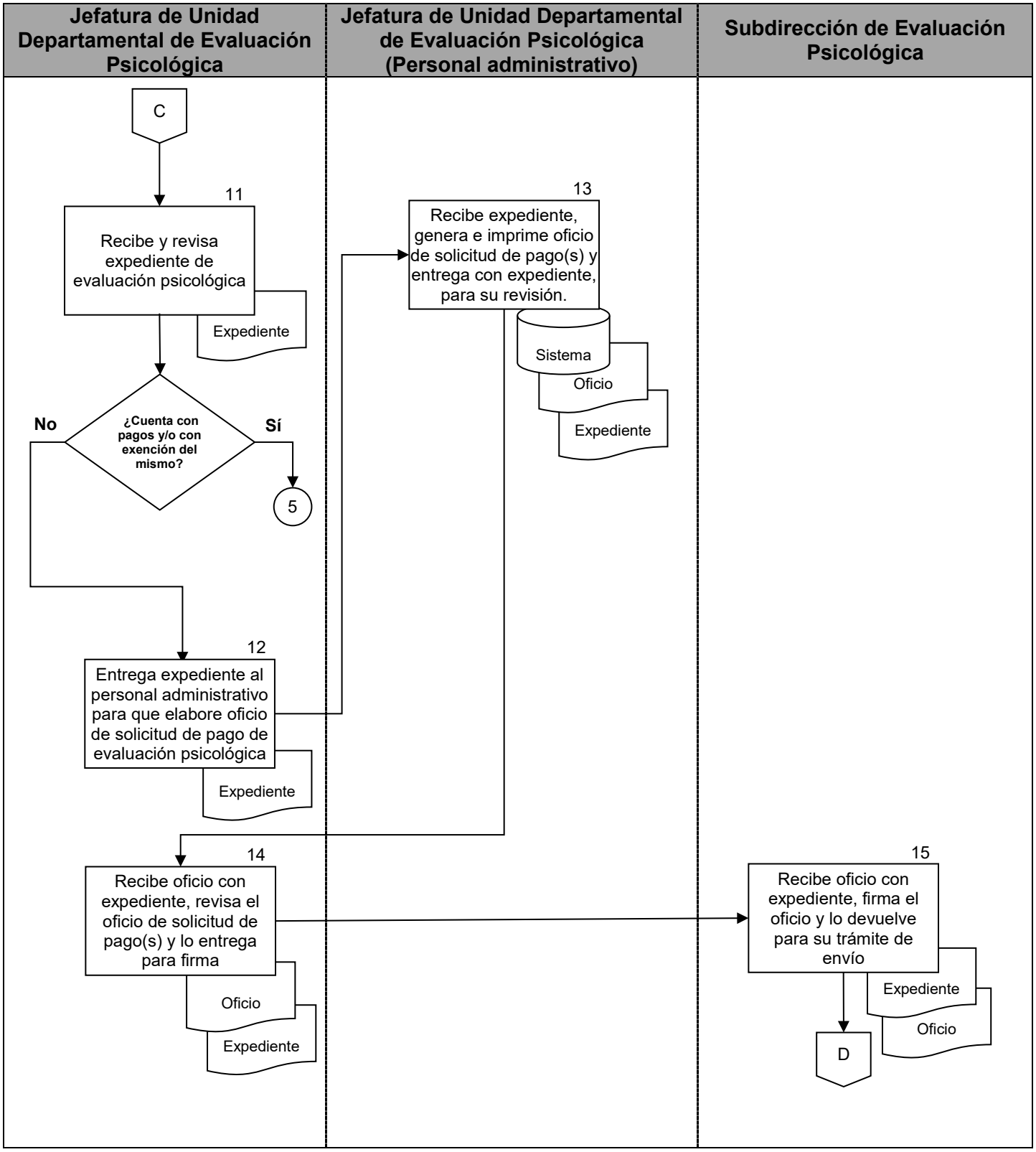
No.	Área.	Descripción de la actividad.	Documentos y/o sistemas de apoyo.
48	Subdirección de Evaluación Psicológica	Recibe y revisa el Informe de evaluación psicológica para su autorización. **¿Autoriza el Informe de Evaluación Psicológica?** **No.** Continúa en la actividad No. 49 **Sí.** Continúa en la actividad No. 50	
49		Rechaza el informe evaluación psicológica a través del Sistema autorizado por el Pleno del Consejo, y envía a la Psicóloga o el Psicólogo las observaciones para su atención. (Regresa a la actividad no. 47)	• Sistema
50		Envía a través del Sistema autorizado por el Pleno del Consejo la confirmación de autorización del informe a la Psicóloga o el Psicólogo.	• Sistema
51	Subdirección de Evaluación Psicológica (Psicóloga o Psicólogo)	Recibe autorización a través del Sistema autorizado por el Pleno del Consejo, imprime y firma Informe de evaluación psicológica.	• Sistema
52		Genera e imprime oficio a través del Sistema autorizado por el Pleno del Consejo, indicando a la Autoridad Jurisdiccional que envía el Informe de la evaluación psicológica ordenada y entrega con el expediente a la Subdirección de Evaluación Psicológica para firma.	• Sistema • Oficio
53	Subdirección de Evaluación Psicológica	Recibe oficio con expediente, firma el oficio y lo devuelve con expediente a la Psicóloga o el Psicólogo.	

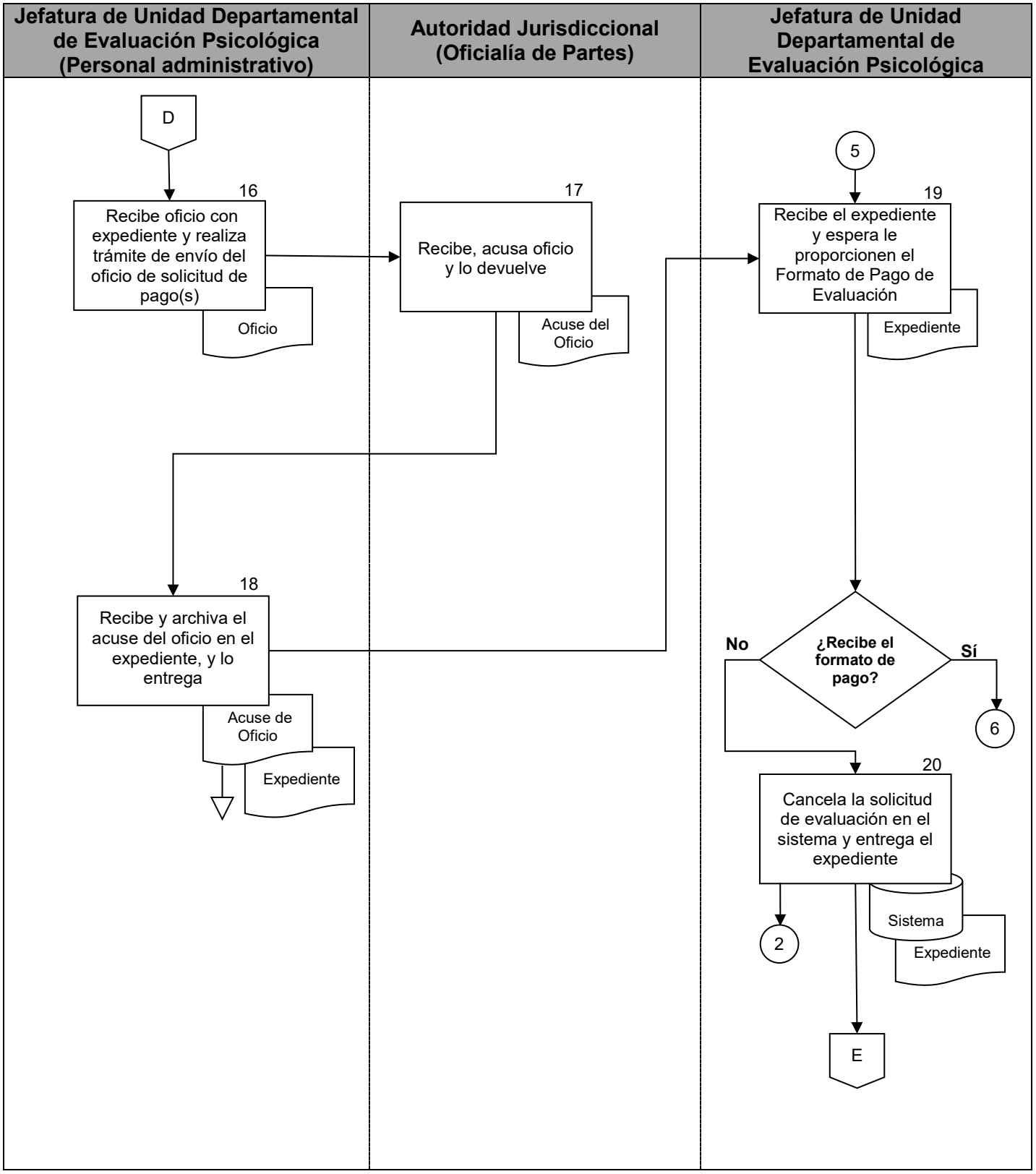
No.	Área.	Descripción de la actividad.	Documentos y/o sistemas de apoyo.
54	Subdirección de Evaluación Psicológica (Psicóloga o Psicólogo)	Recibe oficio con expediente y los entrega a personal administrativo de la Jefatura de Unidad Departamental de Evaluación Psicológica.	
55	Jefatura de Unidad Departamental de Evaluación Psicológica (Personal administrativo)	Recibe oficio con expediente y realiza trámite de envío del oficio a la Autoridad Jurisdiccional en el que se adjunta el Informe de evaluación psicológica.	
56	Autoridad Jurisdiccional (Oficialía de Partes)	Recibe, acusa el oficio y lo devuelve.	
57 58 59 60	Jefatura de Unidad Departamental de Evaluación Psicológica (Personal administrativo)	Recibe y archiva el acuse del oficio en el expediente. Captura en el Sistema autorizado por el Pleno del Consejo el cierre de evaluación psicológica ordenada. Guarda expediente hasta que concluya su periodo de archivo en trámite. Envía expediente al Archivo Judicial.	• Sistema

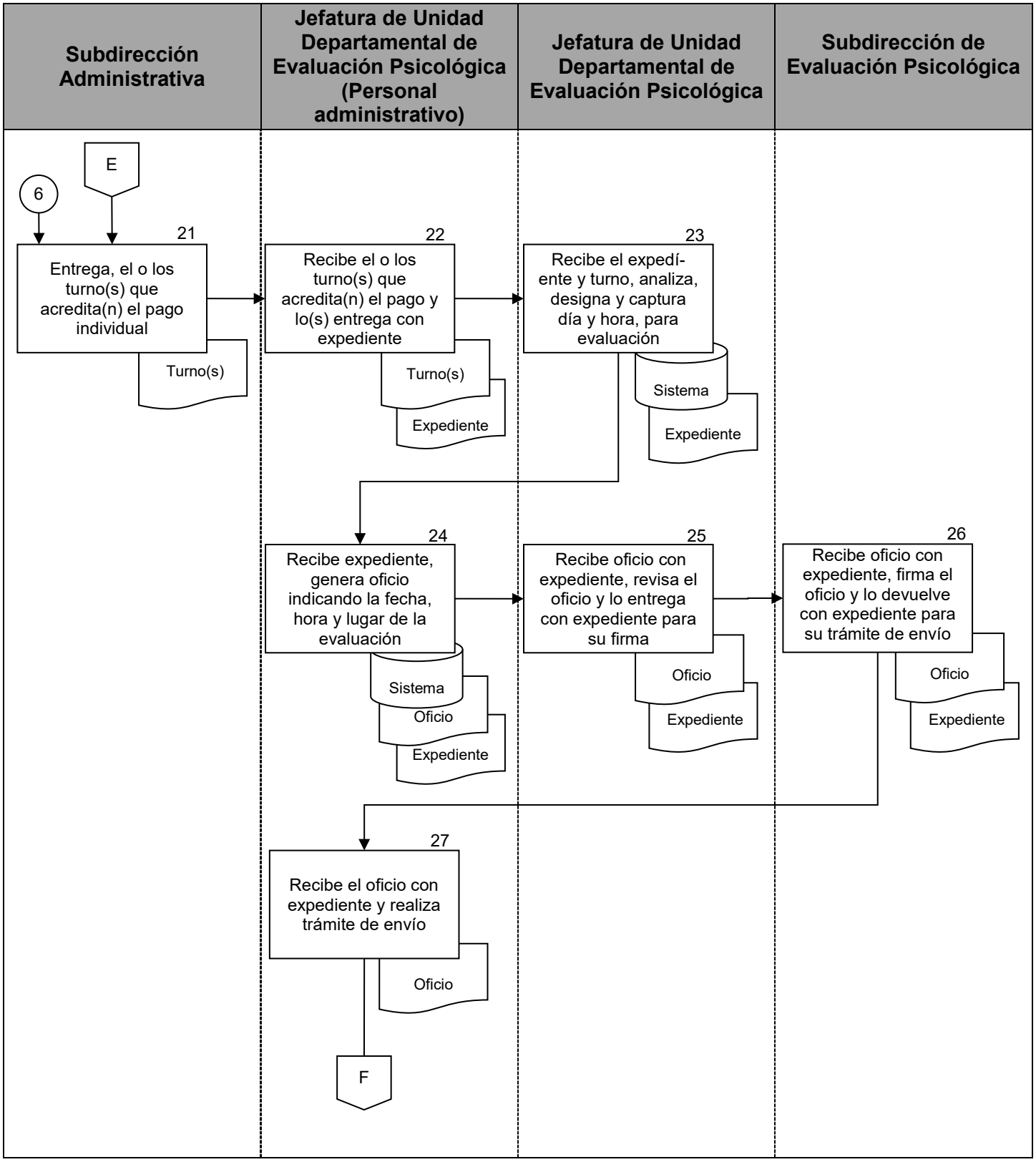
FIN DEL PROCEDIMIENTO

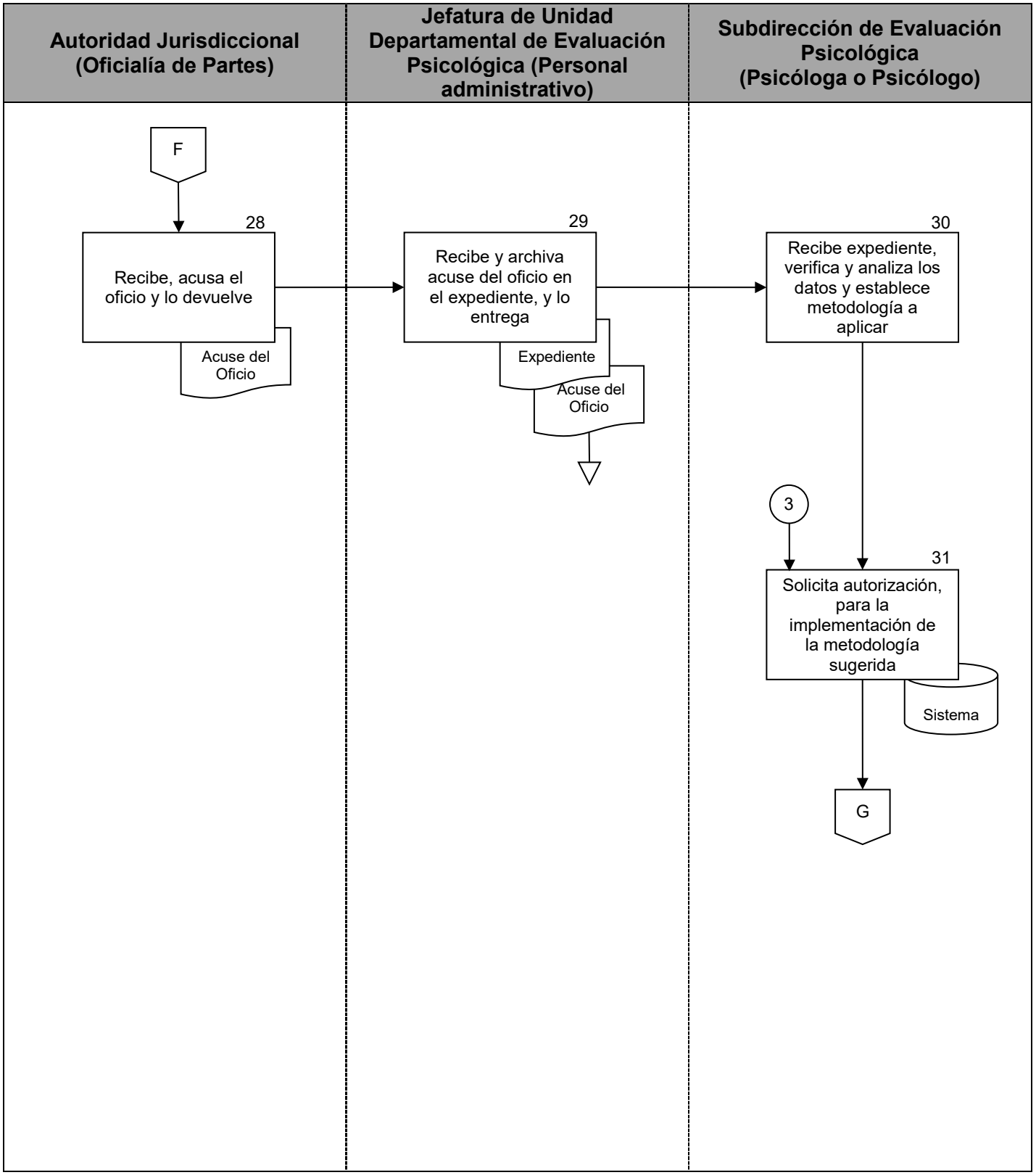

Coordinación de Intervención Especializada para Apoyo Judicial (Oficialía de Partes)
Jefatura de Unidad Departamental de Evaluación Psicológica (Personal administrativo)
1
Inicio
1
Recibe y reenvía las solicitudes a través del sistema, correo y/o documento, para su atención
Sistema
Correo electrónico
Solicitudes
2
Recibe, analiza y valida si las solicitudes cuentan con todos los datos
¿Cuenta con los datos?
No
Sí
3
Elabora e imprime oficio solicitando los datos faltantes para poder llevar a cabo la evaluación y entrega
Oficio
A
B

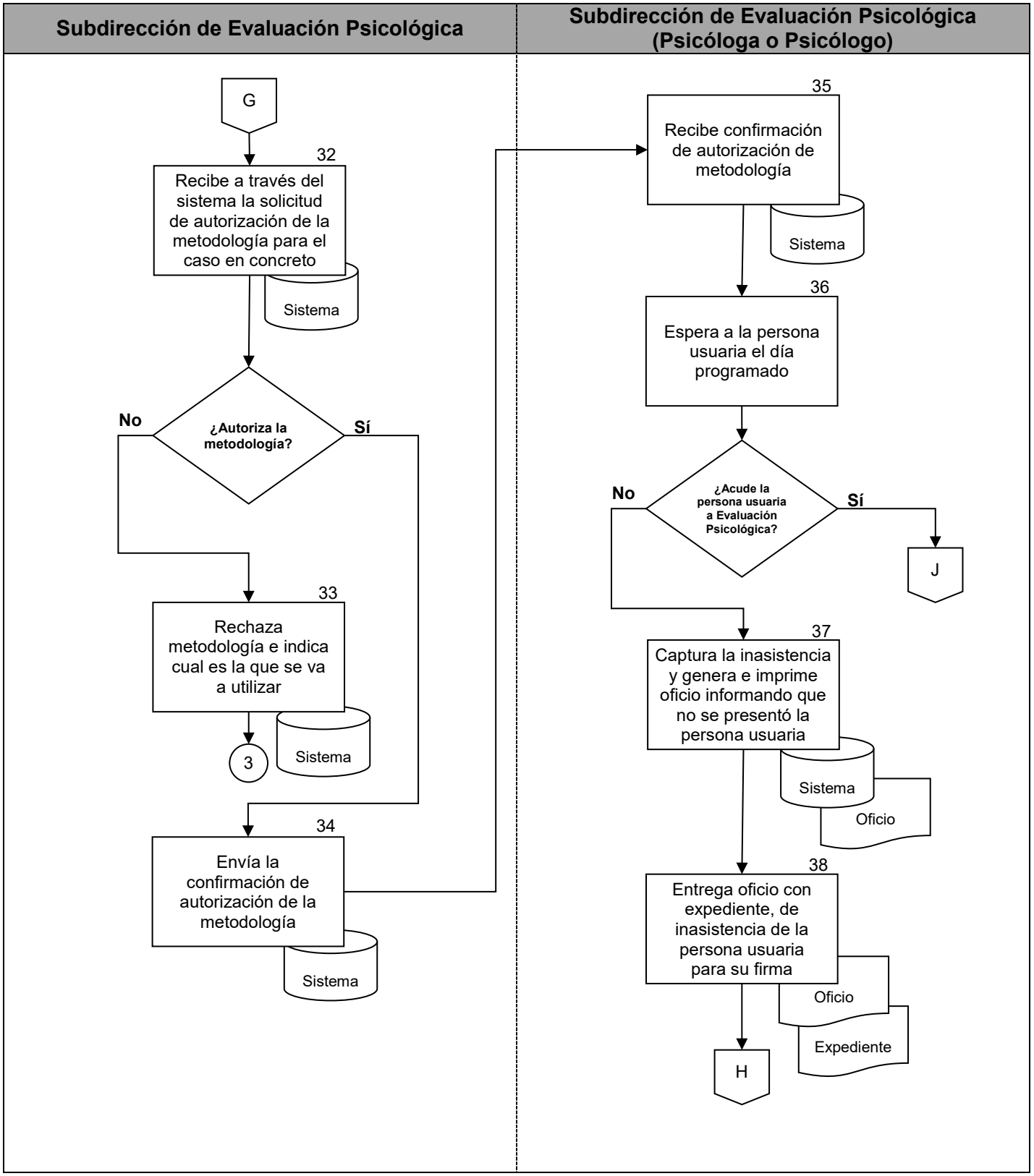

Jefatura de Unidad Departamental de Evaluación Psicológica
Subdirección de Evaluación Psicológica
Jefatura de Unidad Departamental de Evaluación Psicológica (Personal administrativo)
Autoridad Jurisdiccional (Oficialía de Partes)
A
4
Recibe, revisa y entrega el oficio para su firma
Oficio
5
Recibe, revisa, firma y devuelve el oficio, para su trámite de envío
Oficio
6
Recibe el oficio solicitando los datos faltantes y realiza trámite de envío
Oficio
7
Recibe, acusa el oficio y lo devuelve
Acuse del Oficio
8
Recibe, captura en base de datos y archiva el acuse del oficio
Base de datos
Acuse del Oficio
1
B
9
Asigna o vincula número de folio interno a la solicitud de evaluación psicológica
Sistema
10
Elabora el expediente y lo entrega
Expediente
C

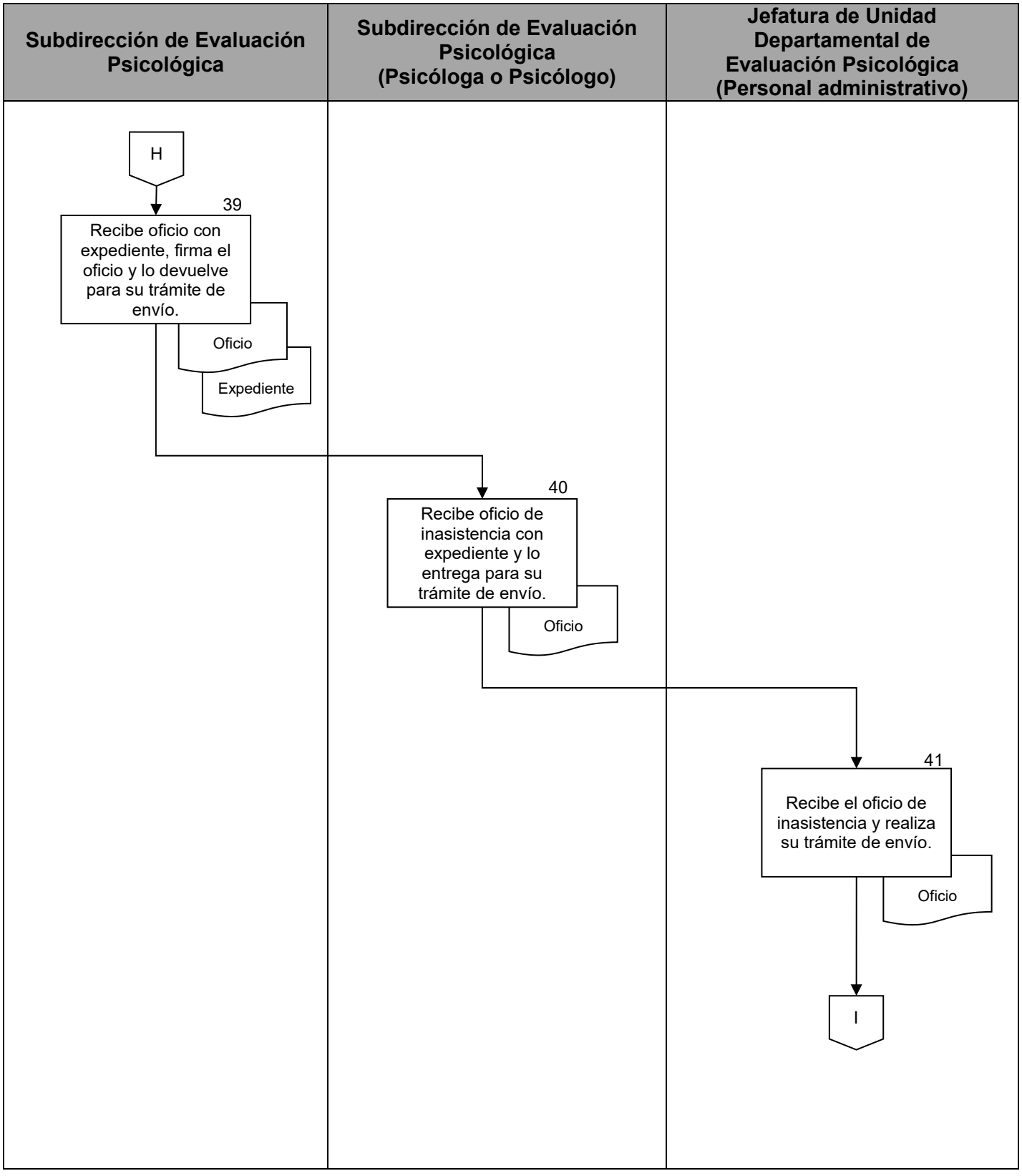

Jefatura de Unidad Departamental de Evaluación Psicológica
Jefatura de Unidad Departamental de Evaluación Psicológica (Personal administrativo)
Subdirección de Evaluación Psicológica
C
11
Recibe y revisa expediente de evaluación psicológica
Expediente
¿Cuenta con pagos y/o con exención del mismo?
No
Sí
5
12
Entrega expediente al personal administrativo para que elabore oficio de solicitud de pago de evaluación psicológica
Expediente
13
Recibe expediente, genera e imprime oficio de solicitud de pago(s) y entrega con expediente, para su revisión.
Sistema
Oficio
Expediente
14
Recibe oficio con expediente, revisa el oficio de solicitud de pago(s) y lo entrega para firma
Oficio
Expediente
15
Recibe oficio con expediente, firma el oficio y lo devuelve para su trámite de envío
Expediente
Oficio
D

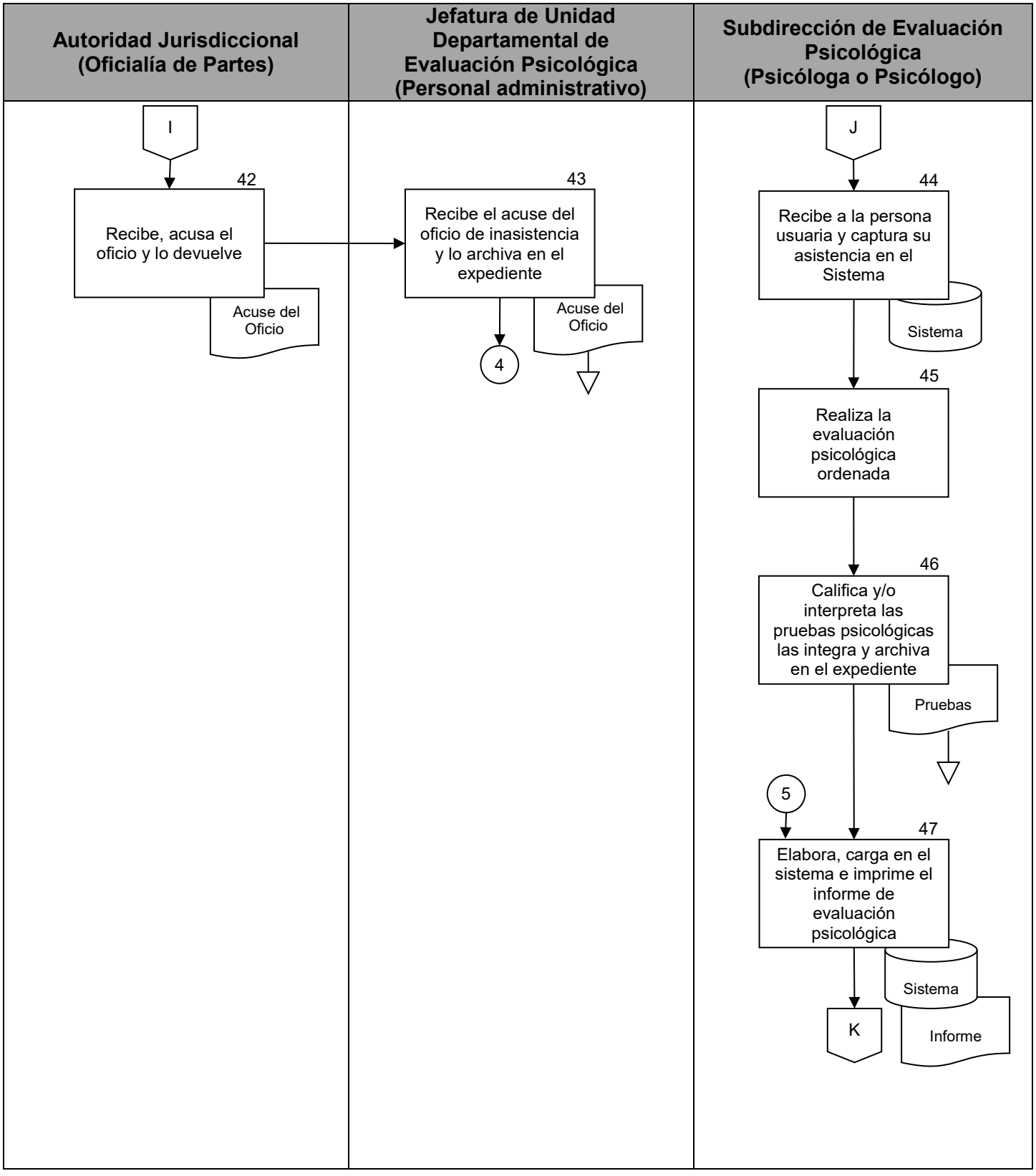

Jefatura de Unidad Departamental de Evaluación Psicológica (Personal administrativo)
Autoridad Jurisdiccional (Oficialía de Partes)
Jefatura de Unidad Departamental de Evaluación Psicológica
D
16
Recibe oficio con expediente y realiza trámite de envío del oficio de solicitud de pago(s)
Oficio
17
Recibe, acusa oficio y lo devuelve
Acuse del Oficio
5
19
Recibe el expediente y espera le proporcionen el Formato de Pago de Evaluación
Expediente
18
Recibe y archiva el acuse del oficio en el expediente, y lo entrega
Acuse de Oficio
Expediente
No
¿Recibe el formato de pago?
Sí
6
20
Cancela la solicitud de evaluación en el sistema y entrega el expediente
Sistema
Expediente
2
E

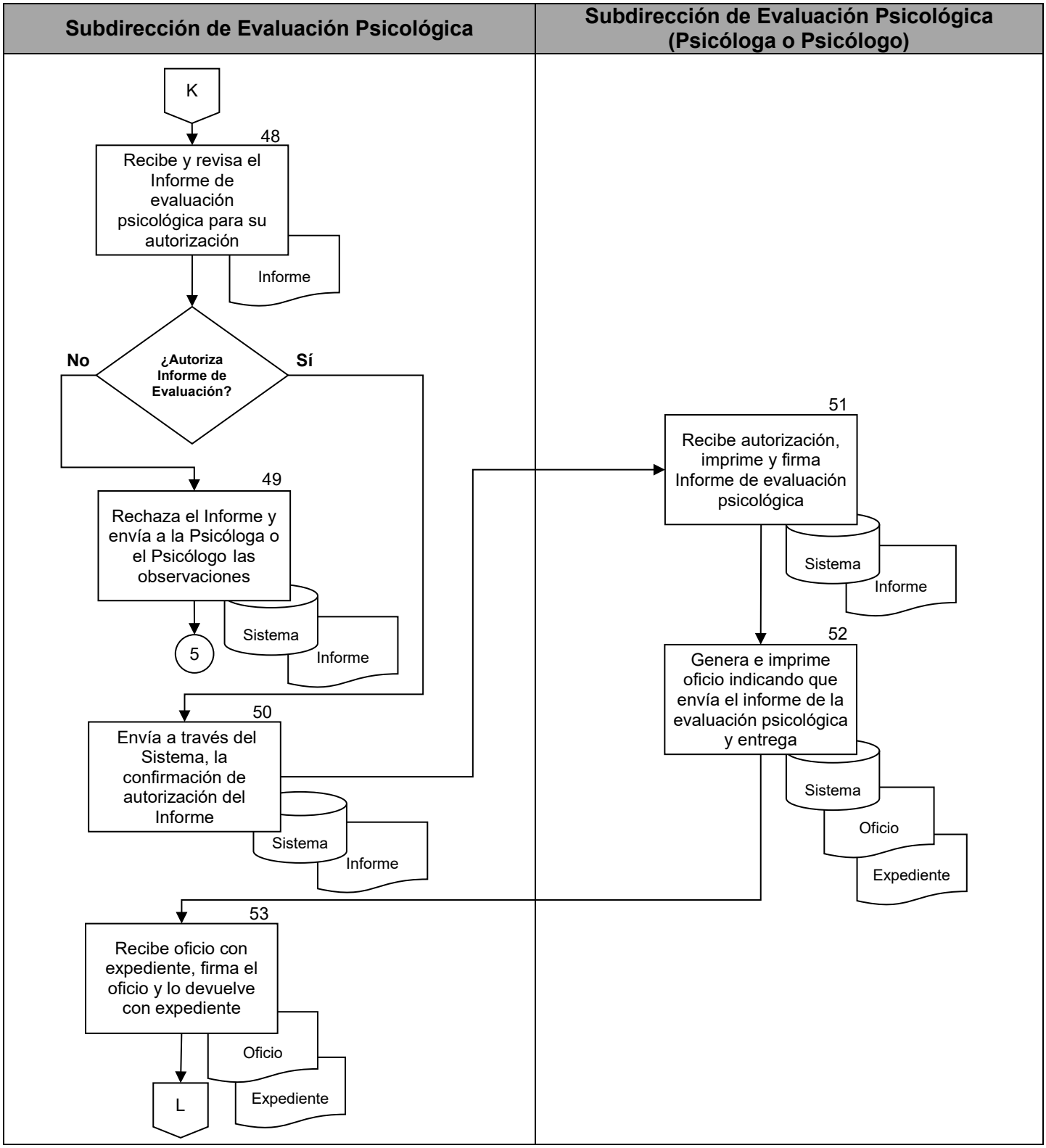

Subdirección Administrativa
Jefatura de Unidad Departamental de Evaluación Psicológica (Personal administrativo)
Jefatura de Unidad Departamental de Evaluación Psicológica
Subdirección de Evaluación Psicológica
E
6
21
Entrega, el o los turno(s) que acredita(n) el pago individual
Turno(s)
22
Recibe el o los turno(s) que acredita(n) el pago y lo(s) entrega con expediente
Turno(s)
Expediente
23
Recibe el expedí-ente y turno, analiza, designa y captura día y hora, para evaluación
Sistema
Expediente
24
Recibe expediente, genera oficio indicando la fecha, hora y lugar de la evaluación
Sistema
Oficio
Expediente
25
Recibe oficio con expediente, revisa el oficio y lo entrega con expediente para su firma
Oficio
Expediente
26
Recibe oficio con expediente, firma el oficio y lo devuelve con expediente para su trámite de envío
Oficio
Expediente
27
Recibe el oficio con expediente y realiza trámite de envío
Oficio
F

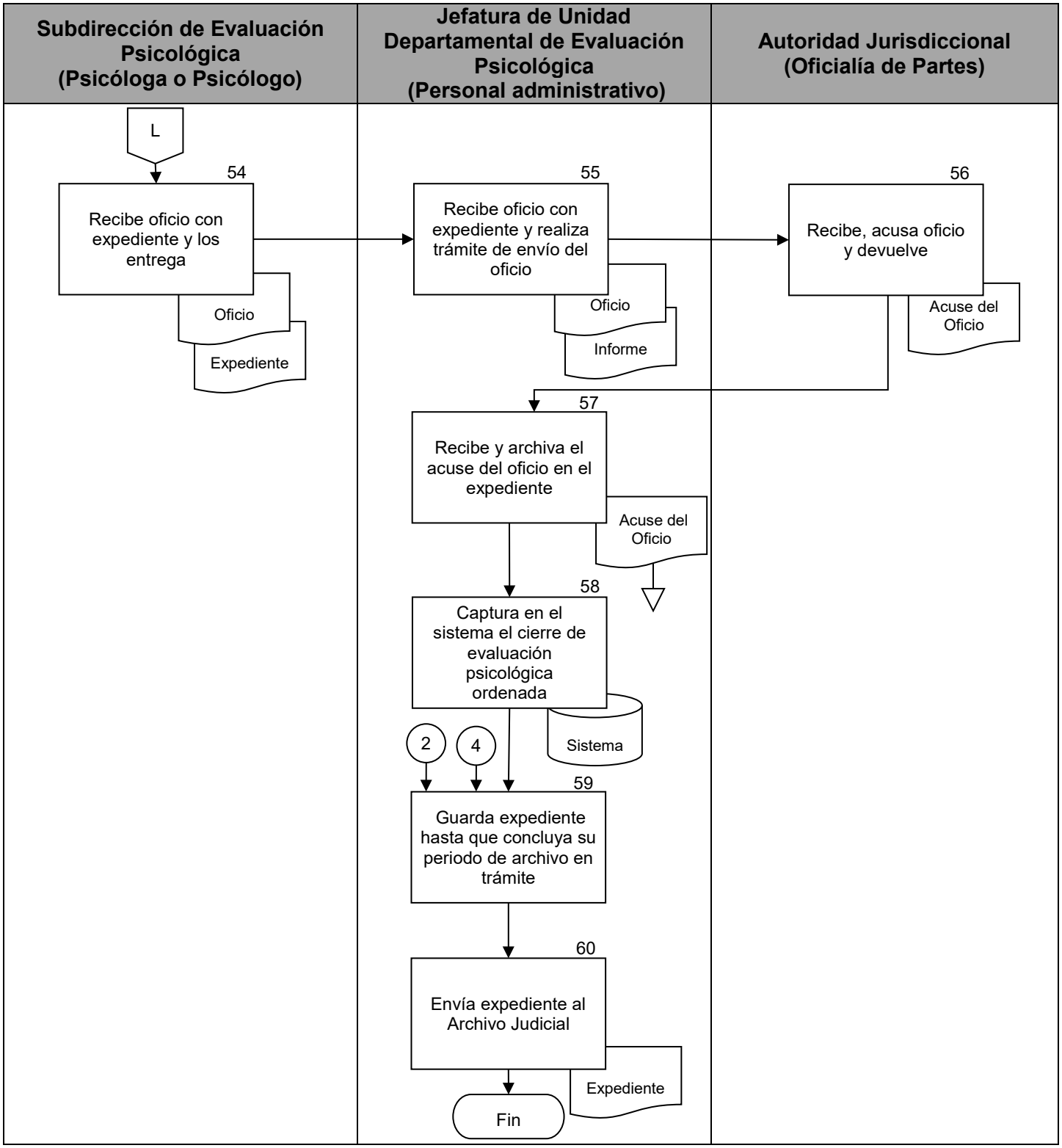

Autoridad Jurisdiccional (Oficialía de Partes)
Jefatura de Unidad Departamental de Evaluación Psicológica (Personal administrativo)
Subdirección de Evaluación Psicológica (Psicóloga o Psicólogo)
F
28
Recibe, acusa el oficio y lo devuelve
Acuse del Oficio
29
Recibe y archiva acuse del oficio en el expediente, y lo entrega
Expediente
Acuse del Oficio
30
Recibe expediente, verifica y analiza los datos y establece metodología a aplicar
3
31
Solicita autorización, para la implementación de la metodología sugerida
Sistema
G


Subdirección de Evaluación Psicológica
Subdirección de Evaluación Psicológica (Psicóloga o Psicólogo)
G
32
Recibe a través del sistema la solicitud de autorización de la metodología para el caso en concreto
Sistema
¿Autoriza la metodología?
No
Sí
33
Rechaza metodología e indica cual es la que se va a utilizar
3
Sistema
34
Envía la confirmación de autorización de la metodología
Sistema
35
Recibe confirmación de autorización de metodología
Sistema
36
Espera a la persona usuaria el día programado
¿Acude la persona usuaria a Evaluación Psicológica?
No
Sí
J
37
Captura la inasistencia y genera e imprime oficio informando que no se presentó la persona usuaria
Sistema
Oficio
38
Entrega oficio con expediente, de inasistencia de la persona usuaria para su firma
Oficio
Expediente
H


Subdirección de Evaluación Psicológica
Subdirección de Evaluación Psicológica (Psicóloga o Psicólogo)
Jefatura de Unidad Departamental de Evaluación Psicológica (Personal administrativo)
H
39
Recibe oficio con expediente, firma el oficio y lo devuelve para su trámite de envío.
Oficio
Expediente
40
Recibe oficio de inasistencia con expediente y lo entrega para su trámite de envío.
Oficio
41
Recibe el oficio de inasistencia y realiza su trámite de envío.
Oficio
I


Autoridad Jurisdiccional (Oficialía de Partes)
Jefatura de Unidad Departamental de Evaluación Psicológica (Personal administrativo)
Subdirección de Evaluación Psicológica (Psicóloga o Psicólogo)
I
42
Recibe, acusa el oficio y lo devuelve
Acuse del Oficio
43
Recibe el acuse del oficio de inasistencia y lo archiva en el expediente
Acuse del Oficio
4
J
44
Recibe a la persona usuaria y captura su asistencia en el Sistema
Sistema
45
Realiza la evaluación psicológica ordenada
46
Califica y/o interpreta las pruebas psicológicas las integra y archiva en el expediente
Pruebas
5
47
Elabora, carga en el sistema e imprime el informe de evaluación psicológica
Sistema
K
Informe


Subdirección de Evaluación Psicológica
Subdirección de Evaluación Psicológica (Psicóloga o Psicólogo)
K
48
Recibe y revisa el Informe de evaluación psicológica para su autorización
Informe
¿Autoriza Informe de Evaluación?
No
Sí
49
Rechaza el Informe y envía a la Psicóloga o el Psicólogo las observaciones
Sistema
Informe
5
50
Envía a través del Sistema, la confirmación de autorización del Informe
Sistema
Informe
51
Recibe autorización, imprime y firma Informe de evaluación psicológica
Sistema
Informe
52
Genera e imprime oficio indicando que envía el informe de la evaluación psicológica y entrega
Sistema
Oficio
Expediente
53
Recibe oficio con expediente, firma el oficio y lo devuelve con expediente
Oficio
Expediente
L


Subdirección de Evaluación Psicológica (Psicóloga o Psicólogo)
Jefatura de Unidad Departamental de Evaluación Psicológica (Personal administrativo)
Autoridad Jurisdiccional (Oficialía de Partes)
L
54
Recibe oficio con expediente y los entrega
Oficio
Expediente
55
Recibe oficio con expediente y realiza trámite de envío del oficio
Oficio
Informe
56
Recibe, acusa oficio y devuelve
Acuse del Oficio
57
Recibe y archiva el acuse del oficio en el expediente
Acuse del Oficio
58
Captura en el sistema el cierre de evaluación psicológica ordenada
Sistema
2
4
59
Guarda expediente hasta que concluya su periodo de archivo en trámite
60
Envía expediente al Archivo Judicial
Expediente
Fin

Procedimiento: CIEAJ-003	Recepción de pagos y/o exenciones de pago de las evaluaciones psicológicas.
Objetivo general:	Recibir los comprobantes de pago y/o exenciones de pago para la realización de evaluaciones psicológicas ofrecidas por las partes con costo, ordenadas por la Autoridad Jurisdiccional 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 las personas usuarias, 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 totales o parciales solo podrán ser recibidas en 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. Cuando la persona usuaria desconoce la forma para realizar el pago a través de la PIC, el personal de la Subdirección Administrativa le orientará para que efectúe su trámite correspondiente, siendo la persona usuaria la única responsable del llenado del formulario en los kioscos de la Plataforma Integral de Cobro del Poder Judicial de la Ciudad de México (PIC).

5. La Subdirección de Evaluación Psicológica, informará mediante oficio a la Autoridad 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. En la Subdirección Administrativa se 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. (Vigente a la fecha de presentación)

7. En los casos donde los datos del comprobante de pago sean erróneos o solicite una devolución del pago, la Subdirección Administrativa no recibirá ningún documento y se le informará a la persona usuaria oportunamente las acciones que debe realizar, mismas que se detallan a continuación:

   a) La persona usuaria deberá Comunicarse al Centro de Atención Telefónica del Tribunal Superior de Justicia de la Ciudad de México (CAT) para solicitar apoyo en el trámite.
   b) La persona usuaria podrá hacer la solicitud por escrito a la Dirección Ejecutiva de Recursos Financieros del Tribunal Superior de Justicia de la Ciudad de México, para que ésta realice las gestiones correspondientes, el oficio que presente la persona usuaria deberá especificar los motivos de la petición, anexando original y copia de los comprobantes de pago, copia simple de la tarjeta del Tribunal Superior de Justicia de la Ciudad de México, con la cual se realizó el pago e identificación de la dueña o el dueño de la misma.

8. Si la persona usuaria del servicio realizó su pago total o parcial con fecha anterior a la publicación de las cuotas de recuperación publicadas en el Diario Oficial de la Federación y presenta su comprobante en la Subdirección Administrativa de esta Coordinación de Intervención Especializada para Apoyo Judicial, no se le solicitará actualizar diferencia del pago.

9. En los casos que la persona usuaria del servicio realice su pago total o parcial con fecha posterior 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 con un importe menor al autorizado, se le solicitará pagar la diferencia.

10. En el supuesto en que la persona usuaria, no se presente a la evaluación programada y la Autoridad Jurisdiccional requiera la reprogramación, se tendrá que solicitar la diferencia de la cuota siempre y cuando el comprobante de pago presentado con anterioridad corresponda a un importe menor al vigente.

11. Si la Autoridad Jurisdiccional solicita nuevamente la evaluación de una persona previamente evaluada, la Subdirección de Evaluación Psicológica, solicitará mediante oficio el pago completo de la evaluación.

12. Cuando la Subdirección de Evaluación Psicológica requiera revalorar a una o más personas, debido a que el resto se evaluará con una diferencia de temporalidad de más de un año y medio aproximadamente (temporalidad que podría variar dependiendo del caso en concreto), se solicitará pago completo con la finalidad de estar en posibilidad de contestar cuestionarios ofrecidos por las partes.

13. Si se requiere la práctica de evaluación psicológica de las partes, así como niños, niñas y/o adolescentes, en dos juzgados diferentes, en la misma temporalidad, se cobrará solo una cuota de recuperación y se podrá dar atención a los dos juzgados.

14. La Subdirección Administrativa, entrega a la Subdirección de Evaluación Psicológica, el formato de “recibo de pago” (CIEAJ-SA-01) informado el pago de la evaluación psicológica o en su caso la actualización de los costos vigentes, para lo conducente, en un lapso no mayor a dos días hábiles.

15. Una vez concluida la recepción del pago, se les proporcionara a las personas usuarias, la encuesta de satisfacción del servicio otorgado por la persona servidora pública que lo atendió, la cual no es de carácter obligatorio, y serán entregados a la Subdirección de Evaluación para lo conducente.

16. El Pleno del Consejo de la Judicatura de la Ciudad de México podrá autorizar la exención de pago mediante un acuerdo, conforme a los “Lineamientos para aplicar descuentos o exención de pago en las cuotas de recuperación que cobrará el Instituto de Ciencias Forenses y la Dirección de Evaluación e Intervención Psicológica del Tribunal Superior de Justicia de la Ciudad de México”.

17. Las solicitudes de las exenciones de pago se realizarán a través de la Autoridad Jurisdiccional.

18. La Subdirección Administrativa, sólo aplicará la exención del pago siempre y cuando se tenga el acuerdo autorizado por el Pleno Consejo de la Judicatura y a petición de la Subdirección de Evaluación.

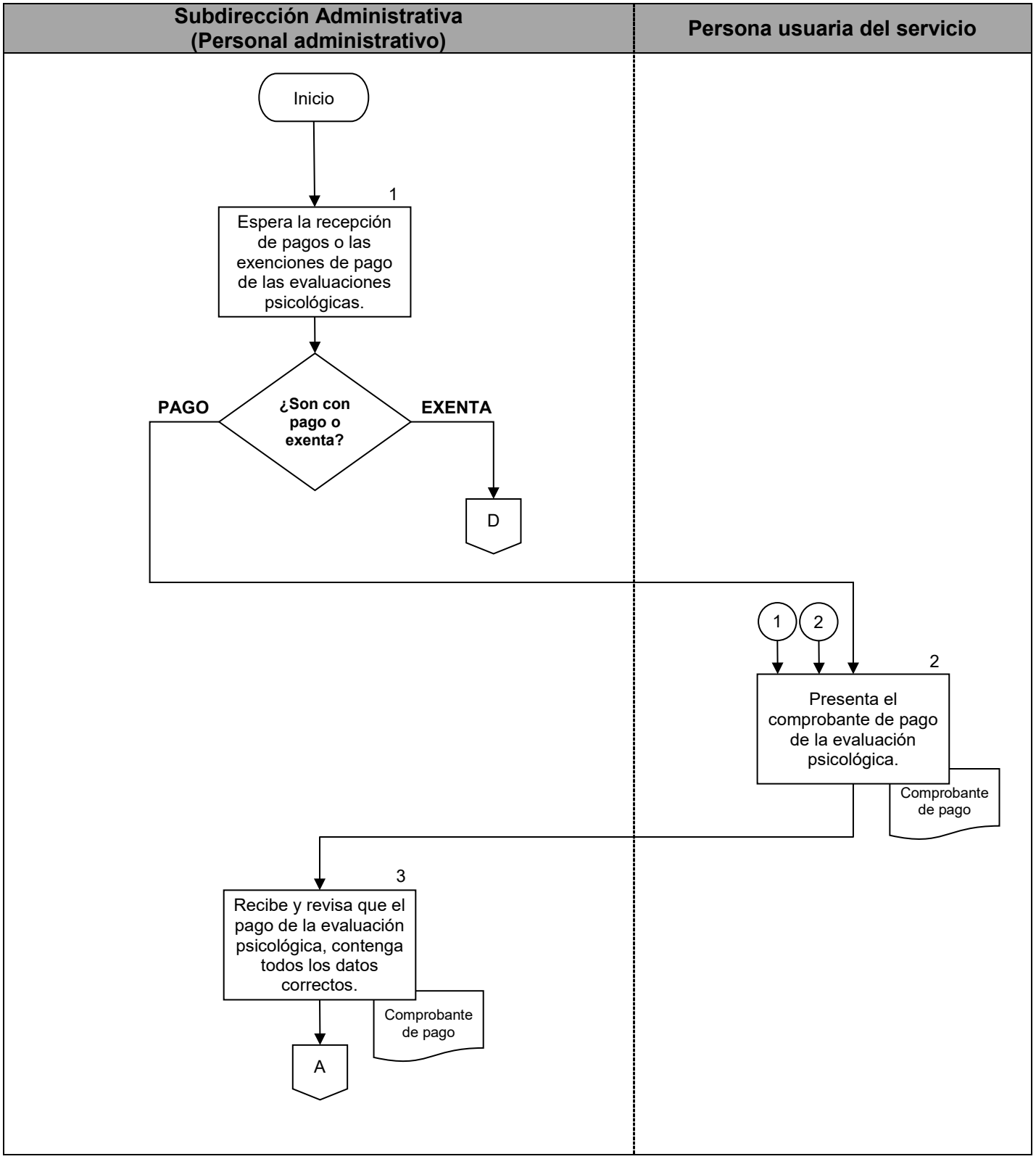
No.	Área.	Descripción de la actividad.	Documentos y/o sistemas de apoyo.
1	Subdirección Administrativa (Personal administrativo)	Espera la recepción de pagos o las exenciones de pago de las evaluaciones psicológicas. **¿Recibe pago o exención?** **Pago.** Continúa en la actividad no. 2 **Exención.** Continúa en la actividad no. 20	
2	Persona usuaria del servicio	Presenta a la Subdirección Administrativa comprobante de pago de la evaluación psicológica.	
3	Subdirección Administrativa (Personal administrativo)	Recibe a la persona usuaria 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. 4 **Sí.** Continúa en la actividad no. 5	
4		Informa a la persona usuaria 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. 2)	
5		Valida en el Sistema autorizado por el Pleno del Consejo, 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. 6 **Sí.** Continúa en la actividad no. 7	• Sistema

No.	Área.	Descripción de la actividad.	Documentos y/o sistemas de apoyo.
6	Subdirección Administrativa (Personal administrativo)	Informa a la persona usuaria que no se cuenta con solicitud de la Autoridad Jurisdiccional, por lo que no se recibe el comprobante de pago de la evaluación psicológica. (Regresa a la actividad no. 2)	
7		Recibe de la persona usuaria el comprobante del pago de la evaluación psicológica en original y dos copias.	
8		Registra el comprobante de pago de la evaluación psicológica ordenada en el Sistema autorizado por el Pleno del Consejo.	• Sistema
9		Genera e imprime “Recibo de pago” (CIEAJ-SA-01) en el Sistema autorizado por el Pleno del Consejo, anexando copia de comprobante de pago de la evaluación psicológica.	• Sistema • Formato CIEAJ-SA-01
10		Entrega recibo de pago de la evaluación psicológica al personal de la Jefatura de Unidad Departamental de Evaluación Psicológica. (Conecta con la actividad No. 12)	
11	Jefatura de Unidad Departamental de Evaluación Psicológica (Personal administrativo)	Recibe recibo de pago de la evaluación psicológica. (Conecta con el fin del procedimiento)	
12	Subdirección Administrativa (Personal administrativo)	Realiza la captura del comprobante de pago original en el Sistema autorizado por el Pleno del Consejo	• Sistema
13		Elabora, imprime y entrega oficio de reporte de devengos a la Subdirección Administrativa.	• Oficio

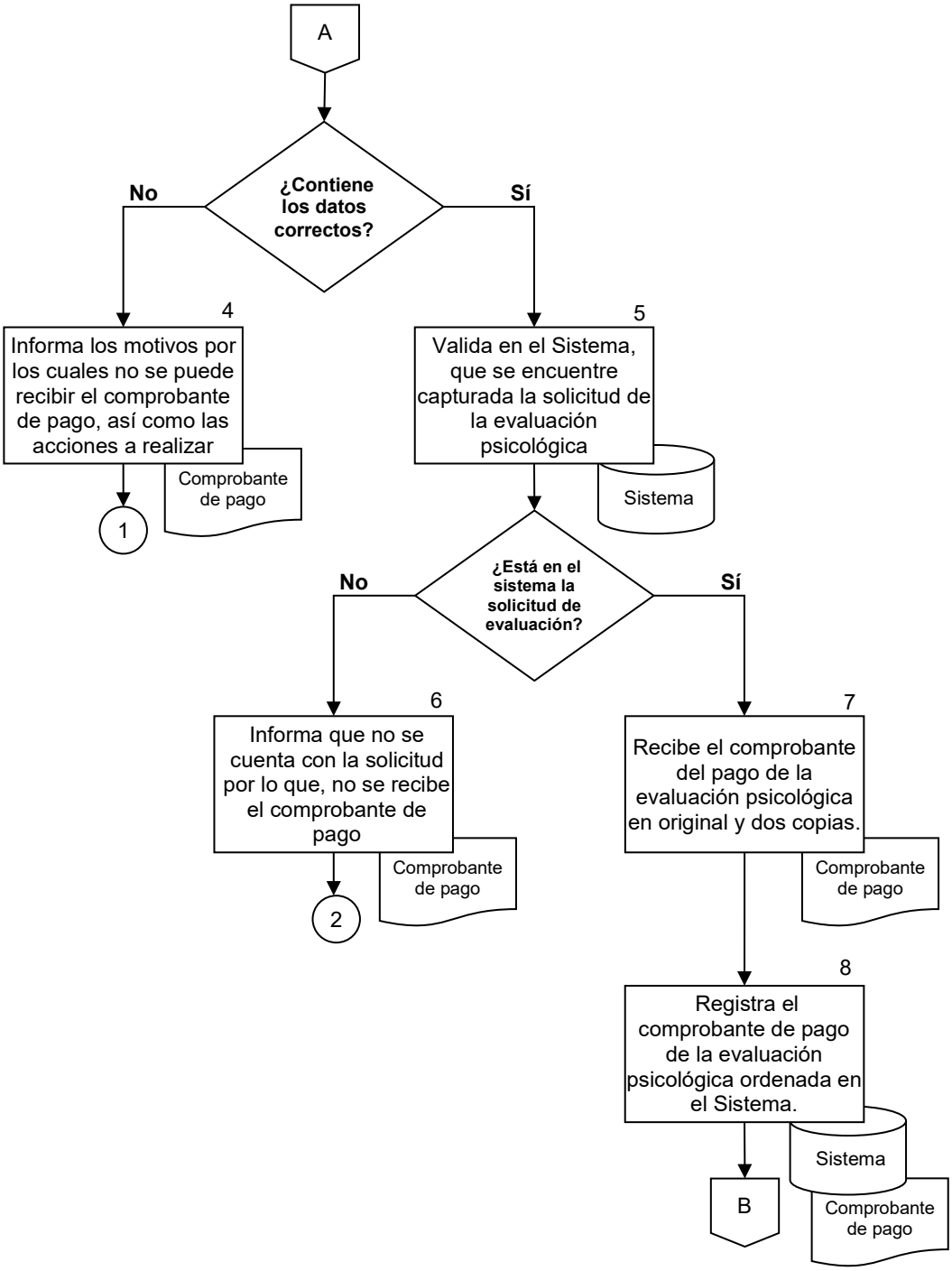
No.	Área.	Descripción de la actividad.	Documentos y/o sistemas de apoyo.
14	Subdirección Administrativa	Recibe, revisa y recaba la firma de la o el titular de la Coordinación de Intervención Especializada para Apoyo Judicial en el oficio de reporte de devengos e instruye su envío.	
15	Subdirección Administrativa (Personal administrativo)	Envía oficio firmado de reporte de devengos con originales del comprobante de pago, a la Oficialía Mayor.	
16	Oficialía Mayor (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 el 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. (Conecta con el fin del procedimiento)	
20	Subdirección de Evaluación	Entrega expediente con el acuerdo de exención de pago.	
21 22	Subdirección Administrativa (Personal administrativo)	Recibe y revisa expediente de la Subdirección de Evaluación Psicológica con el acuerdo de autorización de exención de pago. Registra el acuerdo de exención de pago de la evaluación psicológica ordenada en el Sistema autorizado por el Pleno del Consejo.	• Sistema

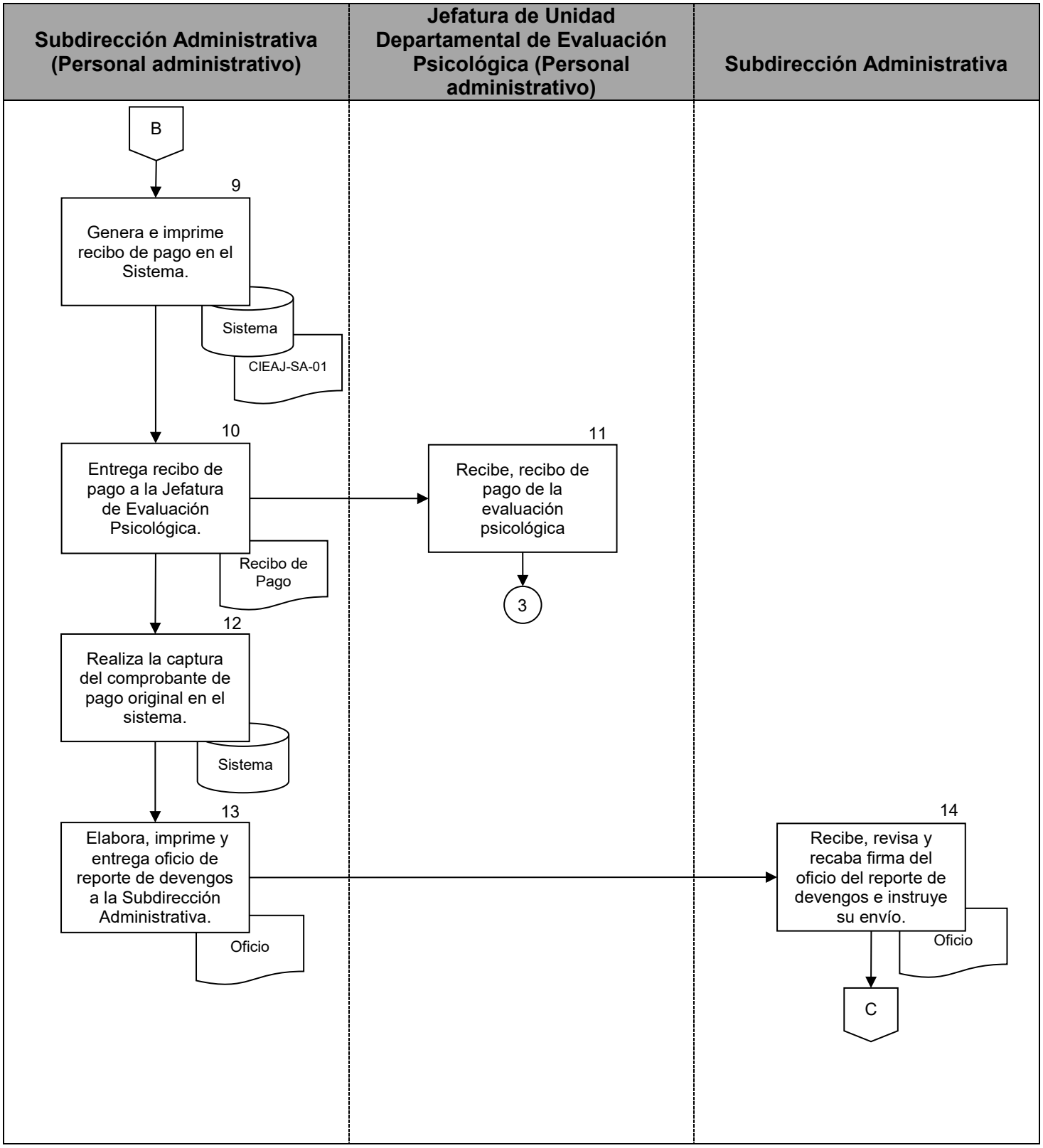
No.	Área.	Descripción de la actividad.	Documentos y/o sistemas de apoyo.
23	Subdirección Administrativa (Personal administrativo)	Genera e imprime “Recibo de pago” (CIEAJ-SA-01) en el Sistema autorizado por el Pleno del Consejo donde se menciona el acuerdo con el cual se autorizó la exención del pago.	• Sistema • Formato CIEAJ-SA-01
24		Entrega el expediente y el recibo de pago de la evaluación psicológica donde se menciona el acuerdo con el cual se autorizó la exención del pago al personal de la Jefatura de Unidad Departamental de Evaluación Psicológica.	
25	Jefatura de Unidad Departamental de Evaluación Psicológica (Personal administrativo)	Recibe expediente de la Subdirección de Evaluación Psicológica y recibo de pago de la evaluación psicológica para lo conducente.	

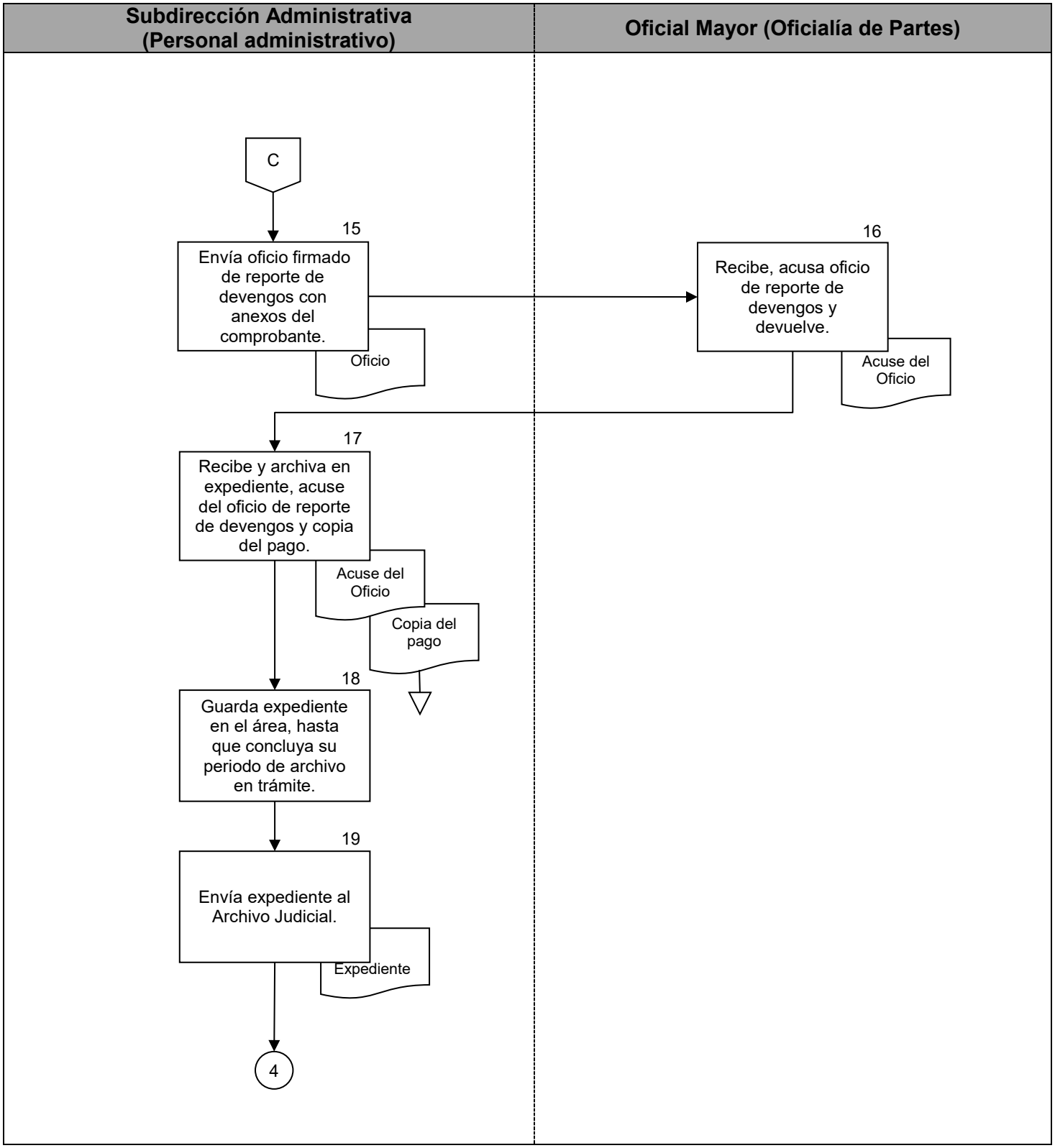
FIN DEL PROCEDIMIENTO

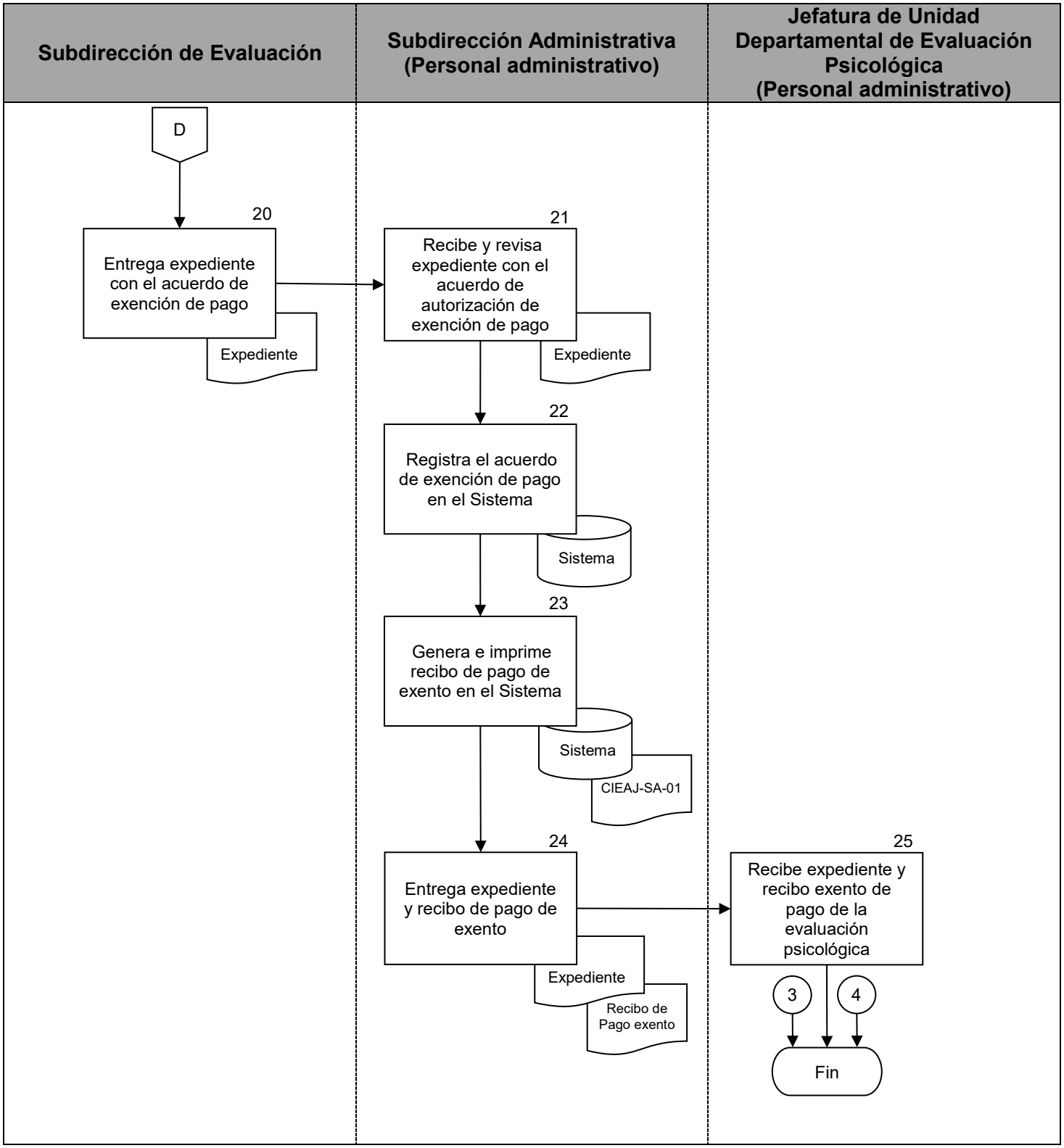

Subdirección Administrativa (Personal administrativo)
Persona usuaria del servicio
Inicio
1
Espera la recepción de pagos o las exenciones de pago de las evaluaciones psicológicas.
¿Son con pago o exenta?
PAGO
EXENTA
D
1
2
2
Presenta el comprobante de pago de la evaluación psicológica.
Comprobante de pago
3
Recibe y revisa que el pago de la evaluación psicológica, contenga todos los datos correctos.
Comprobante de pago
A

Subdirección Administrativa
(Personal administrativo)




Subdirección Administrativa (Personal administrativo)
Jefatura de Unidad Departamental de Evaluación Psicológica (Personal administrativo)
Subdirección Administrativa
B
9
Genera e imprime recibo de pago en el Sistema.
Sistema
CIEAJ-SA-01
10
Entrega recibo de pago a la Jefatura de Evaluación Psicológica.
Recibo de Pago
11
Recibe, recibo de pago de la evaluación psicológica
3
12
Realiza la captura del comprobante de pago original en el sistema.
Sistema
13
Elabora, imprime y entrega oficio de reporte de devengos a la Subdirección Administrativa.
Oficio
14
Recibe, revisa y recaba firma del oficio del reporte de devengos e instruye su envío.
Oficio
C


Subdirección Administrativa (Personal administrativo)
Oficial Mayor (Oficialía de Partes)
C
15
Envía oficio firmado de reporte de devengos con anexos del comprobante.
Oficio
16
Recibe, acusa oficio de reporte de devengos y devuelve.
Acuse del Oficio
17
Recibe y archiva en expediente, acuse del oficio de reporte de devengos y copia del pago.
Acuse del Oficio
Copia del pago
18
Guarda expediente en el área, hasta que concluya su periodo de archivo en trámite.
19
Envía expediente al Archivo Judicial.
Expediente
4


Subdirección de Evaluación
Subdirección Administrativa (Personal administrativo)
Jefatura de Unidad Departamental de Evaluación Psicológica (Personal administrativo)
D
20
Entrega expediente con el acuerdo de exención de pago
Expediente
21
Recibe y revisa expediente con el acuerdo de autorización de exención de pago
Expediente
22
Registra el acuerdo de exención de pago en el Sistema
Sistema
23
Genera e imprime recibo de pago de exento en el Sistema
Sistema
CIEAJ-SA-01
24
Entrega expediente y recibo de pago de exento
Expediente
Recibo de Pago exento
25
Recibe expediente y recibo exento de pago de la evaluación psicológica
3
4
Fin

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

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.
Número de tantos:	Original.
Distribución:	Original.– para la Subdirección de Evaluación.

INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
1	FECHA	La fecha en que la persona usuaria entrega el 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 asignó la Sala o el Juzgado.
5	FOLIO	El número del comprobante de pago y/o el número de Acuerdo plenario en caso de exento.
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 la Autoridad 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.

Procedimiento: CIEAJ-004	Atención de solicitudes de exámenes psicotécnicos para la selección de aspirantes a ocupar el cargo de Jueces en el Tribunal.
Objetivo general:	Atender las solicitudes de exámenes psicotécnicos de aspirantes que se encuentren en el concurso de oposición para la designación de Jueces en el Tribunal Superior de Justicia de la Ciudad de México.
Políticas y normas de operación:	

1. Los exámenes psicotécnicos se realizarán conforme a los “Lineamientos para el Desarrollo y Aplicación de Evaluaciones Psicológicas, 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 solicitudes de exámenes psicotécnicos requeridos mediante oficio por el Instituto de Estudios Judiciales, serán atendidas por la Subdirección de Evaluación Psicológica.

3. Se clasificarán los oficios provenientes del Instituto de Estudios Judiciales, revisando que las solicitudes de los mismos requieran el servicio de exámenes psicotécnicos.

4. Los expedientes se abrirán anualmente por persona, se le asignará un número de registro interno el cual consta de las letras ID, seguidas de dos puntos, número consecutivo, diagonal y año del ejercicio. Ejemplo: ID:1/2021.

5. La(s) cita(s) programada(s) para realizar el o los exámenes psicotécnicos se harán del conocimiento al Instituto de Estudios Judiciales mediante oficio.

6. La(s) fecha(s) para realizar el o los exámenes psicotécnicos 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. Los exámenes psicotécnicos se programarán en dos sesiones; los cuales constan de una entrevista y la aplicación de pruebas psicológicas.

8. El lugar para realizar la aplicación de las pruebas psicológicas, será designado por el Instituto de Estudios Judiciales. Las entrevistas se llevarán a cabo en la Subdirección de Evaluación Psicológica.

9. El día que la o el aspirante se presente a la aplicación de las pruebas psicológicas, se le dará a conocer el día y horario de su entrevista, la cual se realizará en las oficinas de la Subdirección de Evaluación Psicológica.

10. El día de la entrevista, la Psicóloga o el Psicólogo asignado recibirá en el horario establecido a la o el aspirante, quién deberá presentar alguna identificación oficial vigente.

11. La aplicación de los exámenes psicotécnicos será cancelada en los casos en que, la o el aspirante 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, lo cual se informará al Instituto de Estudios Judiciales mediante el oficio correspondiente.

12. La Coordinación de Intervención Especializada para Apoyo Judicial enviará el informe con los resultados de los exámenes psicotécnicos aplicados en sobre cerrado, en un plazo no mayor de cinco días posteriores de haberse practicado.

	Área.	Descripción de la actividad.	Documentos y/o sistemas de apoyo.
1	Coordinación de Intervención Especializada para Apoyo Judicial (Oficialía de Partes)	Envía oficio a la Subdirección de Evaluación Psicológica para atender las solicitudes de exámenes psicotécnicos por parte del Instituto de Estudios Judiciales.	
2 3	Subdirección de Evaluación Psicológica	Recibe y analiza las solicitudes de exámenes psicotécnicos. Designa los días y horarios para la aplicación de los exámenes psicotécnicos, y entrega oficio de solicitud al personal administrativo de la Coordinación de Intervención Especializada para Apoyo Judicial.	
4	Coordinación de Intervención Especializada para Apoyo Judicial. (Personal administrativo)	Recibe el oficio de solicitud, elabora, imprime y envía el oficio a la Coordinación de Intervención Especializada para Apoyo Judicial, mediante el cual se informa al Instituto de Estudios Judiciales, de los días y horario en que se realizarán las evaluaciones que solicita.	• Oficio
5	Coordinación de Intervención Especializada para Apoyo Judicial.	Recibe, revisa, firma el oficio mediante el cual se informa al Instituto de Estudios Judiciales, de los días y horario en que se realizarán las evaluaciones y lo devuelve al personal administrativo de la Coordinación de Intervención Especializada para Apoyo Judicial, para su envío.	
6	Coordinación de Intervención Especializada para Apoyo Judicial. (Personal administrativo)	Recibe el oficio mediante el cual se informa de los días y horario en que se realizarán las evaluaciones y envía al Instituto de Estudios Judiciales.	

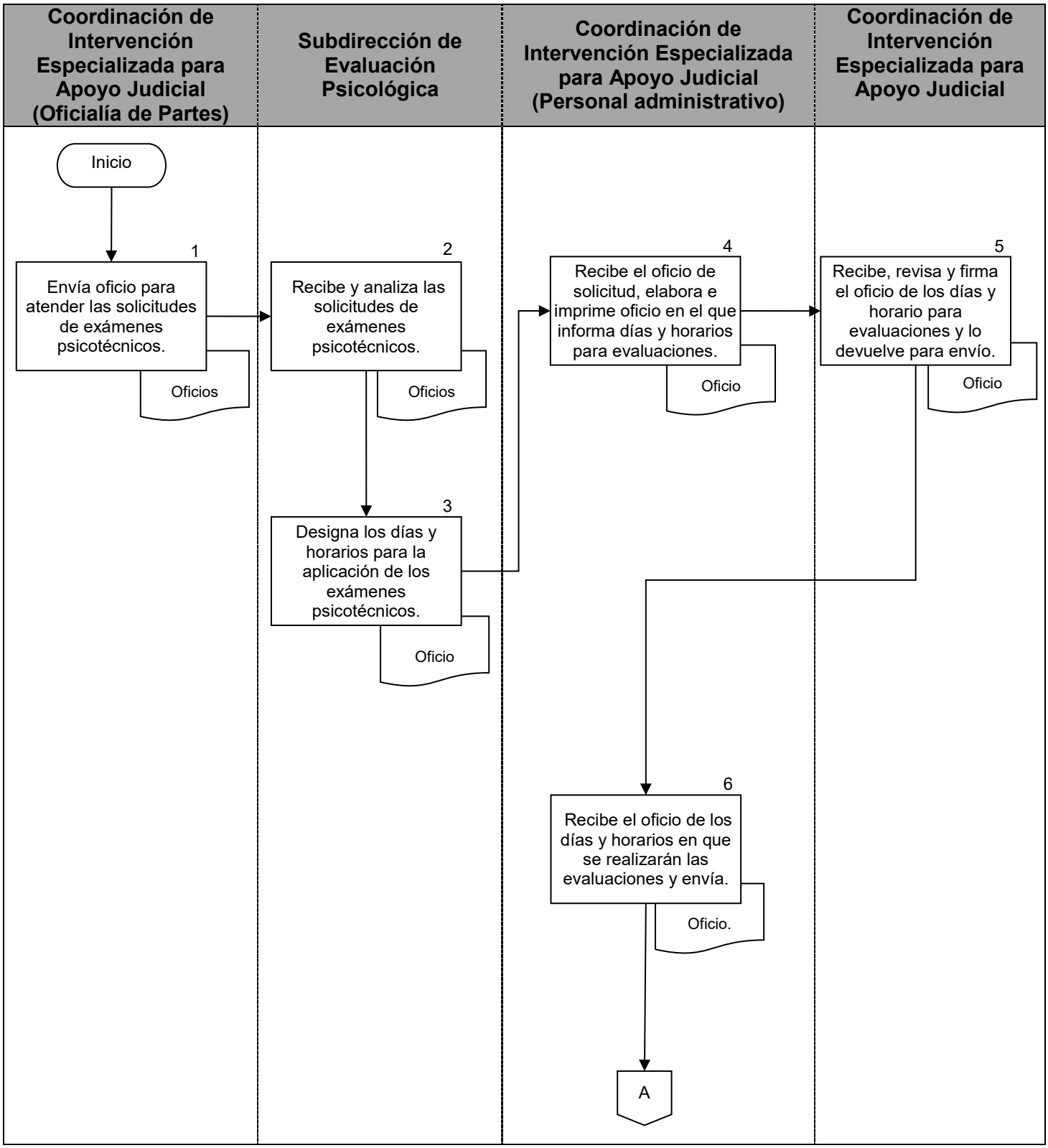
	Área.	Descripción de la actividad.	Documentos y/o sistemas de apoyo.
7	Instituto de Estudios Judiciales	Recibe, acusa el oficio de los días y horario en que se realizarán las evaluaciones y lo devuelve al personal administrativo de la Coordinación de Intervención Especializada para Apoyo Judicial.	
8	Coordinación de Intervención Especializada para Apoyo Judicial. (Personal administrativo)	Recibe y devuelve el acuse del oficio de los días y horario en que se realizarán las evaluaciones a la Jefatura de Unidad Departamental de Evaluación Psicológica.	
9	Jefatura de Unidad Departamental de Evaluación Psicológica	Recibe el acuse del oficio y elabora el expediente.	• Expediente
10		Designa día y hora para la realización de la entrevista a la o el aspirante, imprime “Cita de entrevista para aspirantes a Jueces” (DEIP-SE-ID-01) y agrega al expediente.	• Formato DEIP-SE-ID-01
11		Entrega expediente a la Psicóloga o el Psicólogo designado.	
12	Subdirección de Evaluación Psicológica (Psicóloga o Psicólogo)	Asiste al lugar asignado por el Instituto de Estudios Judiciales, en el aula el día y horario designado, en espera de las y los aspirantes y realiza la aplicación de las pruebas psicológicas.	
13		Entrega citatorio del día y hora de entrevista, a las y los aspirantes para su firma de conocimiento.	
14	Aspirantes	Reciben, revisan y firman el citatorio del día y hora para la entrevista con la Psicóloga o el Psicólogo designado.	

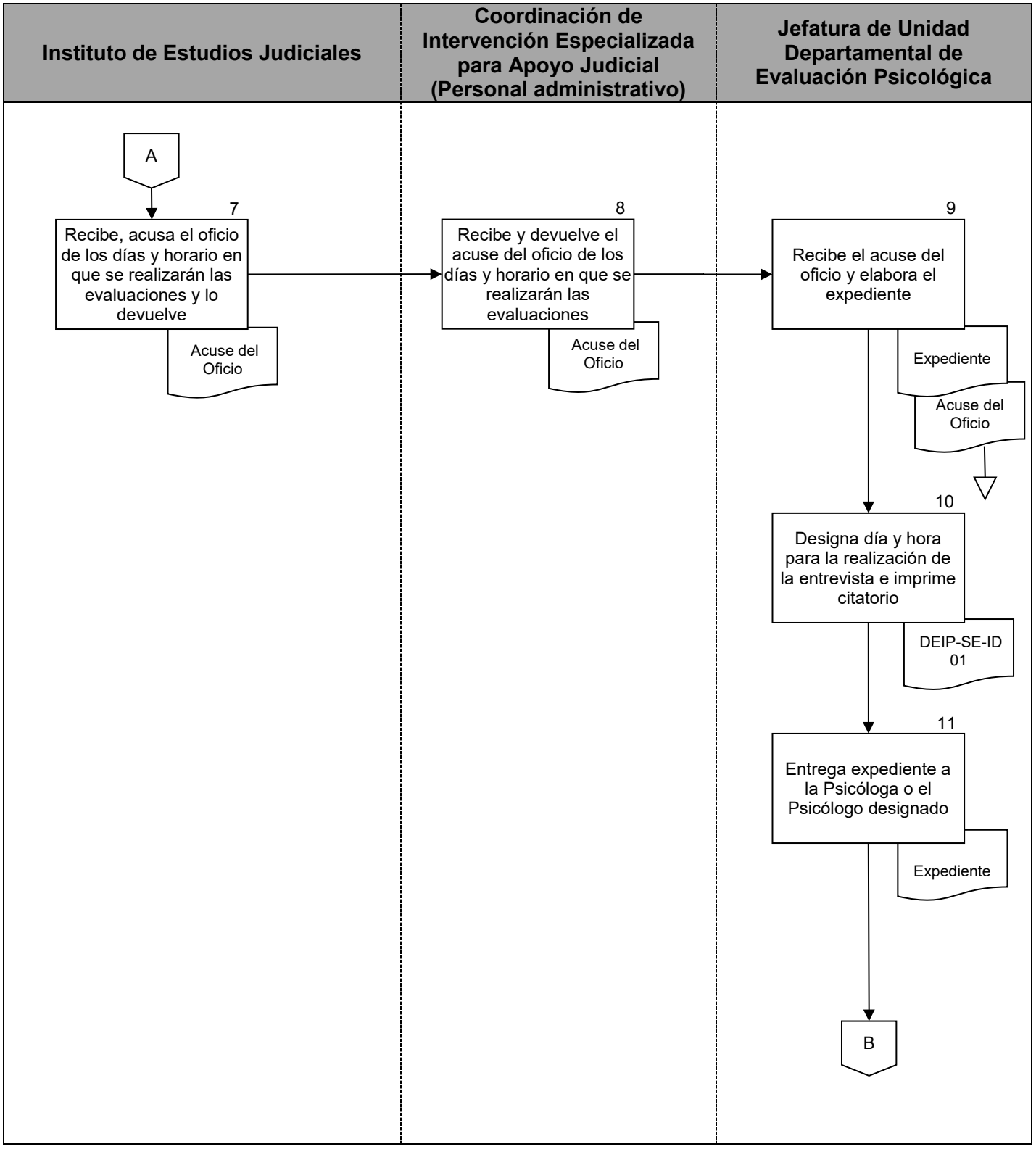
	Área.	Descripción de la actividad.	Documentos y/o sistemas de apoyo.
15	Subdirección de Evaluación Psicológica (Psicóloga o Psicólogo)	Recibe el citatorio del día y hora de entrevista de la o el aspirante con su firma de conocimiento y lo archiva en el expediente.	
16		Recibe y realiza la entrevista a la o el aspirante.	
17		Califica y/o interpreta las pruebas Psicológicas aplicadas.	
18		Elabora e imprime el informe de exámenes psicotécnicos, y lo entrega a la Subdirección de Evaluación Psicológica, para su autorización.	• Informe
19	Subdirección de Evaluación Psicológica	Recibe y revisa el informe de exámenes psicotécnicos. **¿Autoriza el Informe de examen psicotécnico?** **No.** Continúa en la actividad no. 20 **Sí.** Continúa en la actividad no. 21	
20		Rechaza el informe y hace observaciones al respecto a la Psicóloga o el Psicólogo. (Regresa a la actividad no. 18)	
21		Autoriza a la Psicóloga o el Psicólogo el Informe del examen psicotécnico realizado.	
22	Subdirección de Evaluación Psicológica (Psicóloga o Psicólogo)	Recibe autorización, imprime y firma el Informe del examen psicotécnico realizado.	

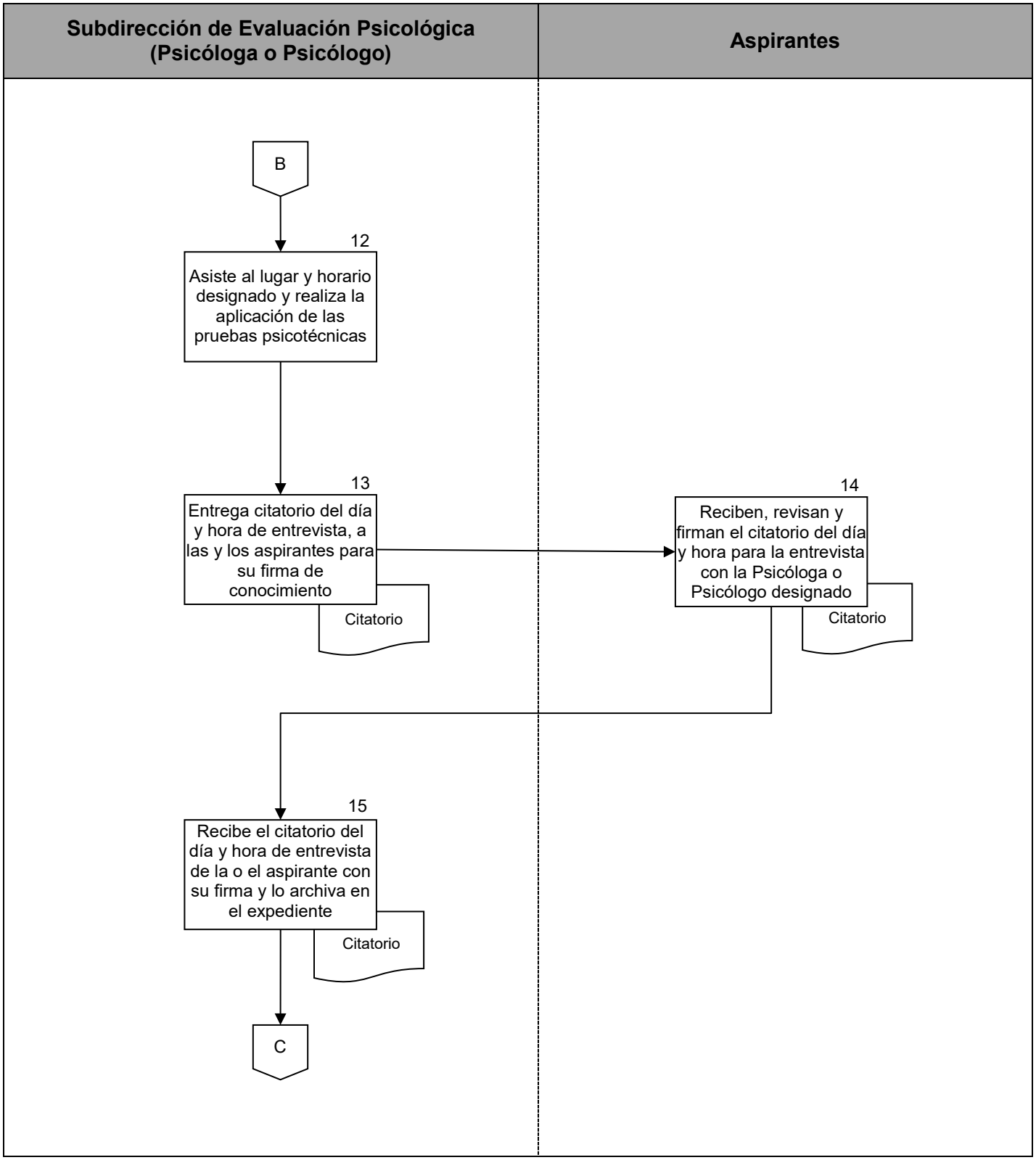
	Área.	Descripción de la actividad.	Documentos y/o sistemas de apoyo.
23	Subdirección de Evaluación Psicológica (Psicóloga o Psicólogo)	Entrega a la Subdirección de Evaluación Psicológica el o los expedientes e informes de exámenes psicotécnicos realizados.	
24 25	Subdirección de Evaluación Psicológica	Recibe el o los expedientes e informes de exámenes psicotécnicos realizados. Revisa los informes de exámenes psicotécnicos realizados y los entrega al personal administrativo de la Coordinación de Intervención Especializada para Apoyo Judicial, para su envío.	
26	Coordinación de Intervención Especializada para Apoyo Judicial (Personal administrativo)	Recibe los informes de exámenes psicotécnicos realizados, elabora e imprime el oficio para su envío y lo turna a la Coordinación de Intervención Especializada para Apoyo Judicial para su firma.	• Oficio
27	Coordinación de Intervención Especializada para Apoyo Judicial	Recibe, revisa, firma el oficio de envío de resultados de los exámenes psicotécnicos realizados y lo devuelve al personal administrativo de la Coordinación de Intervención Especializada para Apoyo Judicial.	
28	Coordinación de Intervención Especializada para Apoyo Judicial. (Personal administrativo)	Recibe y envía el oficio mediante el cual se remiten los informes de los resultados de los exámenes psicotécnicos realizados al Instituto de Estudios Judiciales.	
29	Instituto de Estudios Judiciales	Recibe, acusa el oficio y lo devuelve al personal administrativo de la Coordinación de Intervención Especializada para Apoyo Judicial.	

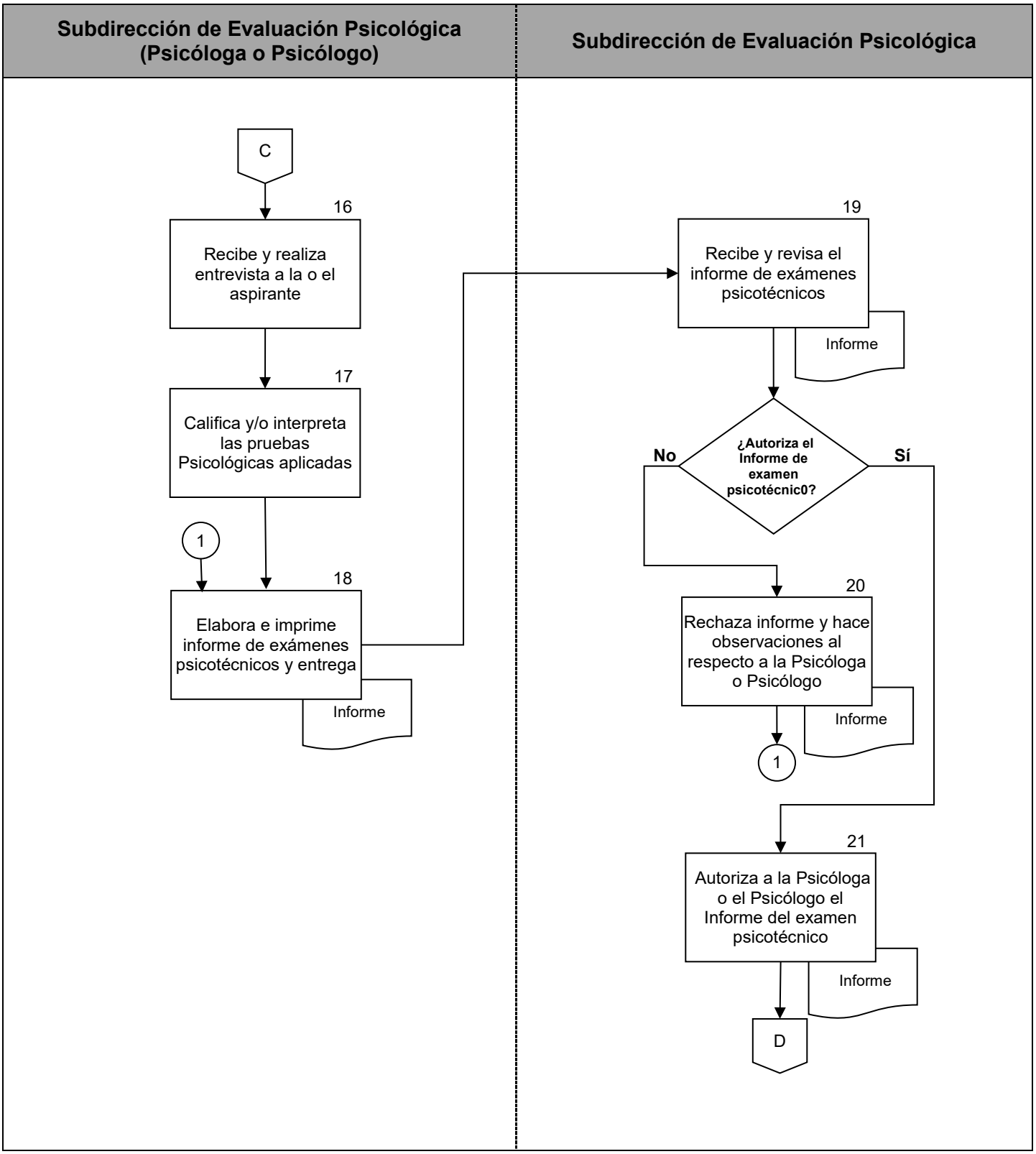
	Área.	Descripción de la actividad.	Documentos y/o sistemas de apoyo.
30	Coordinación de Intervención Especializada para Apoyo Judicial (Personal administrativo)	Recibe y devuelve el acuse del oficio a la Subdirección de Evaluación Psicológica.	
31 32	Subdirección de Evaluación Psicológica	Recibe el acuse del oficio y archiva en el expediente. Entrega expediente al personal administrativo de la Subdirección de Evaluación Psicológica, para archivar.	
33 34	Subdirección de Evaluación Psicológica (Personal administrativo)	Recibe y guarda el expediente del examen psicotécnico en el área, hasta que concluya su periodo de archivo en trámite. Envía expediente al Archivo Judicial.	

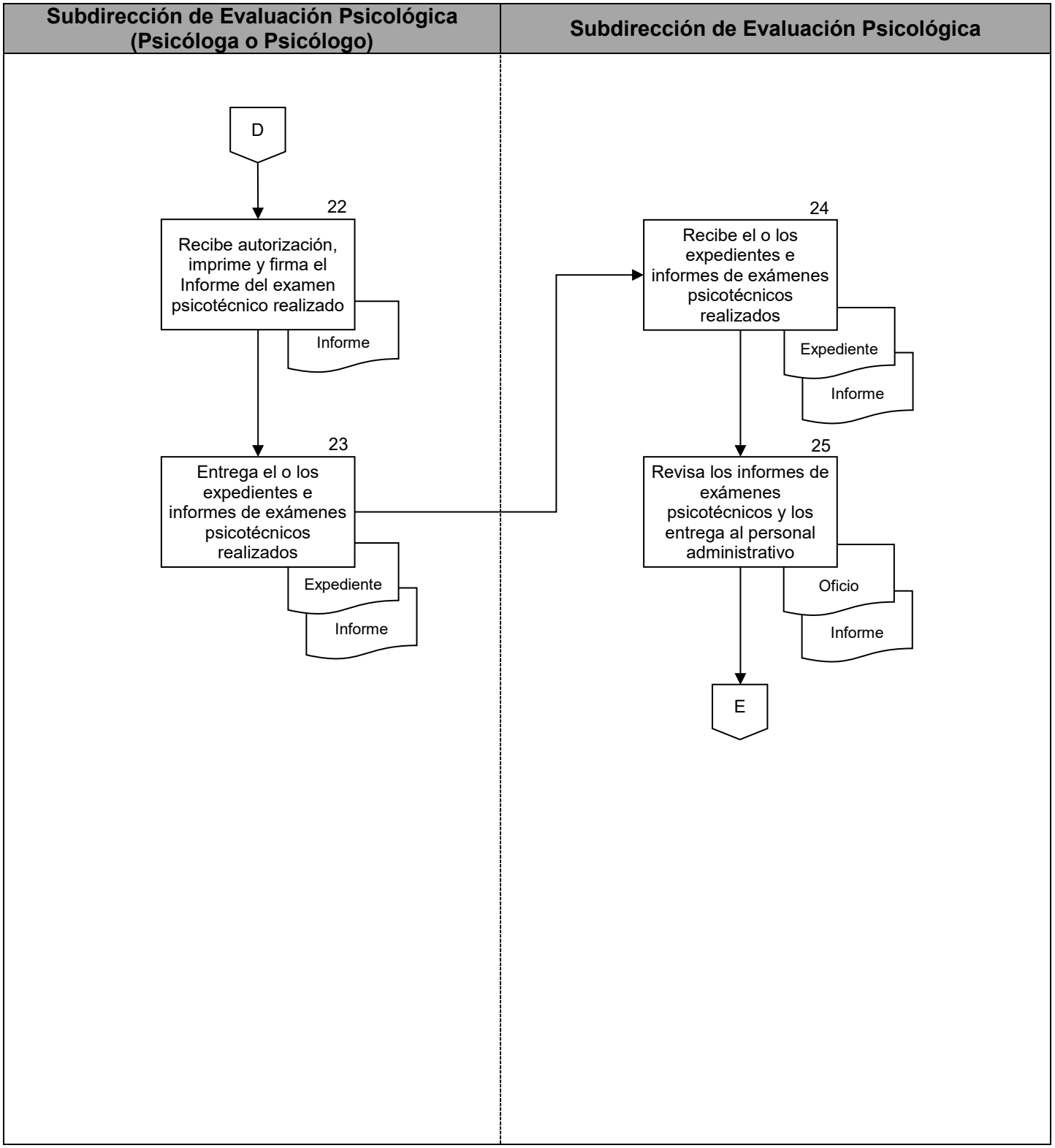
FIN DEL PROCEDIMIENTO

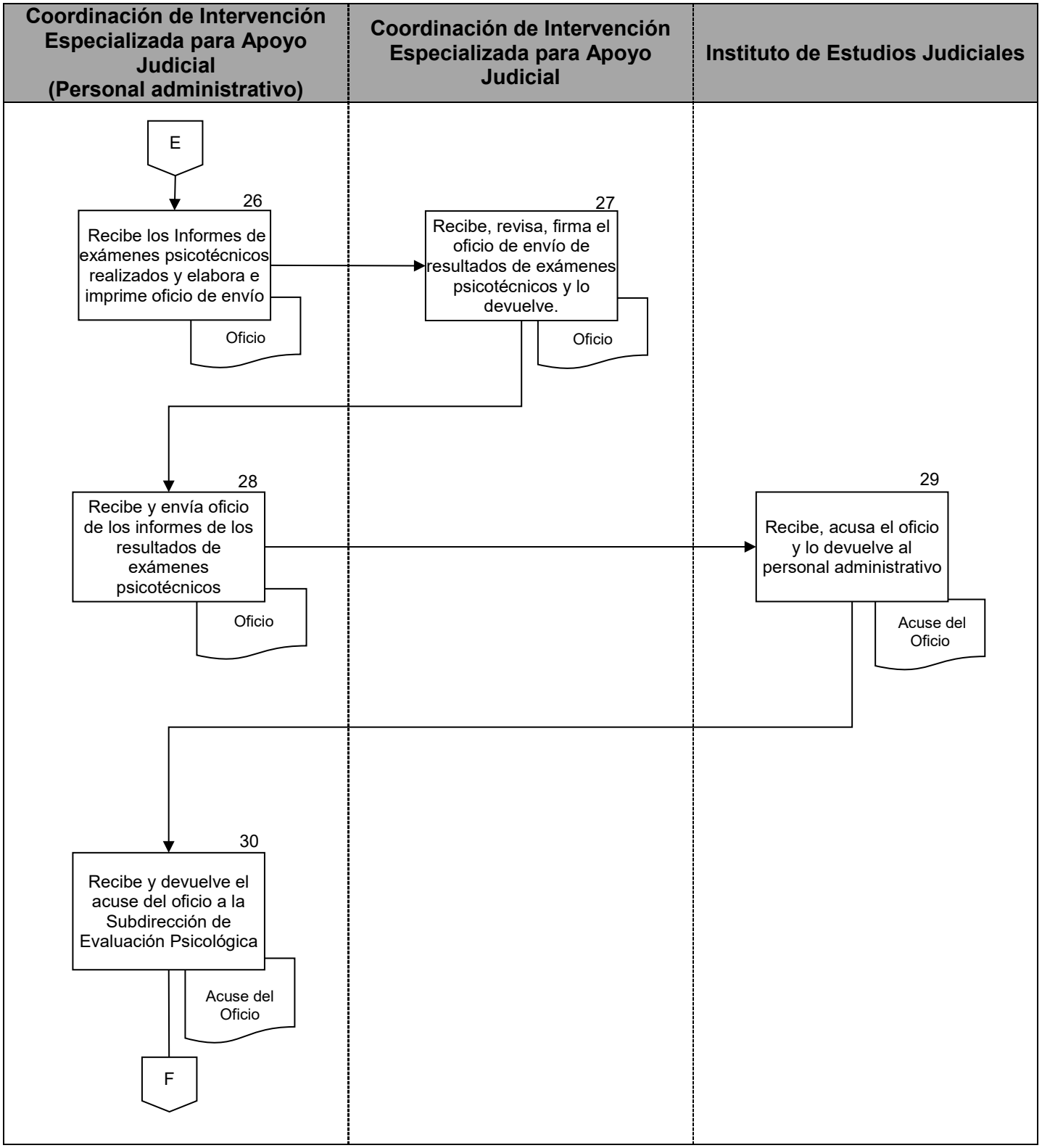

Coordinación de Intervención Especializada para Apoyo Judicial (Oficialía de Partes)
Subdirección de Evaluación Psicológica
Coordinación de Intervención Especializada para Apoyo Judicial (Personal administrativo)
Coordinación de Intervención Especializada para Apoyo Judicial
Inicio
1
Envía oficio para atender las solicitudes de exámenes psicotécnicos.
Oficios
2
Recibe y analiza las solicitudes de exámenes psicotécnicos.
Oficios
3
Designa los días y horarios para la aplicación de los exámenes psicotécnicos.
Oficio
4
Recibe el oficio de solicitud, elabora e imprime oficio en el que informa días y horarios para evaluaciones.
Oficio
5
Recibe, revisa y firma el oficio de los días y horario para evaluaciones y lo devuelve para envío.
Oficio
6
Recibe el oficio de los días y horarios en que se realizarán las evaluaciones y envía.
Oficio.
A

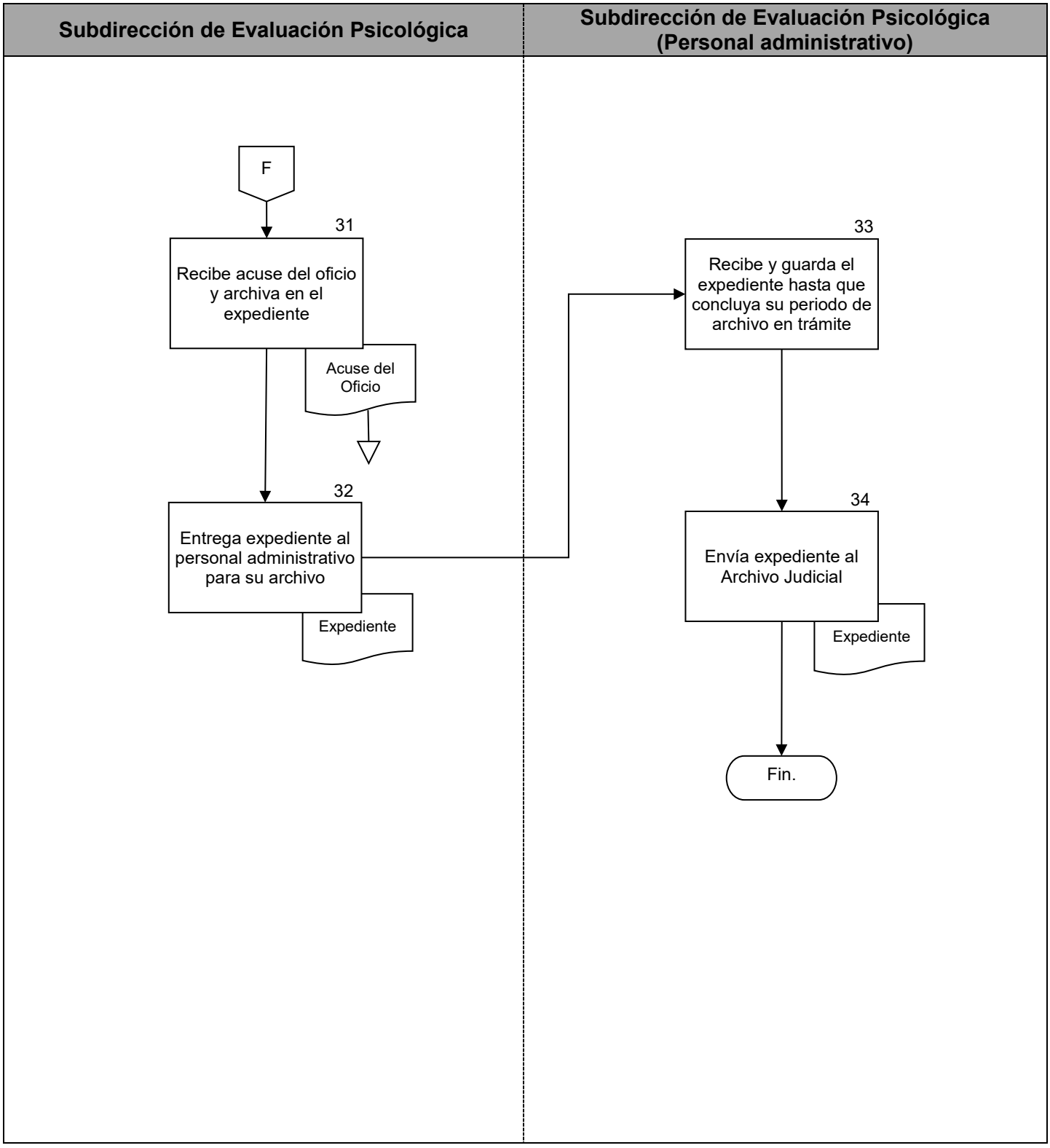

Instituto de Estudios Judiciales
Coordinación de Intervención Especializada para Apoyo Judicial (Personal administrativo)
Jefatura de Unidad Departamental de Evaluación Psicológica
A
7
Recibe, acusa el oficio de los días y horario en que se realizarán las evaluaciones y lo devuelve
Acuse del Oficio
8
Recibe y devuelve el acuse del oficio de los días y horario en que se realizarán las evaluaciones
Acuse del Oficio
9
Recibe el acuse del oficio y elabora el expediente
Expediente
Acuse del Oficio
10
Designa día y hora para la realización de la entrevista e imprime citatorio
DEIP-SE-ID 01
11
Entrega expediente a la Psicóloga o el Psicólogo designado
Expediente
B


Subdirección de Evaluación Psicológica (Psicóloga o Psicólogo)
Aspirantes
B
12
Asiste al lugar y horario designado y realiza la aplicación de las pruebas psicotécnicas
13
Entrega citatorio del día y hora de entrevista, a las y los aspirantes para su firma de conocimiento
Citatorio
14
Reciben, revisan y firman el citatorio del día y hora para la entrevista con la Psicóloga o Psicólogo designado
Citatorio
15
Recibe el citatorio del día y hora de entrevista de la o el aspirante con su firma y lo archiva en el expediente
Citatorio
C


Subdirección de Evaluación Psicológica (Psicóloga o Psicólogo)
Subdirección de Evaluación Psicológica
C
16
Recibe y realiza entrevista a la o el aspirante
17
Califica y/o interpreta las pruebas Psicológicas aplicadas
1
18
Elabora e imprime informe de exámenes psicotécnicos y entrega
Informe
19
Recibe y revisa el informe de exámenes psicotécnicos
Informe
¿Autoriza el Informe de examen psicotécnic0?
No
Sí
20
Rechaza informe y hace observaciones al respecto a la Psicóloga o Psicólogo
Informe
1
21
Autoriza a la Psicóloga o el Psicólogo el Informe del examen psicotécnico
Informe
D


Subdirección de Evaluación Psicológica (Psicóloga o Psicólogo)
Subdirección de Evaluación Psicológica
D
22
Recibe autorización, imprime y firma el Informe del examen psicotécnico realizado
Informe
23
Entrega el o los expedientes e informes de exámenes psicotécnicos realizados
Expediente
Informe
24
Recibe el o los expedientes e informes de exámenes psicotécnicos realizados
Expediente
Informe
25
Revisa los informes de exámenes psicotécnicos y los entrega al personal administrativo
Oficio
Informe
E


Coordinación de Intervención Especializada para Apoyo Judicial (Personal administrativo)
Coordinación de Intervención Especializada para Apoyo Judicial
Instituto de Estudios Judiciales
E
26
Recibe los Informes de exámenes psicotécnicos realizados y elabora e imprime oficio de envío
Oficio
27
Recibe, revisa, firma el oficio de envío de resultados de exámenes psicotécnicos y lo devuelve.
Oficio
28
Recibe y envía oficio de los informes de los resultados de exámenes psicotécnicos
Oficio
29
Recibe, acusa el oficio y lo devuelve al personal administrativo
Acuse del Oficio
30
Recibe y devuelve el acuse del oficio a la Subdirección de Evaluación Psicológica
Acuse del Oficio
F


Subdirección de Evaluación Psicológica
Subdirección de Evaluación Psicológica (Personal administrativo)
F
31
Recibe acuse del oficio y archiva en el expediente
Acuse del Oficio
32
Entrega expediente al personal administrativo para su archivo
Expediente
33
Recibe y guarda el expediente hasta que concluya su periodo de archivo en trámite
34
Envía expediente al Archivo Judicial
Expediente
Fin.

CITA DE ENTREVISTA PARA ASPIRANTES A JUECES

Ciudad de México a _____.

Yo _____quedo enterado (a) de mi cita para realizar la entrevista, parte de la evaluación psicométrica que se me practica en colaboración al Instituto de Estudios Judiciales, de este H. Tribunal, por lo que me comprometo a presentarme de manera puntual el día _____, a las _____horas, con una identificación oficial vigente, en esta área de apoyo judicial, con el (la) Especialista en Psicología, _____.

FIRMA.
EXPEDIENTE.

Ciudad de México a _____.

Yo _____quedo enterado (a) de mi cita para realizar la entrevista, parte de la evaluación psicométrica que se me practica en colaboración al Instituto de Estudios Judiciales, de este H. Tribunal, por lo que me comprometo a presentarme de manera puntual el día _____, a las _____horas, con una identificación oficial vigente, en esta área de apoyo judicial, con el (la) Especialista en Psicología, _____.

COPIA PARA EL O LA ASPIRANTE.

CITA DE ENTREVISTA PARA ASPIRANTES A JUECES

Ciudad de México a (1).

Yo (2) quedo enterado (a) de mi cita para realizar la entrevista, parte de la evaluación psicométrica que se me practica en colaboración al Instituto de Estudios Judiciales, de este H. Tribunal, por lo que me comprometo a presentarme de manera puntual el día (3), a las (4) horas, con una identificación oficial vigente, en esta área de apoyo judicial, con el (la) Especialista en Psicología, (5).

FIRMA. (6)

EXPEDIENTE.

Ciudad de México a (1).

Yo (2) quedo enterado (a) de mi cita para realizar la entrevista, parte de la evaluación psicométrica que se me practica en colaboración al Instituto de Estudios Judiciales, de este H. Tribunal, por lo que me comprometo a presentarme de manera puntual el día (3), a las (4) horas, con una identificación oficial vigente, en esta área de apoyo judicial, con el (la) Especialista en Psicología, (5).

COPIA PARA EL O LA ASPIRANTE.

DESCRIPCIÓN DEL FORMATO

Nombre:	**CITA DE ENTREVISTA PARA ASPIRANTES A JUECES**
Clave:	**DEIP-SE-ID-01**
Objetivo:	Que la persona usuaria quede enterada de la fecha y hora, en que se llevará a cabo su entrevista
Elabora:	Subdirección de Evaluación Psicológica.
Número de tantos:	Original y copia.
Distribución:	Original. - Constancia para el expediente de la cita generada. Copia. - Para la persona usuaria.

INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
1	FECHA	La fecha completa: día, mes y año, en que se entrega el formato
2	PERSONA USUARIA	Nombre de la o el aspirante a la que se le entrega la cita para la práctica de su entrevista.
3	FECHA DE ENTREVISTA	La fecha en la que se realizará la entrevista.
4	HORA	La hora en la que se realizará la entrevista.
5	PSICÓLOGA O PSICÓLOGO	El nombre de la Psicóloga o Psicólogo designado para realizar la entrevista
6	FIRMA	Firma de la persona que recibe la cita.

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 Sanciones Penales.
Objetivo general:	Atender las solicitudes de evaluación psicológica ordenadas por las Autoridades Jurisdiccionales en materia Penal, Penal de Delitos no Graves, Justicia para Adolescentes, Medidas Cautelares y Ejecución de Sanciones Penales, 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 Evaluaciones Psicológicas, 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 las Autoridades Jurisdiccionales en materia Penal, Penal de Delitos no Graves, Justicia para Adolescentes, Medidas Cautelares y Ejecución de Sanciones Penales, serán atendidas por la Subdirección de Evaluación Psicológica sin costo alguno.

3. Se verificará que las solicitudes de evaluación psicológica recibidas, en materia Penal y ámbitos relacionados, tengan adjunto oficio y/o auto mediante el cual se indique que el servicio requerido se trata de evaluación psicológica, los nombres de las personas a evaluar y si éstas se encuentran en libertad o en un centro de reclusión de la Ciudad de México en donde se encuentren privadas de su libertad, así como el objetivo pericial; de lo contrario se solicitará la aclaración correspondiente mediante oficio, para estar en posibilidad de dar trámite.

4. En los casos en que, las solicitudes de evaluación psicológica contengan los datos del juicio confusos o no coincidan, se le pedirá a la Autoridad Jurisdiccional la aclaración correspondiente.

5. En las solicitudes de evaluaciones psicológicas que no se envíen los datos requeridos para evaluar o que la Autoridad Jurisdiccional no realice las aclaraciones necesarias, después de un año, se darán por canceladas, y en caso de requerirlos nuevamente, la Autoridad Jurisdiccional deberá solicitarlo.

6. Las evaluaciones psicológicas requeridas en materia Penal y ámbitos relacionados sólo podrán llevarse a cabo dentro de las instalaciones del propio Tribunal Superior de Justicia o centros de internamiento, ambos de la Ciudad de México.

7. En el caso en que, las solicitudes de las Autoridades 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 que se requieren.

8. Las solicitudes de evaluación psicológica relacionadas con algún exhorto y las realizadas por alguna Autoridad Jurisdiccional de otro Estado 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.

9. Los expedientes nuevos se abrirán por Sala, Juzgado o Unidad de Gestión Judicial requisitante 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 autorizado por el Pleno del Consejo.

10. 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 de la misma Autoridad Jurisdiccional. Excepto cuando el expediente ya haya sido destruido conforme los códigos archivísticos vigentes, en dicho supuesto, se les designará un nuevo número de folio.

11. 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 está sujeta a la cantidad de requerimientos judiciales y la cantidad de personal de Psicología adscrito. Asimismo, para atención de las ratificaciones y/o juntas de peritos que deriven de una evaluación psicológica se realizará en función de la agenda de la o del Psicólogo designado, así como de las fechas y/o términos que establezca la Autoridad Jurisdiccional para el cumplimiento de su requerimiento.

12. La(s) cita(s) programada(s) para realizar la(s) evaluación(es) psicológica(s) sólo se harán del conocimiento a la Autoridad Jurisdiccional mediante oficio, en el que se dará a conocer el nombre de la o el psicólogo designado.

13. En aquellos casos en que, las solicitudes de evaluación psicológicas sean para niñas, niños o adolescentes, se informará a la Autoridad Jurisdiccional que deben

ser presentados por su padre, madre, tutor(a), representante legal o en su caso por quien la Autoridad solicitante autorice para tal efecto.

14. En caso de ser necesario se solicitarán a la Autoridad Jurisdiccional las copias del expediente relacionadas con el objetivo de la evaluación psicológica a practicar para su revisión previo a la fecha de la realización de la misma, las cuales serán resguardadas en el expediente de la persona a evaluar.

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 de la Subdirección Administrativa.

16. De presentarse algún caso en el cual la persona usuaria, muestre 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.

17. En las evaluaciones psicológicas que se realicen bajo los lineamientos del Protocolo de Estambul y aquellas en materia de Justicia para Adolescentes, se le dará un consentimiento informado a la persona a evaluar, en el segundo supuesto hará en presencia del padre, madre, tutor(a) o representante legal en el caso de los adolescentes; de no otorgar el consentimiento, no se realizará la evaluación psicológica y se le pedirá a la persona que de forma escrita exprese su negativa para hacerla del conocimiento a la Autoridad Jurisdiccional.

No.	Área.	Descripción de la actividad.	Documentos y/o sistemas de apoyo.
1	Coordinación de Intervención Especializada para Apoyo Judicial (Oficialía de Partes)	Recibe y reenvía las solicitudes de las Autoridades Jurisdiccionales a través del Sistema autorizado por el Pleno del Consejo, correo electrónico y/o documento impreso a la Jefatura de Unidad Departamental de Evaluación Psicológica, para su atención.	• Sistema • Correo electrónico
2	Jefatura de Unidad Departamental de Evaluación Psicológica (Personal administrativo)	Recibe, analiza y valida que las solicitudes cuenten con todos los datos para realizar la evaluación psicológica. **¿Cuenta con los datos?** **No.** Continúa en la actividad No. 3 **Sí.** Continúa en la actividad No. 9	
3		Elabora e imprime oficio solicitando a la Autoridad 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
4	Jefatura de Unidad Departamental de Evaluación Psicológica	Recibe, revisa y entrega el oficio a la Subdirección de Evaluación Psicológica, para firma.	
5	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.	
6	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 a la Autoridad Jurisdiccional.	

No.	Área.	Descripción de la actividad.	Documentos y/o sistemas de apoyo.
7	Autoridad Jurisdiccional (Oficialía de Partes)	Recibe, acusa el oficio y lo devuelve.	
8	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. 1)	• Base de datos
9		Asigna o vincula número de registro interno a las solicitudes de evaluación psicológica, a través del Sistema autorizado por el Pleno del Consejo.	• Sistema
10		Elabora el expediente y entrega a la Jefatura de Unidad Departamental de Evaluación Psicológica para la programación correspondiente.	• Expediente
11	Jefatura de Unidad Departamental de Evaluación Psicológica	Recibe el expediente, lo analiza, designa y captura en el Sistema autorizado por el Pleno del Consejo a la Psicóloga o el 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
12	Jefatura de Unidad Departamental de Evaluación Psicológica (Personal administrativo)	Recibe expediente, genera en el Sistema autorizado por el Pleno del Consejo e imprime el oficio indicando a la Autoridad Jurisdiccional, la fecha, hora y lugar en que la persona usuaria tendrá que presentarse a evaluación psicológica; y lo entrega con expediente a la Jefatura de Unidad Departamental de Evaluación Psicológica, para su revisión.	• Sistema • Oficio
13	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.	

No.	Área.	Descripción de la actividad.	Documentos y/o sistemas de apoyo.
14	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.	
15	Jefatura de Unidad Departamental de Evaluación Psicológica (Personal administrativo)	Recibe oficio con expediente y realiza trámite de envío del oficio a la Autoridad Jurisdiccional, indicando la fecha, hora y lugar para la evaluación psicológica.	
16	Autoridad Jurisdiccional (Oficialía de Partes)	Recibe, acusa el oficio y lo devuelve.	
17	Jefatura de Unidad Departamental de Evaluación Psicológica (Personal administrativo)	Recibe y archiva el acuse del oficio en el expediente y lo entrega a la Psicóloga o el Psicólogo designado.	
18	Subdirección de Evaluación Psicológica (Psicóloga o Psicólogo)	Recibe el expediente y revisa la solicitud de la Autoridad Jurisdiccional. **¿Qué Solicita?** **Ratificación y/o Junta de peritos.** Continúa en la actividad no. 19 **Evaluación Psicológica.** Continua en la actividad no. 21 **Análisis de documentales y/o Autopsias psicológicas.** Continua en la actividad no. 40	
19		Acude ante la Autoridad Jurisdiccional a ratificar el dictamen o a la Junta de Peritos.	
20		Devuelve el expediente al personal administrativo de la Jefatura de Unidad Departamental de Evaluación Psicológica (Continúa en la actividad no. 52)	

No.	Área.	Descripción de la actividad.	Documentos y/o sistemas de apoyo.
21	Subdirección de Evaluación Psicológica (Psicóloga o Psicólogo)	Revisa si la evaluación psicológica es con o sin protesta de cargo **¿Es con protesta de cargo?** **Sí.** Continua a la actividad no. 22 **No.** Continua a la actividad no. 23	
22		Acude ante la Autoridad Jurisdiccional a tomar protesta de cargo.	
23		Recibe expediente, verifica y analiza los datos de las personas a evaluar, así como el objetivo pericial, y establece en el Sistema autorizado por el Pleno del Consejo la metodología a aplicar, previamente a la fecha de evaluación psicológica.	• Sistema
24		Solicita a través del Sistema autorizado por el Pleno del Consejo la autorización a la Subdirección de Evaluación Psicológica, para la implementación de la metodología sugerida.	• Sistema
25	Subdirección de Evaluación Psicológica	Recibe a través del Sistema autorizado por el Pleno del Consejo la solicitud de autorización de la metodología para el caso en concreto. **¿Autoriza la metodología?** **No.** Continúa en la actividad no. 26 **Sí.** Continúa en la actividad no. 27	• Sistema
26		Rechaza a través del Sistema autorizado por el Pleno del Consejo la metodología e indica cual es la que se va a utilizar. (Regresa a la actividad no. 23)	• Sistema

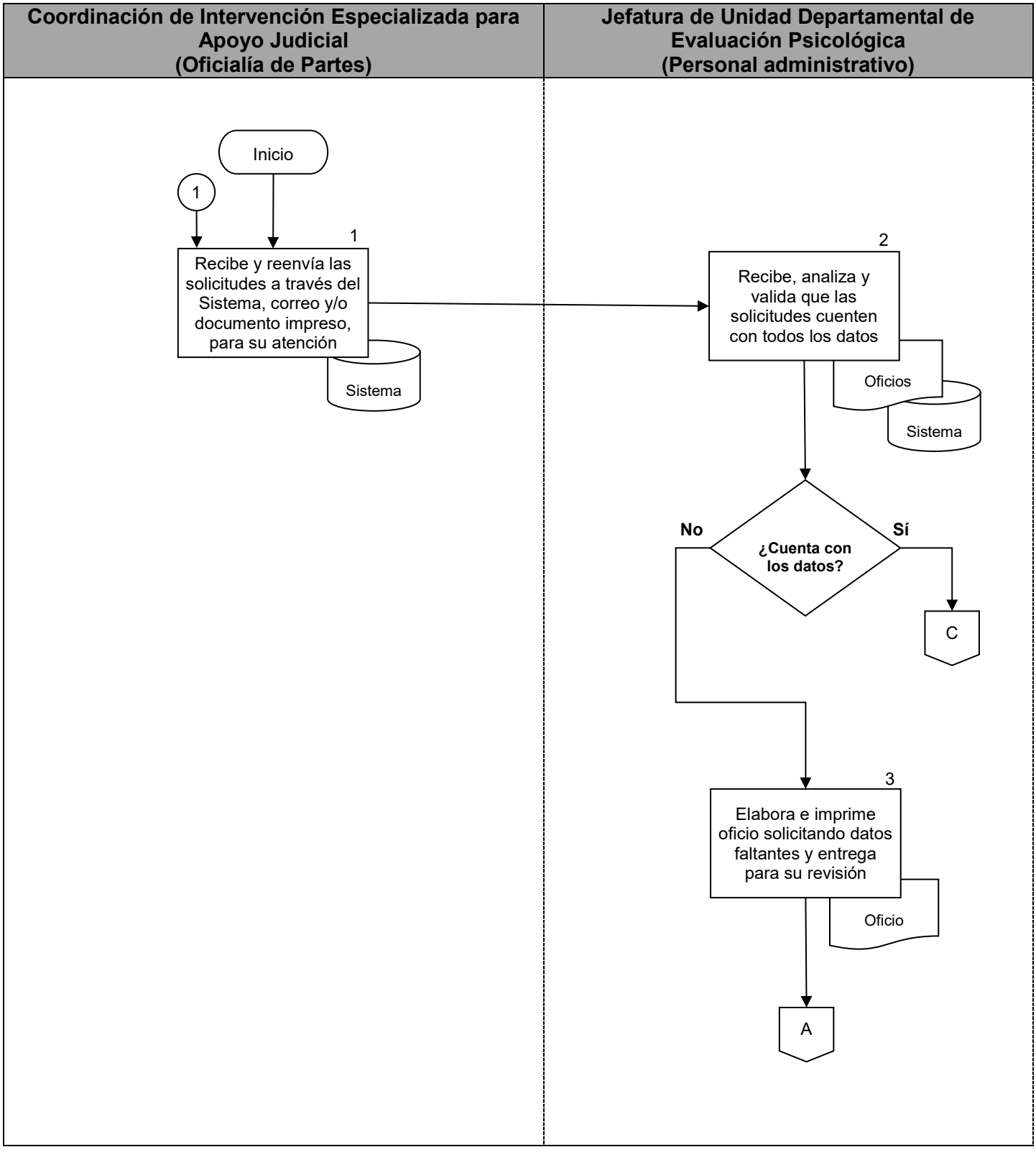
No.	Área.	Descripción de la actividad.	Documentos y/o sistemas de apoyo.
27	Subdirección de Evaluación Psicológica	Envía a través del Sistema autorizado por el Pleno del Consejo la confirmación de autorización de la metodología a la Psicóloga o el Psicólogo.	• Sistema
28 29 30 31	Subdirección de Evaluación Psicológica (Psicóloga o Psicólogo)	Recibe a través del Sistema autorizado por el Pleno del Consejo la confirmación de autorización de metodología. Espera a la persona usuaria a evaluar el día programado. **¿Acude y acepta la persona usuaria realizar la evaluación psicológica?** **No.** Continúa en la actividad no. 30 **Si.** Continúa en la actividad no. 37 Captura la cancelación de la evaluación psicológica de la persona usuaria y genera e imprime el oficio correspondiente, en el Sistema autorizado por el Pleno del Consejo. Entrega oficio de cancelación con expediente a la Subdirección de Evaluación Psicológica, para su firma.	• Sistema • Sistema • Oficio
32	Subdirección de Evaluación Psicológica	Recibe oficio con expediente, firma el oficio y lo devuelve con expediente a la Psicóloga o el Psicólogo, para su trámite de envío.	
33	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.	

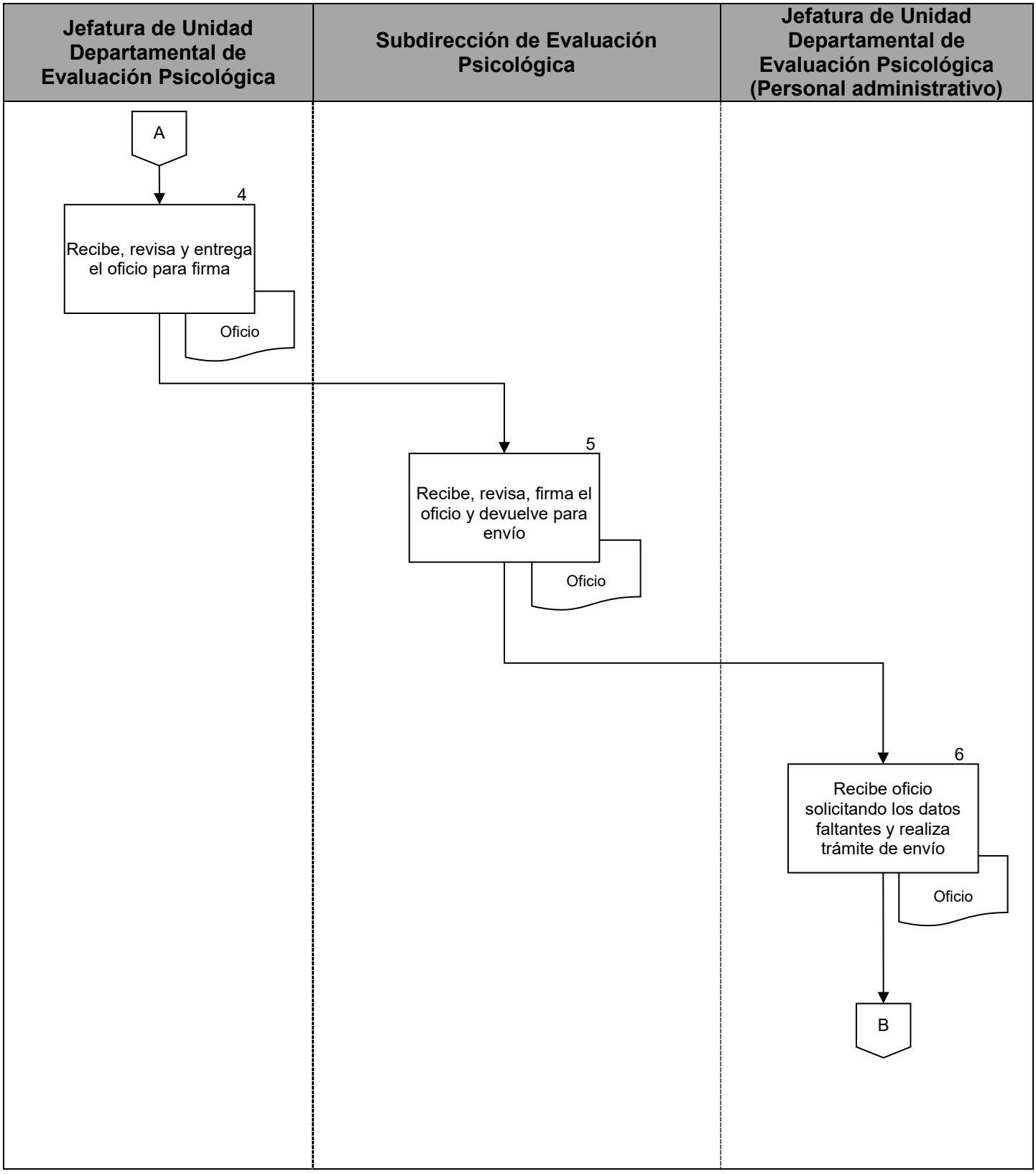
No.	Área.	Descripción de la actividad.	Documentos y/o sistemas de apoyo.
34	Jefatura de Unidad Departamental de Evaluación Psicológica (Personal administrativo)	Recibe el oficio de cancelación de evaluación psicológica y realiza su trámite de envío a la Autoridad Jurisdiccional.	
35	Autoridad Jurisdiccional (Oficialía de Partes)	Recibe, acusa el oficio, y lo devuelve.	
36	Jefatura de Unidad Departamental de Evaluación Psicológica (Personal administrativo)	Recibe el acuse del oficio de cancelación y lo archiva en el expediente. (Continúa en la actividad no. 52)	
37	Subdirección de Evaluación Psicológica (Psicóloga o Psicólogo)	Captura en el Sistema autorizado por el Pleno del Consejo la asistencia de la persona usuaria.	• Sistema
38		Realiza la evaluación psicológica ordenada, aplicando los formatos “Consentimiento informado de evaluación psicológica para adolescentes” (DEIP-SEP-01) y “Consentimiento informado para de evaluación psicológica bajo los lineamientos del Protocolo de Estambul” (DEIP-SEP-02) en los casos que correspondan.	• Formato DEIP-SEP-01 DEIP-SEP-02
39		Califica y/o interpreta las pruebas psicológicas aplicadas, las integra y archiva en el expediente de la persona usuaria.	
40		Elabora, carga en el Sistema autorizado por el Pleno del Consejo e imprime el Informe de evaluación psicológica, y lo entrega a la Subdirección de Evaluación Psicológica, para su revisión.	• Sistema • Informe

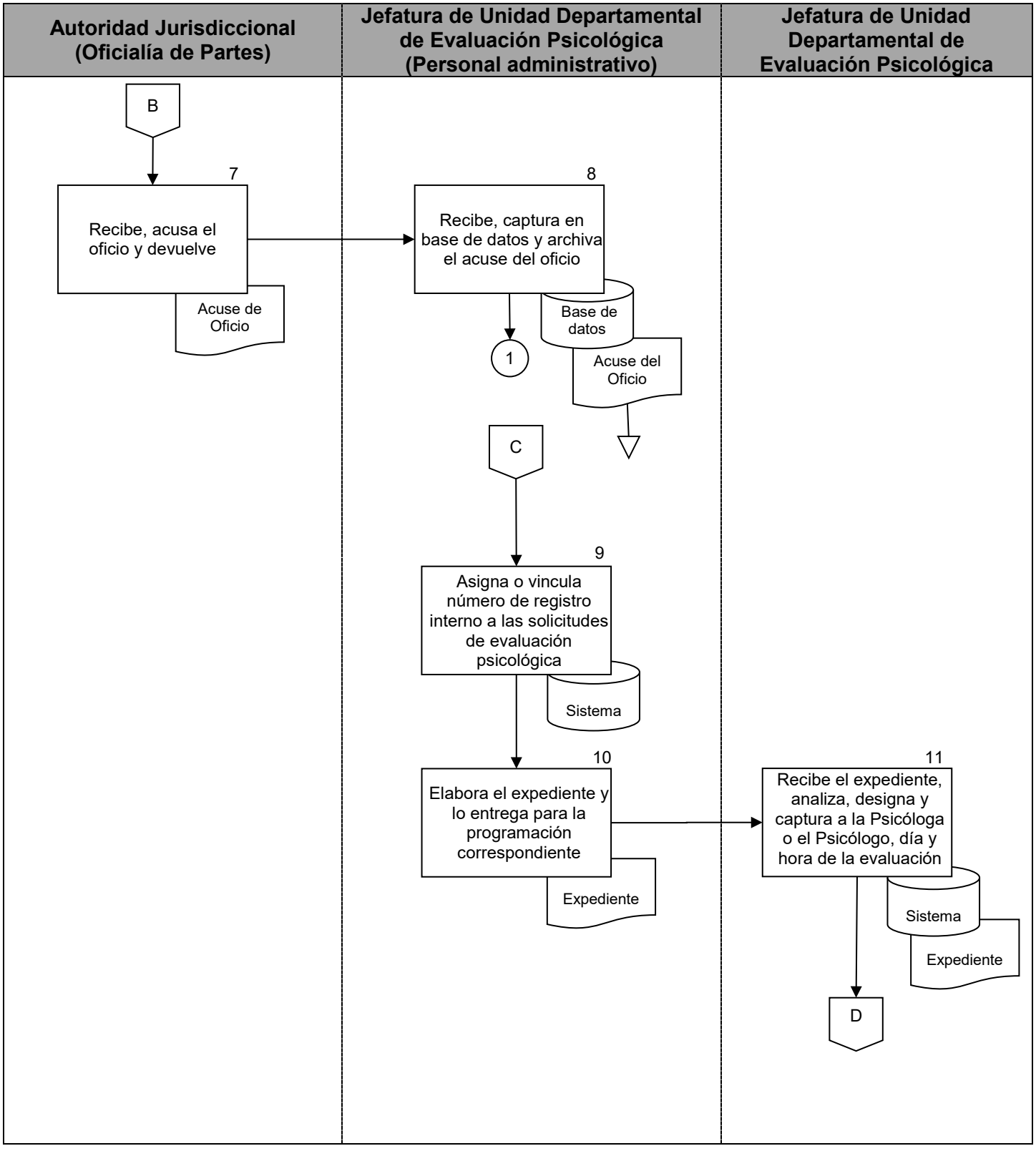
No.	Área.	Descripción de la actividad.	Documentos y/o sistemas de apoyo.
41	Subdirección de Evaluación Psicológica	Recibe y revisa el informe de evaluación psicológica para su autorización. **¿Autoriza el Informe de Evaluación Psicológica?** **No.** Continúa en la actividad no. 42 **Sí.** Continúa en la actividad no. 43	
42		Rechaza el Informe de evaluación psicológica a través del Sistema autorizado por el Pleno del Consejo y envía a la Psicóloga o el Psicólogo las observaciones para su atención. (Regresa a la actividad no. 40)	• Sistema
43		Envía a través del Sistema autorizado por el Pleno del Consejo la confirmación de autorización del informe a la Psicóloga o el Psicólogo.	• Sistema
44	Subdirección de Evaluación Psicológica (Psicóloga o Psicólogo)	Recibe autorización a través del Sistema autorizado por el Pleno del Consejo, imprime y firma el informe de evaluación psicológica.	• Sistema
45		Genera e imprime oficio a través del Sistema autorizado por el Pleno del Consejo, indicando a la Autoridad Jurisdiccional que envía el Informe de la evaluación psicológica ordenada y entrega con el expediente a la Subdirección de Evaluación Psicológica, para firma.	• Sistema • Oficio
46	Subdirección de Evaluación Psicológica	Recibe oficio con expediente, firma el oficio y lo devuelve con expediente a la Psicóloga o el Psicólogo.	

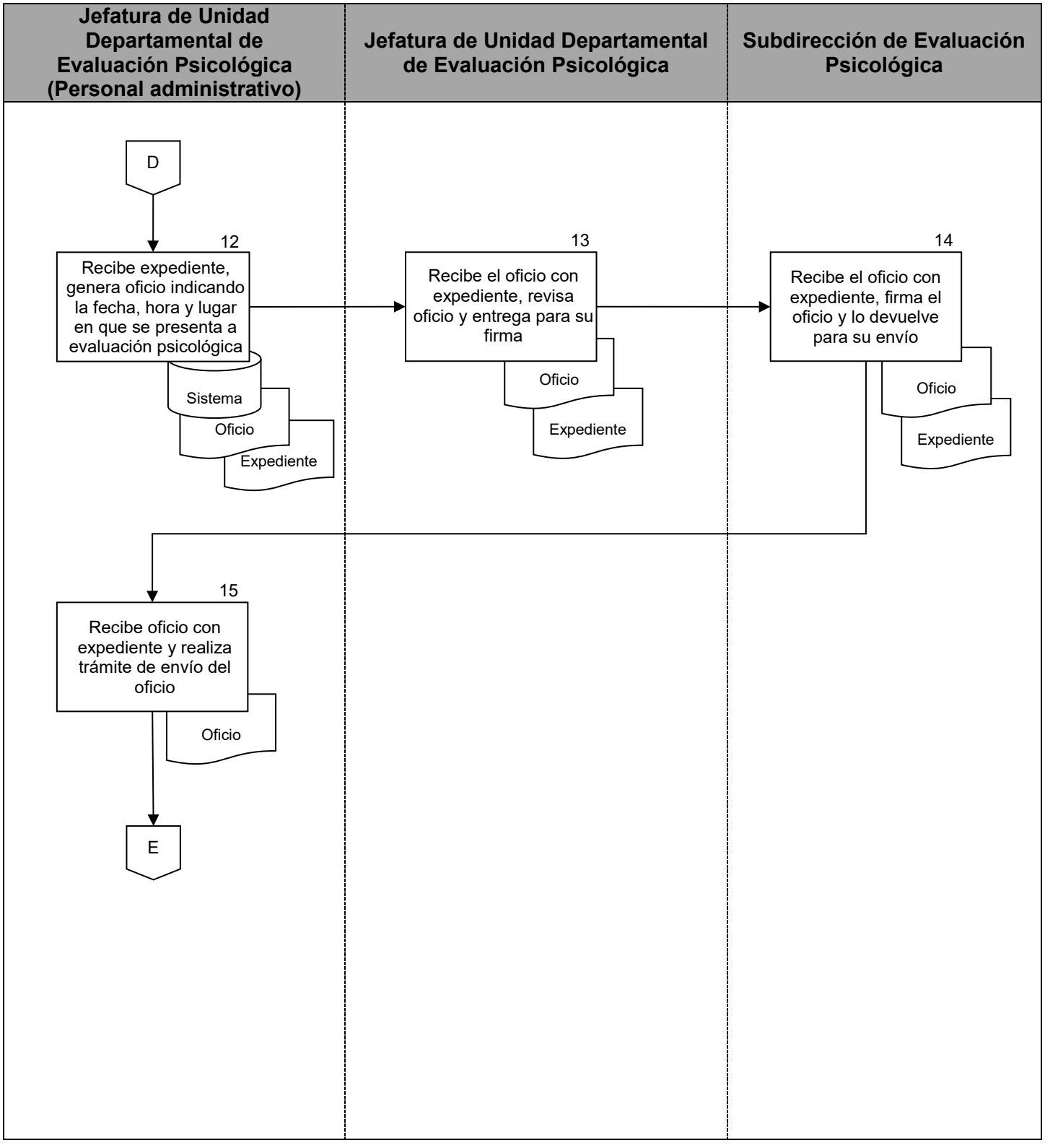
No.	Área.	Descripción de la actividad.	Documentos y/o sistemas de apoyo.
47	Subdirección de Evaluación Psicológica (Psicóloga o Psicólogo)	Recibe oficio con expediente y los entrega al personal administrativo de la Jefatura de Unidad Departamental de Evaluación Psicológica.	
48	Jefatura de Unidad Departamental de Evaluación Psicológica (Personal administrativo)	Recibe oficio con expediente y realiza trámite de envío a la Autoridad Jurisdiccional en el que se adjunta el informe.	
49	Autoridad Jurisdiccional (Oficialía de Partes)	Recibe, acusa el oficio y lo devuelve.	
50	Jefatura de Unidad Departamental de Evaluación Psicológica (Personal administrativo)	Recibe y archiva acuse del oficio en el expediente.	
51		Captura en el Sistema autorizado por el Pleno del Consejo el cierre de evaluación psicológica ordenada.	• Sistema
52		Resguarda expediente hasta que concluya su periodo de archivo en trámite.	
53		Envía expediente al Archivo Judicial.	

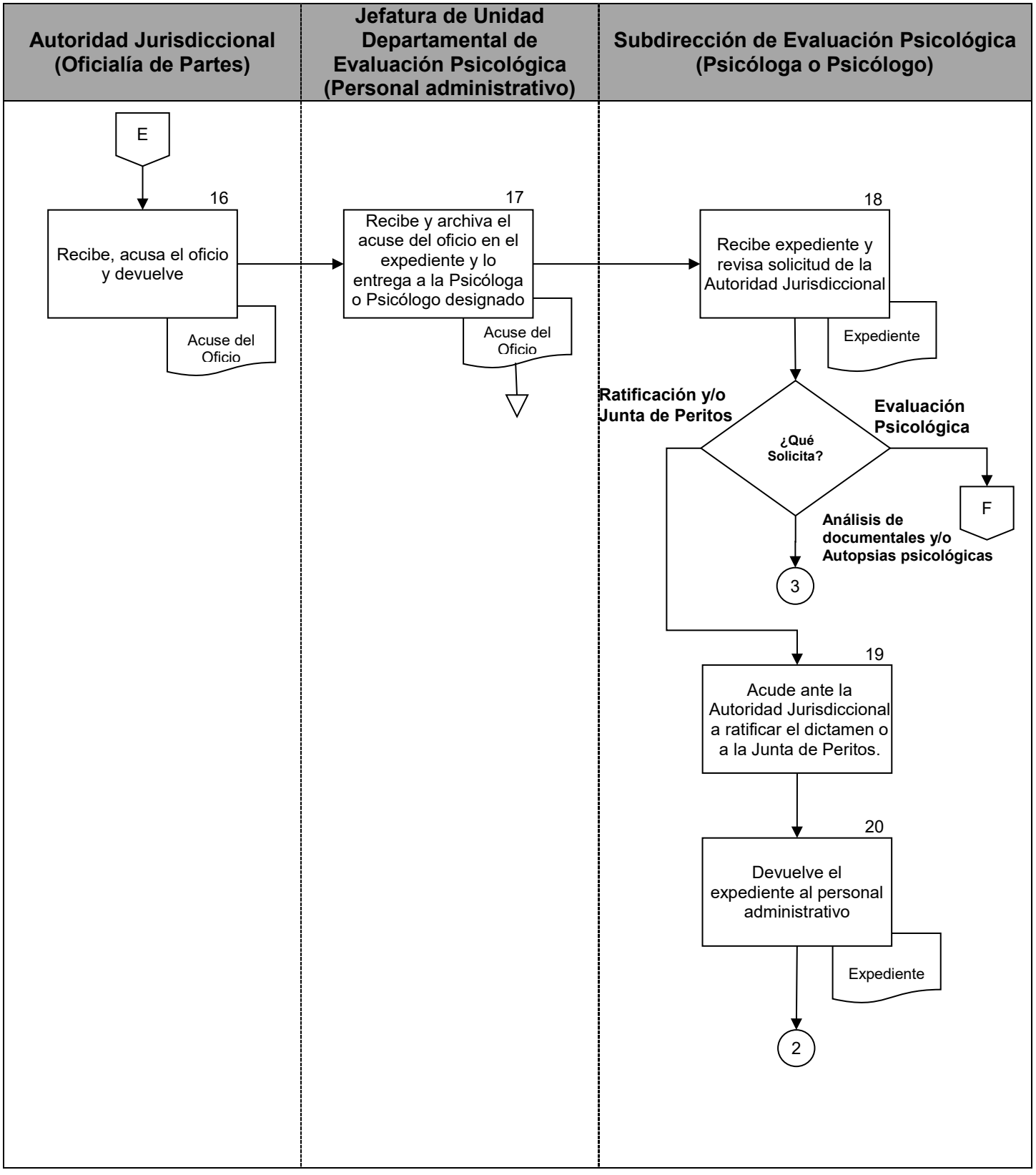
FIN DEL PROCEDIMIENTO

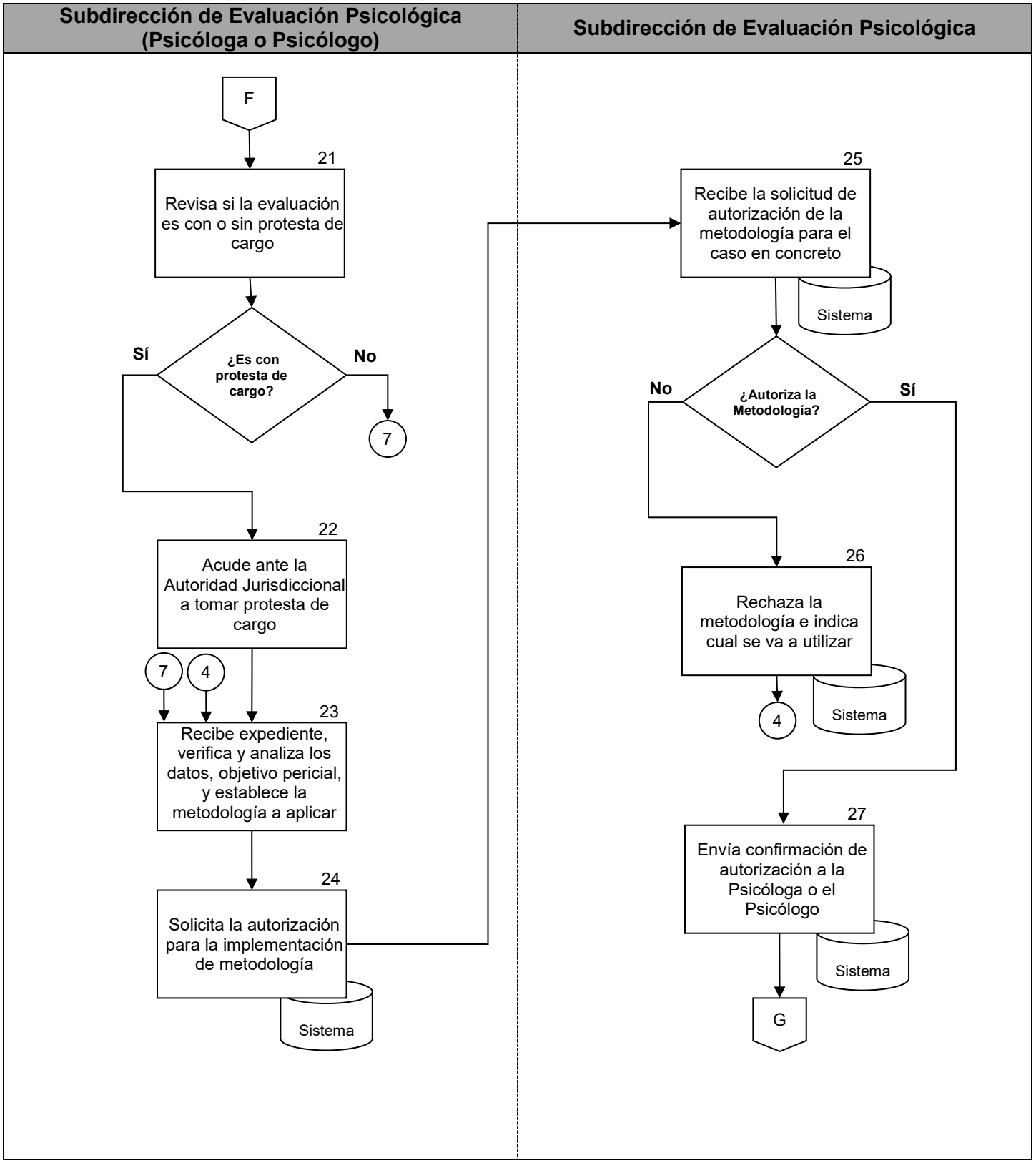

Coordinación de Intervención Especializada para Apoyo Judicial (Oficialía de Partes)
Jefatura de Unidad Departamental de Evaluación Psicológica (Personal administrativo)
Inicio
1
1
Recibe y reenvía las solicitudes a través del Sistema, correo y/o documento impreso, para su atención
Sistema
2
Recibe, analiza y valida que las solicitudes cuenten con todos los datos
Oficios
Sistema
No
¿Cuenta con los datos?
Sí
C
3
Elabora e imprime oficio solicitando datos faltantes y entrega para su revisión
Oficio
A

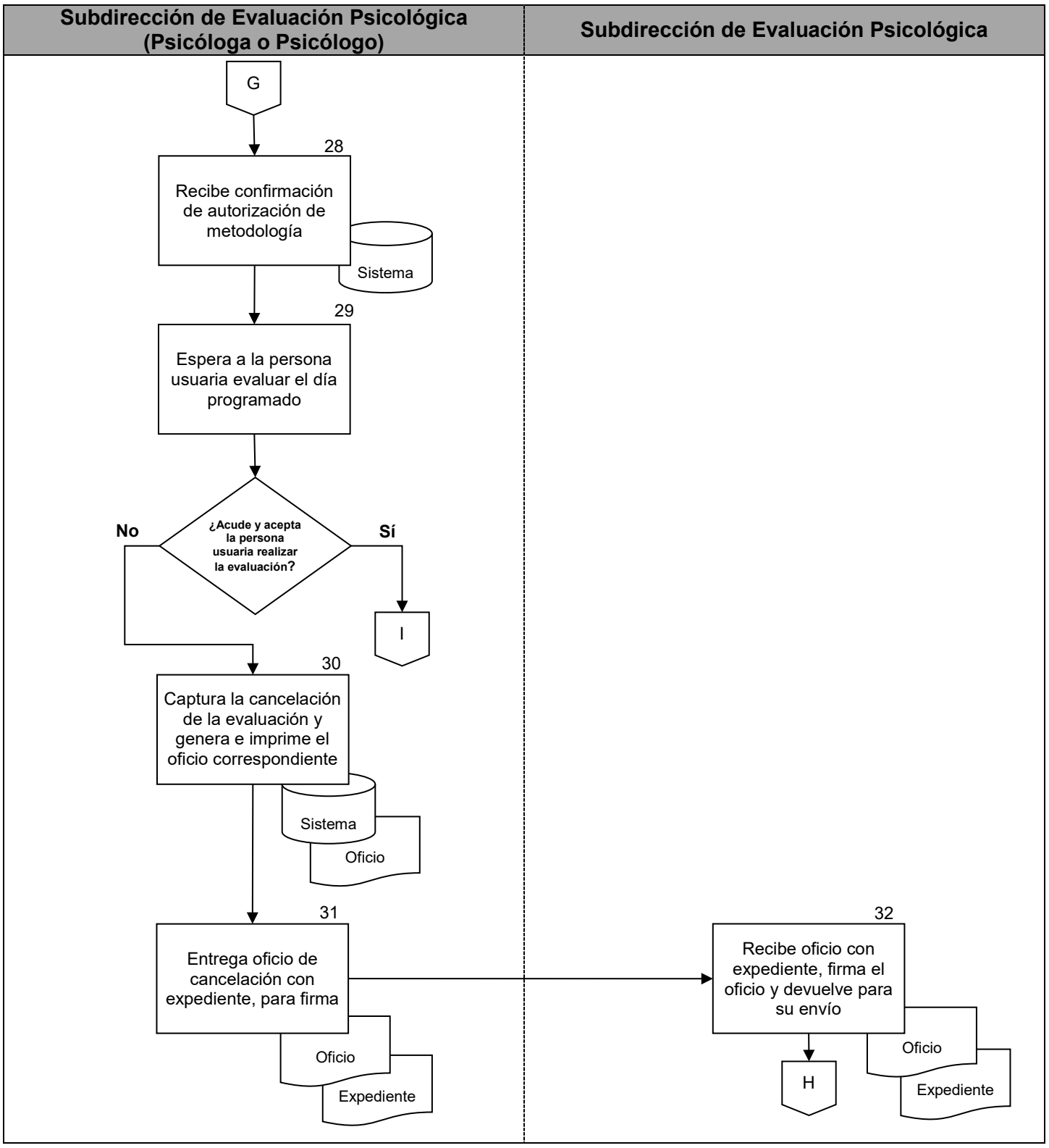

Jefatura de Unidad Departamental de Evaluación Psicológica
Subdirección de Evaluación Psicológica
Jefatura de Unidad Departamental de Evaluación Psicológica (Personal administrativo)
A
4
Recibe, revisa y entrega el oficio para firma
Oficio
5
Recibe, revisa, firma el oficio y devuelve para envío
Oficio
6
Recibe oficio solicitando los datos faltantes y realiza trámite de envío
Oficio
B

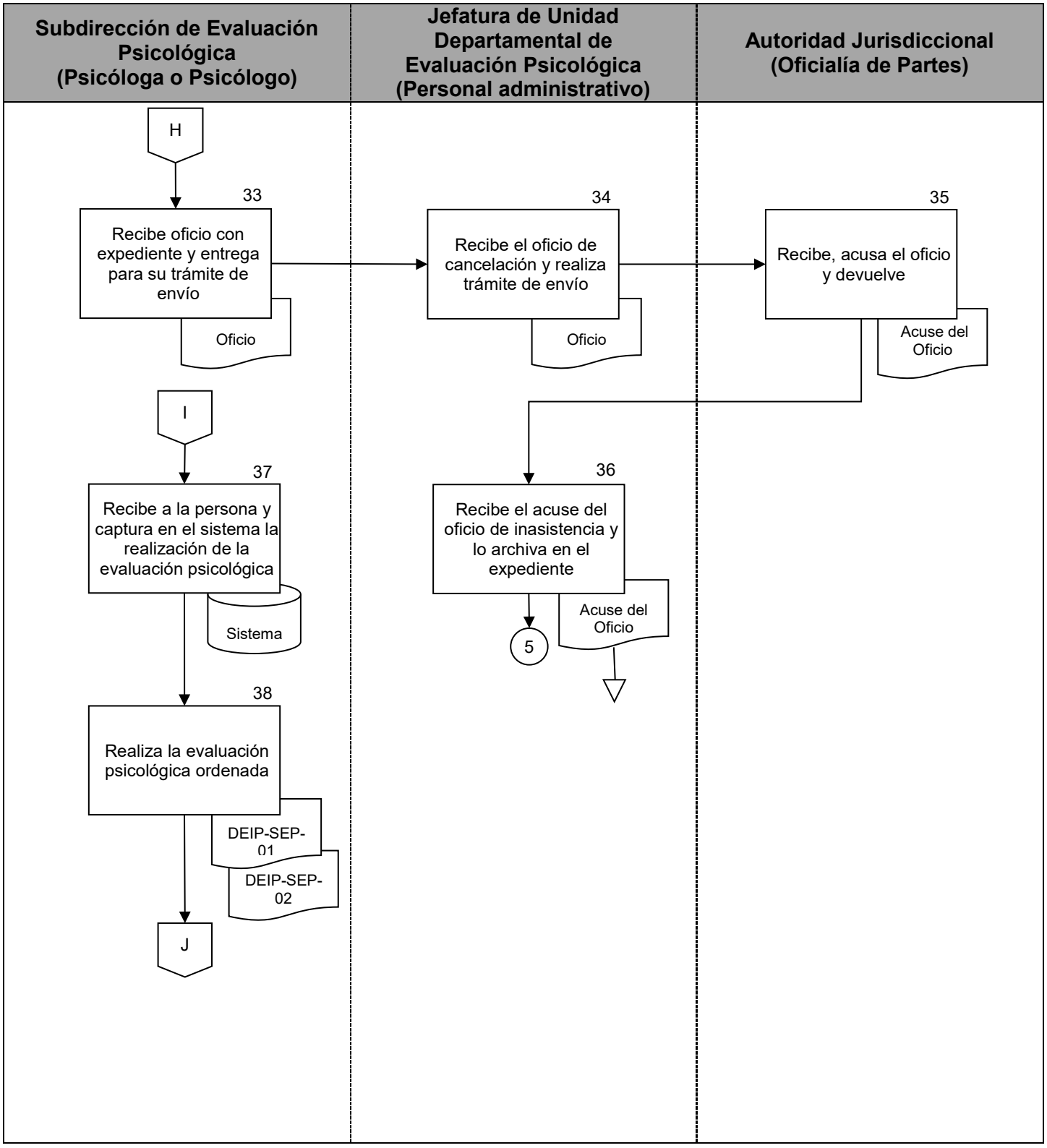

Autoridad Jurisdiccional (Oficialía de Partes)
Jefatura de Unidad Departamental de Evaluación Psicológica (Personal administrativo)
Jefatura de Unidad Departamental de Evaluación Psicológica
B
7
Recibe, acusa el oficio y devuelve
Acuse de Oficio
8
Recibe, captura en base de datos y archiva el acuse del oficio
Base de datos
Acuse del Oficio
1
C
9
Asigna o vincula número de registro interno a las solicitudes de evaluación psicológica
Sistema
10
Elabora el expediente y lo entrega para la programación correspondiente
Expediente
11
Recibe el expediente, analiza, designa y captura a la Psicóloga o el Psicólogo, día y hora de la evaluación
Sistema
Expediente
D

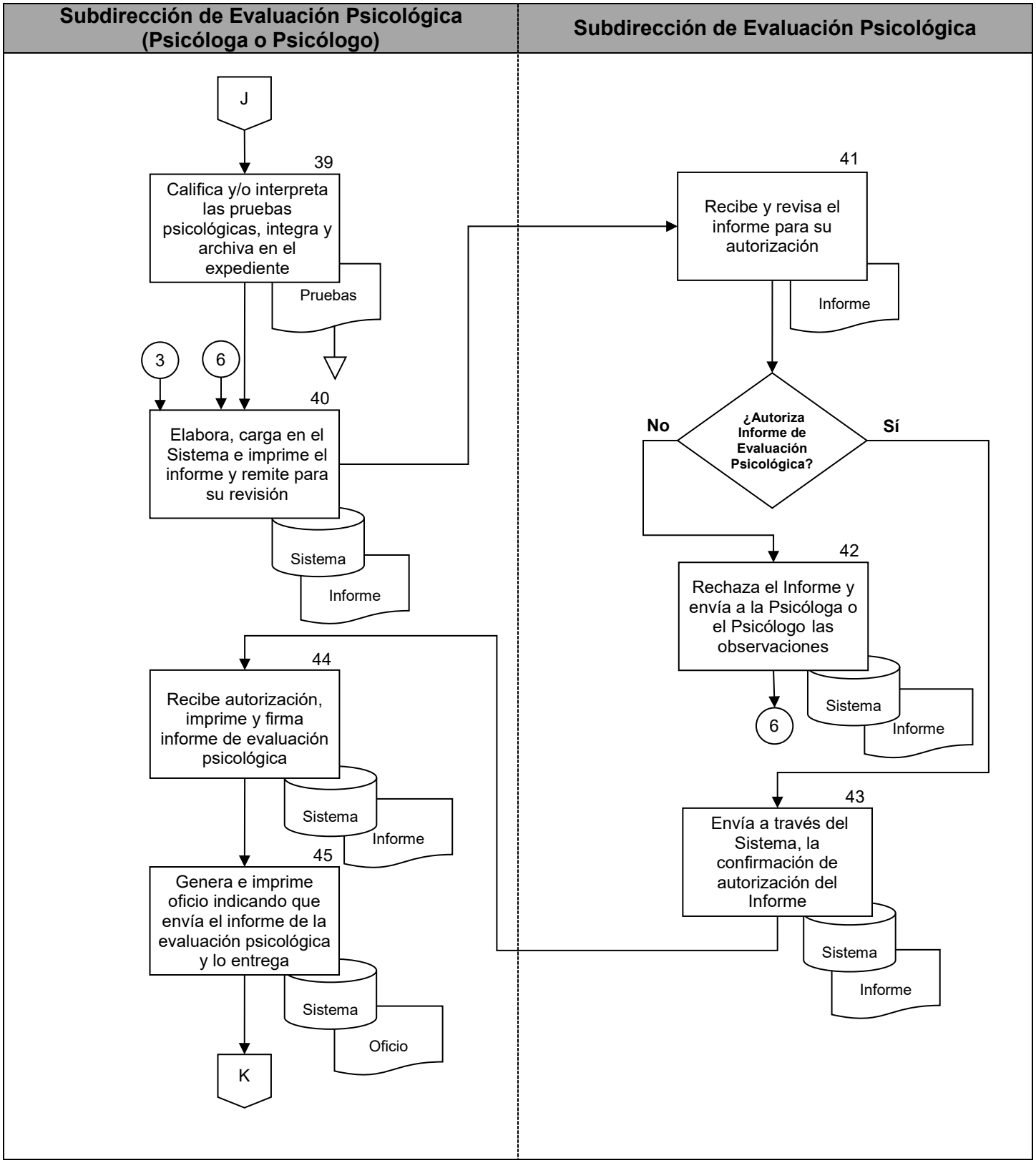

Jefatura de Unidad Departamental de Evaluación Psicológica (Personal administrativo)
Jefatura de Unidad Departamental de Evaluación Psicológica
Subdirección de Evaluación Psicológica
D
12
Recibe expediente, genera oficio indicando la fecha, hora y lugar en que se presenta a evaluación psicológica
Sistema
Oficio
Expediente
13
Recibe el oficio con expediente, revisa oficio y entrega para su firma
Oficio
Expediente
14
Recibe el oficio con expediente, firma el oficio y lo devuelve para su envío
Oficio
Expediente
15
Recibe oficio con expediente y realiza trámite de envío del oficio
Oficio
E

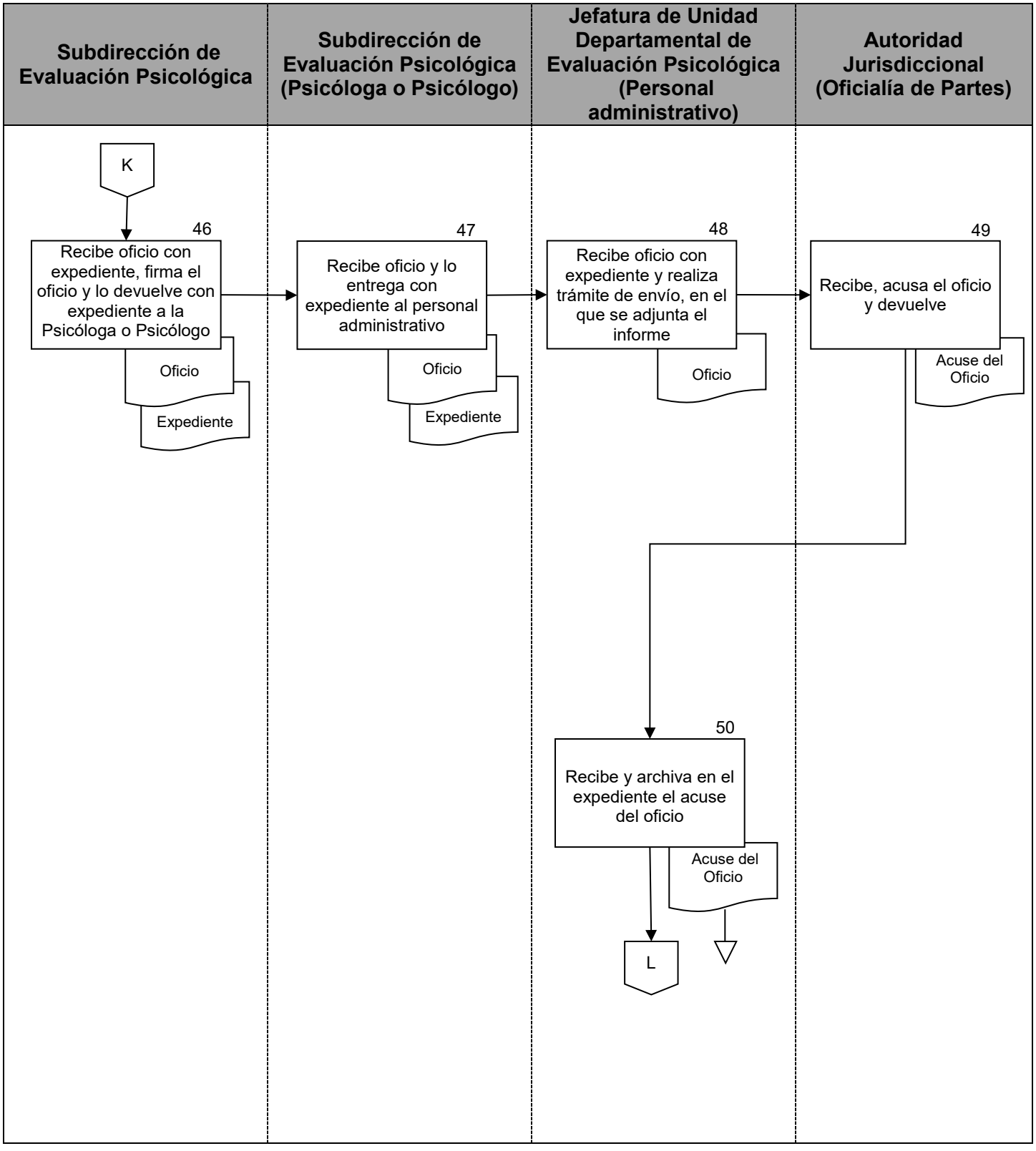

Autoridad Jurisdiccional (Oficialía de Partes)
Jefatura de Unidad Departamental de Evaluación Psicológica (Personal administrativo)
Subdirección de Evaluación Psicológica (Psicóloga o Psicólogo)
E
16
Recibe, acusa el oficio y devuelve
Acuse del Oficio
17
Recibe y archiva el acuse del oficio en el expediente y lo entrega a la Psicóloga o Psicólogo designado
Acuse del Oficio
18
Recibe expediente y revisa solicitud de la Autoridad Jurisdiccional
Expediente
¿Qué Solicita?
Ratificación y/o Junta de Peritos
Evaluación Psicológica
Análisis de documentales y/o Autopsias psicológicas
F
3
19
Acude ante la Autoridad Jurisdiccional a ratificar el dictamen o a la Junta de Peritos.
20
Devuelve el expediente al personal administrativo
Expediente
2


Subdirección de Evaluación Psicológica (Psicóloga o Psicólogo)
Subdirección de Evaluación Psicológica
F
21
Revisa si la evaluación es con o sin protesta de cargo
¿Es con protesta de cargo?
Sí
No
7
22
Acude ante la Autoridad Jurisdiccional a tomar protesta de cargo
7
4
23
Recibe expediente, verifica y analiza los datos, objetivo pericial, y establece la metodología a aplicar
24
Solicita la autorización para la implementación de metodología
Sistema
25
Recibe la solicitud de autorización de la metodología para el caso en concreto
Sistema
¿Autoriza la Metodología?
No
Sí
26
Rechaza la metodología e indica cual se va a utilizar
4
Sistema
27
Envía confirmación de autorización a la Psicóloga o el Psicólogo
Sistema
G

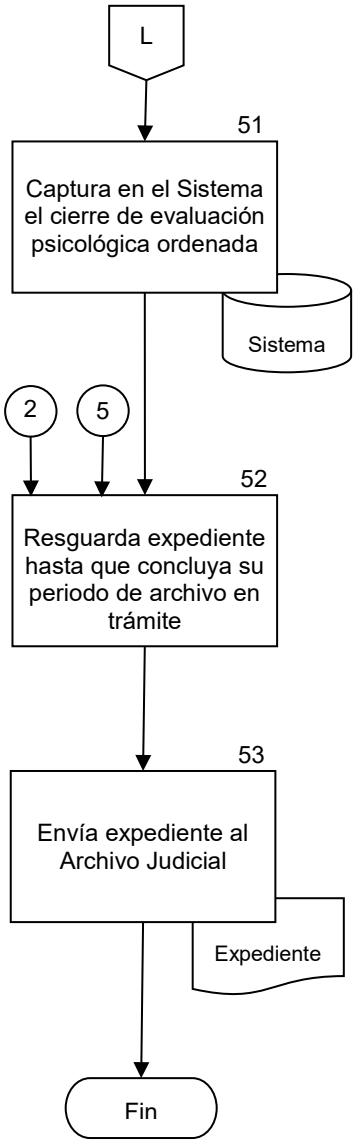

Subdirección de Evaluación Psicológica (Psicóloga o Psicólogo)
Subdirección de Evaluación Psicológica
G
28
Recibe confirmación de autorización de metodología
Sistema
29
Espera a la persona usuaria evaluar el día programado
¿Acude y acepta la persona usuaria realizar la evaluación?
No
Sí
I
30
Captura la cancelación de la evaluación y genera e imprime el oficio correspondiente
Sistema
Oficio
31
Entrega oficio de cancelación con expediente, para firma
Oficio
Expediente
32
Recibe oficio con expediente, firma el oficio y devuelve para su envío
H
Oficio
Expediente


Subdirección de Evaluación Psicológica (Psicóloga o Psicólogo)
Jefatura de Unidad Departamental de Evaluación Psicológica (Personal administrativo)
Autoridad Jurisdiccional (Oficialía de Partes)
H
33
Recibe oficio con expediente y entrega para su trámite de envío
Oficio
34
Recibe el oficio de cancelación y realiza trámite de envío
Oficio
35
Recibe, acusa el oficio y devuelve
Acuse del Oficio
I
37
Recibe a la persona y captura en el sistema la realización de la evaluación psicológica
Sistema
36
Recibe el acuse del oficio de inasistencia y lo archiva en el expediente
Acuse del Oficio
5
38
Realiza la evaluación psicológica ordenada
DEIP-SEP-01
DEIP-SEP-02
J


Subdirección de Evaluación Psicológica (Psicóloga o Psicólogo)
Subdirección de Evaluación Psicológica
J
39
Califica y/o interpreta las pruebas psicológicas, integra y archiva en el expediente
Pruebas
3
6
40
Elabora, carga en el Sistema e imprime el informe y remite para su revisión
Sistema
Informe
44
Recibe autorización, imprime y firma informe de evaluación psicológica
Sistema
Informe
45
Genera e imprime oficio indicando que envía el informe de la evaluación psicológica y lo entrega
Sistema
Oficio
K
41
Recibe y revisa el informe para su autorización
Informe
¿Autoriza Informe de Evaluación Psicológica?
No
Sí
42
Rechaza el Informe y envía a la Psicóloga o el Psicólogo las observaciones
Sistema
Informe
6
43
Envía a través del Sistema, la confirmación de autorización del Informe
Sistema
Informe


Subdirección de Evaluación Psicológica
Subdirección de Evaluación Psicológica (Psicóloga o Psicólogo)
Jefatura de Unidad Departamental de Evaluación Psicológica (Personal administrativo)
Autoridad Jurisdiccional (Oficialía de Partes)
K
46
Recibe oficio con expediente, firma el oficio y lo devuelve con expediente a la Psicóloga o Psicólogo
Oficio
Expediente
47
Recibe oficio y lo entrega con expediente al personal administrativo
Oficio
Expediente
48
Recibe oficio con expediente y realiza trámite de envío, en el que se adjunta el informe
Oficio
49
Recibe, acusa el oficio y devuelve
Acuse del Oficio
50
Recibe y archiva en el expediente el acuse del oficio
Acuse del Oficio
L

Jefatura de Unidad Departamental de Evaluación Psicológica
(Personal administrativo)



PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

Subdirección de Evaluación Psicológica.

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE EVALUACIÓN PSICOLÓGICA PARA ADOLESCENTES

Yo _____ padre, madre, tutor y/o representante legal del adolescente _____, manifiesto que una vez que se me ha explicado junto con mi hijo (a) o representado (a) hemos comprendido el procedimiento de la actual evaluación psicológica, sus alcances, objetivos, así como el uso de la información y resultados dentro de los límites de confidencialidad. Estamos de acuerdo en que el estudio se lleve a cabo en el espacio y lugar en el cual nos encontramos, que nuestro hijo (a) o representado (a) está en la presente evaluación psicológica bajo su propia voluntad, teniendo la libertad de decidir llevar a cabo la evaluación o suspenderla en el momento que él (ella) así lo desee, guiándose el actual procedimiento bajo el Código Ético del Psicólogo de la Sociedad Mexicana de Psicología en sus artículos 12, 15, 16, y 60 relativos a la evaluación, artículos 65 y 68 respecto a la confidencialidad.

Lo anterior para que se puedan obtener datos clínicos-forenses, a partir de la entrevista, aplicación de pruebas psicológicas y observación; estando consciente de que es con la finalidad de que la o el perito en materia de psicología, **NOMBRE DE LA PSICÓLOGA O PSICÓLOGO**, adscrito a la Subdirección de Evaluación Psicológica, del Tribunal Superior de Justicia de la Ciudad de México pueda utilizar la información para emitir el informe de evaluación psicológica requerido por _____.

_____

Nombre y firma del padre, madre, tutor y/o representante legal.

_____

Nombre y/o firma del adolescente.

AVISO DE PRIVACIDAD SIMPLIFICADO.

El Tribunal Superior de Justicia de la Ciudad de México, a través de la **Coordinación de Intervención Especializada para Apoyo Judicial** es el responsable del tratamiento de los datos personales que nos proporcione, los cuales serán protegidos en el "***Sistema de Evaluación Psicológica SIEP***".

Los datos personales recabados serán utilizados con la finalidad de realizar la oportuna prestación de los servicios de esta área, que consisten en la aplicación de las evaluaciones psicológicas en cumplimiento a los ordenamientos de las autoridades jurisdiccionales que

DEIP-SEP-01

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

corresponda, para aportar de forma integral elementos de convicción en la toma de decisiones en el ámbito jurisdiccional. Y podrán ser transferidos a Autoridades Jurisdiccionales Federales (Juzgados de Distrito y Tribunales Colegiados de Circuito) y Locales del Poder Judicial de la Ciudad de México en materia Familiar, Penal, Civil, Justicia para Adolescentes, Medidas Cautelares y Ejecución de Sentencias, Autoridades Jurisdiccionales de las entidades federativas, Consejo de la Judicatura de la Ciudad de México, Contraloría del Poder Judicial de la Ciudad de México, Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de México, Fiscalía General de Justicia de la Ciudad de México, así como al Instituto de Transparencia, Acceso a la Información Pública, Protección de Datos Personales y Rendición de Cuentas de la Ciudad de México, para el ejercicio de sus funciones y facultades, por lo que no requeriremos su consentimiento, lo anterior en apego a las excepciones previstas en los artículos 16 y 64 de la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados de la Ciudad de México.
Usted podrá manifestar la negativa al tratamiento de sus datos personales directamente ante la Unidad de Transparencia del Tribunal Superior de Justicia de la Ciudad de México, ubicada en Río Lerma número 62, Piso 7, Colonia Cuauhtémoc, Alcaldía Cuauhtémoc, Código Postal 06500, Ciudad de México, con número telefónico conmutador 5591564997 extensiones 111105 y 111107. Para conocer el Aviso de Privacidad Integral puede acudir directamente a la Unidad de Transparencia o consultarlo en la siguiente liga electrónica: https://www.poderjudicialcdmx.gob.mx/unidadtransparencia/wp-content/uploads/AVISO_PRIVACIDAD_INTEGRAL_EVALUACION_PSICOLOGICA.pdf.

Subdirección de Evaluación Psicológica.

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE EVALUACIÓN PSICOLÓGICA PARA ADOLESCENTES

Yo _____**(1)**_____ padre, madre, tutor y/o representante legal del adolescente _____**(2)**_____, manifiesto que una vez que se me ha explicado junto con mi hijo (a) o representado (a) hemos comprendido el procedimiento de la actual evaluación psicológica, sus alcances, objetivos así como el uso de la información y resultados dentro de los límites de confidencialidad. Estamos de acuerdo en que el estudio se lleve a cabo en el espacio y lugar en el cual nos encontramos, que nuestro hijo (a) o representado (a) está en la presente evaluación psicológica bajo su propia voluntad, teniendo la libertad de decidir llevar a cabo la evaluación o suspenderla en el momento que él (ella) así lo desee, guiándose el actual procedimiento bajo el Código Ético del Psicólogo de la Sociedad Mexicana de Psicología en sus artículos 12, 15, 16, y 60 relativos a la evaluación, artículos 65 y 68 respecto a la confidencialidad.

Lo anterior para que se puedan obtener datos clínicos-forenses, a partir de la entrevista, aplicación de pruebas psicológicas y observación; estando consciente de que es con la finalidad de que la o el perito en materia de psicología, **NOMBRE DE LA PSICÓLOGA O PSICÓLOGO**, adscrito a la Subdirección de Evaluación Psicológica, del Tribunal Superior de Justicia de la Ciudad de México pueda utilizar la información para emitir el informe de evaluación psicológica requerido por _____**(3)**_____.

_____**(4)**_____
Nombre y firma de la madre, padre, tutor y/o representante legal.

_____**(5)**_____
Nombre y/o firma del adolescente.

AVISO DE PRIVACIDAD SIMPLIFICADO.
El Tribunal Superior de Justicia de la Ciudad de México, a través de la **Coordinación de Intervención Especializada para Apoyo Judicial** es el responsable del tratamiento de los datos personales que nos proporcione, los cuales serán protegidos en el ***"Sistema de Evaluación Psicológica SIEP"***.
Los datos personales recabados serán utilizados con la finalidad de realizar la oportuna prestación de los servicios de esta área, que consisten en la aplicación de las evaluaciones psicológicas en cumplimiento a los ordenamientos de las autoridades jurisdiccionales que corresponda, para aportar de forma integral elementos de convicción en la toma de decisiones en el ámbito jurisdiccional. Y podrán ser transferidos a Autoridades Jurisdiccionales Federales (Juzgados de Distrito y Tribunales Colegiados de Circuito) y Locales del Poder Judicial de la Ciudad de México en materia Familiar, Penal, Civil, Justicia para Adolescentes, Medidas Cautelares y Ejecución de

Subdirección de Evaluación Psicológica.

Sentencias, Autoridades Jurisdiccionales de las entidades federativas, Consejo de la Judicatura de la Ciudad de México, Contraloría del Poder Judicial de la Ciudad de México, Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de México, Fiscalía General de Justicia de la Ciudad de México, así como al Instituto de Transparencia, Acceso a la Información Pública, Protección de Datos Personales y Rendición de Cuentas de la Ciudad de México, para el ejercicio de sus funciones y facultades, por lo que no requeriremos su consentimiento, lo anterior en apego a las excepciones previstas en los artículos 16 y 64 de la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados de la Ciudad de México.
Usted podrá manifestar la negativa al tratamiento de sus datos personales directamente ante la Unidad de Transparencia del Tribunal Superior de Justicia de la Ciudad de México, ubicada en Río Lerma número 62, Piso 7, Colonia Cuauhtémoc, Alcaldía Cuauhtémoc, Código Postal 06500, Ciudad de México, con número telefónico conmutador 5591564997 extensiones 111105 y 111107. Para conocer el Aviso de Privacidad Integral puede acudir directamente a la Unidad de Transparencia o consultarlo en la siguiente liga electrónica: https://www.poderjudicialcdmx.gob.mx/unidadtransparencia/wp-content/uploads/AVISO_PRIVACIDAD_INTEGRAL_EVALUACION_PSICOLOGICA.pdf.

DESCRIPCIÓN DEL FORMATO

Nombre:	**CONSENTIMIENTO INFORMADO DE EVALUACIÓN PSICOLÓGICA PARA ADOLESCENTES**
Clave:	**DEIP-SEP-01**
Objetivo:	Obtener por escrito el consentimiento para realizar la evaluación psicológica
Elabora:	Subdirección de Evaluación Psicológica.
Número de tantos:	Original.
Distribución:	Original. – Expediente de la persona usuaria a evaluar.

INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
1	NOMBRE DE LA MADRE, PADRE, TUTOR O REPRESENTANTE LEGAL	El nombre completo de la madre, el padre, tutor o el representante legal que acompañe al adolescente para la práctica de la evaluación psicológica.
2	NOMBRE DEL ADOLESCENTE A EVALUAR	El nombre completo de la o el adolescente a evaluar.
3	AUTORIDAD ORDENADORA	El número de la Sala, Juzgado que ordena la evaluación psicológica.
4	NOMBRE Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE, TUTOR O REPRESENTANTE LEGAL	El nombre completo y la firma de la madre, padre, tutor o representante legal.
5	FIRMA DEL ADOLESCENTE	Firma de la o el adolescente.

Subdirección de Evaluación Psicológica.

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE EVALUACIÓN PSICOLÓGICA BAJO LOS LINEAMIENTOS DEL PROTOCOLO DE ESTAMBUL

Yo _____ acepto que se practique en mi persona, lo necesario para que se puedan obtener datos clínicos-forenses, como lo pudiera ser, la entrevista, aplicación de pruebas psicológicas y observación clínico-forense; estoy consciente de que es con la finalidad de que la o el perito en materia de psicología, **NOMBRE DE LA PSICÓLOGA O PSICÓLOGO**, profesionista adscrito a la Subdirección de Evaluación Psicológica, del Tribunal Superior de Justicia de la Ciudad de México, pueda rendir su dictamen de acuerdo a los lineamientos del Protocolo de Estambul, requerido por _____.

Asimismo, manifiesto que estoy de acuerdo en que el estudio se lleve a cabo en el espacio y lugar en el cual nos encontramos, que estoy en la presente evaluación psicológica bajo mi propia voluntad y que he comprendido el procedimiento, sus alcances y objetivos, así como el uso de la información y resultados, teniendo la libertad de decidir llevar a cabo la evaluación o suspenderla en el momento que yo así lo desee.

Del mismo modo, otorgo total y completo permiso a la **NOMBRE DE LA PSICÓLOGA O PSICÓLOGO** utilizar todo lo que diga y exprese, ya sea de forma verbal o escrita, de la forma que considere apropiada para los fines legales a que haya lugar, aceptando que la información que manifieste durante la evaluación será expuesta por dicho perito, leída y revisada por el personal del juzgado, así como por las partes involucradas en el proceso.

Por último, manifiesto que, durante la realización del estudio, en todo momento se me trató con respeto y amabilidad; sin vulnerar mis derechos.

_____
Nombre completo y firma de la o el evaluado.

AVISO DE PRIVACIDAD SIMPLIFICADO.

El Tribunal Superior de Justicia de la Ciudad de México, a través de la **Coordinación de Intervención Especializada para Apoyo Judicial** es el responsable del tratamiento de los datos personales que nos proporcione, los cuales serán protegidos en el "***Sistema de Evaluación Psicológica SIEP***".

Los datos personales recabados serán utilizados con la finalidad de realizar la oportuna prestación de los servicios de esta área, que consisten en la aplicación de las evaluaciones psicológicas en cumplimiento a los ordenamientos de las autoridades jurisdiccionales que

DEIP-SEP-02

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

corresponda, para aportar de forma integral elementos de convicción en la toma de decisiones en el ámbito jurisdiccional. Y podrán ser transferidos a Autoridades Jurisdiccionales Federales (Juzgados de Distrito y Tribunales Colegiados de Circuito) y Locales del Poder Judicial de la Ciudad de México en materia Familiar, Penal, Civil, Justicia para Adolescentes, Medidas Cautelares y Ejecución de Sentencias, Autoridades Jurisdiccionales de las entidades federativas, Consejo de la Judicatura de la Ciudad de México, Contraloría del Poder Judicial de la Ciudad de México, Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de México, Fiscalía General de Justicia de la Ciudad de México, así como al Instituto de Transparencia, Acceso a la Información Pública, Protección de Datos Personales y Rendición de Cuentas de la Ciudad de México, para el ejercicio de sus funciones y facultades, por lo que no requeriremos su consentimiento, lo anterior en apego a las excepciones previstas en los artículos 16 y 64 de la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados de la Ciudad de México.
Usted podrá manifestar la negativa al tratamiento de sus datos personales directamente ante la Unidad de Transparencia del Tribunal Superior de Justicia de la Ciudad de México, ubicada en Río Lerma número 62, Piso 7, Colonia Cuauhtémoc, Alcaldía Cuauhtémoc, Código Postal 06500, Ciudad de México, con número telefónico conmutador 5591564997 extensiones 111105 y 111107. Para conocer el Aviso de Privacidad Integral puede acudir directamente a la Unidad de Transparencia o consultarlo en la siguiente liga electrónica: https://www.poderjudicialcdmx.gob.mx/unidadtransparencia/wp-content/uploads/AVISO_PRIVACIDAD_INTEGRAL_EVALUACION_PSICOLOGICA.pdf.

Subdirección de Evaluación Psicológica.

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE EVALUACIÓN PSICOLÓGICA BAJO LOS LINEAMIENTOS DEL PROTOCOLO DE ESTAMBUL

Yo _____(1)_____ acepto que se practique en mi persona, lo necesario para que se puedan obtener datos clínicos-forenses, como lo pudiera ser, la entrevista, aplicación de pruebas psicológicas y observación clínico-forense; estoy consciente de que es con la finalidad de que la perito en materia de psicología, **NOMBRE DE LA PSICÓLOGA O PSICÓLOGO**, profesionista adscrito a la Subdirección de Evaluación Psicológica, del Tribunal Superior de Justicia de la Ciudad de México, pueda rendir su dictamen de acuerdo a los lineamientos del Protocolo de Estambul, requerido por _____(2)_____.

Asimismo, manifiesto que estoy de acuerdo en que el estudio se lleve a cabo en el espacio y lugar en el cual nos encontramos, que estoy en la presente evaluación psicológica bajo mi propia voluntad y que he comprendido el procedimiento, sus alcances y objetivos, así como el uso de la información y resultados, teniendo la libertad de decidir llevar a cabo la evaluación o suspenderla en el momento que yo así lo desee.

Del mismo modo, otorgo total y completo permiso a la **NOMBRE DE LA PSICÓLOGA O PSICÓLOGO** utilizar todo lo que diga y exprese, ya sea de forma verbal o escrita, de la forma que considere apropiada para los fines legales a que haya lugar, aceptando que la información que manifieste durante la evaluación será expuesta por dicho perito, leída y revisada por el personal del juzgado, así como por las partes involucradas en el proceso.

Por último, manifiesto que, durante la realización del estudio, en todo momento se me trató con respeto y amabilidad; sin vulnerar mis derechos.

_____(3)_____
Nombre completo y firma de la o el evaluado.

AVISO DE PRIVACIDAD SIMPLIFICADO.

El Tribunal Superior de Justicia de la Ciudad de México, a través de la **Coordinación de Intervención Especializada para Apoyo Judicial** es el responsable del tratamiento de los datos personales que nos proporcione, los cuales serán protegidos en el "***Sistema de Evaluación Psicológica SIEP***".

Los datos personales recabados serán utilizados con la finalidad de realizar la oportuna prestación de los servicios de esta área, que consisten en la aplicación de las evaluaciones psicológicas en cumplimiento a los ordenamientos de las autoridades jurisdiccionales que

DEIP-SEP-02

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

corresponda, para aportar de forma integral elementos de convicción en la toma de decisiones en el ámbito jurisdiccional. Y podrán ser transferidos a Autoridades Jurisdiccionales Federales (Juzgados de Distrito y Tribunales Colegiados de Circuito) y Locales del Poder Judicial de la Ciudad de México en materia Familiar, Penal, Civil, Justicia para Adolescentes, Medidas Cautelares y Ejecución de Sentencias, Autoridades Jurisdiccionales de las entidades federativas, Consejo de la Judicatura de la Ciudad de México, Contraloría del Poder Judicial de la Ciudad de México, Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de México, Fiscalía General de Justicia de la Ciudad de México, así como al Instituto de Transparencia, Acceso a la Información Pública, Protección de Datos Personales y Rendición de Cuentas de la Ciudad de México, para el ejercicio de sus funciones y facultades, por lo que no requeriremos su consentimiento, lo anterior en apego a las excepciones previstas en los artículos 16 y 64 de la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados de la Ciudad de México.

Usted podrá manifestar la negativa al tratamiento de sus datos personales directamente ante la Unidad de Transparencia del Tribunal Superior de Justicia de la Ciudad de México, ubicada en Río Lerma número 62, Piso 7, Colonia Cuauhtémoc, Alcaldía Cuauhtémoc, Código Postal 06500, Ciudad de México, con número telefónico conmutador 5591564997 extensiones 111105 y 111107. Para conocer el Aviso de Privacidad Integral puede acudir directamente a la Unidad de Transparencia o consultarlo en la siguiente liga electrónica: https://www.poderjudicialcdmx.gob.mx/unidadtransparencia/wp-content/uploads/AVISO_PRIVACIDAD_INTEGRAL_EVALUACION_PSICOLOGICA.pdf.

DESCRIPCIÓN DEL FORMATO

Nombre:	**CONSENTIMIENTO INFORMADO DE EVALUACIÓN PSICOLÓGICA BAJO LOS LINEAMIENTOS DEL PROTOCOLO DE ESTAMBUL**
Clave:	**DEIP-SEP-02**
Objetivo:	Obtener por escrito el consentimiento para realizar la evaluación psicológica
Elabora:	Subdirección de Evaluación Psicológica.
Número de tantos:	Original.
Distribución:	Original. – Expediente de la persona usuaria a evaluar.

INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
1	NOMBRE DEL PERSONA USUARIA	El nombre completo de la persona usuaria a evaluar
2	AUTORIDAD ORDENADORA	El número de la Sala, Juzgado que ordena la evaluación psicológica.
3	NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA USUARIA	El nombre completo y firma de la persona usuaria a evaluar

Procedimiento: CIEAJ -006	Atención de solicitudes de Terapia Psicológica para Adultos.
Objetivo general:	Atender las solicitudes de tratamiento psicológico grupal para auxiliar con mayores elementos a la Autoridad Jurisdiccional 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 Evaluaciones Psicológicas, 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 la Autoridad Jurisdiccional, serán atendidas por la Subdirección de Intervención Psicológica.

3. Se considerará como persona usuaria a las o los adultos que realicen las gestiones administrativas previas al proceso terapéutico.

4. La Subdirección de Intervención Psicológica recibirá los oficios provenientes de Oficialía de Partes de la Coordinación de Intervención Especializada para Apoyo Judicial y revisará que correspondan con la lista adjunta.

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

6. 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.

7. Si se dieran dos inasistencias se procederá a dar de baja a la persona usuaria.

8. La terapia sólo podrá ser impartida en las instalaciones de la Coordinación de Intervención Especializada para Apoyo Judicial.

9. Las sesiones estarán dirigidas por la o el Psicóloga o Psicólogo 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.

10. Al momento de la inscripción al proceso terapéutico, se entregarán a las personas usuarias para su llenado y firma los siguientes formatos:

    a) “Consentimiento Informado”. DEIP-TA-CI-02
    b) “Reglamento de la Unidad de Terapia para Adultos”. DEIP-TA-R-03
    c) “Encuesta de Entrada”. DEIP-TA-EE-04
    d) “Antecedentes Adultos”. DEIP-TA-AA-05
    e) “Control de sesiones” DEIP-TA-CS-06

    Todos estos formatos se integrarán a la carpeta adultos de la persona usuaria.

11. Si la persona usuaria decide no inscribirse al Programa de Terapia para Adultos, llenará y firmará el “Formato de Desistimiento de Terapia”. DEIP-TA-DT-01.

12. Una vez inscritos las personas usuarias deberán apegarse al Reglamento de la Unidad de Terapia para Adultos.

13. Al finalizar las sesiones del proceso de Terapia para Adultos se entregará a las personas usuarias el “Formato de Encuesta de Salida” (DEIP-TA-ES-10) para su llenado y firma.

14. No se podrá inscribir a la persona usuaria que anteriormente haya concluido el Programa de Terapia para Adultos.

15. Al finalizar el proceso de terapia se contará con 15 días hábiles para elaborar, revisar y enviar el Informe de Terapia a la Autoridad Jurisdiccional.

16. 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 la Autoridad Jurisdiccional.	
2	Subdirección de Intervención Psicológica (Personal administrativo)	Recibe listado y oficios, para atender las solicitudes de Terapia para Adultos a petición de la Autoridad Jurisdiccional.	
3		Captura en el Sistema autorizado por el Pleno del Consejo, la información del oficio enviado por la Autoridad 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 formato de oficio a través del Sistema autorizado por el Pleno del Consejo, edita, imprime y recaba firma de la Subdirección de Intervención Psicológica en el oficio, en el que se indica el motivo por el cual no puede ser atendido el requerimiento.	● Sistema ● Oficio
7		Realiza trámite de envío de oficio a la Autoridad Jurisdiccional.	

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

No.	Área.	Descripción de la actividad.	Documentos y/o sistemas de apoyo.
16 17	Subdirección de Intervención Psicológica (Personal administrativo)	Genera formato de oficio a través del Sistema autorizado por el Pleno del Consejo, edita, imprime y recaba firma de la Subdirección de Intervención Psicológica en el oficio, en el que se indica a la Autoridad Jurisdiccional que la persona usuaria no se presentó a realizar su inscripción. Realiza trámite de envío de oficio a la Autoridad Jurisdiccional.	● Sistema ● Oficio
18	Autoridad 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 persona usuaria para realizar su inscripción al Programa de Terapia para Adultos y le informa en qué consiste el Programa. **¿La persona usuaria acepta tomar la Terapia para Adultos?** **No.** Continúa en la actividad no. 21 **Sí.** Continúa en la actividad no. 28 Entrega a la persona usuaria formato de “Desistimiento de Terapia” (DEIP-TA-DT-01) para Adultos, para su llenado y firma.	
22	Persona Usuaria	Recibe, requisita, firma y devuelve formato de “Desistimiento de Terapia” (DEIP-TA-DT-01) para Adultos.	● Formato DEIP-TA-DT-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" (DEIP-TA-DT-01) para Adultos en expediente.	
24		Genera formato de oficio a través del Sistema autorizado por el Pleno del Consejo, edita, imprime y recaba firma de la Subdirección de Intervención Psicológica en el oficio, en el que se indica a la Autoridad Jurisdiccional que la persona usuaria se desistió de la Terapia para Adultos.	• Sistema • Oficio
25		Realiza trámite de envío de oficio a la Autoridad Jurisdiccional.	
26	Autoridad 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)	
28		Entrega a la persona usuaria el Consentimiento Informado (DEIP-TA-CI-02); Reglamento de la Unidad de Terapia para Adultos (DEIP-TA-R-03); Formato Encuesta de Entrada (DEIP-TA-EE-04); Formato Antecedentes Adultos (DEIP-TA-AA-05); Ejercicio Inicial DEIP-TA-EI-06 y Aviso de Privacidad Simplificado (DEIP-TA-AP-11).	
29	Persona Usuaria	Recibe, requisita, firma y devuelve Consentimiento Informado (DEIP-TA-CI-02); Reglamento de la Unidad de Terapia para Adultos (DEIP-TA-R-03); Formato Encuesta de Entrada (DEIP-TA-EE-04); Formato Antecedentes Adultos (DEIP-TA-AA-05); Ejercicio Inicial DEIP-TA-EI-06 y Aviso de Privacidad Simplificado (DEIP-TA-AP-11).	• Formatos: DEIP-TA-CI-02 DEIP-TA-R-03 DEIP-TA-EE-04 DEIP-TA-AA-05 DEIP-TA-EI-06 DEIP-TA-AP-11

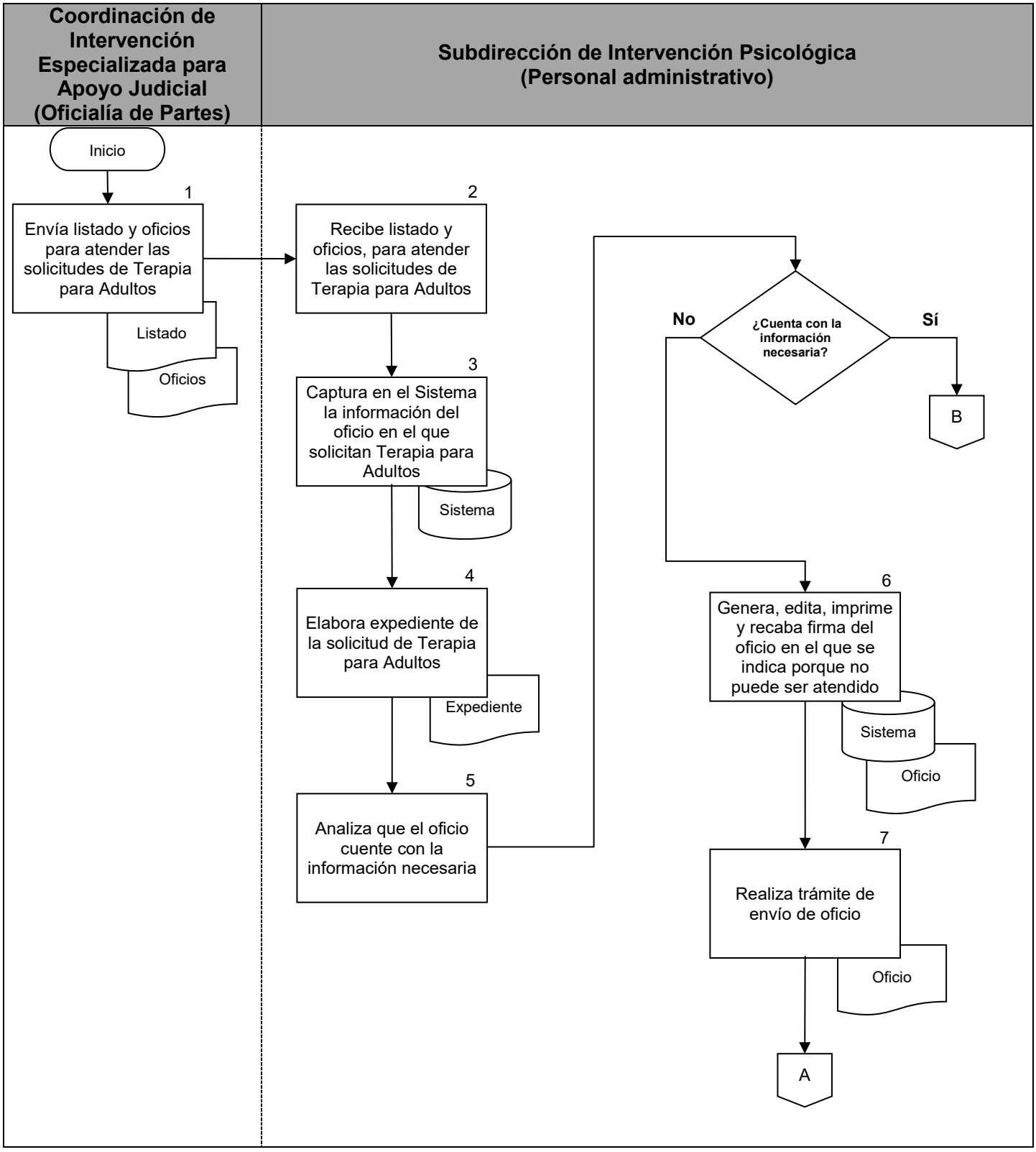
No.	Área.	Descripción de la actividad.	Documentos y/o sistemas de apoyo.
30	Subdirección de Intervención Psicológica (Personal administrativo)	Recibe, elabora carpeta adultos y archiva el Consentimiento Informado (DEIP-TA-CI-02); Reglamento de la Unidad de Terapia para Adultos (DEIP-TA-R-03); Formato Encuesta de Entrada (DEIP-TA-EE-04); Formato Antecedentes Adultos (DEIP-TA-AA-05); Ejercicio Inicial DEIP-TA-EI-06 y Aviso de Privacidad Simplificado (DEIP-TA-AP-11).	● Carpeta adultos
31		Agenda a través del Sistema autorizado por el Pleno del Consejo, el día y horario en el que se llevarán a cabo las sesiones de Terapia para Adultos e informa a la persona usuaria.	● Sistema
32		Genera y entrega a la persona usuaria calendario de sesiones (DEIP-TA-CS-07) y formato de Ejercicio Inicial (DEIP-TA-EI-06).	● Formatos DEIP-TA-CS-07 DEIP-TA-EI-06
33		Genera formato de oficio a través del Sistema autorizado por el Pleno del Consejo, edita, imprime y recaba firma de la Subdirección de Intervención Psicológica en el oficio, en el que se indica a la Autoridad Jurisdiccional la o el psicólogo asignado, fecha, lugar y hora en que se impartirá la Terapia para Adultos.	● Sistema ● Oficio
34		Realiza trámite de envío de oficio a la Autoridad Jurisdiccional.	
35	Autoridad 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.	

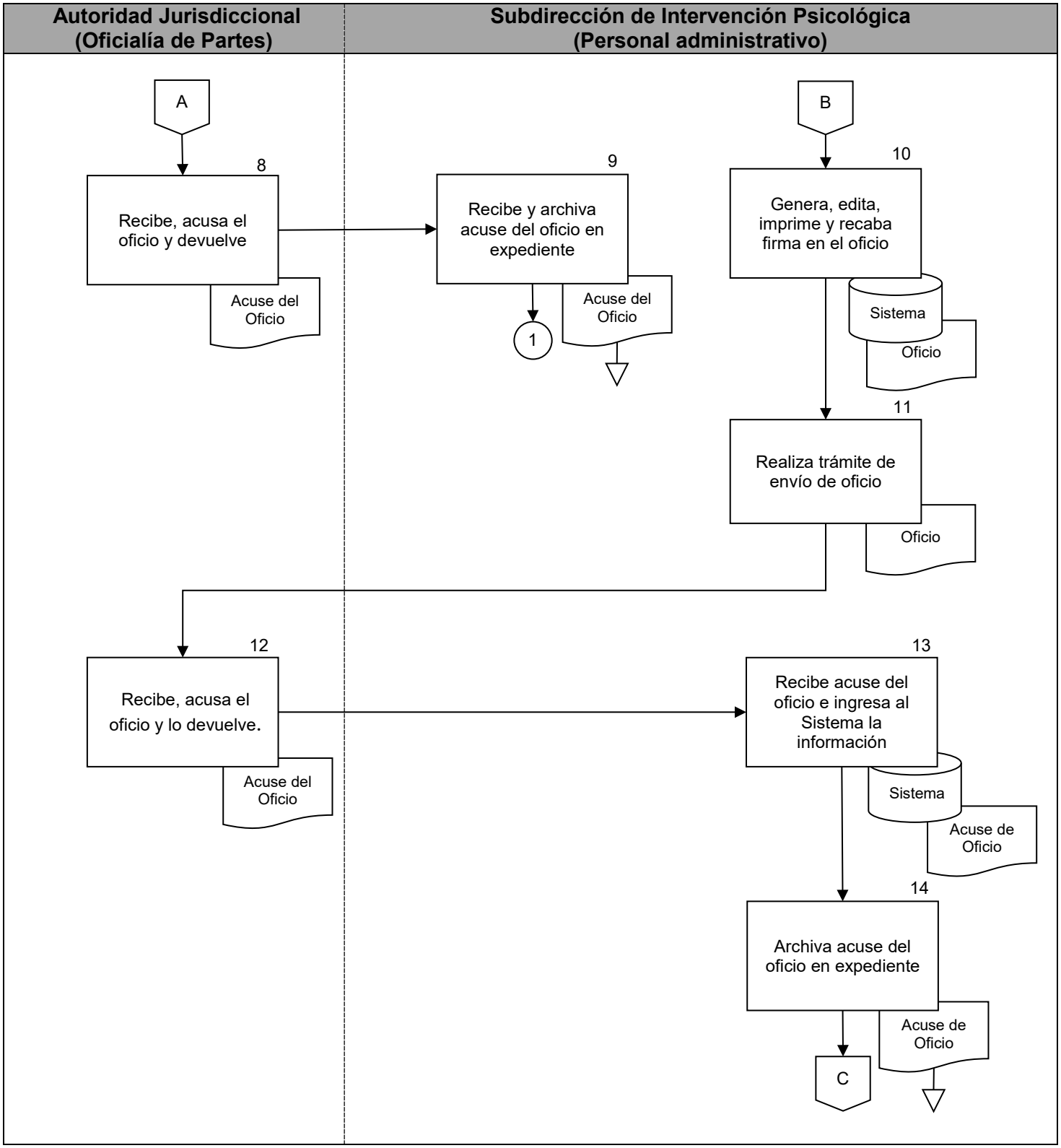
No.	Área.	Descripción de la actividad.	Documentos y/o sistemas de apoyo.
37	Subdirección de Intervención Psicológica (Personal administrativo)	Elabora lista de asistencia de Terapia para Adultos y archiva en carpeta Adultos.	• Lista
38		Entrega a la Psicóloga o el Psicólogo carpeta adultos y lista de asistencia de las personas que conforman el grupo de Terapia para Adultos.	
39	Subdirección de Intervención Psicológica (Psicóloga o Psicólogo)	Recibe carpeta adultos y lista de asistencia de las personas usuarias que conforman el grupo de Terapia para Adultos.	
40		Espera a las personas usuarias para dar inicio a la Terapia para Adultos. **¿Se presenta la persona usuaria a terapia?** **No.** Continúa en la actividad no. 41 **Sí.** Continúa en la actividad no. 47	
41		Genera formato de oficio de baja a través del Sistema autorizado por el Pleno del Consejo, edita e imprime oficio en el que se indica a la Autoridad Jurisdiccional que la persona usuaria no se presentó.	• Sistema • Oficio
42		Entrega carpeta adultos y el oficio de baja 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 de baja 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.	

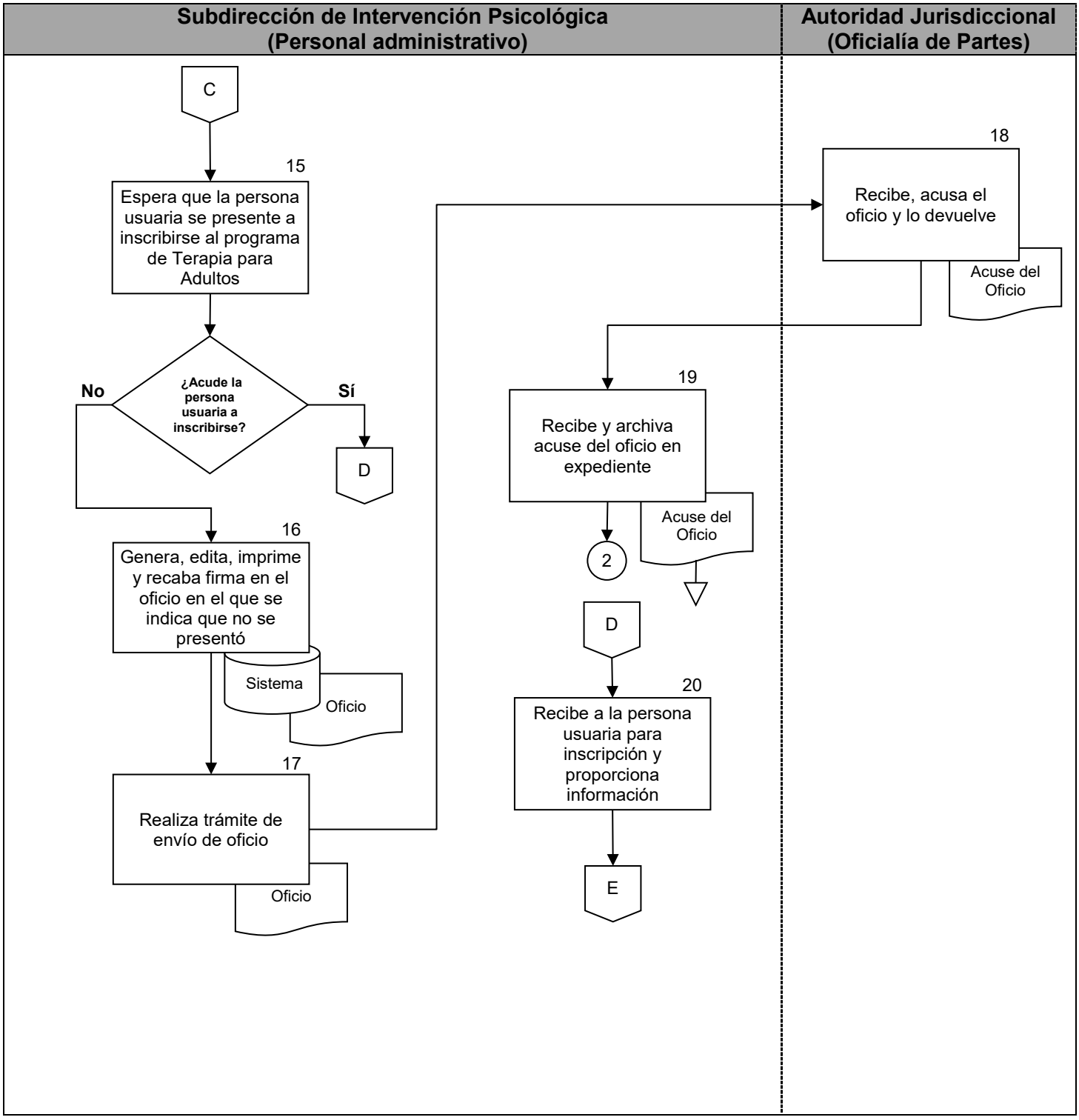
No.	Área.	Descripción de la actividad.	Documentos y/o sistemas de apoyo.
44	Subdirección de Intervención Psicológica (Personal administrativo)	Recibe y realiza trámite de envío del oficio de baja a la Autoridad Jurisdiccional.	
45	Autoridad Jurisdiccional (Oficialía de Partes)	Recibe, acusa el oficio 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)	
47 48	Subdirección de Intervención Psicológica (Psicóloga o Psicólogo)	Realiza sesiones terapéuticas grupales. Elabora e imprime “Informe de Terapia” (DEIP-TA-IT-12) al finalizar las sesiones y remite con la carpeta adultos a la Jefatura de Unidad Departamental de Terapia para Adultos, para su revisión y autorización.	• Formato DEIP-TA-IT-12
49 50 51	Jefatura de Unidad Departamental de Terapia para Adultos	Recibe Informe de Terapia para Adultos con carpeta adultos, para su revisión y autorización. **¿Autoriza Informe de Terapia?** **No.** Continúa en la actividad no. 50 **Sí.** Continúa en la actividad no. 51 Revisa y devuelve Informe de Terapia para Adultos con observaciones. (Regresa a la actividad no. 48) Autoriza el Informe de Terapia para Adultos y entrega a la Psicóloga o el Psicólogo con carpeta adultos.	

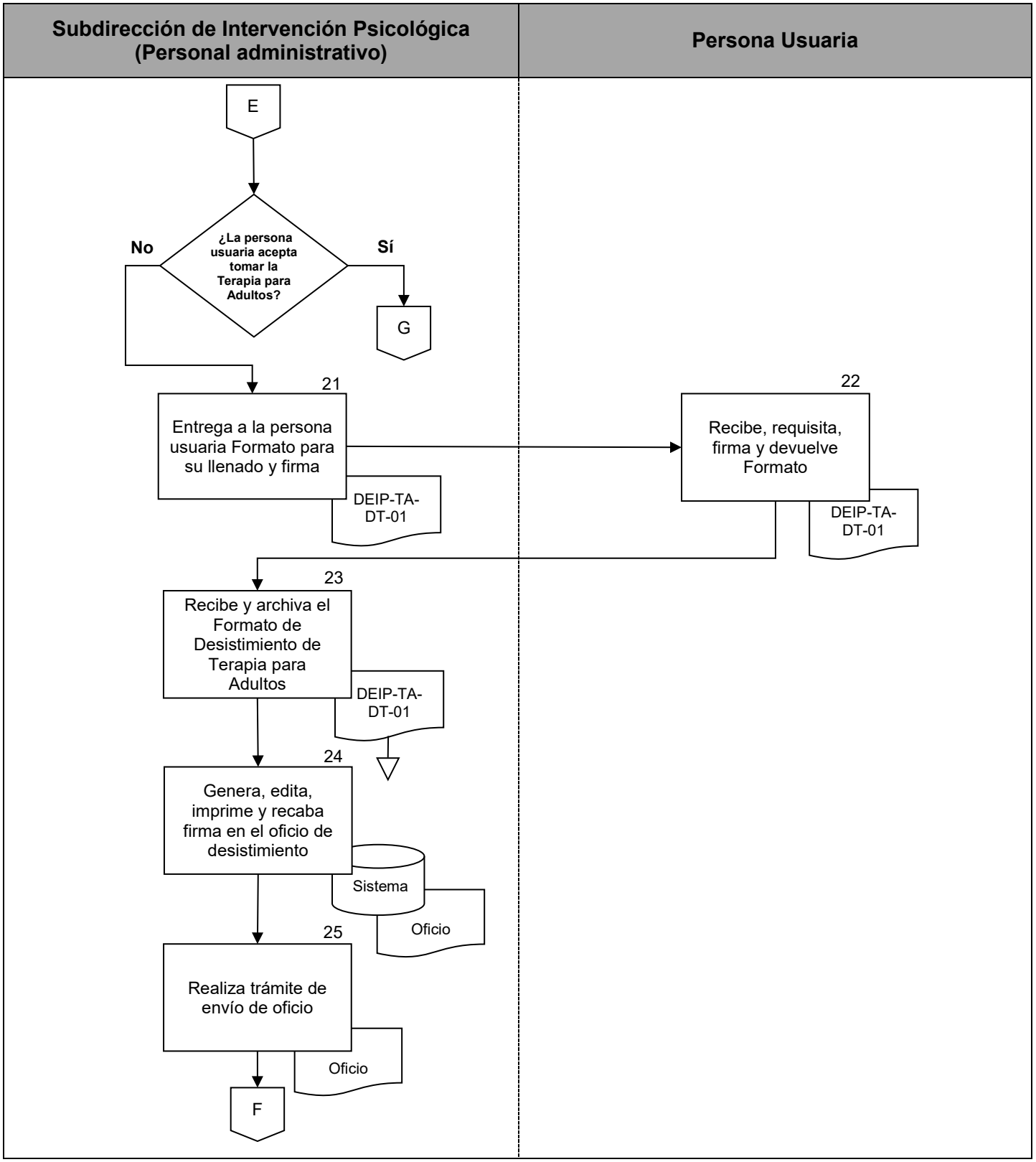
No.	Área.	Descripción de la actividad.	Documentos y/o sistemas de apoyo.
52	Subdirección de Intervención Psicológica (Psicóloga o Psicólogo)	Recibe carpeta adultos e imprime y firma el Informe de Terapia para Adultos.	
53		Genera formato de oficio a través del Sistema autorizado por el Pleno del Consejo, edita e imprime oficio para envío del Informe de Terapia para Adultos a la Autoridad Jurisdiccional.	● Sistema ● Oficio
54		Entrega a la Jefatura de Unidad Departamental de Terapia para Adultos, oficio, Informe de Terapia para Adultos y carpeta adultos.	
55	Jefatura de Unidad Departamental de Terapia para Adultos	Recibe oficio, Informe de Terapia para Adultos y carpeta adultos, 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 carpeta adultos 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 carpeta adulto, y realiza trámite de envío del oficio e Informe de Terapia para Adultos a la Autoridad Jurisdiccional.	
58	Autoridad Jurisdiccional (Oficialía de Partes)	Recibe oficio e Informe de Terapia, acusa el oficio y lo devuelve.	
59	Subdirección de Intervención Psicológica (Personal administrativo)	Recibe y archiva acuse del oficio en expediente e integra carpeta de adultos en el expediente.	
60		Guarda el expediente hasta que concluya su periodo de archivo en trámite.	
61		Se envía expediente al Archivo Judicial.	

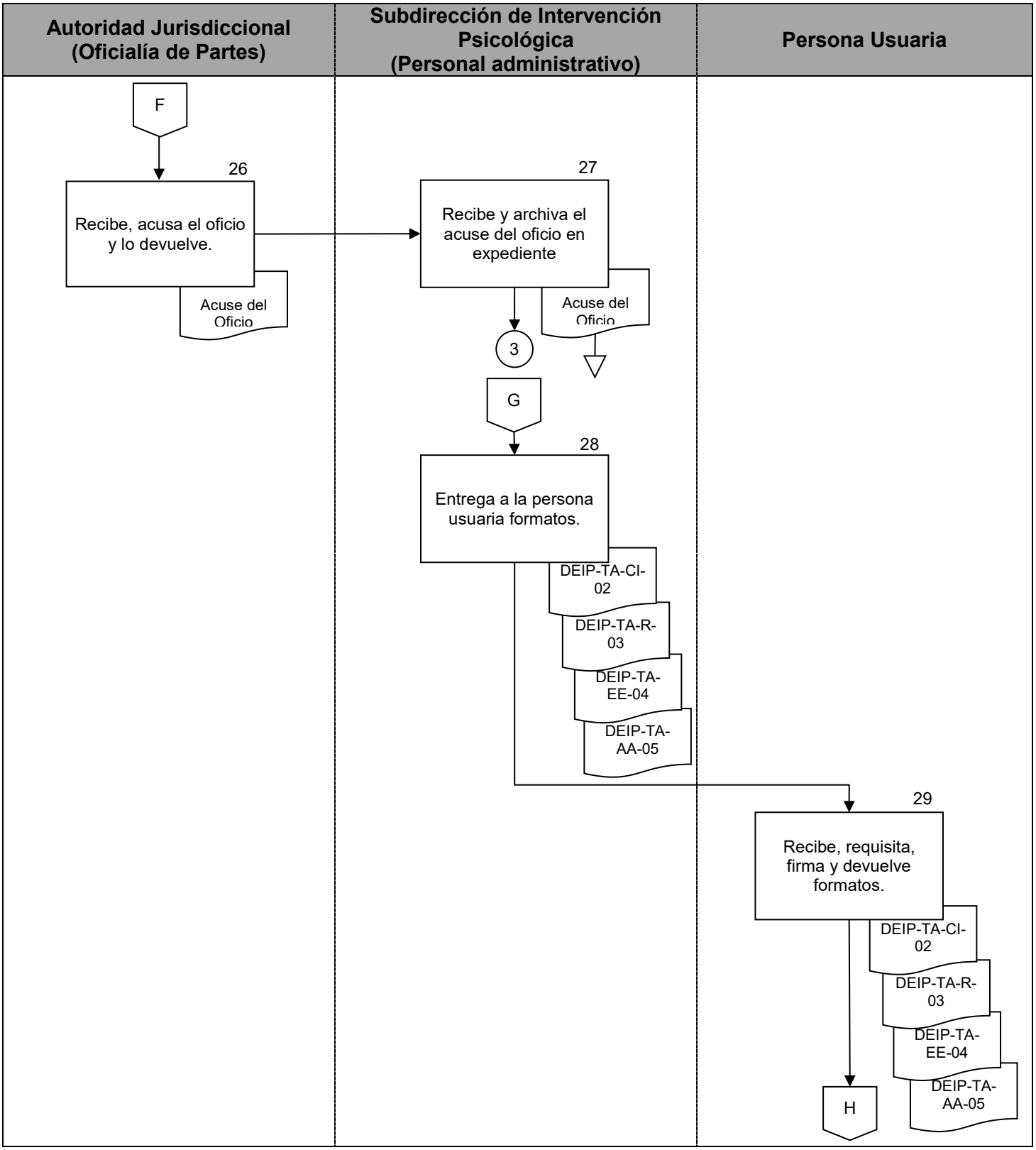
FIN DEL PROCEDIMIENTO

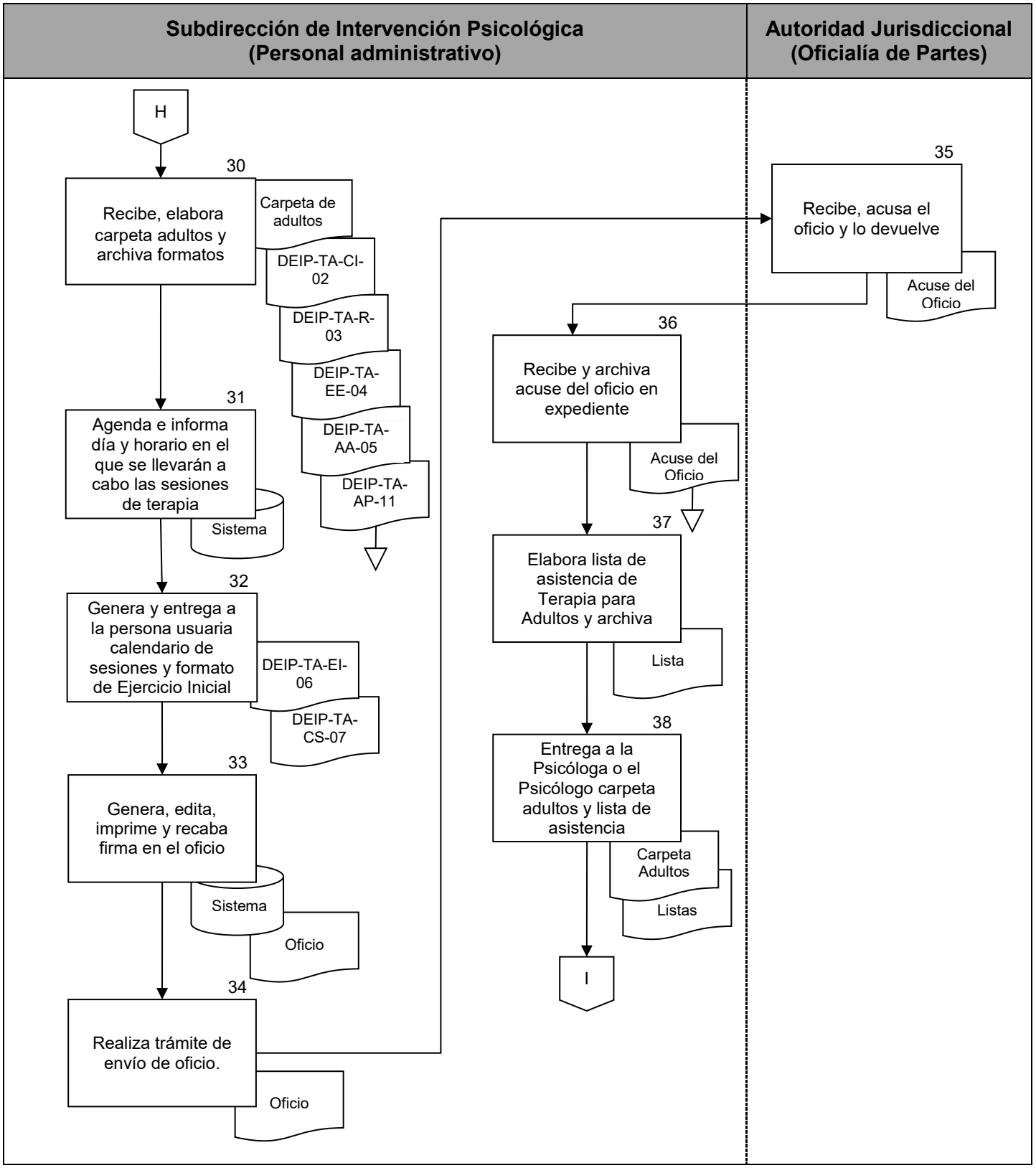

Coordinación de Intervención Especializada para Apoyo Judicial (Oficialía de Partes)
Subdirección de Intervención Psicológica (Personal administrativo)
Inicio
1
Envía listado y oficios para atender las solicitudes de Terapia para Adultos
Listado
Oficios
2
Recibe listado y oficios, para atender las solicitudes de Terapia para Adultos
3
Captura en el Sistema la información del oficio 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
¿Cuenta con la información necesaria?
No
Sí
B
6
Genera, edita, imprime y recaba firma del oficio en el que se indica porque no puede ser atendido
Sistema
Oficio
7
Realiza trámite de envío de oficio
Oficio
A

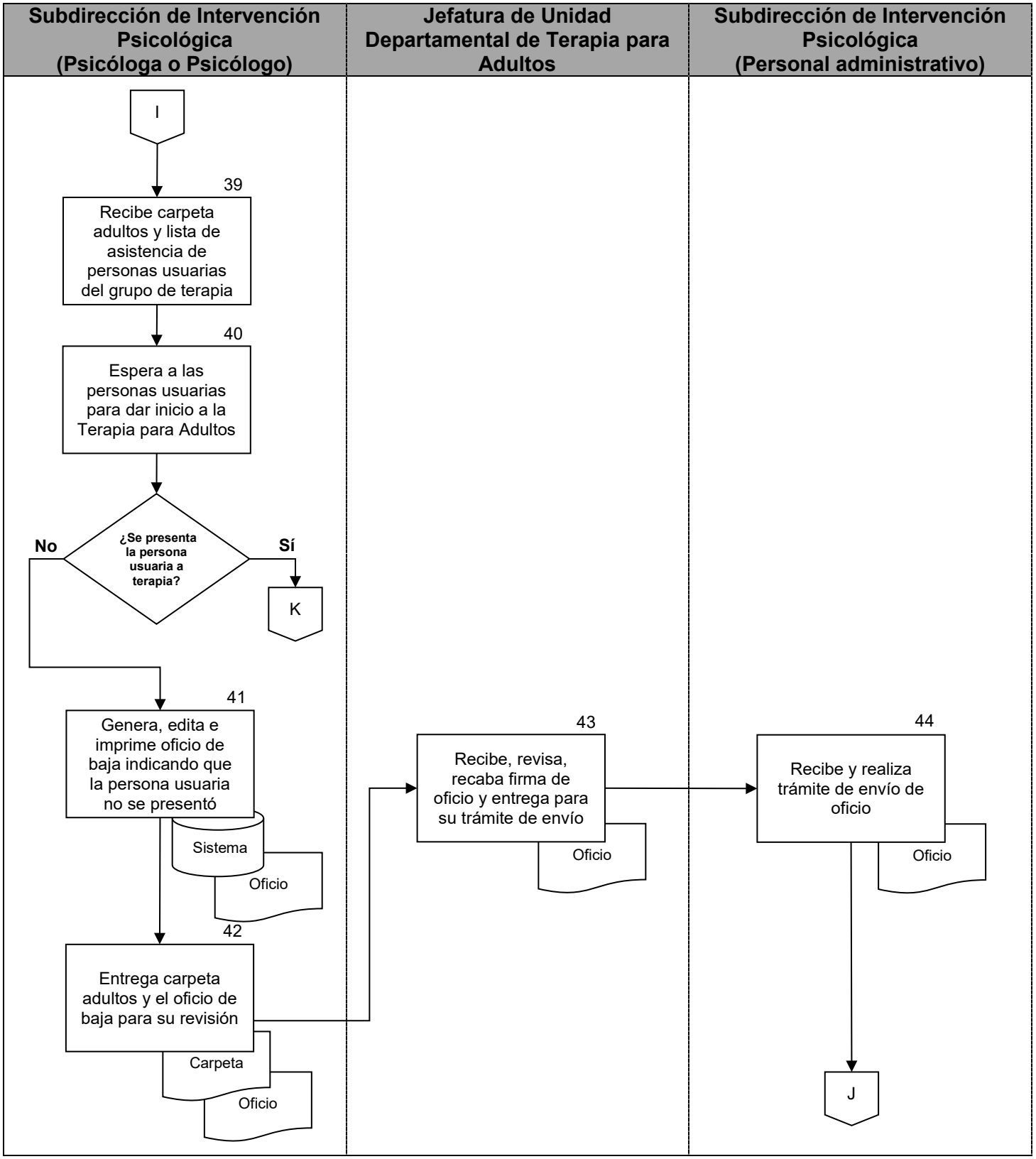

Autoridad Jurisdiccional (Oficialía de Partes)
Subdirección de Intervención Psicológica (Personal administrativo)
A
8
Recibe, acusa el oficio y devuelve
Acuse del Oficio
9
Recibe y archiva acuse del oficio en expediente
1
Acuse del Oficio
B
10
Genera, edita, imprime y recaba firma en el oficio
Sistema
Oficio
11
Realiza trámite de envío de oficio
Oficio
12
Recibe, acusa el oficio y lo devuelve.
Acuse del Oficio
13
Recibe acuse del oficio e ingresa al Sistema la información
Sistema
Acuse de Oficio
14
Archiva acuse del oficio en expediente
Acuse de Oficio
C

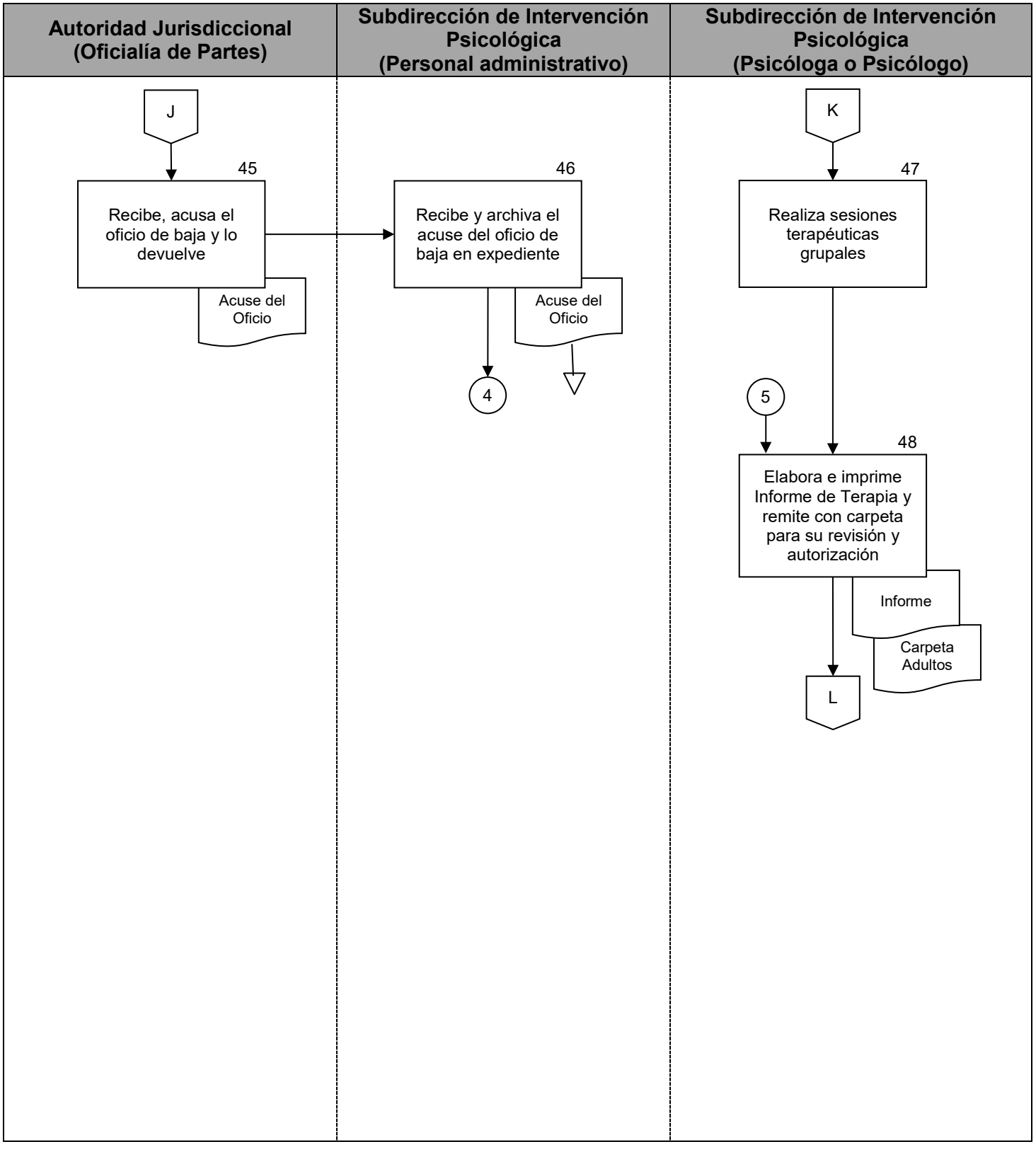

Subdirección de Intervención Psicológica (Personal administrativo)
Autoridad Jurisdiccional (Oficialía de Partes)
C
15
Espera que la persona usuaria se presente a inscribirse al programa de Terapia para Adultos
¿Acude la persona usuaria a inscribirse?
No
Sí
D
16
Genera, edita, imprime y recaba firma en el oficio en el que se indica que no se presentó
Sistema
Oficio
17
Realiza trámite de envío de oficio
Oficio
18
Recibe, acusa el oficio y lo devuelve
Acuse del Oficio
19
Recibe y archiva acuse del oficio en expediente
Acuse del Oficio
2
D
20
Recibe a la persona usuaria para inscripción y proporciona información
E

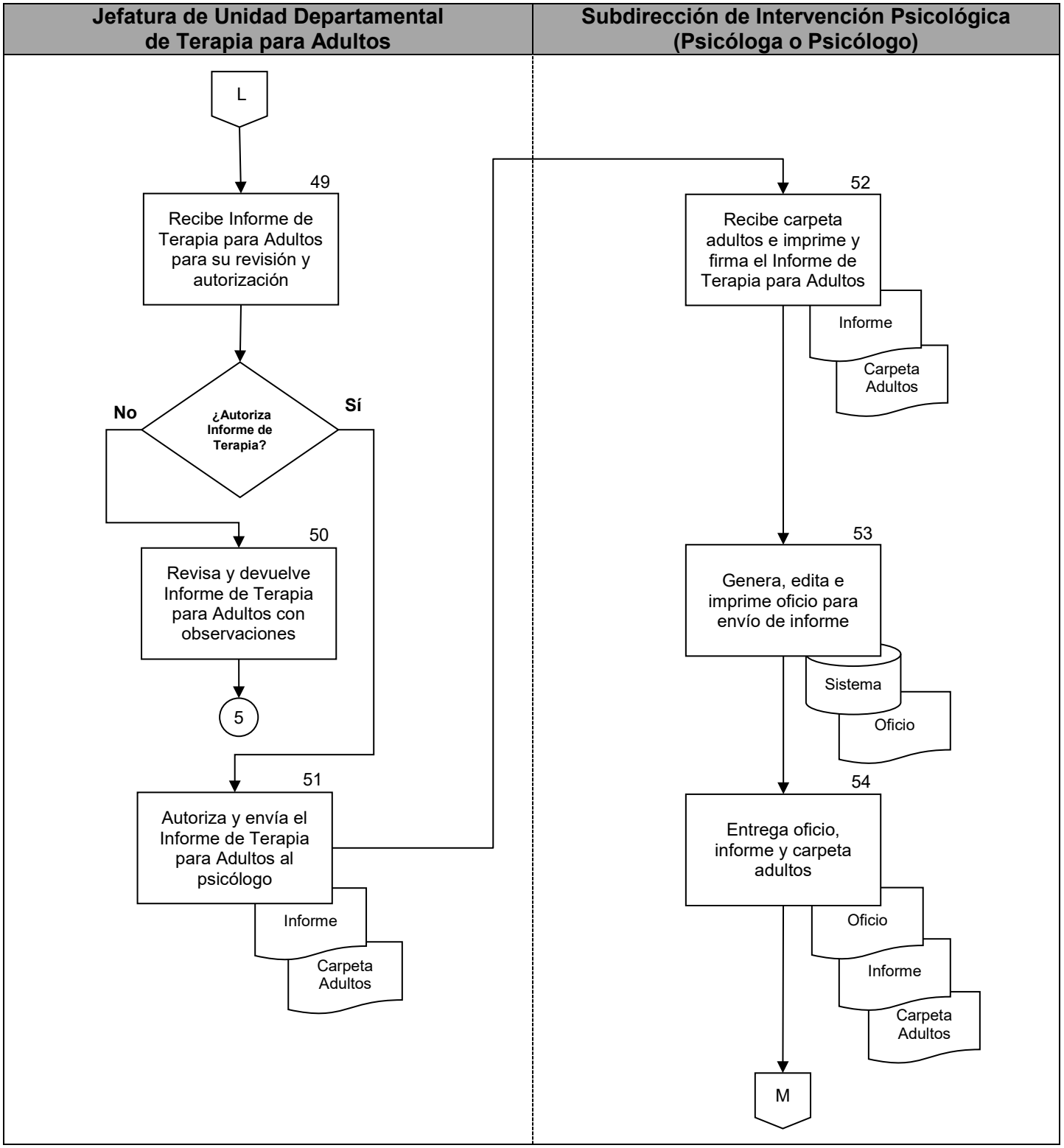

Subdirección de Intervención Psicológica (Personal administrativo)
Persona Usuaria
E
¿La persona usuaria acepta tomar la Terapia para Adultos?
No
Sí
G
21
Entrega a la persona usuaria Formato para su llenado y firma
DEIP-TA-DT-01
22
Recibe, requisita, firma y devuelve Formato
DEIP-TA-DT-01
23
Recibe y archiva el Formato de Desistimiento de Terapia para Adultos
DEIP-TA-DT-01
24
Genera, edita, imprime y recaba firma en el oficio de desistimiento
Sistema
Oficio
25
Realiza trámite de envío de oficio
Oficio
F

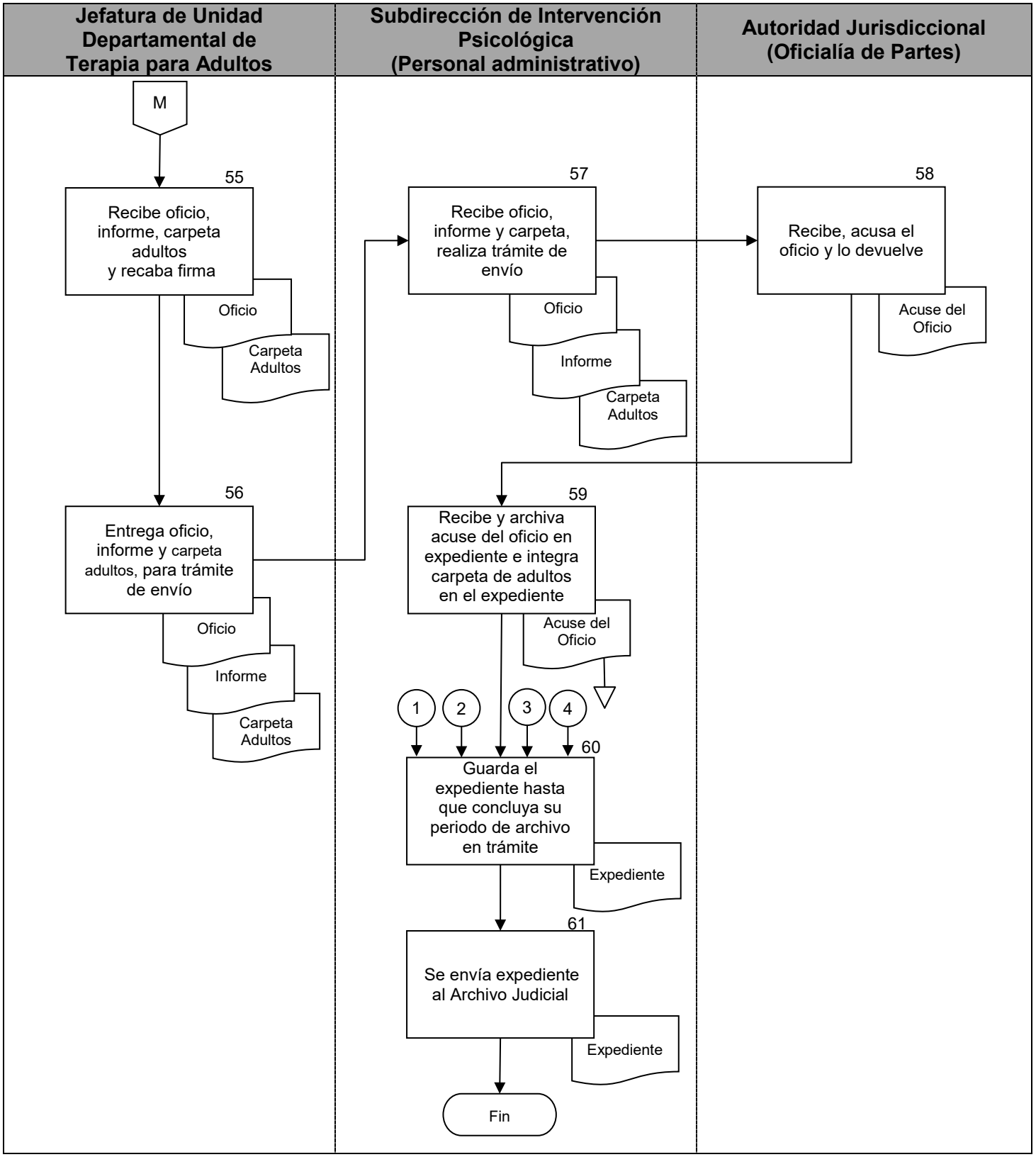

Autoridad Jurisdiccional (Oficialía de Partes)
Subdirección de Intervención Psicológica (Personal administrativo)
Persona Usuaria
F
26
Recibe, acusa el oficio y lo devuelve.
Acuse del Oficio
27
Recibe y archiva el acuse del oficio en expediente
Acuse del Oficio
3
G
28
Entrega a la persona usuaria formatos.
DEIP-TA-CI-02
DEIP-TA-R-03
DEIP-TA-EE-04
DEIP-TA-AA-05
29
Recibe, requisita, firma y devuelve formatos.
DEIP-TA-CI-02
DEIP-TA-R-03
DEIP-TA-EE-04
DEIP-TA-AA-05
H


Subdirección de Intervención Psicológica (Personal administrativo)
Autoridad Jurisdiccional (Oficialía de Partes)
H
30
Recibe, elabora carpeta adultos y archiva formatos
Carpeta de adultos
DEIP-TA-CI-02
DEIP-TA-R-03
DEIP-TA-EE-04
DEIP-TA-AA-05
DEIP-TA-AP-11
31
Agenda e informa día y horario en el que se llevarán a cabo las sesiones de terapia
Sistema
32
Genera y entrega a la persona usuaria calendario de sesiones y formato de Ejercicio Inicial
DEIP-TA-EI-06
DEIP-TA-CS-07
33
Genera, edita, imprime y recaba firma en el oficio
Sistema
Oficio
34
Realiza trámite de envío de oficio.
Oficio
35
Recibe, acusa el oficio y lo devuelve
Acuse del Oficio
36
Recibe y archiva acuse del oficio en expediente
Acuse del Oficio
37
Elabora lista de asistencia de Terapia para Adultos y archiva
Lista
38
Entrega a la Psicóloga o el Psicólogo carpeta adultos y lista de asistencia
Carpeta Adultos
Listas
I


Subdirección de Intervención Psicológica (Psicóloga o Psicólogo)
Jefatura de Unidad Departamental de Terapia para Adultos
Subdirección de Intervención Psicológica (Personal administrativo)
I
39
Recibe carpeta adultos y lista de asistencia de personas usuarias del grupo de terapia
40
Espera a las personas usuarias para dar inicio a la Terapia para Adultos
¿Se presenta la persona usuaria a terapia?
No
Sí
K
41
Genera, edita e imprime oficio de baja indicando que la persona usuaria no se presentó
Sistema
Oficio
42
Entrega carpeta adultos y el oficio de baja para su revisión
Carpeta
Oficio
43
Recibe, revisa, recaba firma de oficio y entrega para su trámite de envío
Oficio
44
Recibe y realiza trámite de envío de oficio
Oficio
J


Autoridad Jurisdiccional (Oficialía de Partes)
Subdirección de Intervención Psicológica (Personal administrativo)
Subdirección de Intervención Psicológica (Psicóloga o Psicólogo)
J
45
Recibe, acusa el oficio de baja y lo devuelve
Acuse del Oficio
46
Recibe y archiva el acuse del oficio de baja en expediente
Acuse del Oficio
4
K
47
Realiza sesiones terapéuticas grupales
5
48
Elabora e imprime Informe de Terapia y remite con carpeta para su revisión y autorización
Informe
Carpeta Adultos
L


Jefatura de Unidad Departamental de Terapia para Adultos
Subdirección de Intervención Psicológica (Psicóloga o Psicólogo)
L
49
Recibe Informe de Terapia para Adultos para su revisión y autorización
¿Autoriza Informe de Terapia?
No
Sí
50
Revisa y devuelve Informe de Terapia para Adultos con observaciones
5
51
Autoriza y envía el Informe de Terapia para Adultos al psicólogo
Informe
Carpeta Adultos
52
Recibe carpeta adultos e imprime y firma el Informe de Terapia para Adultos
Informe
Carpeta Adultos
53
Genera, edita e imprime oficio para envío de informe
Sistema
Oficio
54
Entrega oficio, informe y carpeta adultos
Oficio
Informe
Carpeta Adultos
M


Jefatura de Unidad Departamental de Terapia para Adultos
Subdirección de Intervención Psicológica (Personal administrativo)
Autoridad Jurisdiccional (Oficialía de Partes)
M
55
Recibe oficio, informe, carpeta adultos y recaba firma
Oficio
Carpeta Adultos
56
Entrega oficio, informe y carpeta adultos, para trámite de envío
Oficio
Informe
Carpeta Adultos
57
Recibe oficio, informe y carpeta, realiza trámite de envío
Oficio
Informe
Carpeta Adultos
58
Recibe, acusa el oficio y lo devuelve
Acuse del Oficio
59
Recibe y archiva acuse del oficio en expediente e integra carpeta de adultos en el expediente
Acuse del Oficio
1
2
3
4
60
Guarda el expediente hasta que concluya su periodo de archivo en trámite
Expediente
61
Se envía expediente al Archivo Judicial
Expediente
Fin

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-DT-01

Av. Niños Héroes núm. 150, 3er. Piso. Colonia Doctores. Alcaldía Cuauhtémoc. C.P. 06720. CDMX.
Tel. 55-91 56 49 97 Ext. 511412 y 551420

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA
TSJCDMX

Subdirección de Intervención Psicológica.
JUD Terapia para Adultos.

AVISO DE PRIVACIDAD SIMPLIFICADO

El Tribunal Superior de Justicia de la Ciudad de México, a través de la **Coordinación de Intervención Especializada para Apoyo Judicial** es el Responsable del tratamiento de los datos personales que nos proporcione, los cuales serán protegidos en el Sistema de Datos Personales denominado ***"Sistema de Intervención Psicológica SIP".***

Los datos personales que recabemos serán utilizados con la finalidad de realizar la oportuna prestación de los servicios de esta área, que consisten en llevar a cabo los procesos psicoterapéuticos para adultos, niñas, niños y adolescentes, datos que integran un expediente, en cumplimiento a los ordenamientos de las autoridades jurisdiccionales, para aportar de forma integral elementos de convicción en la toma de decisiones en el ámbito de la administración de justicia. Y podrán ser transferidos a las Autoridades Jurisdiccionales Federales (Juzgados de Distrito y Tribunales Colegiados de Circuito) y Locales en materia Familiar, Autoridades Jurisdiccionales de las Entidades Federativas que conocen de asuntos en materia Familiar, Consejo de la Judicatura de la Ciudad de México, Contraloría del Tribunal Superior de Justicia de la Ciudad de México, Órganos Garantes de la Tutela de Derechos Humanos, Instituto de Transparencia, Acceso a la Información Pública, Protección de Datos Personales y Rendición de Cuentas de la Ciudad de México y a la Fiscalía General de Justicia de la Ciudad de México, para el ejercicio de sus funciones y facultades, por lo que no requeriremos su consentimiento, lo anterior en apego a las excepciones previstas en los artículos 16 y 64 de la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados de la Ciudad de México

Usted podrá manifestar la negativa al tratamiento de sus datos personales directamente ante Unidad de Transparencia del Tribunal Superior de Justicia de la Ciudad de México, ubicada en calle Río Lerma, número 62, Piso 7, colonia Cuauhtémoc, alcaldía Cuauhtémoc, Código Postal 06500, Ciudad de México, Ciudad de México, con número, telefónico conmutador 5591564997 extensiones 111105 y 111107.

Para conocer el Aviso de Privacidad Integral puede acudir directamente a la Unidad de Transparencia o consultarlo en la siguiente liga electrónica:

http://www.poderjudicialcdmx.gob.mx/otros/descarga.php?arv=UT/API/AVISO_DE_PRIVACIDAD_INTEGRAL_Intervencion_Psicologica.pdf

Av. Niños Héroes núm. 150, 3er. Piso. Colonia Doctores. Alcaldía Cuauhtémoc. C.P. 06720. CDMX.
Tel. 55-91 56 49 97 Ext. 511412 y 551420

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

Subdirección de Intervención Psicológica.
JUD Terapia para Adultos.

DESISTIMIENTO DE TERAPIA

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

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

Edad: _____ (3) **Género:** (4)Masculino ☐ Femenino ☐

Estado civil: _____ (5) **Último grado de estudios:** _____ (6)

Sala o Juzgado: _____ (7) Número **de expediente:** _____ (8)

Tipo de juicio: _____ (9)

Yo _____ (10) _____ **NO** estoy de acuerdo en recibir el tratamiento psicológico ordenado por _____ (11) _____, 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:

_____ (12) _____

_____

_____

_____

_____

_____ (13) _____

Nombre completo y firma

DEIP-TA-DT-01

Av. Niños Héroes núm. 150, 3er. Piso. Colonia Doctores. Alcaldía Cuauhtémoc. C.P. 06720. CDMX.
Tel. 55-91 56 49 97 Ext. 511412 y 551420

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA
TSJCDMX

Subdirección de Intervención Psicológica.
JUD Terapia para Adultos.

AVISO DE PRIVACIDAD SIMPLIFICADO

El Tribunal Superior de Justicia de la Ciudad de México, a través de la **Coordinación de Intervención Especializada para Apoyo Judicial** es el Responsable del tratamiento de los datos personales que nos proporcione, los cuales serán protegidos en el Sistema de Datos Personales denominado ***"Sistema de Intervención Psicológica SIP".***

Los datos personales que recabemos serán utilizados con la finalidad de realizar la oportuna prestación de los servicios de esta área, que consisten en llevar a cabo los procesos psicoterapéuticos para adultos, niñas, niños y adolescentes, datos que integran un expediente, en cumplimiento a los ordenamientos de las autoridades jurisdiccionales, para aportar de forma integral elementos de convicción en la toma de decisiones en el ámbito de la administración de justicia. Y podrán ser transferidos a las Autoridades Jurisdiccionales Federales (Juzgados de Distrito y Tribunales Colegiados de Circuito) y Locales en materia Familiar, Autoridades Jurisdiccionales de las Entidades Federativas que conocen de asuntos en materia Familiar, Consejo de la Judicatura de la Ciudad de México, Contraloría del Tribunal Superior de Justicia de la Ciudad de México, Órganos Garantes de la Tutela de Derechos Humanos, Instituto de Transparencia, Acceso a la Información Pública, Protección de Datos Personales y Rendición de Cuentas de la Ciudad de México y a la Fiscalía General de Justicia de la Ciudad de México, para el ejercicio de sus funciones y facultades, por lo que no requeriremos su consentimiento, lo anterior en apego a las excepciones previstas en los artículos 16 y 64 de la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados de la Ciudad de México

Usted podrá manifestar la negativa al tratamiento de sus datos personales directamente ante Unidad de Transparencia del Tribunal Superior de Justicia de la Ciudad de México, ubicada en calle Río Lerma, número 62, Piso 7, colonia Cuauhtémoc, alcaldía Cuauhtémoc, Código Postal 06500, Ciudad de México, Ciudad de México, con número, telefónico conmutador 5591564997 extensiones 111105 y 111107.

Para conocer el Aviso de Privacidad Integral puede acudir directamente a la Unidad de Transparencia o consultarlo en la siguiente liga electrónica:

http://www.poderjudicialcdmx.gob.mx/otros/descarga.php?arv=UT/API/AVISO_DE_PRIVACIDAD_INTEGRAL_Intervencion_Psicologica.pdf

Av. Niños Héroes núm. 150, 3er. Piso. Colonia Doctores. Alcaldía Cuauhtémoc. C.P. 06720. CDMX.
Tel. 55-91 56 49 97 Ext. 511412 y 551420

DESCRIPCIÓN DEL FORMATO

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

INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
1	FECHA	La fecha del día en curso.
2	NOMBRE	El nombre completo de la persona usuaria que desiste del proceso de Terapia para Adultos.
3	EDAD	La edad de la persona usuaria que desiste del proceso de Terapia para Adultos.
4	GÉNERO	El género de la persona usuaria que desiste del proceso de Terapia para Adultos.
5	ESTADO CIVIL	El estado civil de la persona usuaria que se desiste del proceso de Terapia para Adultos.
6	ÚLTIMO GRADO DE ESTUDIOS	El último grado de estudios de la persona usuaria que desiste del proceso de Terapia para Adultos.
7	SALA O JUZGADO	El número de Autoridad Jurisdiccional donde se encuentra el juicio.
8	NÚMERO DE EXPEDIENTE	El número de expediente con el que identifica la Autoridad Jurisdiccional a la persona usuaria.
9	TIPO DE JUICIO	El tipo de juicio con el que identifica la Autoridad Jurisdiccional a la persona usuaria.
10	NOMBRE DE LA PERSONA USUARIA	El nombre completo de la persona usuaria que desiste del proceso terapéutico.

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
11	NÚMERO DE AUTORIDAD JUDICIAL	El número de Autoridad Jurisdiccional que envió a la persona usuaria a Terapia para adultos.
12	MOTIVO DEL DESISTIMIENTO	Se detalla el motivo por el que la persona usuaria se desiste del proceso terapéutico.
13	NOMBRE COMPLETO Y FIRMA	El nombre completo y la firma de la persona usuaria que se desiste del proceso terapéutico.

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 consiste en 10 sesiones, con una duración de aproximadamente 90 minutos, una vez por semana, en el área de Terapia para Adultos, ubicada en Av. Niños Héroes núm. 150, 3er. Piso, Colonia Doctores, del cual, al finalizar las sesiones, se remitirá un reporte a la autoridad judicial ordenadora.

2. Estoy de acuerdo con la programación del día y horario que acordamos para mis sesiones terapéuticas.

3. Me comprometo a atender las disposiciones del Reglamento de Terapia para Adultos.

4. 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-CI-02

Av. Niños Héroes núm. 150, 3er. Piso, Colonia Doctores, Alcaldía Cuauhtémoc, C.P. 06720, CDMX.
Tel. 55-91 56 49 97 Ext. 51 14 12

Subdirección de Intervención Psicológica
JUD Terapia para Adultos

IP: / (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 consiste en 10 sesiones, con una duración de aproximadamente 90 minutos, una vez por semana, en el área de Terapia para Adultos, ubicada en Av. Niños Héroes núm. 150, 3er. Piso, Colonia Doctores, del cual, al finalizar las sesiones, se remitirá un reporte a la autoridad judicial ordenadora.

2. Estoy de acuerdo con la programación del día y horario que acordamos para mis sesiones terapéuticas.

3. Me comprometo a atender las disposiciones del Reglamento de Terapia para Adultos.

4. 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-CI-02

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

Tel. 55-91 56 49 97 Ext. 51 14 12

DESCRIPCIÓN DEL FORMATO

Nombre:	**CONSENTIMIENTO INFORMADO**
Clave:	**DEIP-TA-CI-02**
Objetivo:	Que la persona usuaria exprese su voluntad de asistir a la Terapia para Adultos.
Elabora:	Jefatura de Unidad Departamental de Terapia para Adultos.
Número de tantos:	Original.
Distribución:	Original. -Subdirección de Asistencia Técnica e Intervención Psicológica (Carpeta Adultos).

INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
1	IP	El número que se otorga a cada expediente expedido por el sistema automáticamente.
2	FECHA	La fecha que se presenta la persona usuaria a la inscripción al proceso terapéutico.
3	NOMBRE	El nombre completo de la persona usuaria para su inscripción al proceso terapéutico.
4	NOMBRE COMPLETO Y FIRMA	El nombre completo y la firma de la persona usuaria donde indica que está de acuerdo para llevar a cabo proceso terapéutico.

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-R-03

Av. Niños Héroes núm. 150, 3er. Piso, Colonia Doctores, Alcaldía Cuauhtémoc, C.P. 06720, CDMX.
Tel. 55 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.

(1)

NOMBRE COMPLETO, FECHA Y FIRMA.

DEIP-TA-R-03

Av. Niños Héroes núm. 150, 3er. Piso, Colonia Doctores, Alcaldía Cuauhtémoc, C.P. 06720, CDMX.
Tel. 55 91 56 49 97 Ext. 51 14 12

DESCRIPCIÓN DEL FORMATO

Nombre:	**REGLAMENTO DE LA UNIDAD DE TERAPIA PARA ADULTOS**
Clave:	**DEIP-TA-R-03**
Objetivo:	Dar a conocer a las personas usuarias sus derechos y obligaciones de la Unidad de Terapia para Adultos.
Elabora:	Jefatura de Unidad Departamental de Terapia para Adultos.
Número de tantos:	Original.
Distribución:	Original. -Subdirección de Asistencia Técnica e Intervención Psicológica (Carpeta Adultos).

INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
1	NOMBRE COMPLETO Y FIRMA	El nombre completo de la persona usuaria, 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.

"2022, Año de Ricardo Flores Magón, Precursor de la Revolución Mexicana"

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) a comprometerse en un proceso de crecimiento personal?
SÍ ☐ NO ☐ ¿por qué? _____
_____

_____

FIRMA

DEIP-TA-EE-04

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

"2022, Año de Ricardo Flores Magón, Precursor de la Revolución Mexicana"

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

1.- La mayor parte del tiempo ¿cómo es su estado de ánimo? (4)
Bueno ☐ Regular ☐ Malo ☐ ¿por qué? _____

2.- La relación con su hija(s) o hijo(s) es: (5)
Buena ☐ Regular ☐ Mala ☐ ¿por qué? _____

3.- ¿Actualmente cómo considera la relación con su ex pareja? (6)
Buena ☐ Regular ☐ Mala ☐ ¿por qué? _____

4.- ¿Considera que a través de este tratamiento podrá mejorar la comunicación con su ex pareja? (7)
SÍ ☐ NO ☐ ¿Por qué? _____

5.- ¿Está dispuesto(a) a comprometerse en un proceso de crecimiento personal? (8)
SÍ ☐ NO ☐ ¿por qué? _____

(9)
FIRMA

DEIP-TA-EE-04

DESCRIPCIÓN DEL FORMATO

Nombre:	**FORMATO E.E.** **(ENCUESTA DE ENTRADA)**
Clave:	**DEIP-TA-EE-04**
Objetivo:	Obtener información relevante para asistir al proceso de Terapia para Adultos.
Elabora:	Jefatura de Unidad Departamental de Terapia para Adultos.
Número de tantos:	Original.
Distribución:	Original. -Subdirección de Asistencia Técnica e Intervención Psicológica (Carpeta Adultos).

INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
1	FECHA	La fecha que se presenta la persona usuaria a la inscripción al proceso terapéutico.
2	IP	El número que se otorga a cada expediente expedido por el sistema automáticamente.
3	NOMBRE	El nombre completo de la persona usuaria para su inscripción al proceso terapéutico.
4	ESTADO DE ÁNIMO	El cómo ha sido el estado de ánimo de la persona usuaria cuando se inscribe al proceso terapéutico.
5	RELACIÓN CON SU HIJA(S) O HIJO(S)	El cómo ha sido la relación con su hija(s) o hijo(s) de la persona usuaria cuando se inscribe al proceso terapéutico.
6	RELACIÓN CON SU EX PAREJA	El cómo ha sido relación con su ex pareja de la persona usuaria cuando se inscribe al proceso terapéutico.
7	TRATAMIENTO PODRÁ MEJORAR LA COMUNICACIÓN	Si considera que el tratamiento podrá mejorar la comunicación con su contraparte.
8	COMPROMISO	Si la persona usuaria está dispuesta a comprometerse en un proceso de crecimiento personal.
9	FIRMA	Firma de la persona usuaria 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:		
EDAD:		
FECHA DE NACIMIENTO:		
NACIONALIDAD:		
RELIGIÓN:		
ÚLTIMO GRADOO DE ESTUDIOS:		
ESTADO CIVIL:	Soltero(a)	Casado(a)
DOMICILIO (Alcaldía o Municipio):		
ACTIVIDAD LABORAL:		
HORARIO LABORAL:		

2. DATOS CLÍNICOS				
HA SIDO EVALUADO(A) PSICOLÓGICAMENTE:	SI	NO	Fecha de la evaluación: Lugar:	
HA TOMADO TERAPÍA PSICOLÓGICA:	SI	NO	Período de la terapia: Causa: Lugar:	
HA SIDO VALORADO(A) 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: Desesperanza Apatía Ideas suicidas	Frecuencia: Frecuencia: Frecuencia: Frecuencia:
CONSUME TABACO, ALCOHOL O DROGAS:	SI	NO	¿Cuál y con qué frecuencia?	

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(AS):

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(AS):			

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(AS) HIJOS(AS) TIENEN CONOCIMIENTO DEL PROCESO JUDICIAL, CÓMO SE LES HA INFORMADO:

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: _____

DEIP-TA-AA-05

Página **4** de **4**

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

Subdirección de Intervención Psicológica
JUD Terapia para Adultos

F.1 ANTECEDENTES ADULTO.

REG.: _____ (1)

1. 1. DATOS GENERALES		
NOMBRE: (2)		
EDAD: (3)		
FECHA DE NACIMIENTO: (4)		
NACIONALIDAD: (5)		
RELIGIÓN: (6)		
ÚLTIMO GRADOO DE ESTUDIOS: (7)		
ESTADO CIVIL: (8)	Soltero(a)	Casado(a)
DOMICILIO (Alcaldía o Municipio): (9)		
ACTIVIDAD LABORAL: (10)		
HORARIO LABORAL: (11)		

2. DATOS CLÍNICOS				
HA SIDO EVALUADO(A) PSICOLOGICAMENTE: (12)	SI	NO	Fecha de la evaluación: (13)	
			Lugar: (14)	
HA TOMADO TERAPÍA (15) PSICOLÓGICA:	SI	NO	Período de la terapia: (16)	
			Causa: (17)	
			Lugar: (18)	
HA SIDO VALORADO(A) POR MÉDICO PSIQUIATRA: (19)	SI	NO	Fecha de valoración: (20)	
			Lugar: (21)	
			Diagnóstico: (22)	
			Medicamentos prescritos: (23)	
			Frecuencia de la toma del medicamento: (24)	
PRESENTA ALGUNA ENFERMEDAD CRÓNICO-DEGENERATIVA: (25)	SI	NO	Diagnóstico: (26)	
			Fecha del diagnóstico: (27)	
			Medicamentos prescritos: (28)	
			Frecuencia de la toma del medicamento: (29)	
HA TENIDO ALGUNO DE ESTOS PENSAMIENTOS: (30)	SI	NO	Tristeza: (31)	Frecuencia: (32)
			Desesperanza (33)	Frecuencia: (34)
			Apatía (35)	Frecuencia: (36)
			Ideas suicidas (37)	Frecuencia: (38)
CONSUME TABACO, ALCOHOL O DROGAS: (39)	SI	NO	¿Cuál y con qué frecuencia? (40)	

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

Subdirección de Intervención Psicológica
JUD Terapia para Adultos

F.1 ANTECEDENTES ADULTO.

REG.: _____ (1)

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: (41)
NÚMERO DE HERMANOS: (42)
LUGAR QUE USTED OCUPA: (43)
TIPO DE RELACIÓN CON SUS HERMANOS(AS): (44)

A continuación, de manera breve señale o relate sus vivencias a lado de la persona de nombre (45), **con quien en la actualidad se dirime el juicio** (46) **materia de la atención psicológica ordenada por la Sala o Juzgado** (47) **número de expediente**_____. (48)

4. NOVIAZGO.
DURACIÓN: (49)
DESCRIPCIÓN DE LA RELACIÓN: (50)

5. UNIÓN.			
MATRIMONIO (51)	Religioso (52) Civil (53) Ambos (54)	CONCUBINATO -Unión libre- (55)	
DURACIÓN: (56)			

HIJOS(AS): (57)	NOMBRE (58)	FECHA DE NACIMIENTO (59)	EDAD (60)

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA
TSJCDMX
Subdirección de Intervención Psicológica
JUD Terapia para Adultos

F.1 ANTECEDENTES ADULTO.

REG.: _____ (1)

DESCRIPCIÓN DE RELACIÓN DE PAREJA: (61)
6. SEPARACIÓN DEFINITIVA.
FECHA: (62)
DESCRIPCIÓN DE LA SEPARACIÓN DEFINITIVA: (63)
7. SITUACIÓN JURÍDICA.
FECHA DE INICIO DEL PROCESO JURIDICO: (64)
QUIÉN INICIÓ EL PROCESO, EL MOTIVO Y QUÉ ES LO QUE SE PRETENDE: (65)
SI LOS(AS) HIJOS(AS) TIENEN CONOCIMIENTO DEL PROCESO JUDICIAL, CÓMO SE LES HA INFORMADO: (66)

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

Subdirección de Intervención Psicológica
JUD Terapia para Adultos

F.1 ANTECEDENTES ADULTO.

REG.: _____ (1)

EXISTENCIA DE ACUERDOS: (67)	SI	NO	CUÁLES: (68)	
SE HAN CUMPLIDO: (69)	SI	NO	CAUSAS: (70)	
GUARDA Y CUSTODIA A FAVOR DE: (71)				
MONTO DE PENSIÓN ALIMENTICIA: (72)				
RÉGIMEN DE VISITAS Y CONVIVENCIAS A FAVOR DE: (73)				
HORARIOS: (74)				
SE CUMPLE: (75)				
OTROS PROCESOS JURÍDICOS (ORDENES DE RESTRICCIÓN, DENUNCIAS POR VIOLENCIA, ABUSO SEXUAL, ETC): (76)				

TELÉFONO DE CONTACTO: CASA: _____(77)_____ CEL.: _____(78)_____
EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A: _____(79)_____ TEL: _____(80)_____
FECHA: (81) DÍA: _____ MES_____ AÑO: _____
NOMBRE: (82) _____

FIRMA: (83) _____

DEIP-TA-AA-05

Página **4** de **4**

DESCRIPCIÓN DEL FORMATO

Nombre:	**F.1 ANTECEDENTES ADULTO**
Clave:	**DEIP-TA-AA- 05**
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.
Número de tantos:	Original.
Distribución:	Original. -Subdirección de Asistencia Técnica e Intervención Psicológica (Carpeta Adultos).

INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
1	REG	El número de expediente que expide el sistema.
2	NOMBRE	El nombre de la persona usuaria.
3	EDAD	La edad de la persona usuaria.
4	FECHA DE NACIMIENTO	La fecha de nacimiento de la persona usuaria.
5	NACIONALIDAD	La nacionalidad de la personal usuaria.
6	RELIGIÓN	La religión de la persona usuaria.
7	ÚLTIMO GRADO DE ESTUDIOS	El último grado de estudios de la persona usuaria.
8	ESTADO CIVIL	La religión de la persona usuaria.
9	DOMICILIO (ALCALDÍA O MUNICIPIO)	El domicilio (Alcaldía o Municipio) de la persona usuaria.
10	ACTIVIDAD LABORAL	La actividad laboral de la persona usuaria.
11	HORARIO LABORAL	El horario laboral de la persona usuaria.
12	HA SIDO EVALUADO PSICOLÓGICAMENTE	Marcar Sí, en el caso de que haya sido evaluado psicológicamente. Debe Marcar No, en el caso de que no haya sido evaluado psicológicamente

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
13	FECHA DE LA EVALUACIÓN	La fecha de la evaluación de la persona usuaria.
14	LUGAR.	El lugar en que fue realizada la evacuación de la persona usuaria.
15	HA TOMADO TERAPIA PSICOLÓGICA	Marcar Sí, en el caso de que la persona usuaria haya tomado terapia psicológica. Debe Marcar No, en el caso de que no haya tomado terapia psicológica.
16	PERÍODO DE LA TERAPIA	El período en que tomó la terapia psicológica.
17	CAUSA	La causa por la cual tomó la terapia psicológica persona usuaria.
18	LUGAR.	El lugar en el cual tomó la terapia psicológica persona usuaria.
19	HA SIDO VALORADO POR MÉDICO PSIQUIATRA	Marcar Sí, en el caso de que la persona usuaria haya sido valorada por médico psiquiatra. Debe marcar No, en el caso de que no haya sido valorada por médico psiquiatra.
20	FECHA DE VALORACIÓN	La fecha de la valoración médico psiquiátrica.
21	LUGAR	El lugar en donde fue valorada psiquiátricamente la persona usuaria.
22	DIAGNÓSTICO	El diagnóstico de la valoración médico psiquiatra de la persona usuaria.
23	MEDICAMENTOS PRESCRITOS	Los medicamentos prescritos.

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
24	FRECUENCIA DE LA TOMA DEL MEDICAMENTO	La frecuencia de la toma del medicamento psiquiátricos de la persona usuaria.
25	PRESENTA ALGUNA ENFERMEDAD CRÓNICO-DEGENERATIVA	Marcar Sí, en el caso de que la persona usuaria presenta alguna enfermedad crónico- degenerativa. Debe marcar No, en el caso de que no presenta alguna enfermedad crónico-degenerativa
26	DIAGNÓSTICO	El diagnóstico de la enfermedad crónico-degenerativa de la persona usuaria.
27	FECHA DEL DIAGNÓSTICO	La fecha del diagnóstico de la enfermedad crónico-degenerativa de la persona usuaria.
28	MEDICAMENTOS PRESCRITOS	Los medicamentos prescritos para la enfermedad crónico-degenerativa de la persona usuaria.
29	FRECUENCIA DE LA TOMA DEL MEDICAMENTO	La frecuencia de la toma del medicamento para la enfermedad crónico-degenerativa de la persona usuaria.
30	HA TENIDO ALGUNO DE ESTOS PENSAMIENTOS	Marcar Sí, en el caso de que la persona usuaria haya tenido alguno de los pensamientos señalados. Debe marcar No, en el caso de que no haya tenido alguno de los pensamientos señalados.
31	TRISTEZA	Se marca si ha presentado pensamientos de tristeza.
32	FRECUENCIA	La frecuencia con que ha presentado pensamientos de tristeza.

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
33	DESESPERANZA	Se marca si ha presentado pensamientos de desesperanza.
34	FRECUENCIA	La frecuencia con que ha presentado pensamientos de desesperanza.
35	APATÍA	Se marca si ha presentado pensamientos de apatía.
36	FRECUENCIA	La frecuencia con que ha presentado pensamientos de apatía.
37	IDEAS SUICIDAS	Se marca si ha presentado pensamientos de ideas suicidas.
38	FRECUENCIA	La frecuencia con que ha presentado pensamientos de ideas suicidas.
39	CONSUME TABACO, ALCOHOL O DROGAS	Marcar Sí, en el caso de que la persona usuaria consuma tabaco, alcohol o drogas. Debe marcar No, en el caso de que no consuma tabaco, alcohol o drogas
40	¿CUÁL Y CON QUÉ FRECUENCIA?	Cuál y con qué frecuencia ha consumido tabaco, alcohol o drogas.
41	FAMILIA DE ORIGEN. EL TIPO DE RELACIÓN QUE TIENEN O TUVIERON SUS PADRES Y LA DE USTED CON ELLOS	Los antecedentes familiares y la relación con los mismos.
42	NÚMERO DE HERMANOS	El número de hermanos que tiene la persona usuaria.
43	LUGAR QUE USTED OCUPA	El lugar que ocupa entre sus hermanos la persona usuaria.

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
44	TIPO DE RELACIÓN CON SUS HERMANOS	El tipo de relación que lleva con sus hermanos la persona usuaria.
45	NOMBRE DE ESPOSO(A) O CONYUGUE	El nombre de la contraparte con la que está llevando el juicio la persona usuaria.
46	TIPO DE JUICIO	El nombre del juicio en que se tiene con el Autoridad Jurisdiccional.
47	SALA O JUZGADO	El número de Autoridad Jurisdiccional donde se encuentra el juicio.
48	NÚMERO DE EXPEDIENTE	El número expediente del Autoridad Jurisdiccional donde se encuentra el juicio.
49	NOVIAZGO. DURACIÓN	El tiempo que duró el noviazgo que se sostuvo con el esposo (a) o conyugue según sea el caso.
50	DESCRIPCIÓN DE LA RELACIÓN	Los antecedentes y descripción del noviazgo que se sostuvo con el esposo (a) o conyugue según sea el caso.
51	MATRIMONIO	Los antecedentes y descripción del matrimonio que se sostuvo con el esposo (a) o conyugue según sea el caso.
52	RELIGIOSO	Se marca el cuadro si la unión fue religiosa.
53	CIVIL	Se marca el cuadro si la unión fue civil.
54	AMBOS	Se marca el cuadro si la unión fue religiosa y civil.
55	CONCUBINATO	Se marca el cuadro si la unión fue concubinato.

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
56	DURACIÓN	La duración de la unión.
57	HIJOS	Si tuvieron hijos en la unión.
58	NOMBRE	El o los nombres de los hijos que se tuvieron en la unión.
59	FECHA DE NACIMIENTO	La fecha de nacimiento de los hijos que se tuvieron en la unión.
60	EDAD	La edad de nacimiento de los hijos que se tuvieron en la unión.
61	DESCRIPCIÓN DE RELACIÓN DE PAREJA	Los antecedentes y descripción de la relación de pareja.
62	FECHA DE SEPARACIÓN DEFINITIVA	La fecha de la separación definitiva.
63	DESCRIPCIÓN DE LA SEPARACIÓN DEFINITIVA	Los antecedentes y descripción de la separación definitiva.
64	FECHA DE INICIO DEL PROCESO JURÍDICO	La fecha de inicio del proceso jurídico.
65	QUIÉN INICIÓ EL PROCESO, EL MOTIVO Y QUÉ ES LO QUE SE PRETENDE	Quién inició el proceso, el motivo y qué es lo que se pretende.
66	SI LOS HIJOS TIENEN CONOCIMIENTO DEL PROCESO JUDICIAL,	Si los hijos tienen conocimiento del proceso judicial y cómo se les ha informado.

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
	CÓMO SE LES HA INFORMADO	
67	EXISTENCIA DE ACUERDOS	Si hay o no acuerdos acuerdo.
68	CUÁLES	El tipo de acuerdos tiene con su contraparte.
69	SE HAN CUMPLIDO	Si se han cumplido los acuerdos a los que llegaron.
70	CAUSAS	Las casusas por las que no se han cumplido los acuerdo a los que llegaron.
71	GUARDA Y CUSTODIA A FAVOR DE	El nombre de quien ostenta la guarda y custodia.
72	MONTO DE PENSIÓN ALIMENTICIA	El monto de pensión alimenticia.
73	RÉGIMEN DE VISITAS Y CONVIVENCIAS A FAVOR DE	El nombre de la persona que tiene régimen de visitas y convivencias.
74	HORARIOS	Los horarios que tiene en el régimen de visitas y convivencias.
75	SE CUMPLE	Si se cumple con el régimen de visitas y convivencias.
76	OTROS PROCESOS JURÍDICOS	Si se tienen otros procesos jurídicos.
77	TELÉFONO DE CONTACTO DE CASA	El número telefónico de casa de la persona usuaria.

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
78	TELÉFONO DE CONTACTO DE CELULAR	El número telefónico de celular de la persona usuaria.
79	EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A	El nombre de la persona con la que se puede comunicar la o el terapeuta para dar informes en caso de emergencias o de ser necesario.
80	TELÉFONO	El número telefónico de emergencias para poder llamar, en caso de ser necesario.
81	FECHA	El día, mes y año en que la persona usuaria acudió a realizar su inscripción.
82	NOMBRE	El nombre de la persona usuaria.
83	FIRMA	Firma de la persona usuaria.

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-EI-06

Ave. Niños Héroes núm. 150, 3er. Piso. Colonia Doctores. Alcaldía Cuauhtémoc. C, P. 06720. CDMX.
Teléfono: 55-91-56-49-97 Exts.: 511412 y 511420

PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA
TSJCDMX
Subdirección de Intervención Psicológica
JUD Terapia para Adultos

USO EXCLUSIVO DE TERAPIA PARA ADULTOS (1)	IP -

_____ / _____ / _____ (2) Fecha de entrega: ___ /___/___ (3)
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? (4)

_____
_____
_____

2. ¿Por qué estoy aquí? (5)

_____
_____
_____

3. ¿Qué me gustaría que sucediera en esta terapia? (6)

_____
_____
_____

4. ¿Qué no me gustaría que sucediera? (7)

_____
_____
_____

(8)

_____
Nombre completo y firma.

RECUERDE TRAER ESTA HOJA CONTESTADA EN SU PRIMERA SESIÓN. DEIP-TA-EI-06

Ave. Niños Héroes núm. 150, 3er. Piso. Colonia Doctores. Alcaldía Cuauhtémoc. C.P. 06720. CDMX.
Teléfono: 55-91-56-49-97 Exts: 511412 y 511420

DESCRIPCIÓN DEL FORMATO

Nombre:	**EJERCICIO**
Clave:	**DEIP-TA-EI-06**
Objetivo:	Entregar a la persona usuaria 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.
Número de tantos:	Original.
Distribución:	Original. -Subdirección de Asistencia Técnica e Intervención Psicológica (Carpeta Adultos).

INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
1	IP	Registro del número de expediente.
2	NOMBRE COMPLETO DEL ADULTO	El nombre completo de la persona adulta que llevará a cabo su proceso terapéutico.
3	FECHA DE ENTREGA	La fecha en que se realiza su tarea para la primera sesión de terapia.
4	PREGUNTA 1	Una breve descripción de qué idea tiene la persona adulta sobre una terapia.
5	PREGUNTA 2	Una breve descripción de por qué fue enviado a terapia.
6	PREGUNTA 3	Una breve descripción de qué le gustaría que sucediera en la terapia.
7	PREGUNTA 4	Una breve descripción de qué no le gustaría que sucediera en la terapia.
8	NOMBRE COMPLETO Y FIRMA	Firma de la persona usuaria 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

FORMATO E.S.

Fecha: _____ / _____ / _____
D M A

PARA USO EXCLUSIVO DE TERAPIA PARA ADULTOS	IP: -

1.- ¿La o el psicólogo(a) fue claro durante las sesiones? SÍ ☐ NO ☐
¿Por qué? _____

2.- ¿La o el psicólogo(a) promovió la comunicación y el respeto dentro del grupo? SÍ ☐ NO ☐
¿De qué manera? _____

3.- ¿La o el psicólogo(a) le brindó herramientas para mejorar la comunicación con su ex pareja?

SÍ ☐ NO ☐ ¿Cuáles? _____

4.- ¿Recibió de la o el psicólogo(a) un trato profesional? SÍ ☐ NO ☐
¿Por qué? _____

5.- ¿Recibió un trato cordial del personal de Unidad de Terapia para Adultos? SÍ ☐ NO ☐
¿Por qué? _____

6.- ¿Durante las sesiones terapéuticas obtuvo algún avance para mejorar la relación con su ex pareja?
SÍ ☐ NO ☐ ¿Cuáles? _____

7.- ¿Considera que este tratamiento fue una herramienta positiva para llegar a un acuerdo con su ex pareja? SÍ ☐ NO ☐ ¿Por qué? _____

8.- ¿Después del proceso terapéutico mejoró la relación con mi hija(s), hijo(s)? SÍ ☐ NO ☐
¿De qué manera? _____

9.- ¿Considera que este proceso le ayudó para crecer personalmente? SÍ ☐ NO ☐
¿Por qué? _____

10.- ¿Recomendaría este tratamiento a otras personas que se encuentran en litigio familiar?
SÍ ☐ NO ☐ ¿Por qué? _____

_____
NOMBRE COMPLETO Y FIRMA.

DEIP-TA-ES-10

Av. Niños Héroes núm. 150, 3er. Piso. Colonia Doctores. Alcaldía Cuauhtémoc. C.P. 06720. CDMX.
Tel.55 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

FORMATO E.S.

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

PARA USO EXCLUSIVO DE TERAPIA PARA ADULTOS	IP: - (2)

1.- ¿El psicólogo fue claro durante las sesiones? (3) SÍ ☐ NO ☐
¿Por qué? (4) _____

2.- ¿El psicólogo promovió la comunicación y el respeto dentro del grupo? (5) SÍ ☐ NO ☐
¿De qué manera? (6) _____

3.- ¿El psicólogo le brindó herramientas para mejorar la comunicación con su ex pareja? (7)
SÍ ☐ NO ☐ ¿Cuáles? (8)_____

4.- ¿Recibió del psicólogo un trato profesional? (9) SÍ ☐ NO ☐
¿Por qué? (10)_____

5.- ¿Recibió un trato cordial del personal de Unidad de Terapia para Adultos? (11) SÍ ☐ NO ☐
¿Por qué? (12)_____

6.- ¿Durante las sesiones terapéuticas obtuvo algún avance para mejorar la relación con su ex pareja? (13)
SÍ ☐ NO ☐ ¿Cuáles? (14)_____

7.- ¿Considera que este tratamiento fue una herramienta positiva para llegar a un acuerdo con su ex pareja? (15) SÍ ☐ NO ☐ ¿Por qué? (16)_____

8.- ¿Después del proceso terapéutico mejoró la relación con mi hija(s), hijo(s)? (17) SÍ ☐ NO ☐
¿De qué manera? (18)_____

9.- ¿Considera que este proceso le ayudó para crecer personalmente? (19) SÍ ☐ NO ☐
¿Por qué? (20)_____

10.- ¿Recomendaría este tratamiento a otras personas que se encuentran en litigio familiar? (21)
SÍ ☐ NO ☐ ¿Por qué? (22)_____

(23)

_____

NOMBRE COMPLETO Y FIRMA.

DEIP-TA-ES-10

Av. Niños Héroes núm. 150, 3er. Piso. Colonia Doctores. Alcaldía Cuauhtémoc. C.P. 06720. CDMX.
Tel.55 91 56 49 97 Ext. 511412 y 551420

DESCRIPCIÓN DEL FORMATO

Nombre:	**FORMATO E.S.** **(ENCUESTA DE SALIDA)**
Clave:	**DEIP-TA-ES-10**
Objetivo:	Obtener información relevante al concluir el proceso de Terapia para Adultos.
Elabora:	Jefatura de Unidad Departamental de Terapia para Adultos.
Número de tantos:	Original.
Distribución:	Original. -Subdirección de Asistencia Técnica e Intervención Psicológica (Carpeta Adultos).

INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
1	FECHA	La fecha que concluyó la persona usuaria el proceso terapéutico.
2	IP	El número que se otorga a cada expediente expedido por el sistema automáticamente.
3	EL PSICÓLOGO FUE CLARO	Marcar con Sí o No, si la Psicóloga o el Psicólogo fue claro durante el proceso terapéutico.
4	¿POR QUÉ?	Una breve descripción de por qué la Psicóloga o el Psicólogo fue claro o no durante el proceso terapéutico.
5	SE PROMOVIÓ LA COMUNICACIÓN Y EL RESPETO	Marcar con Sí o No, si la Psicóloga o el Psicólogo promovió la comunicación y el respeto dentro del grupo durante el proceso terapéutico.
6	¿DE QUÉ MANERA?	Mencionar brevemente de qué manera el psicólogo promovió la comunicación y el respeto dentro del grupo.
7	SE LE BRINDÓ HERRAMIENTAS PARA MEJORAR COMUNICACIÓN	Marcar con Sí o No, si la Psicóloga o el Psicólogo le brindó herramientas para mejorar la comunicación con su ex pareja.
8	¿CUÁLES?	Mencionar de manera breve las herramientas que obtuvo para mejorar la comunicación con su ex pareja.

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
9	RECIBIÓ TRATO PROFESIONAL	Marcar con Sí o No, si la persona usuaria recibió un trato profesional.
10	¿POR QUÉ?	Una breve descripción de por qué recibió o no de la Psicóloga o el Psicólogo un trato profesional.
11	RECIBIÓ TRATO CORDIAL DEL PERSONAL DE UNIDAD DE TERAPIA PARA ADULTOS	Marcar con Sí o No, si la persona usuaria recibió un trato cordial del personal de Unidad de Terapia para Adultos.
12	¿POR QUÉ?	Una breve descripción de por qué recibió un trato cordial o no del personal de la Jefatura de Unidad Departamental de Terapia para Adultos.
13	OBTUVO ALGÚN AVANCE	Marcar con Sí o No, si la persona usuaria, durante las sesiones terapéuticas, obtuvo algún avance para mejorar la relación con su ex pareja.
14	¿CUÁLES?	Mencionar de manera breve los avances que obtuvo para mejorar la relación con su ex pareja.
15	EL TRATAMIENTO FUE UNA HERRAMIENTA POSITIVA	Marcar con Sí o No, si la persona usuaria considera que este tratamiento fue una herramienta positiva para llegar a un acuerdo con su expareja.
16	¿POR QUÉ?	Una breve descripción de por qué considera que este tratamiento fue una herramienta positiva para llegar a un acuerdo con su expareja.

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
17	MEJORÓ LA RELACIÓN CON MI HIJA(S), HIJO(S)	Marcar con Sí o No, si la persona usuaria mejoró la relación con su hija(s) y/o hijo(s).
18	¿DE QUÉ MANERA?	Mencionar brevemente de qué manera mejoró la relación con su hija(s) y/o hijo(s).
19	El PROCESO LE AYUDÓ PARA CRECER	Marcar con Sí o No, si el proceso terapéutico le ayudó para crecer personalmente.
20	. ¿POR QUÉ?	Una breve descripción de por qué el proceso terapéutico le ayudó para crecer personalmente.
21	RECOMENDARÍA EL TRATAMIENTO	Marcar con Sí o No, si la persona usuaria recomendaría este tratamiento.
22	¿POR QUÉ?	Una breve descripción de por qué recomendaría o no este tratamiento a otras personas.
23	NOMBRE COMPLETO Y FIRMA	Nombre completo y firma de la persona usuaria.

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

Subdirección de Intervención Psicológica.
JUD Terapia para Adultos.

INFORME DE TERAPIA
DEL XXXXX XXXXX XXXXX

Autoridad Ordenadora:	XX
No. de Expediente:	XXXX/XXXX
No. de oficio:	XXXX
Fecha del oficio:	XX/XX/XXXX

Registro IP.:	IP XXX/XXXX
Sub. Registro:	P
Fecha de Inicio:	XX/XX/XXXX
Fecha de Término:	XX/XX/XXXX
Edad del Usuario:	XX años

METODOLOGÍA	

ASPECTOS TERAPÉUTICOS

CONCLUSIONES

RECOMENDACIONES.

1

DEIP-TA-IT-12

Subdirección de Intervención Psicológica.
JUD Terapia para Adultos.

BIBLIOGRAFIA

Nota: Los datos presentados son el resultado de la observación y el análisis del comportamiento y la conducta mostrada en las sesiones terapéuticas, contemplan diversas consideraciones sobre el contexto situacional y psicosocial de cada consultante. Es a partir de este método que durante el proceso terapéutico se construyen las hipótesis de interpretación y análisis que dan forma a la estructura del informe, las conclusiones y recomendaciones. Por lo que dichos datos corresponden únicamente a la temporalidad del periodo terapéutico señalado en este informe.

Ciudad de México a ____, de _____de XXXX.

PARA LOS EFECTOS A LOS QUE HAYA LUGAR.

ATENTAMENTE.

_____
Profesión. XXXX YYYYY

Cédula Profesional XXXX

De conformidad con lo dispuesto en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y la de esta Ciudad; la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados; la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados de la Ciudad de México y los Lineamientos Generales de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados de la Ciudad de México, se hace de su conocimiento que la información que se remite contiene datos personales, los que son considerados como cualquier información concerniente a personas físicas identificadas o identificables, por lo que, una persona física es identificable cuando su identidad pueda determinarse directa o indirectamente. En este sentido, los datos personales son estimados por la ley como confidenciales, por lo que, deben ser tratados bajo su más estricta responsabilidad en el debido cumplimiento de sus funciones, facultades y atribuciones derivadas de la ley que rige la protección de datos personales y su actuar como autoridad; por lo tanto, en cumplimiento al principio de confidencialidad, se debe garantizar que **exclusivamente la o el TITULAR DE LOS DATOS PUEDA ACCEDER A SUS DATOS PERSONALES,** o bien, la **PERSONA QUE AUTORICE,** o en su caso, la **AUTORIDAD COMPETENTE.**

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

Subdirección de Intervención Psicológica.
JUD Terapia para Adultos.

INFORME DE TERAPIA
DEL XXXXX XXXXX XXXXX (1)

Autoridad Ordenadora:	(2)
No. de Expediente:	(3)
No. de oficio:	(4)
Fecha del oficio:	(5)

Registro IP.:	(6)
Sub. Registro:	(7)
Fecha de Inicio:	(8)
Fecha de Término:	(9)
Edad del Usuario:	(10)

METODOLOGÍA	(11)

ASPECTOS TERAPÉUTICOS (12)

CONCLUSIONES (13)

RECOMENDACIONES. (14)

1

DEIP-TA-IT-12

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA
TSJCDMX

Subdirección de Intervención Psicológica.
JUD Terapia para Adultos.

BIBLIOGRAFIA (15)

Nota: Los datos presentados son el resultado de la observación y el análisis del comportamiento y la conducta mostrada en las sesiones terapéuticas, contemplan diversas consideraciones sobre el contexto situacional y psicosocial de cada consultante. Es a partir de este método que durante el proceso terapéutico se construyen las hipótesis de interpretación y análisis que dan forma a la estructura del informe, las conclusiones y recomendaciones. Por lo que dichos datos corresponden únicamente a la temporalidad del periodo terapéutico señalado en este informe.

Ciudad de México a ____, de _____de XXXX. (16)

PARA LOS EFECTOS A LOS QUE HAYA LUGAR.

ATENTAMENTE.

(17)

_____

Profesión. XXXX YYYYY

(18) Cédula Profesional XXXX

De conformidad con lo dispuesto en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y la de esta Ciudad; la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados; la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados de la Ciudad de México y los Lineamientos Generales de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados de la Ciudad de México, se hace de su conocimiento que la información que se remite contiene datos personales, los que son considerados como cualquier información concerniente a personas físicas identificadas o identificables, por lo que, una persona física es identificable cuando su identidad pueda determinarse directa o indirectamente. En este sentido, los datos personales son estimados por la ley como confidenciales, por lo que, deben ser tratados bajo su más estricta responsabilidad en el debido cumplimiento de sus funciones, facultades y atribuciones derivadas de la ley que rige la protección de datos personales y su actuar como autoridad; por lo tanto, en cumplimiento al principio de confidencialidad, se debe garantizar que **exclusivamente la o el TITULAR DE LOS DATOS PUEDA ACCEDER A SUS DATOS PERSONALES,** o bien, la **PERSONA QUE AUTORICE,** o en su caso, la **AUTORIDAD COMPETENTE.**

DESCRIPCIÓN DEL FORMATO

Nombre:	**INFORME DE TERAPIA**
Clave:	**DEIP-TA-IT-12**
Objetivo:	Enviar información relevante con respecto del proceso terapéutico al concluir las sesiones.
Elabora:	Jefatura de Unidad Departamental de Terapia para Adultos.
Número de tantos:	Original.
Distribución:	Original. -Subdirección de Asistencia Técnica e Intervención Psicológica (Carpeta Adultos).

INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
1	NOMBRE	El nombre completo de la persona usuaria que acudió al proceso terapéutico.
2	AUTORIDAD ORDENADORA	El nombre de la Autoridad Jurisdiccional que envió a la persona usuaria al proceso terapéutico.
3	NO. DE EXPEDIENTE	El número de expediente de la Autoridad Jurisdiccional que envió a la persona usuaria al proceso terapéutico.
4	NO. DE OFICIO	El número de oficio de la Autoridad Jurisdiccional que envió a la persona usuaria al proceso terapéutico.
5	FECHA DEL OFICIO	La fecha de oficio de la Autoridad Jurisdiccional que envió a la persona usuaria al proceso terapéutico.
6	REGISTRO IP	El número que se otorga a cada expediente expedido por el sistema automáticamente.
7	SUB. REGISTRO	Las siglas de parentesco de la persona usuaria que acudió al proceso terapéutico.
8	FECHA DE INICIO	La fecha de inicio del proceso terapéutico.
9	FECHA DE TÉRMINO	La fecha de término del proceso terapéutico.
10	EDAD DEL USUARIO	La edad de la persona usuaria.

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
11	METODOLOGÍA	Mencionar la metodología que se realizó en el proceso terapéutico.
12	ASPECTOS TERAPÉUTICOS	Una breve descripción de como el usuario se condujo en la terapia y el tipo de rol que tomó en las sesiones.
13	CONCLUSIONES	Exponer de manera breve cuales fueron los alcances y limitaciones que se dieron durante el proceso terapéutico.
14	RECOMENDACIONES	Exponer de manera breve las recomendaciones que se obtuvieron al concluir el proceso terapéutico.
15	BIBLIOGRAFIA	La referencia bibliográfica que se consultó para realizar el informe de terapia.
16	FECHA	La fecha en que se realizó el informe de terapia.
17	NOMBRE	El nombre completo y la firma de la Psicóloga o el Psicólogo que llevó a cabo el proceso terapéutico.
18	CÉDULA PROFESIONAL	El número de Cédula Profesional la Psicóloga o el Psicólogo que llevó a cabo el proceso terapéutico.

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 hijas e hijos.
Políticas y normas de operación:	

1. Las personas usuarias que asisten a Terapia Psicológicas para Adultos son invitadas a que soliciten las pláticas supervisadas con su contraparte en el juicio.

2. Las pláticas supervisadas sólo se pueden llevar a cabo en las instalaciones de la Dirección de Evaluación e Intervención Psicológica.

3. Se agendarán citas de acuerdo a la disponibilidad de las y los Psicólogos y las personas usuarias.

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 personas usuarias asistentes a Terapia Psicológica para Adultos a llevar plática supervisada.	
2	Persona Usuaria	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	
3		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 persona usuaria con la persona titular de la Jefatura de Unidad Departamental de Terapia para Adultos.	
5	Jefatura de Unidad Departamental de Terapia para Adultos	Recibe a la persona usuaria que no acepta la plática supervisada.	
6		Entrega a la persona usuaria formato de desistimiento de plática supervisada.	
7	Persona Usuaria	Recibe, requisita, firma y devuelve formato de “Desistimiento para no llevar plática psicológica con mi contraparte” (DEIP-TA-DPS-09).	• Formato DEIP-TA-DPS-09
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.	

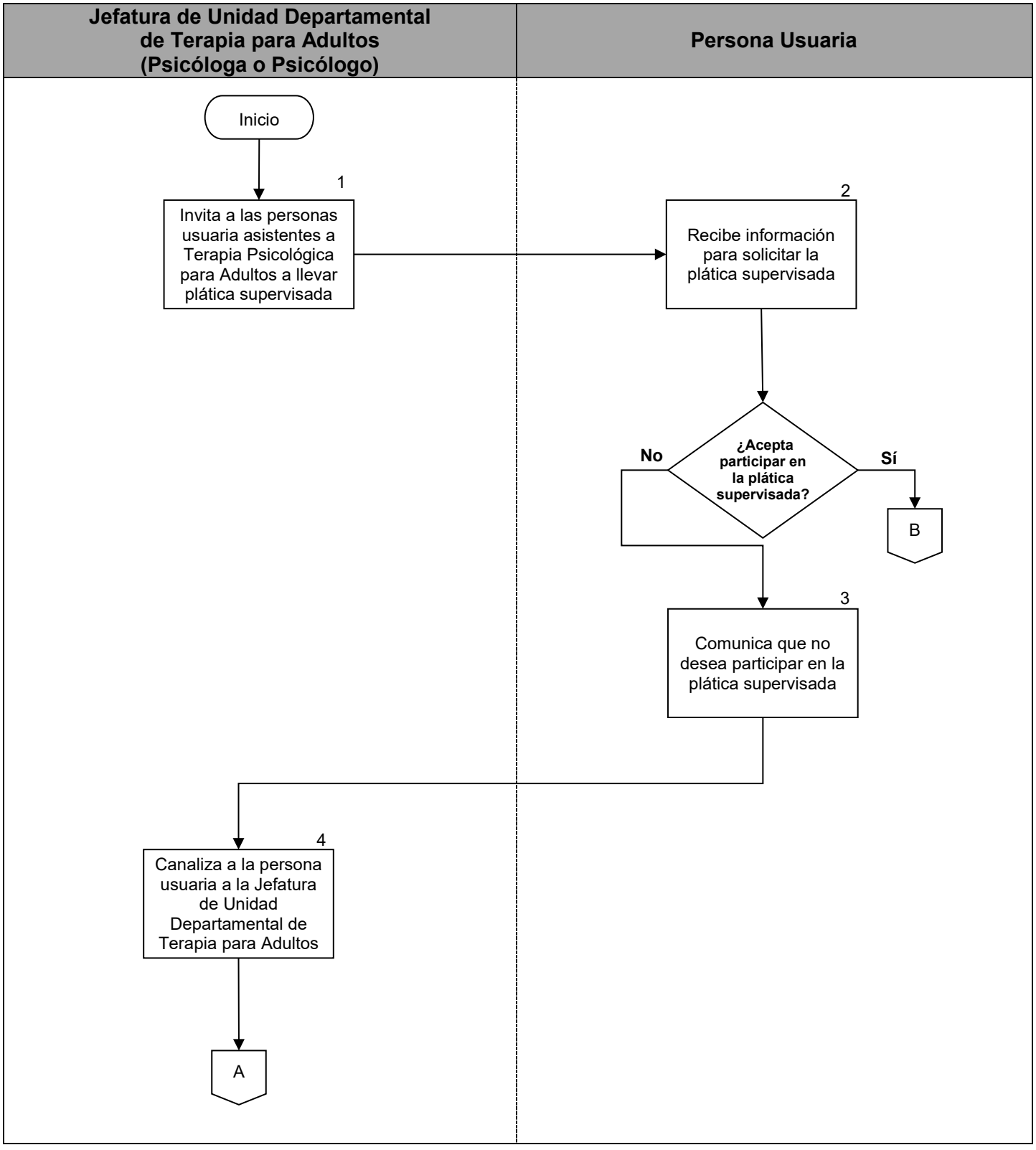
No.	Área.	Descripción de la actividad.	Documentos y/o sistemas de apoyo.
9	Jefatura de Unidad Departamental de Terapia para Adultos	Integra formato de desistimiento de plática supervisada a la carpeta adultos que corresponda. (Conecta con el fin del procedimiento)	
10	Persona Usuaria	Comunica a la Psicóloga 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 persona usuaria interesada 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 persona usuaria interesada, la metodología y finalidad de la plática supervisada. Entrega a la persona usuaria formato para que este otorgue el consentimiento para llevar a cabo la plática supervisada.	
14	Persona Usuaria	Recibe, requisita, firma y devuelve formato de “Consentimiento para solicitar plática psicológica” (DEIP-TA-CPS-08).	• Formato DEIP-TA-CPS-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	

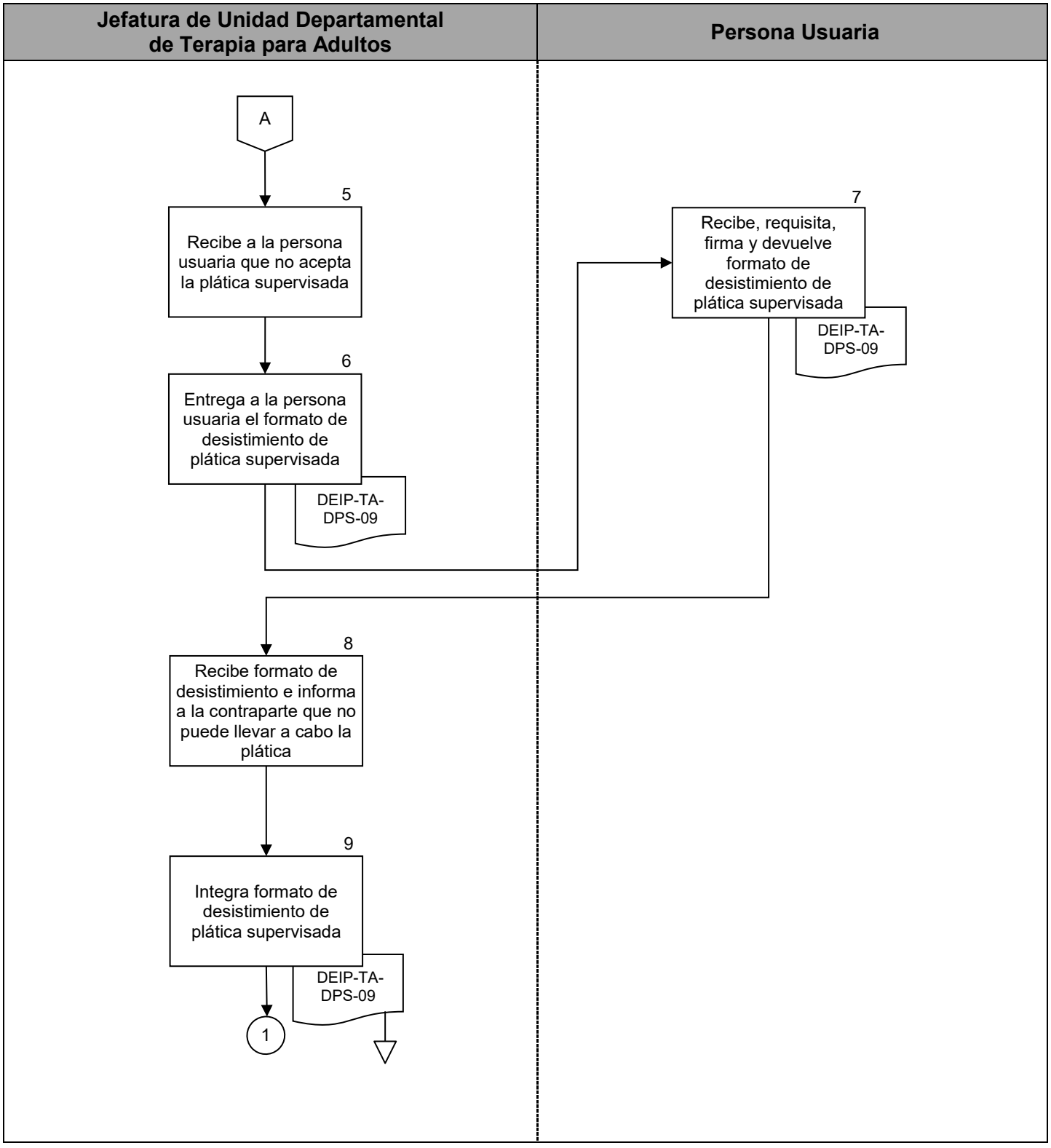
No.	Área.	Descripción de la actividad.	Documentos y/o sistemas de apoyo.
17 18	Jefatura de Unidad Departamental de Terapia para Adultos	Informa a la persona usuaria solicitante que no se puede llevar a cabo la plática supervisada. (Conecta con el fin del procedimiento) Informa a la contraparte de la persona usuaria 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 contraparte formato de desistimiento de plática supervisada.	
22	Contraparte	Recibe, requisita, firma y devuelve formato de “Desistimiento para no llevar plática psicológica con mi contraparte” (DEIP-TA-DPS-09).	• Formato. DEIP-TA-DPS-09
23 24	Jefatura de Unidad Departamental de Terapia para Adultos	Recibe formato de desistimiento de plática supervisada. Informa a la contraparte de la persona usuaria solicitante que este no desea la plática supervisada.	

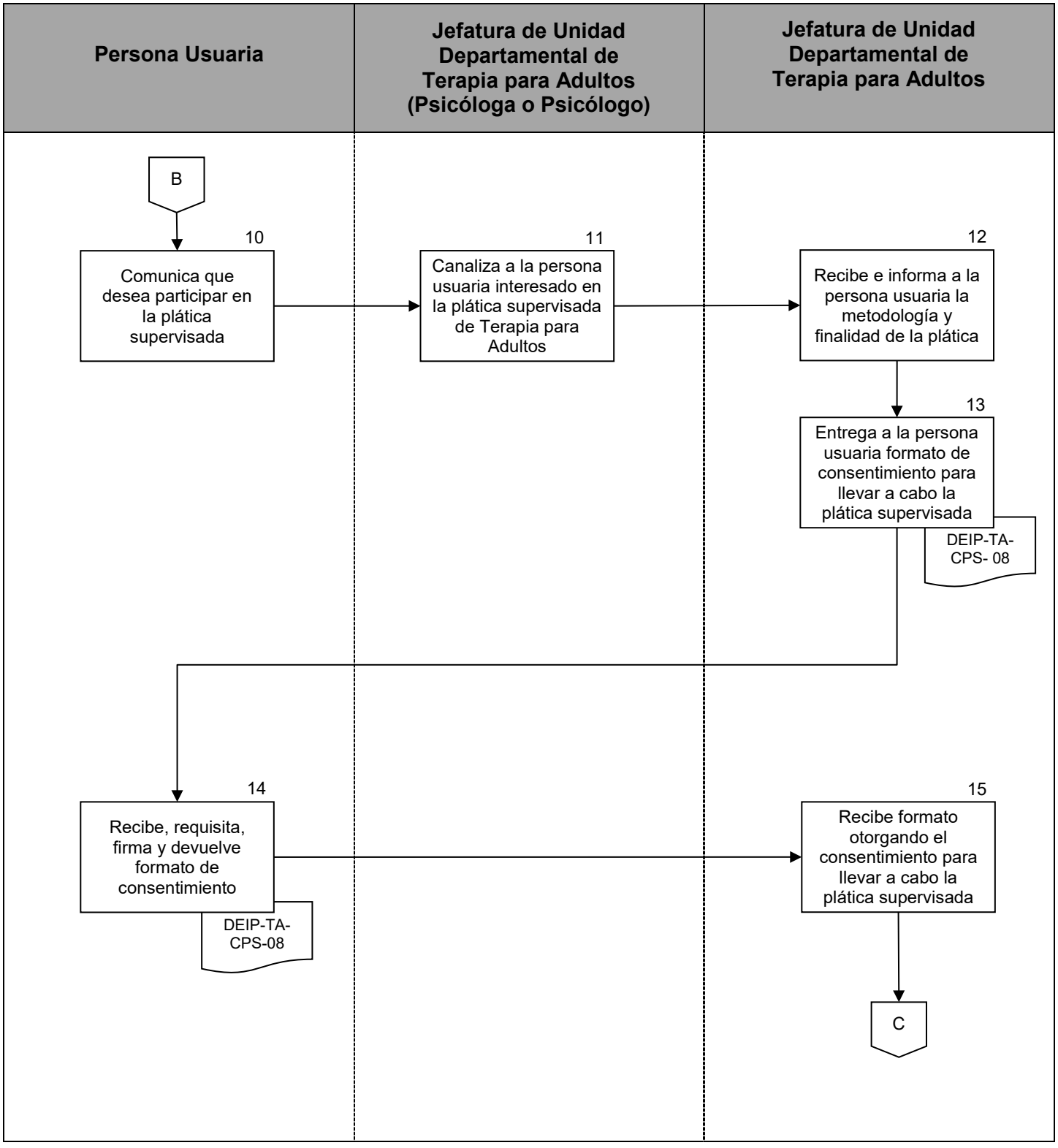
No.	Área.	Descripción de la actividad.	Documentos y/o sistemas de apoyo.
25	Jefatura de Unidad Departamental de Terapia para Adultos	Archiva formato de desistimiento de plática supervisada en carpeta adultos (DEIP-TA-DPS-09). (Conecta con el fin del procedimiento)	
26	Contraparte	Comunica a la Jefatura 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 de “Consentimiento para solicitar plática psicológica” (DEIP-TA-CPS-08).	• Formato DEIP-TA-CPS-08
29 30 31 32	Jefatura de Unidad Departamental de Terapia para Adultos	Recibe formato otorgando el consentimiento para llevar a cabo la plática supervisada. Programa, agenda e informa a la persona usuaria y a su contraparte el día y hora de la plática supervisada. Informa y cita a la Psicóloga o el Psicólogo el día y hora que se llevará a cabo la plática supervisada y captura en el Sistema autorizado por el Pleno del Consejo. Espera a que acudan la persona usuaria 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	• Sistema

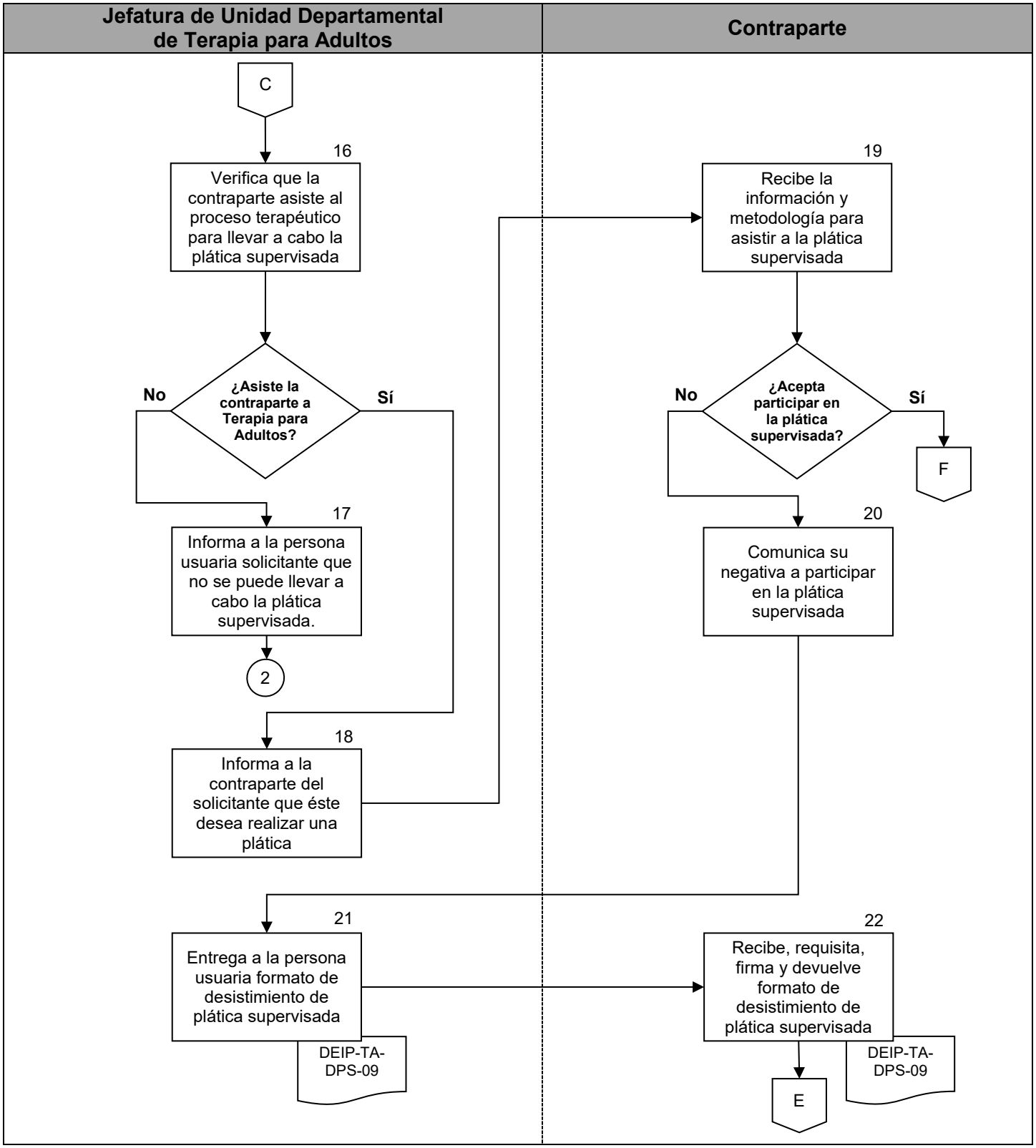
No.	Área.	Descripción de la actividad.	Documentos y/o sistemas de apoyo.
33	Jefatura de Unidad Departamental de Terapia para Adultos	Cancela la plática supervisada. (Conecta con el fin del procedimiento)	
34		Recibe a la Psicóloga o el Psicólogo, a la persona usuaria y a la contraparte a la plática supervisada.	
35		Realiza la plática supervisada. **¿Considera realizar otra plática de seguimiento?** **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, a la persona usuaria 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.	
38		Archiva en la carpeta adultos, los resultados y compromisos derivados de la plática supervisada.	
39		Captura en el Sistema autorizado por el Pleno del Consejo que la plática fue realizada.	• Sistema

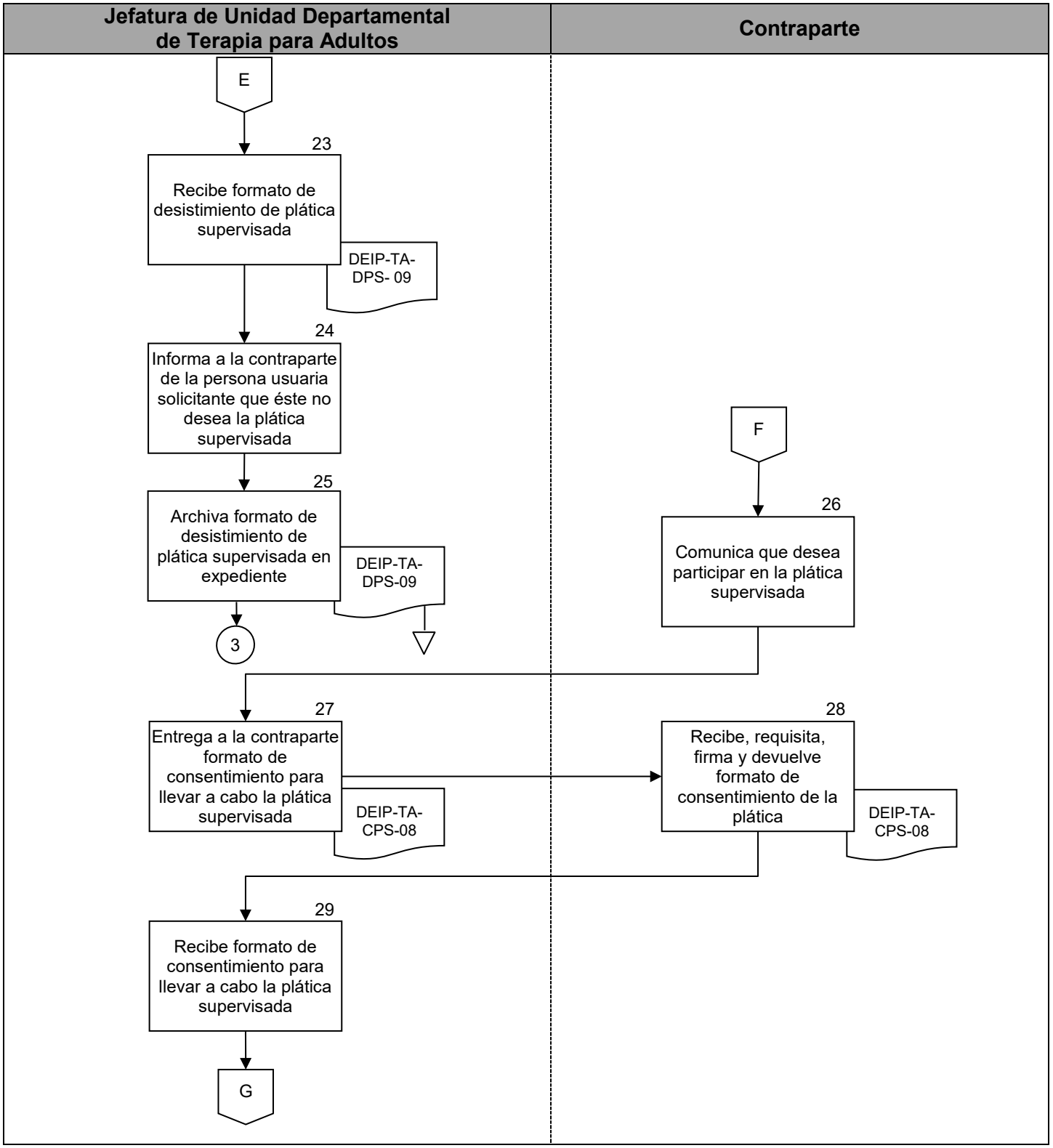
FIN DEL PROCEDIMIENTO


Jefatura de Unidad Departamental de Terapia para Adultos (Psicóloga o Psicólogo)
Persona Usuaria
Inicio
1
Invita a las personas usuaria asistentes a Terapia Psicológica para Adultos a llevar plática supervisada
2
Recibe información para solicitar la plática supervisada
¿Acepta participar en la plática supervisada?
No
Sí
B
3
Comunica que no desea participar en la plática supervisada
4
Canaliza a la persona usuaria a la Jefatura de Unidad Departamental de Terapia para Adultos
A

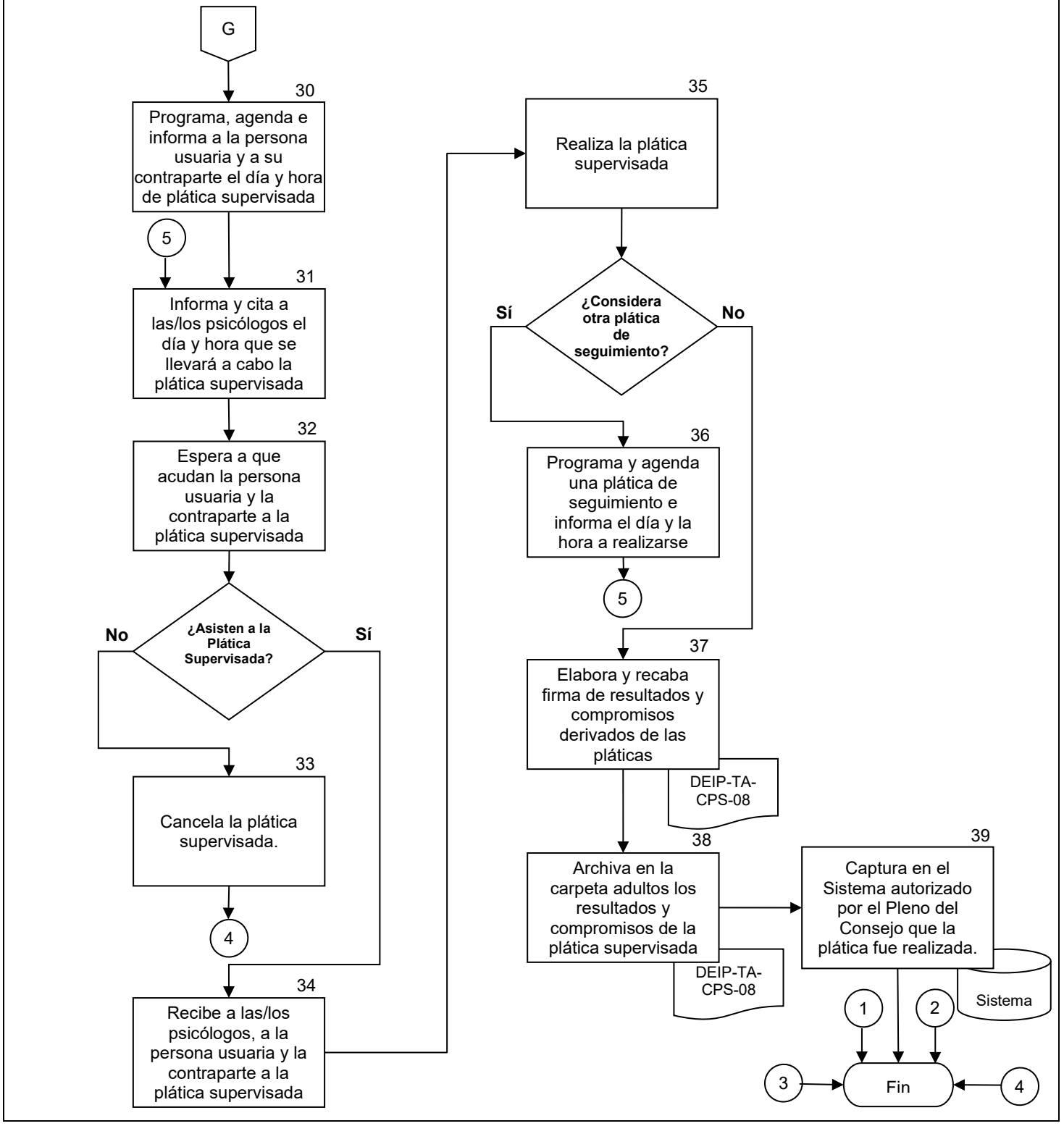

Jefatura de Unidad Departamental de Terapia para Adultos
Persona Usuaria
A
5
Recibe a la persona usuaria que no acepta la plática supervisada
6
Entrega a la persona usuaria el formato de desistimiento de plática supervisada
DEIP-TA-DPS-09
7
Recibe, requisita, firma y devuelve formato de desistimiento de plática supervisada
DEIP-TA-DPS-09
8
Recibe formato de desistimiento e informa a la contraparte que no puede llevar a cabo la plática
9
Integra formato de desistimiento de plática supervisada
DEIP-TA-DPS-09
1


Persona Usuaria
Jefatura de Unidad Departamental de Terapia para Adultos (Psicóloga o Psicólogo)
Jefatura de Unidad Departamental de Terapia para Adultos
B
10
Comunica que desea participar en la plática supervisada
11
Canaliza a la persona usuaria interesado en la plática supervisada de Terapia para Adultos
12
Recibe e informa a la persona usuaria la metodología y finalidad de la plática
13
Entrega a la persona usuaria formato de consentimiento para llevar a cabo la plática supervisada
DEIP-TA-CPS- 08
14
Recibe, requisita, firma y devuelve formato de consentimiento
DEIP-TA-CPS-08
15
Recibe formato otorgando el consentimiento para llevar a cabo la plática supervisada
C


Jefatura de Unidad Departamental de Terapia para Adultos
Contraparte
C
16
Verifica que la contraparte asiste al proceso terapéutico para llevar a cabo la plática supervisada
¿Asiste la contraparte a Terapia para Adultos?
No
Sí
17
Informa a la persona usuaria solicitante que no se puede llevar a cabo la plática supervisada.
2
18
Informa a la contraparte del solicitante que éste desea realizar una plática
19
Recibe la información y metodología para asistir a la plática supervisada
¿Acepta participar en la plática supervisada?
No
Sí
F
20
Comunica su negativa a participar en la plática supervisada
21
Entrega a la persona usuaria formato de desistimiento de plática supervisada
DEIP-TA-DPS-09
22
Recibe, requisita, firma y devuelve formato de desistimiento de plática supervisada
DEIP-TA-DPS-09
E


Jefatura de Unidad Departamental de Terapia para Adultos
Contraparte
E
23
Recibe formato de desistimiento de plática supervisada
DEIP-TA-DPS- 09
24
Informa a la contraparte de la persona usuaria solicitante que éste no desea la plática supervisada
25
Archiva formato de desistimiento de plática supervisada en expediente
DEIP-TA-DPS-09
3
F
26
Comunica que desea participar en la plática supervisada
27
Entrega a la contraparte formato de consentimiento para llevar a cabo la plática supervisada
DEIP-TA-CPS-08
28
Recibe, requisita, firma y devuelve formato de consentimiento de la plática
DEIP-TA-CPS-08
29
Recibe formato de consentimiento para llevar a cabo la plática supervisada
G

Jefatura de Unidad Departamental de Terapia para Adultos



"2021, Año de Ricardo Flores Magón,
Precursor de la Revolución Mexicana"

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA
TSJCDMX

Subdirección de Intervención Psicológica.
JUD Terapia para Adultos.

DESISTIMIENTO PARA NO LLEVAR PLÁTICA PSICOLÓGICA CON MI CONTRAPARTE

Fecha: / /XXXX

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-DPS-09

"2021, Año de Ricardo Flores Magón,
Precursor de la Revolución Mexicana"

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA
TSJCDMX

Subdirección de Intervención Psicológica.
JUD Terapia para Adultos.

DESISTIMIENTO PARA NO LLEVAR PLÁTICA PSICOLÓGICA CON MI CONTRAPARTE

Fecha: / /XXXX (1)

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-DPS-09

DESCRIPCIÓN DEL FORMATO

Nombre:	**DESISTIMIENTO PARA NO LLEVAR PLÁTICA PSICOLÓGICA CON MI CONTRAPARTE**
Clave:	**DEIP-TA-DPS- 09**
Objetivo:	Que la persona usuaria 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.
Número de tantos:	Original.
Distribución:	Original. - Subdirección de Asistencia Técnica e Intervención Psicológica (Carpeta Adultos).

INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
1	FECHA	Se registra la fecha del día en curso.
2	NOMBRE	El nombre de la persona 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 la persona adulta desiste del proceso terapéutico.
4	FIRMA DEL INTERESADO(A)	El nombre y firma de la persona usuaria que no está de acuerdo para llevar a cabo la plática de acercamiento con la contraparte.
5	PSICÓLOGO(A) RESPONSABLE	El nombre completo y la firma de la Psicóloga o el Psicólogo responsable.
6	JUD TERAPIA PARA ADULTOS	El nombre completo y la firma del Jefe o Jefa de Unidad Departamental de Terapia para Adulto responsable.

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: / /xxxx

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 XXXX, 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)

DEIP—TA-CPS-08

Ave. Niños Héroes núm. 150, 3er. Piso, Colonia Doctores, Alcaldía Cuauhtémoc, C.P. 06720, CDMX.
Teléfono: 55- 9156-4997 Exts.: 511412 y 511420

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

Subdirección de Intervención Psicológica.
JUD Terapia para Adultos.

Fecha: / /xxxx

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.

DEIP-TA-CPS-08

Ave. Niños Héroes núm. 150, 3er. Piso, Colonia Doctores, Alcaldía Cuauhtémoc, C.P. 06720, CDMX.
Teléfono: 55- 9156-4997 Exts.: 511412 y 511420

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)_____	

Fecha: / /xxxx (10)

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.
2. Se establecerá tentativamente el día ____(12)____ de ____(13)____ del XXXX, a las ____(14)____ 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.

(15)

_____

Firma del interesado(a)

DEIP—TA-CPS-08

Ave. Niños Héroes núm. 150, 3er. Piso, Colonia Doctores, Alcaldía Cuauhtémoc, C.P. 06720, CDMX.
Teléfono: 55- 9156-4997 Exts.: 511412 y 511420

PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

Subdirección de Intervención Psicológica.
JUD Terapia para Adultos.

Fecha: / **/xxxx** (16)

Resultados y compromisos derivados de la plática. (17)

(18)
Nombre y firma del interesado (a)

(19)
Nombre y Firma del interesado(a)

(20)
Nombre y firma Psicólogo(a) responsable

(21)
Nombre y firma Psicólogo(a) responsable

(22)
Superviso la plática.

DEIP-TA-CPS-08

Ave. Niños Héroes núm. 150, 3er. Piso, Colonia Doctores, Alcaldía Cuauhtémoc, C.P. 06720, CDMX.
Teléfono: 55- 9156-4997 Exts.: 511412 y 511420

DESCRIPCIÓN DEL FORMATO

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

INSTRUCTIVO DE LLENADO

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

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
12	DÍA	La fecha del día en que se llevará a cabo la plática psicológica.
13	MES	El mes en que se llevará a cabo la plática psicológica.
14	HORA	El horario en que se llevará a cabo la plática psicológica.
15	FIRMA DEL INTERESADO(A)	El nombre completo y la firma de la persona usuaria interesada.
16	FECHA	Se registra la fecha del día en que se realiza la plática supervisada.
17	RESULTADOS Y COMPROMISOS DERIVADOS DE LA PLÁTICA	Los acuerdos y/o compromisos a los que se llegan derivados de la plática supervisada.
18	NOMBRE Y FIRMA DEL INTERESADO(A)	El nombre y la firma de la persona usuaria que solicita la plática.
19	NOMBRE Y FIRMA DEL INTERESADO(A)	El nombre y la firma de la contraparte.
20	NOMBRE Y FIRMA PSICÓLOGO(A) RESPONSABLE	El nombre y la firma de la Psicóloga o el Psicólogo responsable de la persona usuaria que solicitó la plática.

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
21	NOMBRE Y FIRMA PSICÓLOGO(A) RESPONSABLE	El nombre y la firma de la Psicóloga o el Psicólogo responsable de la contraparte.
22	SUPERVISÓ LA PLÁTICA	El nombre y la firma de la Jefa o el Jefe de Unidad Departamental de Terapia para Adultos que supervisó las pláticas.

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 la Autoridad Jurisdiccional para auxiliarla 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 con 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 Evaluaciones Psicológicas, 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 Niñas, Niños y Adolescentes solicitada mediante oficio por la Autoridad Jurisdiccional 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 hija o hijo mayor al menor).

5. En la Jefatura de Unidad Departamental de Terapia para Niñas, Niños y/o Adolescentes se les denominará personas usuarias a los menores de edad que reciban el servicio.

6. La madre, padre o tutor(a) de la persona usuaria 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 13:45 horas.

8. Si la madre, padre o tutor(a) de la persona usuaria decide no realizar la inscripción de sus hijas o hijos al Programa de Terapia para Niñas, Niños y/o Adolescentes, llenarán y firmarán el formato de “Desistimiento de Terapia” (DEIP-TNNA-DT-04).

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

    a. “Reglamento de la Unidad de Terapia para Niñas, Niños y/o Adolescentes” (DEIP-TNNA-R-01).
    b. “Consentimiento Informado” (DEIP-TNNA-CI-02).
    c. “Antecedentes Niñas, Niños y/o Adolescentes” (DEIP-TNNA-ANT-03).
    d. “Aviso de Privacidad simplificado” (DEIP-TNNA-AP-05).

10. Todos estos formatos se integrarán a la carpeta de la persona usuaria.

11. Una vez inscrita la persona usuaria, se le entregará a la madre, padre o tutor(a) el “Control de Sesiones” (DEIP-TNNA-CS-06) donde se especifica la Psicóloga o el Psicólogo asignado, fecha y hora en que se impartirá la Terapia para Niñas, Niños y/o Adolescentes y las fechas de entrevista para la madre, padre o tutor(a).

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

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

14. Si se dieran tres inasistencias al proceso de Terapia, se procederá a dar de baja del servicio a la persona usuaria.

15. 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” (DEIP-TNNA-R-01).

16. 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.

17. Las sesiones de Terapia serán dirigidas por la Psicóloga o el Psicólogo 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.

18. Se solicitará a las personas usuarias que al final de las sesiones 1, 7 y 14 contesten la encuesta de salida “Evaluación N, N y A”.

19. Al finalizar el proceso de Terapia para Niñas, Niños y/o Adolescentes se entregará a la madre, padre o tutor(a) de la persona usuaria, para su llenado y firma, el Formato de “Encuesta Final”.

20. Al finalizar el proceso de Terapia se contará con 15 días hábiles para elaborar, revisar y enviar el Informe de Terapia a la Autoridad Jurisdiccional (DEIP-TNNA-IT-07).

21. El envío de Oficios, Informes de Terapia 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 la Autoridad Jurisdiccional.	
2	Subdirección de Intervención Psicológica (Personal administrativo)	Recibe listado y oficios, para atender las solicitudes de Terapia para Niñas, Niños y/o Adolescentes a petición de la Autoridad Jurisdiccional.	
3		Captura en el Sistema autorizado por el Pleno del Consejo la información del oficio enviado por la Autoridad 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 el formato de oficio a través del Sistema autorizado por el Pleno del Consejo, edita, imprime y recaba firma de la Subdirección de Intervención Psicológica en el oficio, en el que se indica el motivo por el cual no puede ser atendido el requerimiento.	• Sistema • Oficio

No.	Área.	Descripción de la actividad.	Documentos y/o sistemas de apoyo.
7	Subdirección de Intervención Psicológica (Personal administrativo)	Realiza trámite de envío de oficio a la Autoridad Jurisdiccional.	
8	Autoridad 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)	
10		Genera el formato de oficio a través del Sistema autorizado por el Pleno del Consejo, edita, imprime y recaba firma de la Subdirección de Intervención Psicológica en el oficio, en el que se solicita a la madre, padre o tutor(a) de la persona usuaria se presente a inscribir a su(s) hija(s) y/o hijo(s) al Programa de Terapia para Niñas, Niños y/o Adolescentes.	• Sistema • Oficio
11		Realiza trámite de envío del oficio a la Autoridad Jurisdiccional.	
12	Autoridad Jurisdiccional (Oficialía de Partes)	Recibe, acusa el oficio y lo devuelve.	
13	Subdirección de Intervención Psicológica (Personal administrativo)	Recibe el acuse del oficio e ingresa al Sistema autorizado por el Pleno del Consejo la información del oficio en el que se solicita a la madre, padre o tutor(a) de la persona usuaria se presente a inscribir a su(s) hija(s) y/o hijo(s) al Programa de Terapia para Niñas, Niños y/o Adolescentes.	• Sistema
14		Archiva acuse del oficio en el expediente.	

No.	Área.	Descripción de la actividad.	Documentos y/o sistemas de apoyo.
15	Subdirección de Intervención Psicológica (Personal administrativo)	Espera a que la madre, padre o tutor(a) de la persona usuaria se presente para realizar la inscripción. **¿Acude la madre, padre o tutor(a) a realizar la inscripción?** **No.** Continúa en la actividad no. 16 **Sí.** Continúa en la actividad no. 20	
16		Genera el formato de oficio a través del Sistema autorizado por el Pleno del Consejo, edita, imprime y recaba firma de la Subdirección de Intervención Psicológica en el oficio, en el que se indica a la Autoridad Jurisdiccional que la madre, padre o tutor(a) de la persona usuaria no se presentó a realizar la inscripción de su(s) hija(s) y/o hijo(s) al Programa de Terapia para Niñas, Niños y/o Adolescentes.	• Sistema • Oficio
17		Realiza trámite de envío de oficio a la Autoridad Jurisdiccional.	
18	Autoridad 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)	
20		Recibe a la madre, padre o tutor(a) de la persona usuaria para realizar la inscripción al Programa de Terapia para Niñas, Niños y/o Adolescentes y le informa en qué consiste el Programa. **¿La madre, padre o tutor(a) acepta que la persona usuaria 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 a la madre, padre o tutor(a) de la persona usuaria el formato de "Desistimiento para la inscripción de mi hija o hijo al programa de terapia para Niñas, Niños y Adolescentes" (DEIP-TNNA-DT-04), para su llenado y firma.	
22	Madre, Padre o Tutor(a)	Recibe, requisita, firma y devuelve el formato de "Desistimiento para la inscripción de mi hija o hijo al programa de terapia para Niñas, Niños y Adolescentes" (DEIP-TNNA-DT-04).	• Formato DEIP-TNNA-DT-04
23	Subdirección de Intervención Psicológica (Personal administrativo)	Recibe y archiva el formato de "Desistimiento para la inscripción de mi hija o hijo al programa de terapia para Niñas, Niños y Adolescentes" (DEIP-TNNA-DT-04) en el expediente.	
24		Genera el formato de oficio a través del Sistema autorizado por el Pleno del Consejo, edita, imprime y recaba firma de la Subdirección de Intervención Psicológica en el oficio, en el que se indica a la Autoridad Jurisdiccional que la madre, padre o tutor(a) de la persona usuaria se desistió de que su(s) hija(s) y/o hijo(s) tome(n) la Terapia para Niñas, Niños y/o Adolescentes.	• Sistema • Oficio
25		Realiza trámite de envío de oficio a la Autoridad Jurisdiccional	
26	Autoridad 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 el expediente. (Continúa en la actividad no. 72)	

No.	Área.	Descripción de la actividad.	Documentos y/o sistemas de apoyo.
28	Subdirección de Intervención Psicológica (Personal administrativo)	Entrega a la madre, padre o tutor(a) de la persona usuaria “Reglamento de la Unidad de Terapia para Niñas, Niños y/o Adolescentes” (DEIP-TNNA-R-01), “Consentimiento Informado” DEIP-TNNA-CI-02, “Antecedentes Niñas, Niños y/o Adolescentes” (DEIP-TNNA-ANT-03) y “Aviso de Privacidad simplificado” (DEIP-TNNA-AP-05).	
29	Madre, Padre o Tutor(a)	Recibe, requisita, firma y devuelve “Reglamento de la Unidad de Terapia para Niñas, Niños y/o Adolescentes” (DEIP-TNNA-R-01), “Consentimiento Informado” DEIP-TNNA-CI-02, “Antecedentes Niñas, Niños y/o Adolescentes” (DEIP-TNNA-ANT-03) y “Aviso de Privacidad simplificado” (DEIP-TNNA-AP-05).	• Formatos DEIP-TNNA-R-01 DEIP-TNNA-CI-02 DEIP-TNNA-ANT-03 DEIP-TNNA-AP-05
30	Subdirección de Intervención Psicológica (Personal administrativo)	Recibe, elabora carpeta de la persona usuaria de Terapia para Niñas, Niños y/o Adolescentes y archiva en ésta “Reglamento de la Unidad de Terapia para Niñas, Niños y/o Adolescentes” (DEIP-TNNA-R-01), “Consentimiento Informado” DEIP-TNNA-CI-02, “Antecedentes Niñas, Niños y/o Adolescentes” (DEIP-TNNA-ANT-03) y “Aviso de Privacidad simplificado” (DEIP-TNNA-AP-05).	• Carpeta de la persona usuaria
31		Asigna Psicóloga o Psicólogo, genera “Control de Sesiones” (DEIP-TNNA-CS-06) a través del Sistema autorizado por el Pleno del Consejo, agenda e informa a la madre, padre o tutor(a), el día y horario en el que se llevarán a cabo las sesiones de Terapia para Niñas, Niños y/o Adolescentes y las fechas de entrevista para la madre, padre o tutor(a).	• Sistema • Formato DEIP-TNNA-CS-06

No.	Área.	Descripción de la actividad.	Documentos y/o sistemas de apoyo.
32	Subdirección de Intervención Psicológica (Personal administrativo)	Entrega a la madre, padre o tutor(a) “Control de Sesiones” (DEIP-TNNA-CS-06).	
33		Genera el formato de oficio a través del Sistema autorizado por el Pleno del Consejo, edita, imprime y recaba firma de la Subdirección de Intervención Psicológica en el oficio, en el que se indica a la Autoridad Jurisdiccional: Psicóloga o Psicólogo asignado, fecha, lugar y hora en que se impartirá la Terapia para Niñas, Niños y/o Adolescentes y las fechas de entrevista para la madre, padre o tutor (a).	• Sistema • Oficio
34		Realiza trámite de envío de oficio a la Autoridad Jurisdiccional	
35	Autoridad 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 el expediente.	
37		Integra en la carpeta de la persona usuaria el Control de Sesiones.	
38		Entrega carpeta de la persona usuaria 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 carpeta de la persona usuaria que acudirá a la Terapia para Niñas, Niños y/o Adolescentes.	
40		Captura información general de la niña, niño y/o adolescente en base de datos.	• Base de datos

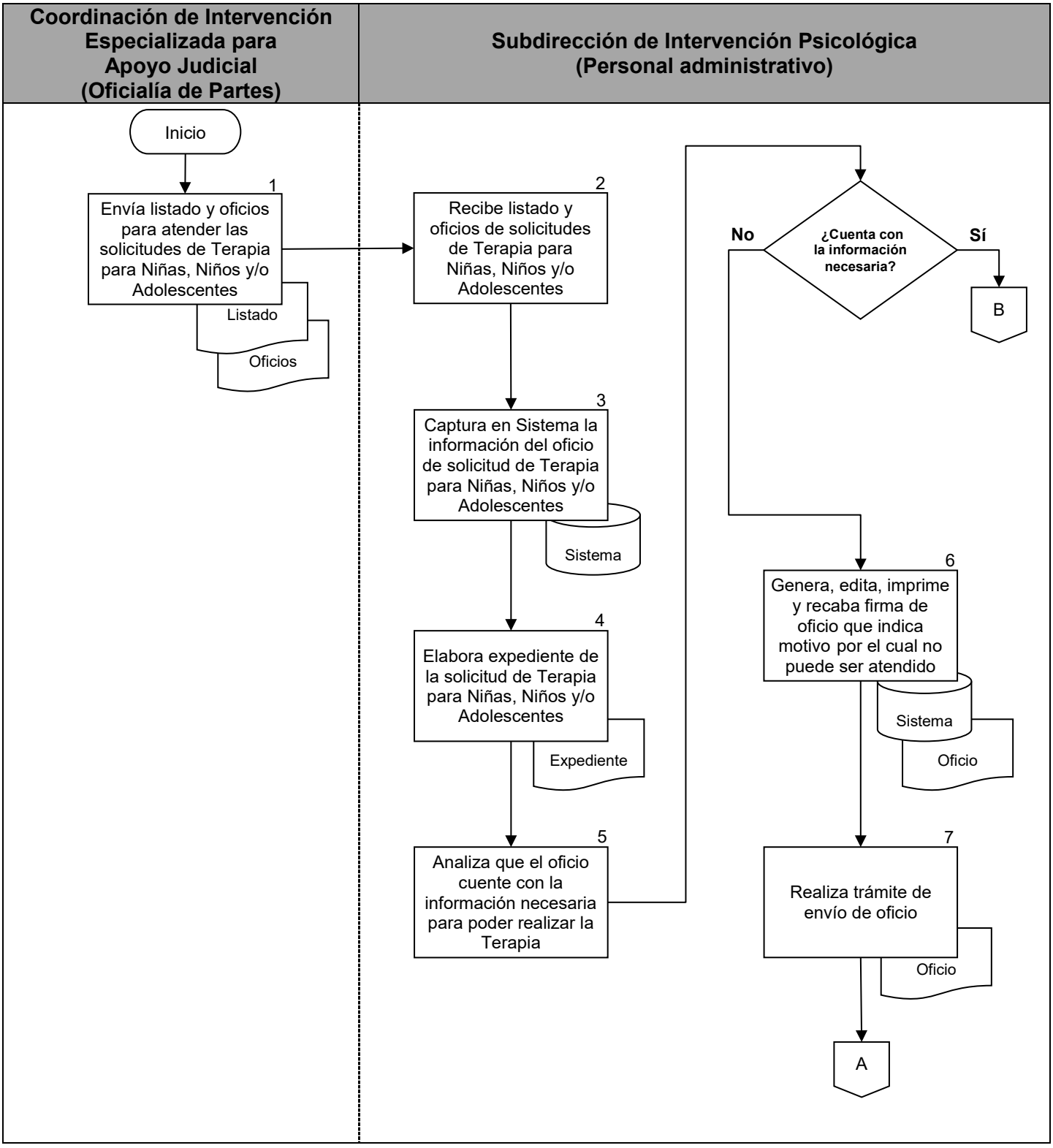
No.	Área.	Descripción de la actividad.	Documentos y/o sistemas de apoyo.
41	Jefatura de Unidad Departamental de Terapia para Niñas, Niños y/o Adolescentes	Entrega carpeta de la persona usuaria a la Psicóloga o el Psicólogo responsable de llevar a cabo las sesiones de Terapia para Niñas, Niños y/o Adolescentes.	
42	Subdirección de Intervención Psicológica (Psicóloga o Psicólogo)	Recibe carpeta de la persona usuaria para la realización de la Terapia para Niñas, Niños y/o Adolescentes.	
43		Espera a la madre, padre o tutor(a) de la persona usuaria, por separado, para realizar las entrevistas, previo a dar inicio a las sesiones de Terapia. **¿Se presenta la madre, padre o tutor(a) a la entrevista?** **No.** Continúa en la actividad no. 44 **Sí.** Continúa en la actividad no. 50	
44		Genera el formato de oficio a través del Sistema autorizado por el Pleno del Consejo, edita e imprime oficio en el que se indica a la Autoridad Jurisdiccional que la madre, padre o tutor(a) de la persona usuaria no se presentó a la entrevista e informa una nueva fecha y hora.	• Sistema • Oficio
45		Entrega oficio a la Jefatura de Unidad Departamental de Terapia para Niñas, Niños y/o Adolescentes, para su revisión.	
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 a la Autoridad Jurisdiccional.	

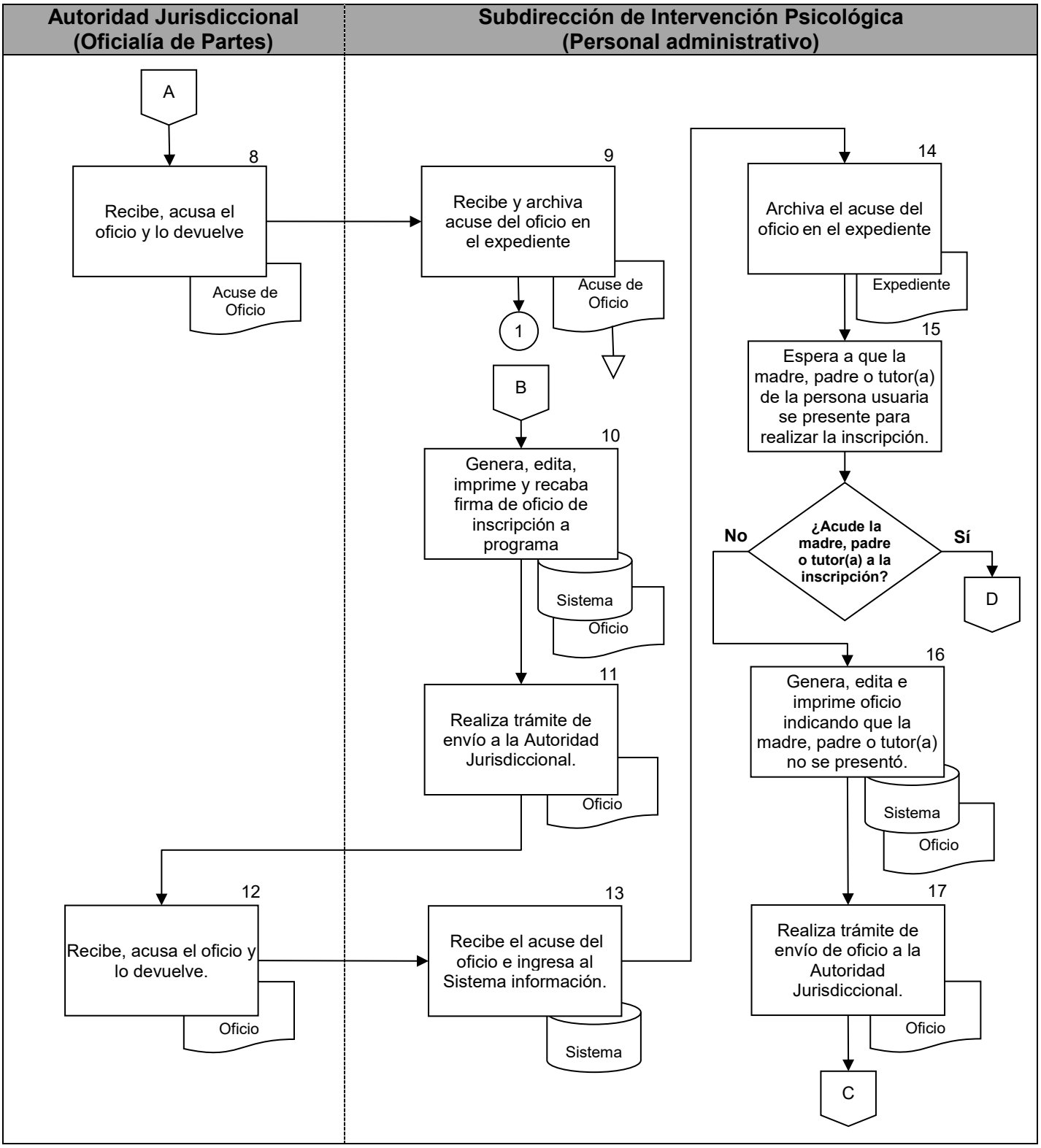
No.	Área.	Descripción de la actividad.	Documentos y/o sistemas de apoyo.
48	Autoridad Jurisdiccional (Oficialía de Partes)	Recibe, acusa el oficio y lo devuelve.	
49	Subdirección de Intervención Psicológica (Personal administrativo)	Recibe y archiva el acuse del oficio en el expediente. (Regresa a la actividad no. 43)	
50		Recibe y canaliza a la madre, padre o tutor(a) de la persona usuaria con la Psicóloga o el Psicólogo asignado para entrevista.	
51	Subdirección de Intervención Psicológica (Psicóloga o Psicólogo)	Recibe y realiza la entrevista con la madre, padre o tutor(a) de la persona usuaria.	
52		Espera, después de realizar la entrevista, a la persona usuaria para realizar las sesiones de Terapia. **¿Presentan a la persona usuaria a sus sesiones de Terapia?** **No.** Continúa en la actividad no. 53 **Sí.** Continúa en la actividad no. 59	
53		Genera el formato de oficio a través del Sistema autorizado por el Pleno del Consejo, edita e imprime oficio en el que se indica a la Autoridad Jurisdiccional que la persona usuaria no fue presentada a tres sesiones de Terapia y que, por lo tanto, causa baja del programa.	• Sistema • Oficio
54		Entrega oficio para revisión a la Jefatura de Unidad Departamental de Terapia para Niñas, Niños y/o Adolescentes.	
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.	

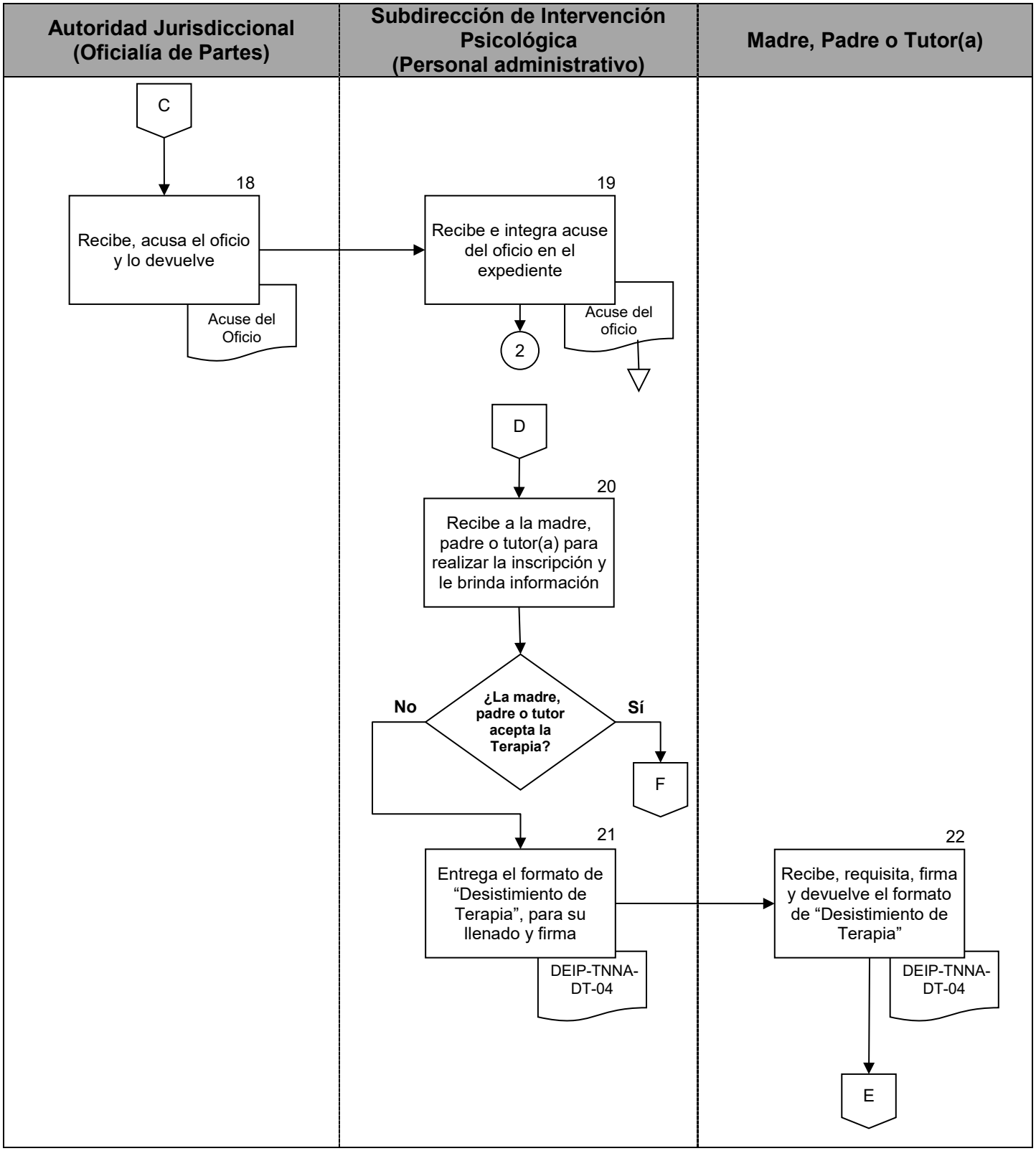
No.	Área.	Descripción de la actividad.	Documentos y/o sistemas de apoyo.
56	Subdirección de Intervención Psicológica (Personal administrativo)	Realiza trámite de envío del oficio a la Autoridad Jurisdiccional.	
57	Autoridad Jurisdiccional (Oficialía de Partes)	Recibe, acusa el oficio y lo devuelve.	
58	Subdirección de Intervención Psicológica (Personal administrativo)	Recibe y archiva acuse del oficio en el expediente. (Continúa en la actividad no. 72)	
59	Subdirección de Intervención Psicológica (Psicóloga o Psicólogo)	Realiza sesiones terapéuticas individuales con la persona usuaria.	
60		Elabora y entrega vía correo electrónico a la Jefatura de Unidad Departamental de Terapia para Niñas, Niños y/o Adolescentes, el “Informe de Terapia” (DEIP-TNNA-IT-07) al finalizar el proceso, para su revisión.	• Formato DEIP-TNNA-IT-07 • Correo electrónico
61	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	
62		Revisa y devuelve Informe de Terapia vía correo electrónico a la psicóloga o el psicólogo con observaciones. (Regresa a la actividad no. 60)	• Correo electrónico
63		Autoriza y devuelve el Informe de Terapia a la Psicóloga o el Psicólogo para firma.	

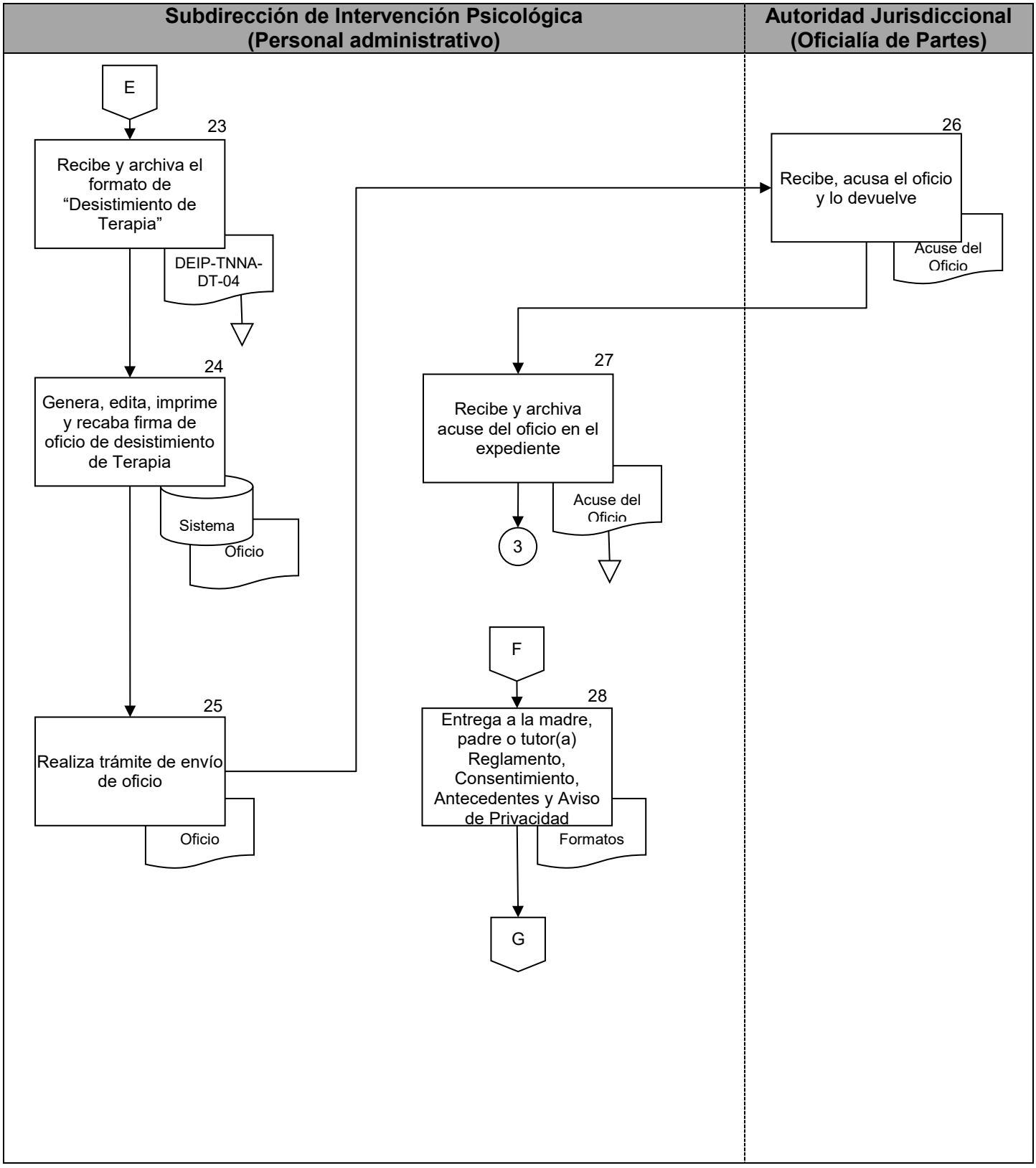
No.	Área.	Descripción de la actividad.	Documentos y/o sistemas de apoyo.
64	Subdirección de Intervención Psicológica (Psicóloga o Psicólogo)	Recibe, firma y prepara para entrega el Informe de Terapia de la persona usuaria.	
65		Genera el formato de oficio a través del Sistema autorizado por el Pleno del Consejo, edita e imprime oficio para envío del Informe de Terapia a la Autoridad Jurisdiccional.	• Sistema • Oficio
66		Entrega a la Jefatura de Unidad Departamental de Terapia para Niñas, Niños y/o Adolescentes, oficio, Informe de Terapia y carpeta de la persona usuaria.	
67	Jefatura de Unidad Departamental de Terapia para Niñas, Niños y/o Adolescentes	Recibe oficio, Informe de Terapia y carpeta de la persona usuaria, y recaba firma de la Subdirección de Intervención Psicológica en el oficio de envío del Informe de Terapia.	
68		Entrega oficio, Informe de Terapia y carpeta de la persona usuaria al personal administrativo de la Subdirección de Intervención Psicológica.	
69	Subdirección de Intervención Psicológica (Personal administrativo)	Recibe oficio, Informe de Terapia y carpeta de la persona usuaria, y realiza trámite de envío del oficio y del Informe de Terapia para la Autoridad Jurisdiccional.	
70	Autoridad Jurisdiccional (Oficialía de Partes)	Recibe oficio e Informe de Terapia, acusa el oficio y lo devuelve.	
71	Subdirección de Intervención Psicológica (Personal administrativo)	Recibe y archiva el acuse del oficio en el expediente.	
72		Archiva carpeta de la persona usuaria en el expediente de Terapia.	
73		Envía expediente a archivo.	

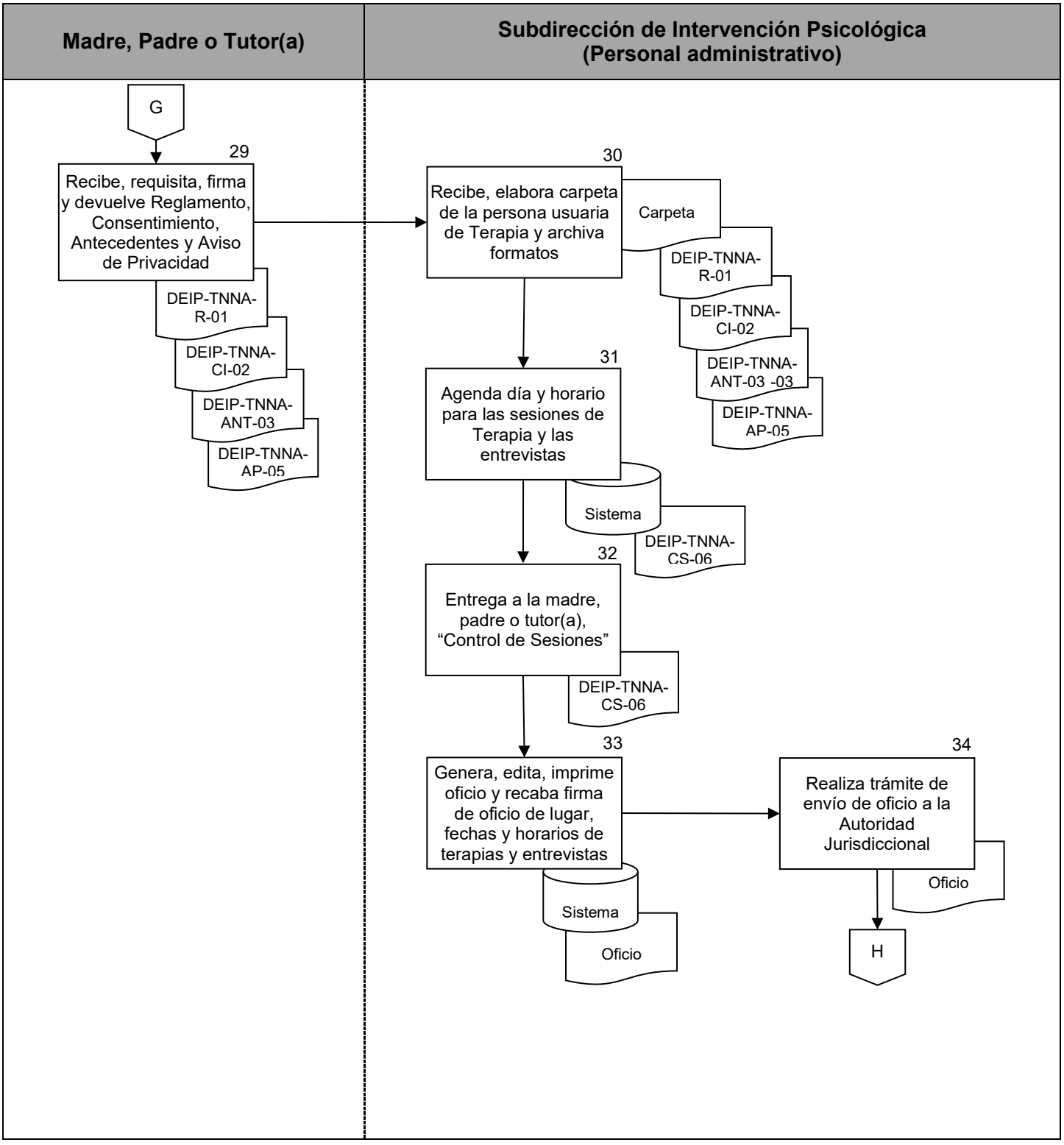
FIN DEL PROCEDIMIENTO

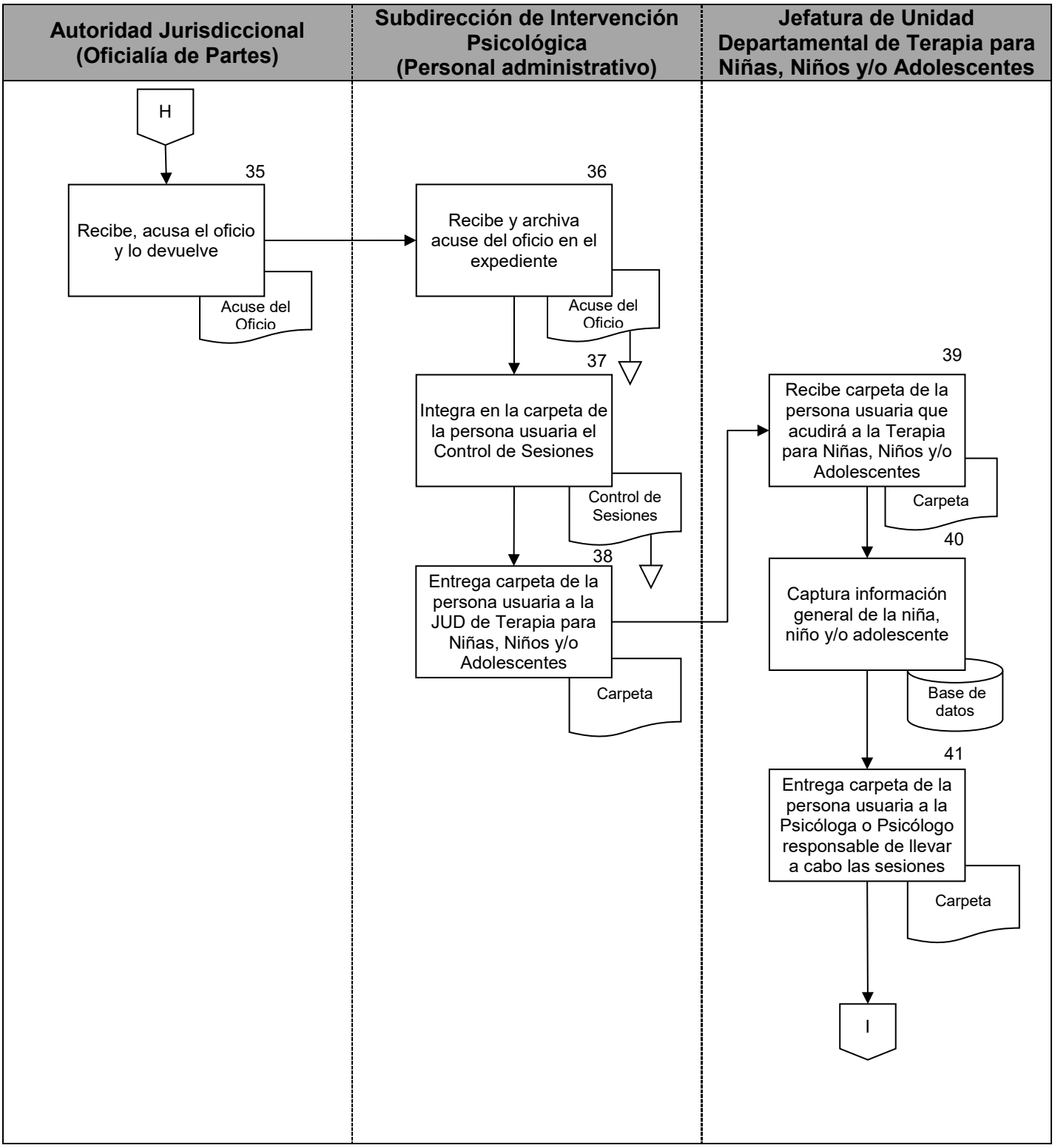

Coordinación de Intervención Especializada para Apoyo Judicial (Oficialía de Partes)
Subdirección de Intervención Psicológica (Personal administrativo)
Inicio
1
Envía listado y oficios para atender las solicitudes de Terapia para Niñas, Niños y/o Adolescentes
Listado
Oficios
2
Recibe listado y oficios de solicitudes de Terapia para Niñas, Niños y/o Adolescentes
3
Captura en Sistema la información del oficio de solicitud de 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
¿Cuenta con la información necesaria?
No
Sí
B
6
Genera, edita, imprime y recaba firma de oficio que indica motivo por el cual no puede ser atendido
Sistema
Oficio
7
Realiza trámite de envío de oficio
Oficio
A

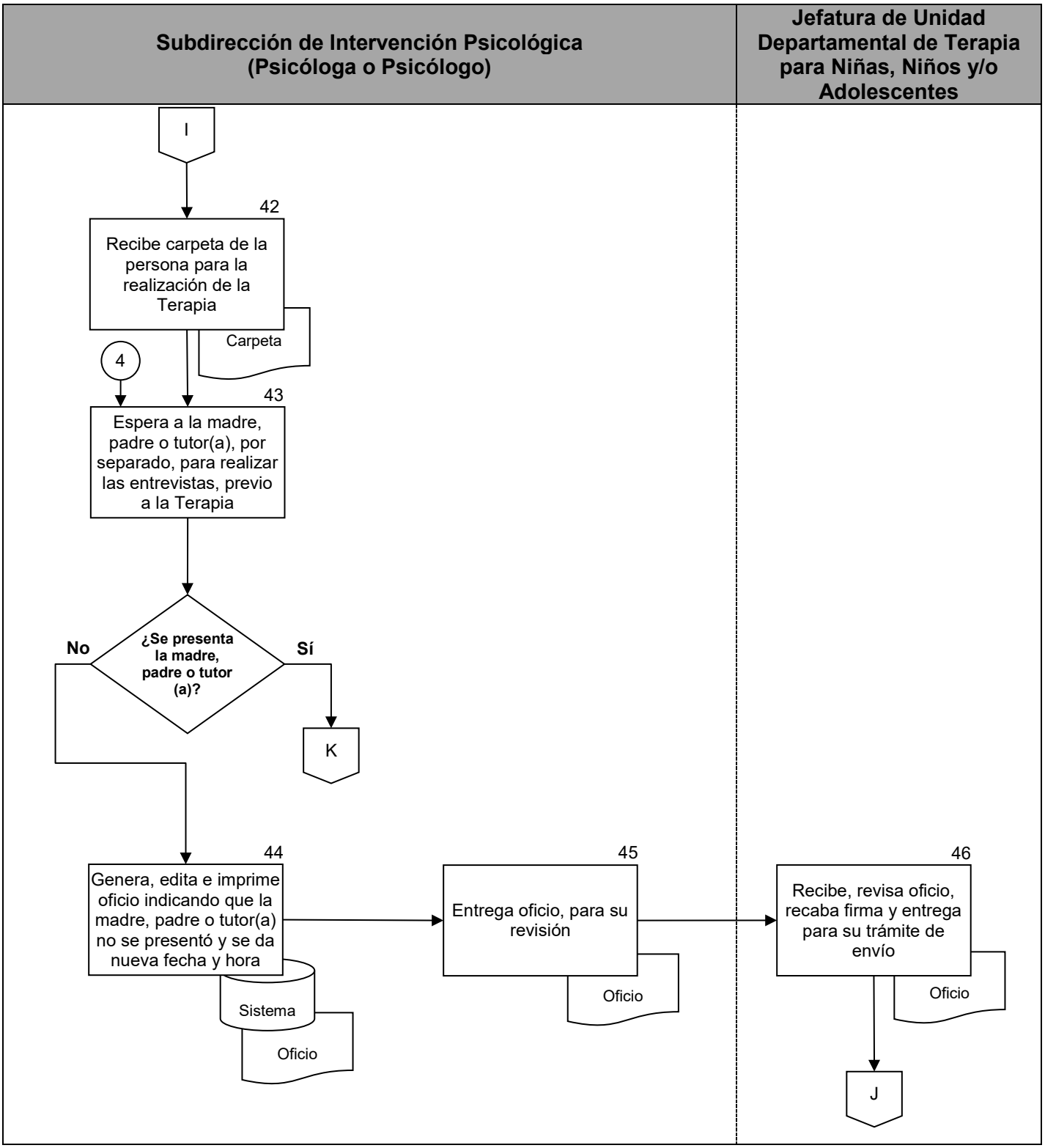

Autoridad Jurisdiccional (Oficialía de Partes)
Subdirección de Intervención Psicológica (Personal administrativo)
A
8
Recibe, acusa el oficio y lo devuelve
Acuse de Oficio
9
Recibe y archiva acuse del oficio en el expediente
Acuse de Oficio
1
B
10
Genera, edita, imprime y recaba firma de oficio de inscripción a programa
Sistema
Oficio
11
Realiza trámite de envío a la Autoridad Jurisdiccional.
Oficio
12
Recibe, acusa el oficio y lo devuelve.
Oficio
13
Recibe el acuse del oficio e ingresa al Sistema información.
Sistema
14
Archiva el acuse del oficio en el expediente
Expediente
15
Espera a que la madre, padre o tutor(a) de la persona usuaria se presente para realizar la inscripción.
¿Acude la madre, padre o tutor(a) a la inscripción?
No
Sí
D
16
Genera, edita e imprime oficio indicando que la madre, padre o tutor(a) no se presentó.
Sistema
Oficio
17
Realiza trámite de envío de oficio a la Autoridad Jurisdiccional.
Oficio
C

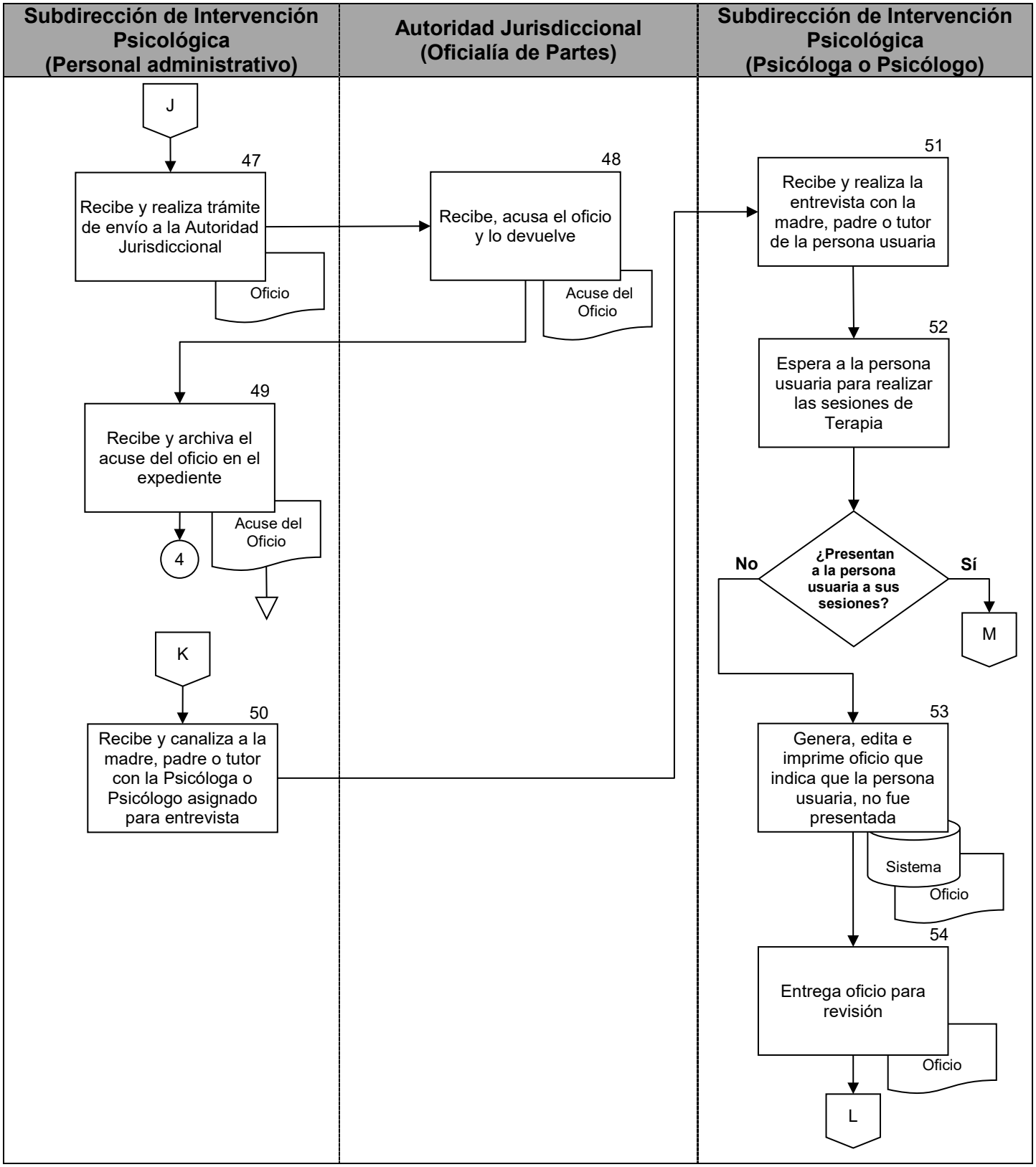

Autoridad Jurisdiccional (Oficialía de Partes)
Subdirección de Intervención Psicológica (Personal administrativo)
Madre, Padre o Tutor(a)
C
18
Recibe, acusa el oficio y lo devuelve
Acuse del Oficio
19
Recibe e integra acuse del oficio en el expediente
Acuse del oficio
2
D
20
Recibe a la madre, padre o tutor(a) para realizar la inscripción y le brinda información
¿La madre, padre o tutor acepta la Terapia?
No
Sí
F
21
Entrega el formato de "Desistimiento de Terapia", para su llenado y firma
DEIP-TNNA-DT-04
22
Recibe, requisita, firma y devuelve el formato de "Desistimiento de Terapia"
DEIP-TNNA-DT-04
E

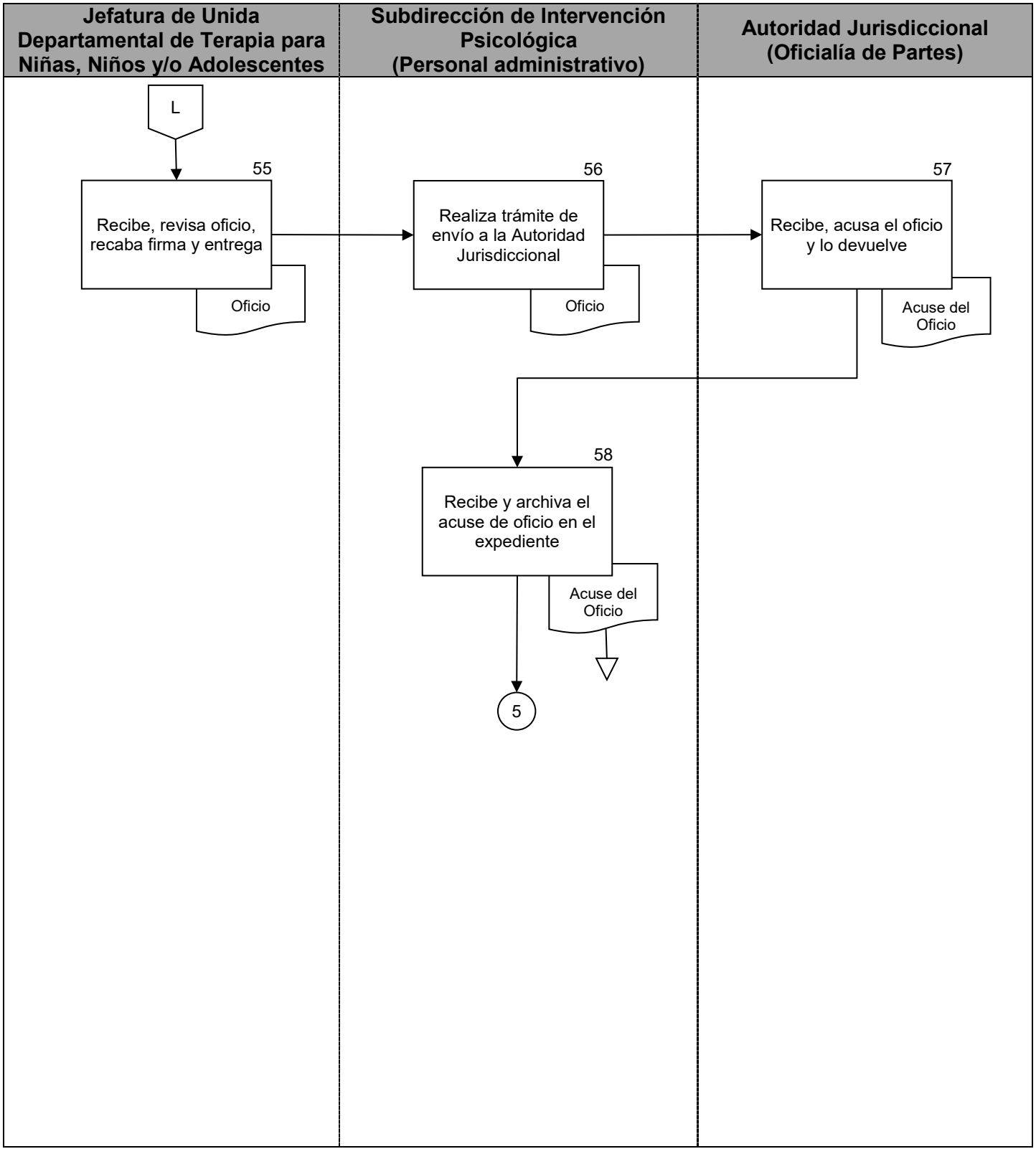

Subdirección de Intervención Psicológica (Personal administrativo)
Autoridad Jurisdiccional (Oficialía de Partes)
E
23
Recibe y archiva el formato de "Desistimiento de Terapia"
DEIP-TNNA-DT-04
24
Genera, edita, imprime y recaba firma de oficio de desistimiento de Terapia
Sistema
Oficio
25
Realiza trámite de envío de oficio
Oficio
26
Recibe, acusa el oficio y lo devuelve
Acuse del Oficio
27
Recibe y archiva acuse del oficio en el expediente
Acuse del Oficio
3
F
28
Entrega a la madre, padre o tutor(a) Reglamento, Consentimiento, Antecedentes y Aviso de Privacidad
Formatos
G

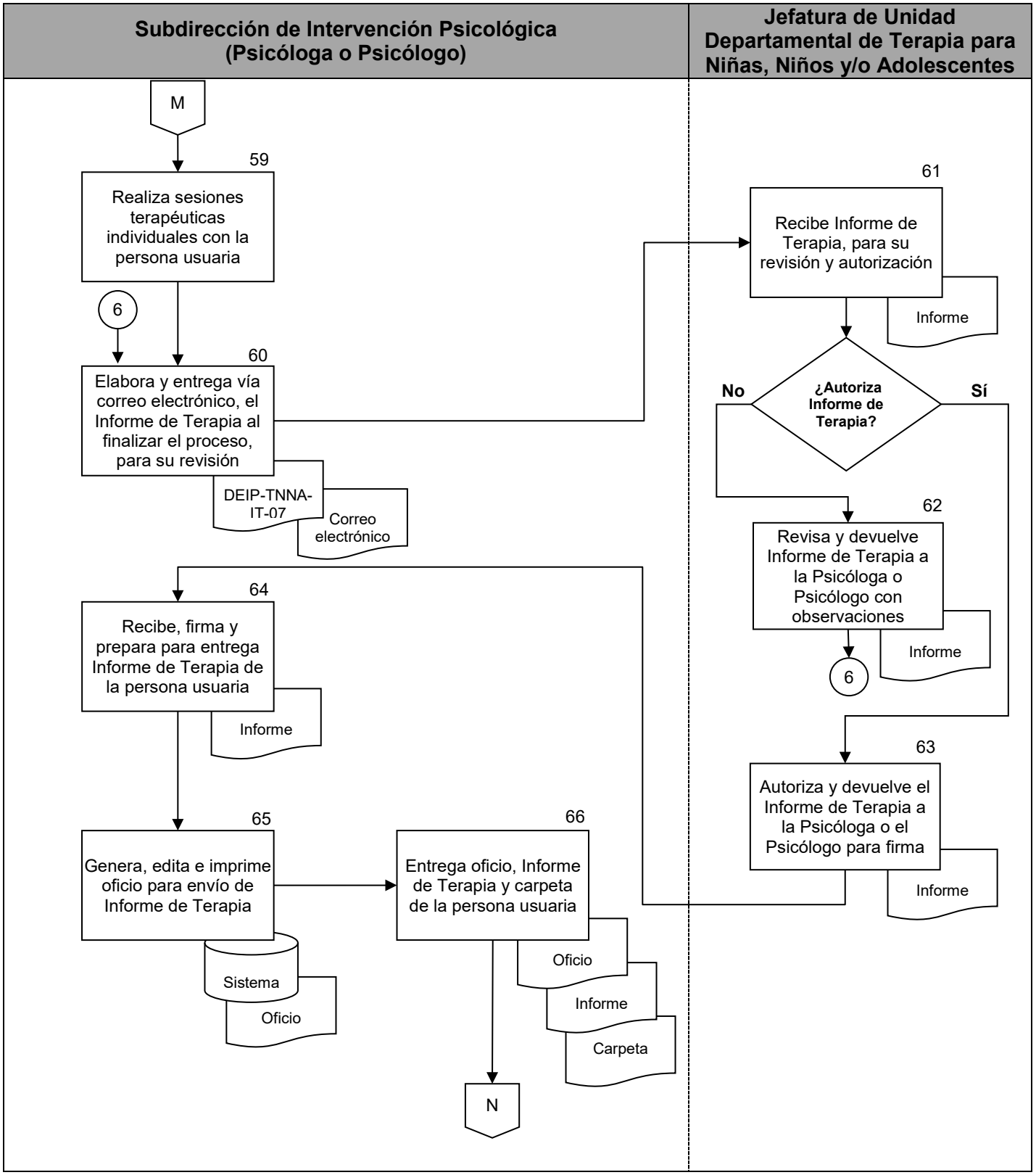

Madre, Padre o Tutor(a)
Subdirección de Intervención Psicológica (Personal administrativo)
G
29
Recibe, requisita, firma y devuelve Reglamento, Consentimiento, Antecedentes y Aviso de Privacidad
DEIP-TNNA-R-01
DEIP-TNNA-CI-02
DEIP-TNNA-ANT-03
DEIP-TNNA-AP-05
30
Recibe, elabora carpeta de la persona usuaria de Terapia y archiva formatos
Carpeta
DEIP-TNNA-R-01
DEIP-TNNA-CI-02
DEIP-TNNA-ANT-03 -03
DEIP-TNNA-AP-05
31
Agenda día y horario para las sesiones de Terapia y las entrevistas
Sistema
DEIP-TNNA-CS-06
32
Entrega a la madre, padre o tutor(a), “Control de Sesiones”
DEIP-TNNA-CS-06
33
Genera, edita, imprime oficio y recaba firma de oficio de lugar, fechas y horarios de terapias y entrevistas
Sistema
Oficio
34
Realiza trámite de envío de oficio a la Autoridad Jurisdiccional
Oficio
H

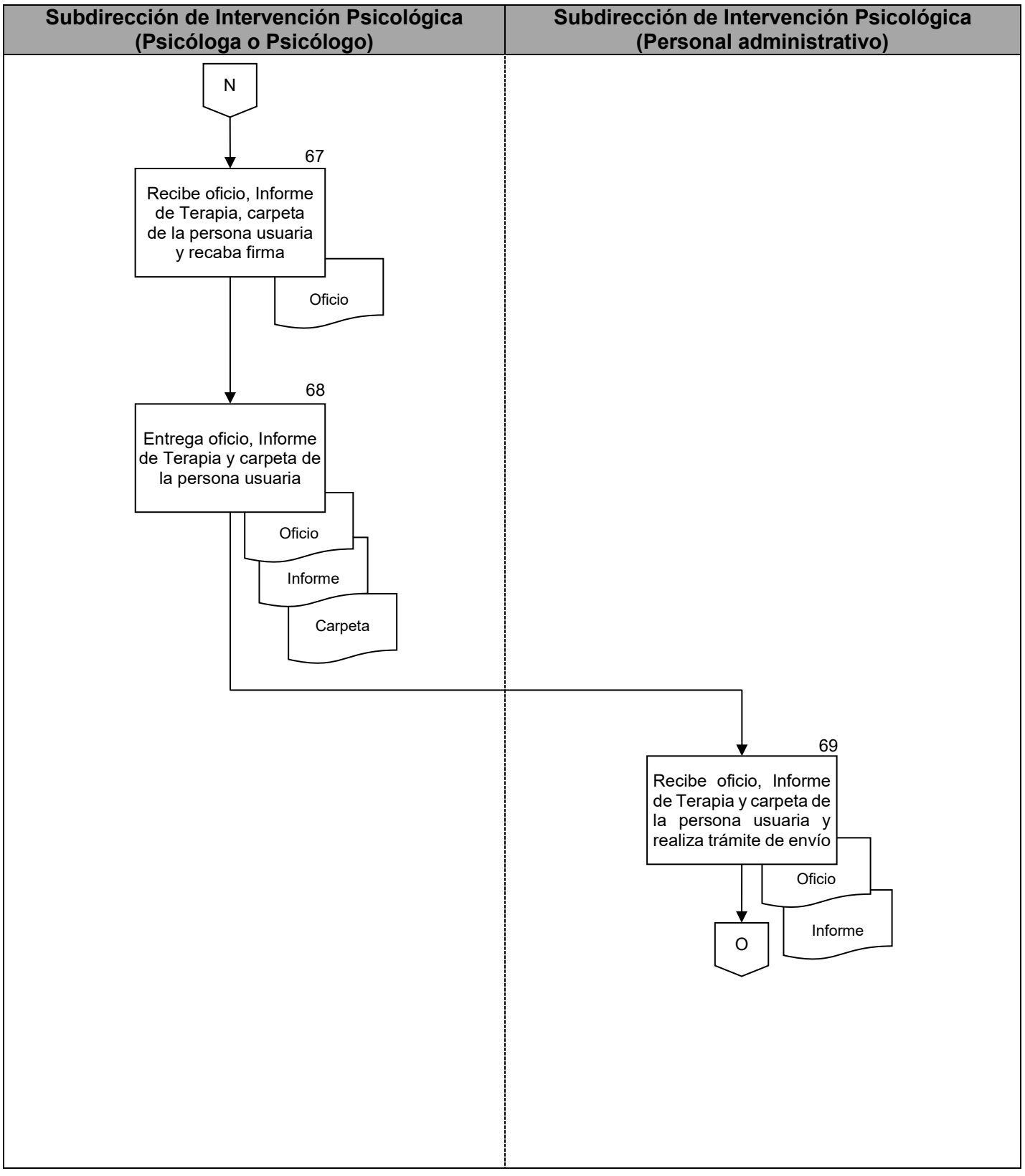

Autoridad Jurisdiccional (Oficialía de Partes)
Subdirección de Intervención Psicológica (Personal administrativo)
Jefatura de Unidad Departamental de Terapia para Niñas, Niños y/o Adolescentes
H
35
Recibe, acusa el oficio y lo devuelve
Acuse del Oficio
36
Recibe y archiva acuse del oficio en el expediente
Acuse del Oficio
37
Integra en la carpeta de la persona usuaria el Control de Sesiones
Control de Sesiones
38
Entrega carpeta de la persona usuaria a la JUD de Terapia para Niñas, Niños y/o Adolescentes
Carpeta
39
Recibe carpeta de la persona usuaria que acudirá a la Terapia para Niñas, Niños y/o Adolescentes
Carpeta
40
Captura información general de la niña, niño y/o adolescente
Base de datos
41
Entrega carpeta de la persona usuaria a la Psicóloga o Psicólogo responsable de llevar a cabo las sesiones
Carpeta
I

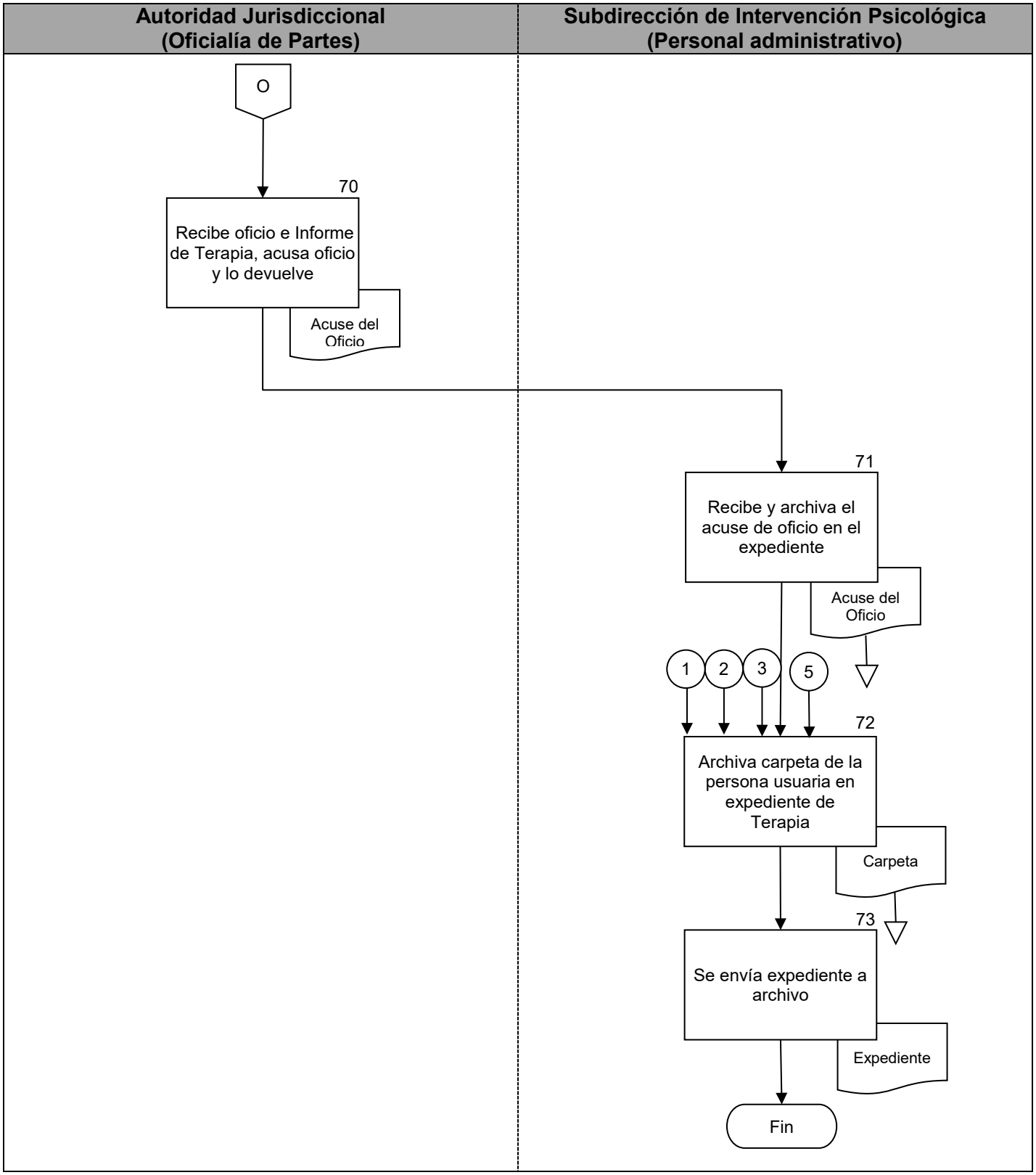

Subdirección de Intervención Psicológica (Psicóloga o Psicólogo)
Jefatura de Unidad Departamental de Terapia para Niñas, Niños y/o Adolescentes
I
42
Recibe carpeta de la persona para la realización de la Terapia
Carpeta
4
43
Espera a la madre, padre o tutor(a), por separado, para realizar las entrevistas, previo a la Terapia
¿Se presenta la madre, padre o tutor (a)?
No
Sí
K
44
Genera, edita e imprime oficio indicando que la madre, padre o tutor(a) no se presentó y se da nueva fecha y hora
Sistema
Oficio
45
Entrega oficio, para su revisión
Oficio
46
Recibe, revisa oficio, recaba firma y entrega para su trámite de envío
Oficio
J


Subdirección de Intervención Psicológica (Personal administrativo)
Autoridad Jurisdiccional (Oficialía de Partes)
Subdirección de Intervención Psicológica (Psicóloga o Psicólogo)
J
47
Recibe y realiza trámite de envío a la Autoridad Jurisdiccional
Oficio
48
Recibe, acusa el oficio y lo devuelve
Acuse del Oficio
49
Recibe y archiva el acuse del oficio en el expediente
Acuse del Oficio
4
K
50
Recibe y canaliza a la madre, padre o tutor con la Psicóloga o Psicólogo asignado para entrevista
51
Recibe y realiza la entrevista con la madre, padre o tutor de la persona usuaria
52
Espera a la persona usuaria para realizar las sesiones de Terapia
¿Presentan a la persona usuaria a sus sesiones?
No
Sí
M
53
Genera, edita e imprime oficio que indica que la persona usuaria, no fue presentada
Sistema
Oficio
54
Entrega oficio para revisión
Oficio
L


Jefatura de Unida Departamental de Terapia para Niñas, Niños y/o Adolescentes
Subdirección de Intervención Psicológica (Personal administrativo)
Autoridad Jurisdiccional (Oficialía de Partes)
L
55
Recibe, revisa oficio, recaba firma y entrega
Oficio
56
Realiza trámite de envío a la Autoridad Jurisdiccional
Oficio
57
Recibe, acusa el oficio y lo devuelve
Acuse del Oficio
58
Recibe y archiva el acuse de oficio en el expediente
Acuse del Oficio
5


Subdirección de Intervención Psicológica (Psicóloga o Psicólogo)
Jefatura de Unidad Departamental de Terapia para Niñas, Niños y/o Adolescentes
M
59
Realiza sesiones terapéuticas individuales con la persona usuaria
6
60
Elabora y entrega vía correo electrónico, el Informe de Terapia al finalizar el proceso, para su revisión
DEIP-TNNA-IT-07
Correo electrónico
61
Recibe Informe de Terapia, para su revisión y autorización
Informe
¿Autoriza Informe de Terapia?
No
Sí
62
Revisa y devuelve Informe de Terapia a la Psicóloga o Psicólogo con observaciones
Informe
6
63
Autoriza y devuelve el Informe de Terapia a la Psicóloga o el Psicólogo para firma
Informe
64
Recibe, firma y prepara para entrega Informe de Terapia de la persona usuaria
Informe
65
Genera, edita e imprime oficio para envío de Informe de Terapia
Sistema
Oficio
66
Entrega oficio, Informe de Terapia y carpeta de la persona usuaria
Oficio
Informe
Carpeta
N


Subdirección de Intervención Psicológica (Psicóloga o Psicólogo)
Subdirección de Intervención Psicológica (Personal administrativo)
N
67
Recibe oficio, Informe de Terapia, carpeta de la persona usuaria y recaba firma
Oficio
68
Entrega oficio, Informe de Terapia y carpeta de la persona usuaria
Oficio
Informe
Carpeta
69
Recibe oficio, Informe de Terapia y carpeta de la persona usuaria y realiza trámite de envío
Oficio
Informe
O


Autoridad Jurisdiccional (Oficialía de Partes)
Subdirección de Intervención Psicológica (Personal administrativo)
O
70
Recibe oficio e Informe de Terapia, acusa oficio y lo devuelve
Acuse del Oficio
71
Recibe y archiva el acuse de oficio en el expediente
Acuse del Oficio
1
2
3
5
72
Archiva carpeta de la persona usuaria en expediente de Terapia
Carpeta
73
Se envía expediente a archivo
Expediente
Fin

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 la madre, padre y/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 la madre, padre y/o tutor o partes contendientes, ya sea por separado o en conjunto.
   b. Sesión (es) de interacción con aplicación de técnicas lúdicas entre el consultante y la madre, padre y/o tutor, 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 la madre, padre y/o tutor 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 la madre, padre y/o tutor 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, la madre, 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. Todos los usuarios del servicio 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, si llegaran a extraviarse. En el caso de teléfonos celulares portados por los adultos, deberán ser apagados antes de ingresar al área de atención terapéutica.

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

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.

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

13. La madre, padre y/o tutor 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, padre y/o tutor, 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 la madre, padre y/o tutor, si así lo desean.

15. Cuando sea el turno de llevar a casa el títere itinerante, los consultantes junto con la madre, padre y/o tutor, 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.**

REG. IP.: _____ (1) _____.

R E G L A M E N T O

2. El proceso psicoterapéutico de _____ **(2)** _____ 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 la madre, padre y/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 la madre, padre y/o tutor o partes contendientes, ya sea por separado o en conjunto.
   f. Sesión (es) de interacción con aplicación de técnicas lúdicas entre el consultante y la madre, padre y/o tutor, 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 la madre, padre y/o tutor que haya intervenido en dicha sesión.
   h. Sesiones terapéuticas supervisadas y de análisis en cámara de Gesell.

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

19. 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.

20. 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.

21. La niña, niño y adolescente tendrá que ser presentado por la madre, padre y/o tutor 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.**

22. En caso de inasistencia de la niña, niño o adolescente por cuestiones médicas, accidente o examen escolar, la madre, 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%.

23. 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.

24. Todos los usuarios del servicio 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, si llegaran a extraviarse. En el caso de teléfonos celulares portados por los adultos, deberán ser apagados antes de ingresar al área de atención terapéutica.

25. Es indispensable que la niña, niño y adolescente se presente en adecuadas condiciones de higiene y aliño personal, así como de salud.
26. Es primordial respetar a todo el personal que se encuentra en la Dirección de Evaluación e Intervención Psicológica.
27. Está terminantemente prohibido ofrecer cualquier tipo de gratificación o regalo al personal.
28. La madre, padre y/o tutor 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, padre y/o tutor, según sea el caso, por separado y en las pláticas de orientación o talleres que se considere necesarias para alcanzar el objetivo terapéutico.
29. Deberá cumplirse en tiempo y forma con las actividades asignadas para realizar en casa; las niñas, niños o adolescentes podrán solicitar el apoyo de la madre, padre y/o tutor, si así lo desean.
30. Cuando sea el turno de llevar a casa el títere itinerante, los consultantes junto con la madre, padre y/o tutor, serán los responsables de su cuidado y devolución a la terapeuta responsable, en la siguiente sesión.
31. 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).
32. 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.

DESCRIPCIÓN DEL FORMATO

Nombre:	**REGLAMENTO**
Clave:	**DEIP-TNNA-R-01**
Objetivo:	Dar a conocer a la madre, padre o tutor(a) de la persona usuaria 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.
Número de tantos:	Original.
Distribución:	Original. - Subdirección de Intervención Psicológica. (Expediente general).

INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
1	IP	El número de registro interno que se otorga a cada expediente y que es emitido por el sistema automáticamente.
2	NOMBRE	El nombre de la niña, niño y/o adolescente que se presenta al proceso terapéutico.
3	FECHA	La fecha en que se llena dicho formato.
4	NOMBRE Y FIRMA DEL PADRE O TUTOR	El nombre completo y la firma del padre o tutor que autoriza que se lleve a cabo proceso terapéutico.
5	NOMBRE Y FIRMA DE LA MADRE O TUTORA	El nombre completo y la firma de la madre o tutora que autoriza que se lleve a cabo proceso terapéutico.

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha: _____

Nombre del consultante: _____
Edad: _____ Sexo: H □ M □ Escolaridad: _____
Teléfono casa: _____ Teléfono celular: _____
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. Me comprometo a acudir a la primera cita en la cual me será realizada una entrevista.

3. 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, Alcaldía Cuauhtémoc, C.P. 06720.

4. Me comprometo a apoyar en todo el proceso psicoterapéutico a mí _____.

5. Estoy de acuerdo con la programación del día y horario que me fueron asignados para las sesiones psicoterapéuticas de mí _____; asimismo, **acepto cada una de las cláusulas de este consentimiento informado.**

_____
Nombre completo y firma del (la) progenitor (a) o tutor.

DEIP-TNNA-CI-02

1

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha: _____(1)_____

Nombre del consultante: _____(2)_____
Edad: _____(3)_____ Sexo: (4) H □ M □ Escolaridad:_____(5)_____
Teléfono casa: _____(6)_____ celular: _____(7)_____
Sala o Juzgado: _____(8)_____ Número de expediente/toca: _____(9)_____
Tipo de juicio: _____(10)_____
En caso de emergencia llamar a: _____(11)_____ Tel: _____(12)_____

6. Yo, _____(13)_____ ___, estoy de acuerdo en que mi ____(14)_____, _____(15)_____, asista al proceso psicoterapéutico que consiste en un máximo de 14 sesiones individuales, con una duración aproximada de 60 minutos, una vez por semana.

7. Me comprometo a acudir a la primera cita en la cual me será realizada una entrevista.

8. 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, Alcaldía Cuauhtémoc, C.P. 06720.

9. Me comprometo a apoyar en todo el proceso psicoterapéutico a mí _____(16)_____.

10. Estoy de acuerdo con la programación del día y horario que me fueron asignados para las sesiones psicoterapéuticas de mí _____(17)_____; asimismo, **acepto cada una de las cláusulas de este consentimiento informado.**

_____(18)_____
Nombre completo y firma del (la) progenitor(a) o tutor(a).

DEIP-TNNA-CI-02

2

DESCRIPCIÓN DEL FORMATO

Nombre:	**CONSENTIMIENTO INFORMADO**
Clave:	**DEIP-TNNA-CI-02**
Objetivo:	Que las madres, padres y/o tutores(as) que ostentan la guarda y custodia, expresen su voluntad de que su hija(s) o hijo(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.
Número de tantos:	Original.
Distribución:	Original- Subdirección de Intervención Psicológica. (Expediente general).

INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
1	FECHA	La fecha del día en curso.
2	NOMBRE DEL CONSULTANTE	El nombre completo de la niña, niño o adolescente que acude al proceso terapéutico.
3	EDAD	La edad de la niña, niño o adolescente que acude al proceso terapéutico.
4	SEXO	Se marca el recuadro que corresponda al sexo (H o M) de la niña, niño o adolescente que acude al proceso terapéutico.
5	ESCOLARIDAD	La escolaridad de la niña, niño o adolescente que acude al proceso terapéutico.
6	TELEFONO DE CASA	El teléfono de casa de la niña, niño o adolescente que acude al proceso terapéutico.
7	TELEFONO DE CELULAR	El teléfono celular de la madre, padre o tutor(a) que tiene la guarda y custodia de la niña, niño o adolescente que acude al proceso terapéutico.
8	SALA O JUZGADO	Los datos de la Sala o Juzgado donde se lleva el juicio del caso.
9	NÚMERO DE EXPEDIENTE/TOCA	El número de expediente/toca del juicio que se lleva a cabo.
10	TIPO DE JUICIO	El tipo de juicio del caso.

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
11	EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A	El nombre de una persona alterna a la madre, padre o tutor(a), a la que se le pueda llamar en caso de una emergencia.
12	TELÉFONO	El número de teléfono de la persona alterna a la madre, padre o tutor(a), a la que se le pueda llamar en caso de una emergencia.
13	NOMBRE	El nombre de la madre, padre o tutor(a) que tiene la guarda y custodia de la niña, niño o adolescente.
14	PARENTESCO	El tipo de parentesco que tiene con la niña, niño y/o adolescente.
15	NOMBRE	El nombre de la niña, niño o adolescente que acude al proceso terapéutico.
16	PARENTESCO	El tipo de parentesco que tiene con la niña, niño y/o adolescente.
17	PARENTESCO	El tipo de parentesco que tiene con la niña, niño y/o adolescente.
18	NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL PROGENITOR(A) O TUTOR(A)	El nombre completo y la firma de la madre, padre o tutor(a) que tiene la guarda y custodia de la Niña, Niño y/o Adolescente.

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

REG.: _____.

1. DATOS GENERALES DE LA NIÑA, NIÑO O ADOLESCENTE.	
NOMBRE:	
SEXO:	
EDAD:	
FECHA DE NACIMIENTO	
NACIONALIDAD:	
RELIGIÓN:	
ESCOLARIDAD:	
DOMICILIO (ALCALDÍA 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.
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 RELACION QUE TIENE CON ELLA (EL) EN LA ACTUALIDAD.
LA RELACION Y ESTILO DE CRIANZA DEL OTRO PROGENITOR CON SU HIJA (O) ANTES Y DESPUES DE LA SEPARACION.
TIPO DE RELACION ENTRE USTED Y EL PADRE/MADRE DE SU HIJA (O) ANTES Y DESPUES DE LA SEPARACION.
DESCRIBA SI HAY INTERVENCION DE OTROS FAMILIARES Y/O NUEVA PAREJA EN EL CUIDADO DE SU HIJA (O) (APOYO ECONÓMICO, CRIANZA, NUEVOS HERMANOS, ETC.).
NOMBRE DE LA PERSONA QUE CUIDA A SU HIJA (O) CUANDO USTED SALE A TRABAJAR O REALIZA OTRAS ACTIVIDADES, ASI CÓMO, DESCRIBA EL TIPO DE RELACIÓN QUE EXISTE CON ESA O ESAS PERSONAS.

LA RELACION DE SU HIJA (O) CON SUS HERMANOS (AS).
LAS RELACIONES SOCIALES DE SU HIJA (O).
EL RENDIMIENTO ESCOLAR DE SU HIJA (O) ANTES Y DESPUES DE LA SEPARACION DE LOS PADRES.

FECHA: _____.

NOMBRE: _____. **FIRMA:** _____.

PARENTESCO CON LA NIÑA, NIÑO O ADOLESCENTE: _____.

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

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

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

5. REG.: _____(1)_____.

1. DATOS GENERALES DE LA NIÑA, NIÑO O ADOLESCENTE.	
NOMBRE:	(2)
SEXO:	(3)
EDAD:	(4)
FECHA DE NACIMIENTO	(5)
NACIONALIDAD:	(6)
RELIGIÓN:	(7)
ESCOLARIDAD:	(8)
DOMICILIO (ALCALDÍA O MUNICIPIO):	(9)

2. DATOS CLÍNICOS DE LA NIÑA, NIÑO O ADOLESCENTE.				
HA SIDO EVALUADO PSICOLÓGICAMENTE: (10)	SI	NO	Fecha de la evaluación: (11)	
			Lugar: (12)	
HA TOMADO TERAPIA PSICOLÓGICA: (13)	SI	NO	Período de la terapia: (14)	
			Motivo: (15)	
			Lugar: (16)	
HA SIDO VALORADO POR MÉDICO (17) PSIQUIATRA:	SI	NO	Fecha de valoración: (18)	
			Lugar: (19)	
			Diagnóstico: (20)	
			Medicamentos prescritos: (21)	
			Frecuencia de la toma del medicamento: (22)	
PRESENTA ALGUNA ENFERMEDAD (23) CRÓNICO-DEGENERATIVA:	SI	NO	Diagnóstico: (24)	
			Fecha del diagnóstico: (25)	
			Medicamentos prescritos: (26)	
			Frecuencia de la toma del medicamento: (27)	
¿ES USUARIO DEL CENTRO DE CONVIVENCIAS? (28)	SI	NO	Numero de convivencia o entrega recepción: (29)	

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.
(30)
LA CALIDAD DEL SUEÑO O PROBLEMAS RELACIONADOS CON PESADILLAS, SONAMBULISMO, INSOMNIO, ETC.
(31)
4. DINÁMICA EMOCIONAL DE LA NIÑA, NIÑO O ADOLESCENTE.
DESCRIBA TEMPERAMENTO, INTERESES, FORTALEZAS, DEBILIDADES, ETC. DE SU HIJA (O).

DEIP-TNNA-ANT-03
1

(32)
LA MANERA EN QUE SU HIJA (O) EXPRESA SUS EMOCIONES Y PENSAMIENTOS.
(33)
LA MANERA DE REACCIONAR QUE PRESENTA SU HIJA (O) ANTE SITUACIONES QUE LE PROVOCAN TRISTEZA, ENOJO, CULPA, MIEDO.
(34)
ESTILO DE CRIANZA QUE UD. EMPLEA CON SU HIJA (O) Y EL TIPO DE RELACION QUE TIENE CON ELLA (EL) EN LA ACTUALIDAD.
(35)
LA RELACION Y ESTILO DE CRIANZA DEL OTRO PROGENITOR CON SU HIJA (O) ANTES Y DESPUES DE LA SEPARACION.
(36)
TIPO DE RELACION ENTRE USTED Y EL PADRE/MADRE DE SU HIJA (O) ANTES Y DESPUES DE LA SEPARACION.
(37)
DESCRIBA SI HAY INTERVENCION DE OTROS FAMILIARES Y/O NUEVA PAREJA EN EL CUIDADO DE SU HIJA (O) (APOYO ECONÓMICO, CRIANZA, NUEVOS HERMANOS, ETC.).
(38)
NOMBRE DE LA PERSONA QUE CUIDA A SU HIJA (O) CUANDO USTED SALE A TRABAJAR O REALIZA OTRAS ACTIVIDADES, ASI CÓMO, DESCRIBA EL TIPO DE RELACIÓN QUE EXISTE CON ESA O ESAS PERSONAS.
(39)

LA RELACION DE SU HIJA (O) CON SUS HERMANOS (AS).
(40)
LAS RELACIONES SOCIALES DE SU HIJA (O).
(41)
EL RENDIMIENTO ESCOLAR DE SU HIJA (O) ANTES Y DESPUES DE LA SEPARACION DE LOS PADRES.
(42)

FECHA: _____(43)_____.

NOMBRE: _____(44)_____. FIRMA: _____(45)_____.

PARENTESCO CON LA NIÑA, NIÑO O ADOLESCENTE: _____(46)_____.

TELÉFONO DE CONTACTO: CASA: _____(47)_____. CEL.: _____(48)_____.

EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A: _____(49)_____ TEL: _____(50)_____.

DESCRIPCIÓN DEL FORMATO

Nombre:	**F.1 ANTECEDENTES NIÑA, NIÑO O ADOLESCENTE**
Clave:	**DEIP-TNNA-ANT-03**
Objetivo:	Que la madre, padre o tutor(a) que ostenta la guarda y custodia, proporcione información del desarrollo psicológico de su hija (s), hijo (s) y/o adolescente (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.
Número de tantos:	Original.
Distribución:	Original- Subdirección de Intervención Psicológica (Expediente general).

INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
1	REG	El número de registro interno (IP) que se otorga a cada expediente y que es emitido por el sistema automáticamente.
2	NOMBRE	El nombre completo de la persona usuaria.
3	SEXO	El sexo (H o M) de la niña, niño o adolescente que acude al proceso terapéutico.
4	EDAD	La edad de la persona usuaria.
5	FECHA DE NACIMIENTO	La fecha de nacimiento de la persona usuaria.
6	NACIONALIDAD	La nacionalidad de la persona usuaria.
7	RELIGIÓN	La religión de la persona usuaria.
8	ESCOLARIDAD	La escolaridad de la persona usuaria.
9	DOMICILIO (ALCALDÍA O MUNICIPIO)	El domicilio (Alcaldía o Municipio) de la persona usuaria.
10	HA SIDO EVALUADO PSICOLÓGICAMENTE	Se marca el recuadro que corresponda (SI o NO) a su respuesta.
11	FECHA DE LA EVALUACIÓN	La fecha en que fue evaluada la persona usuaria.
12	LUGAR	El lugar en que fue evaluada la persona usuaria.
13	HA TOMADO TERAPIA PSICOLÓGICA	Se marca el recuadro que corresponda (SI o NO) a su respuesta.

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
14	PERÍODO DE LA TERAPIA	El período en que la persona usuaria tomó la terapia psicológica.
15	MOTIVO	Los motivos por los cuales la persona usuaria tomó la terapia psicológica.
16	LUGAR	El lugar en el cual la persona usuaria tomó la terapia psicológica.
17	HA SIDO VALORADO POR MÉDICO PSIQUIATRA	Se marca el recuadro que corresponda (SI o NO) a su respuesta.
18	FECHA DE VALORACIÓN	La fecha de la valoración médico psiquiátrica.
19	LUGAR	El lugar en donde fue valorada psiquiátricamente la persona usuaria.
20	DIAGNÓSTICO	El diagnóstico de la valoración médico psiquiatra.
21	MEDICAMENTOS PRESCRITOS	Los medicamentos prescritos.
22	FRECUENCIA DE LA TOMA DE MEDICAMENTO	La frecuencia de la toma del medicamento psiquiátrico.
23	PRESENTA ALGUNA ENFERMEDAD CRÓNICO-DEGENERATIVA.	Se marca el recuadro que corresponda (SI o NO) a su respuesta.
24	DIAGNÓSTICO	El diagnóstico de la enfermedad crónico-degenerativa que presente la persona usuaria.

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
25	FECHA DEL DIAGNÓSTICO	La fecha del diagnóstico de la enfermedad crónico-degenerativa que presente la persona usuaria.
26	MEDICAMENTOS PRESCRITOS.	Los medicamentos prescritos para la enfermedad crónico-degenerativa de la persona usuaria.
27	FRECUENCIA DE LA TOMA DEL MEDICAMENTO	La frecuencia de la toma del medicamento para la enfermedad crónico-degenerativa de la persona usuaria.
28	¿ES USUARIO DEL CENTRO DE CONVIVENCIAS?	Se marca el recuadro que corresponda (SI o NO) a su respuesta.
29	NÚMERO DE CONVIVENCIA O ENTREGA RECEPCIÓN	El número de convivencia o de entrega recepción asignados en el CECOFAM.
30	EMBARAZO, PARTO	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.
31	SUEÑO	La calidad del sueño o problemas relacionados con pesadillas, sonambulismo, insomnio, etc.
32	TEMPERAMENTO	El temperamento, intereses, fortalezas, debilidades, etc. de la persona usuaria.

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
33	EXPRESIÓN DE EMOCIONES Y PENSAMIENTOS	La manera en que la persona usuaria expresa sus emociones y pensamientos.
34	REACCIÓN ANTE EMOCIONES	La manera de reaccionar de la persona usuaria ante situaciones que le provocan tristeza, enojo, culpa, miedo.
35	ESTILO DE CRIANZA	El estilo de crianza que emplea la madre, padre o tutor(a) que ostenta la guarda y custodia con su hija (o) y el tipo de relación que tiene con ella (él) en la actualidad.
36	ESTILO DE CRIANZA	La relación y estilo de crianza del progenitor(a) que NO ostenta la guarda y custodia con su hija (o) antes y después de la separación.
37	RELACIÓN ENTRE PADRES	El tipo de relación entre la madre y padre o tutor(a) de la persona usuaria, antes y después de la separación.
38	OTROS CUIDADORES	Si hay intervención de otros familiares y/o nueva pareja en el cuidado de la persona usuaria (apoyo económico, crianza, nuevos hermanos, etc.).
39	CUIDADOR ALTERNO	El nombre de la persona que cuida a la persona usuaria cuándo la madre, padre o tutor(a) que ostenta la guarda y custodia sale a trabajar o realiza otras actividades, así como, se describe el tipo de relación que existe con esa o esas personas.
40	RELACIÓN CON HERMANOS	El tipo de relación de la niña, niño o adolescente con sus hermanos (as).

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
41	RELACIONES SOCIALES	El tipo de relaciones sociales que establece la persona usuaria.
42	RENDIMIENTO ESCOLAR	El rendimiento escolar de la niña, niño o adolescente, antes y después de la separación parental.
43	FECHA	La fecha del día en curso.
44	NOMBRE	El nombre completo de la madre, padre o tu[illegible]a) que ostenta la guarda y custodia de la niña, niño y/o adolescente.
45	FIRMA	La firma de la madre, padre o tutor(a) que tiene la guarda y custodia de la niña, niño y/o adolescente.
46	PARENTESCO CON LA NIÑA, NIÑO O ADOLESCENTE	El tipo de parentesco que el adulto tiene con la niña, niño y/o adolescente.
47	TELÉFONO DE CONTACTO DE CASA	El número telefónico de casa de la madre, padre o tutor(a) de la persona usuaria.
48	TELÉFONO DE CONTACTO DE CELULAR	El número telefónico de celular de la madre, padre o tutor(a) de la persona usuaria.
49	EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A	El nombre completo de la persona a contactar en caso de una emergencia.
50	TELÉFONO	El número telefónico de la persona a contactar en caso de una emergencia.

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 202__.

Yo _____,
me permito hacer de su conocimiento que: _____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____.

_____
Firma del padre, madre o tutor(a).

Vo. Bo.

_____
Nombre de la persona titular.
Subdirector de Intervención Psicológica.

DEIP-TNNA-DT-04

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 _____ (1) _____ de 202_ (2) _.

Yo _____ (3) _____,
me permito hacer de su conocimiento que: _____ (4) _____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____.

_____ (5) _____
Firma del padre, madre o tutor(a).

Vo. Bo.

_____ (6) _____
Nombre de la persona titular.
Subdirector de Intervención Psicológica.

DEIP-TNNA-DT-04

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-DT-04**
Objetivo:	Que la madre, padre y/o tutor(a) que ostenta la guarda y custodia, exprese por escrito los motivos de su desistimiento para que su hija o hijo asista a la Terapia para Niñas, Niños y/o Adolescentes.
Elabora:	Jefatura de Unidad Departamental de Terapia para Niñas, Niños y Adolescentes.
Número de tantos:	Original y Copia.
Distribución:	Original- Subdirección de Intervención Psicológica. (Expediente general). Copia.- Autoridad Jurisdiccional correspondiente.

INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
1	FECHA	El día y mes en que se llena el formato.
2	FECHA	El numeral del año en que se llena el formato.
3	NOMBRE	El nombre de la madre, padre o tutor(a) que tenga la guarda y custodia de la niña, niño y/o adolescente y que desiste del proceso terapéutico.
4	MOTIVO DEL DESISTIMIENTO	El motivo por el que la madre, padre o tutor(a) que tenga la guarda y custodia de la niña, niño y/o adolescente desiste del proceso terapéutico.
5	FIRMA DEL PADRE, MADRE O TUTOR(A)	Firma de la madre, padre o tutor(a) que tenga la guarda y custodia de la niña, niño y/o adolescente y que desiste del proceso terapéutico.
6	SUBDIRECCIÓN DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA	Firma de la persona titular del área quien supervisa el proceso terapéutico.

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

AVISO DE PRIVACIDAD SIMPLIFICADO

El Tribunal Superior de Justicia de la Ciudad de México, a través de la Coordinación de Intervención Especializada para Apoyo Judicial es el Responsable del tratamiento de los datos personales que nos proporcione, los cuales serán protegidos en el Sistema de Datos Personales de nominado *"Sistema de Intervención Psicológica SIP"*.

Los datos personales que recabemos serán utilizados con la finalidad de realizar la oportuna prestación de los servicios de esta área, que consisten en llevar a cabo los procesos psicoterapéuticos para adultos, niñas, niños y adolescentes, datos que integran un expediente, en cumplimiento a los ordenamientos de las autoridades jurisdiccionales, para aportar de forma integral elementos de convicción en la toma de decisiones en el ámbito de la administración de justicia. Y podrán ser transferidos a las Autoridades Jurisdiccionales Federales (Juzgados de Distrito y Tribunales Colegiados de Circuito) y Locales en materia Familiar, Autoridades Jurisdiccionales de las Entidades Federativas que conocen de asuntos en materia Familiar, Consejo de la Judicatura de la Ciudad de México, Contraloría del Tribunal Superior de Justicia de la Ciudad de México, Órganos Garantes de la Tutela de Derechos Humanos, Instituto de Transparencia, Acceso a la Información Pública, Protección de Datos Personales y Rendición de Cuentas de la Ciudad de México y a la Fiscalía General de Justicia de la Ciudad de México, para el ejercicio de sus funciones y facultades, por lo que no requeriremos su consentimiento, lo anterior en apego a las excepciones previstas en los artículos 16 y 64 de la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados de la Ciudad de México.

Usted podrá manifestar la negativa al tratamiento de sus datos personales directamente ante la Unidad de Transparencia del Tribunal Superior de Justicia de la Ciudad de México, ubicada en calle Río Lerma, número 62, Piso 7, colonia Cuauhtémoc, alcaldía Cuauhtémoc, Código Postal 06500, Ciudad de México, con número, telefónico conmutador 5591564997 extensiones 111105 y 111107.

Para conocer el Aviso de Privacidad Integral puede acudir directamente a la Unidad de Transparencia o consultarlo en la siguiente liga electrónica:
http://www.poderjudicialcdmx.gob.mx/otros/descarga.php?arv=UT/API/AVISO_DE_PRIVACIDAD_INTEGRAL_Intervencion_Psicologica.pdf

_____

Nombre y firma de enterado(a)

Fecha: _____

DEIP-TNNA-AP-05

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

AVISO DE PRIVACIDAD SIMPLIFICADO

El Tribunal Superior de Justicia de la Ciudad de México, a través de la Coordinación de Intervención Especializada para Apoyo Judicial es el Responsable del tratamiento de los datos personales que nos proporcione, los cuales serán protegidos en el Sistema de Datos Personales de nominado *"Sistema de Intervención Psicológica SIP"*.

Los datos personales que recabemos serán utilizados con la finalidad de realizar la oportuna prestación de los servicios de esta área, que consisten en llevar a cabo los procesos psicoterapéuticos para adultos, niñas, niños y adolescentes, datos que integran un expediente, en cumplimiento a los ordenamientos de las autoridades jurisdiccionales, para aportar de forma integral elementos de convicción en la toma de decisiones en el ámbito de la administración de justicia. Y podrán ser transferidos a las Autoridades Jurisdiccionales Federales (Juzgados de Distrito y Tribunales Colegiados de Circuito) y Locales en materia Familiar, Autoridades Jurisdiccionales de las Entidades Federativas que conocen de asuntos en materia Familiar, Consejo de la Judicatura de la Ciudad de México, Contraloría del Tribunal Superior de Justicia de la Ciudad de México, Órganos Garantes de la Tutela de Derechos Humanos, Instituto de Transparencia, Acceso a la Información Pública, Protección de Datos Personales y Rendición de Cuentas de la Ciudad de México y a la Fiscalía General de Justicia de la Ciudad de México, para el ejercicio de sus funciones y facultades, por lo que no requeriremos su consentimiento, lo anterior en apego a las excepciones previstas en los artículos 16 y 64 de la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados de la Ciudad de México.

Usted podrá manifestar la negativa al tratamiento de sus datos personales directamente ante la Unidad de Transparencia del Tribunal Superior de Justicia de la Ciudad de México, ubicada en calle Río Lerma, número 62, Piso 7, colonia Cuauhtémoc, alcaldía Cuauhtémoc, Código Postal 06500, Ciudad de México, con número, telefónico conmutador 5591564997 extensiones 111105 y 111107.

Para conocer el Aviso de Privacidad Integral puede acudir directamente a la Unidad de Transparencia o consultarlo en la siguiente liga electrónica:
http://www.poderjudicialcdmx.gob.mx/otros/descarga.php?arv=UT/API/AVISO_DE_PRIVACIDAD_INTEGRAL_Intervencion_Psicologica.pdf

_____ **(1)** _____

Nombre y firma de enterado(a)

Fecha: _____ **(2)** _____

DESCRIPCIÓN DEL FORMATO

Nombre:	**AVISO DE PRIVACIDAD SIMPLIFICADO**
Clave:	**DEIP-TNNA-AP-05**
Objetivo:	Que la madre, padre o tutor(a) que ostenta la guarda y custodia, esté enterado del Aviso de Privacidad Simplificado para el tratamiento y protección de los datos personales que proporcione.
Elabora:	Jefatura de Unidad Departamental de Terapia para Niñas, Niños y Adolescentes.
Número de tantos:	Original.
Distribución:	Original- Subdirección de Intervención Psicológica. (Expediente general).

INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
1	NOMBRE Y FIRMA	El nombre completo y firma de la madre, padre o tutor(a) que ostenta la guarda y custodia.
2	FECHA	El día, mes y año en que se llena el formato.

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

CONTROL DE SESIONES / IP:

NOMBRE COMPLETO DE LA NIÑA, NIÑO O ADOLESCENTE

PSICÓLOGO(A)		FECHA DE INICIO	FECHA DE FINALIZACIÓN	DÍA	HORARIO

Cita de entrevista para padre/madre que ostenta la guarda y custodia: __/__/____, a las __:__ h.

Cita de entrevista para padre/madre que no ostenta la guarda y custodia: __/__/____, a las __:__ h.

FECHAS	OBSERVACIONES
Sesión 1.- Fecha	
Sesión 2.- Fecha	
Sesión 3.- Fecha	
Sesión 4.- Fecha	
Sesión 5.- Fecha	
Sesión 6.- Fecha	
Sesión 7.- Fecha	
Sesión 8.- Fecha	
Sesión 9.- Fecha	
Sesión 10.- Fecha	
Sesión 11.- Fecha	
Sesión 12.- Fecha	
Sesión 13.- Fecha	
Sesión 14.- Fecha	

De conformidad con lo dispuesto en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y la de esta Ciudad; la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados; la Ley de Protección de Datos en Posesión de Sujetos Obligados de la Ciudad de México y los Lineamientos Generales de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados de la Ciudad de México, se hace de su conocimiento que la información que se remite contiene datos personales, los que son considerados como cualquier información concerniente a personas físicas identificadas o identificables, por lo que, una persona física es identificable cuando su identidad pueda determinarse directa o indirectamente. En este sentido, los datos personales son estimados por la ley como confidenciales, por lo que, deben ser tratados bajo su más estricta responsabilidad en el debido cumplimiento de sus funciones, facultades y atribuciones derivadas de la ley que rige la protección de datos personales y su actuar como autoridad; por lo tanto, en cumplimiento al principio de confidencialidad, se debe garantizar que **exclusivamente el TITULAR DE LOS DATOS PUEDA ACCEDER A SUS DATOS PERSONALES,** o bien, la **PERSONA QUE ÉL AUTORICE,** o en su caso, la **AUTORIDAD COMPETENTE.**

DEIP-TNNA-CS-06

Av. Niños Héroes núm. 150. 3er. Piso. Colonia Doctores. Alcaldía Cuauhtémoc. C.P. 06720. CDMX.
Teléfono: 55-91-56-49-97 Exts.: 511412 y 511420

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

CONTROL DE SESIONES / IP: ____(1)____

NOMBRE COMPLETO DE LA NIÑA, NIÑO O ADOLESCENTE
(2)

PSICÓLOGO(A)	FECHA DE INICIO	FECHA DE FINALIZACIÓN	DÍA	HORARIO
(3)	(4)	(5)	(6)	(7)

Cita de entrevista para padre/madre que ostenta la guarda y custodia: _____(8)_____, a las ____(9)_____ h.

Cita de entrevista para padre/madre que no ostenta la guarda y custodia: _____(10)_____, a las ___(11)____ h.

FECHAS	OBSERVACIONES
Sesión 1.- (12)	
Sesión 2.- (13)	
Sesión 3.- (14)	
Sesión 4.- (15)	
Sesión 5.- (16)	
Sesión 6.- (17)	
Sesión 7.- (18)	
Sesión 8.- (19)	
Sesión 9.- (20)	
Sesión 10.- (21)	
Sesión 11.- (22)	
Sesión 12.- (23)	
Sesión 13.- (24)	
Sesión 14.- (25)	

De conformidad con lo dispuesto en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y la de esta Ciudad; la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados; la Ley de Protección de Datos en Posesión de Sujetos Obligados de la Ciudad de México y los Lineamientos Generales de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados de la Ciudad de México, se hace de su conocimiento que la información que se remite contiene datos personales, los que son considerados como cualquier información concerniente a personas físicas identificadas o identificables, por lo que, una persona física es identificable cuando su identidad pueda determinarse directa o indirectamente. En este sentido, los datos personales son estimados por la ley como confidenciales, por lo que, deben ser tratados bajo su más estricta responsabilidad en el debido cumplimiento de sus funciones, facultades y atribuciones derivadas de la ley que rige la protección de datos personales y su actuar como autoridad; por lo tanto, en cumplimiento al principio de confidencialidad, se debe garantizar que **exclusivamente el TITULAR DE LOS DATOS PUEDA ACCEDER A SUS DATOS PERSONALES,** o bien, la **PERSONA QUE ÉL AUTORICE,** o en su caso, la **AUTORIDAD COMPETENTE.**

DEIP-TNNA-CS-06

DESCRIPCIÓN DEL FORMATO

Nombre:	**CONTROL DE SESIONES**
Clave:	**DEIP-TNNA-CS-06**
Objetivo:	Que la madre, padre o tutor(a) que ostenta la guarda y custodia, tenga por escrito información general del proceso terapéutico de su hija o hijo.
Elabora:	Jefatura de Unidad Departamental de Terapia para Niñas, Niños y Adolescentes.
Número de tantos:	Original y Copia.
Distribución:	Original. - Subdirección de Intervención Psicológica. (Expediente general). Copia. - Para la madre, padre o tutor(a) que ostenta la guarda y custodia.

INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
1	IP	El número de registro asignado por el sistema; ejemplo: IP-Número consecutivo/año - H1, H2, etc., en orden descendente (de la hija o hijo mayor al menor).
2	NOMBRE	El nombre completo de la niña, niño o adolescente que asistirá al proceso terapéutico.
3	PSICÓLOGO(A)	El nombre completo de la o el terapeuta asignado para llevar a cabo el proceso de terapia.
4	FECHA DE INICIO	La fecha en que dará inicio el proceso terapéutico.
5	FECHA DE FINALIZACIÓN	La fecha en que concluirá el proceso terapéutico.
6	DÍA	El día de la semana en que se llevarán a cabo las sesiones de terapia.
7	HORARIO	El horario en que se llevarán a cabo las sesiones de terapia.
8	FECHA	La fecha en que se realizará la entrevista con la madre, padre o tutor(a) que ostenta la guarda y custodia.
9	HORA	La hora de la cita en que se realizará la entrevista con la madre, padre o tutor(a) que ostenta la guarda y custodia.
10	FECHA	La fecha en que se realizará la entrevista con la madre, padre o tutor(a) que NO ostenta la guarda y custodia.

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
11	HORA	La hora de la cita en que se realizará la entrevista con la madre, padre o tutor(a) que NO ostenta la guarda y custodia.
12	SESIÓN 1	La fecha en que se llevará a cabo la sesión 1.
13	SESIÓN 2	La fecha en que se llevará a cabo la sesión 2.
14	SESIÓN 3	La fecha en que se llevará a cabo la sesión 3.
15	SESIÓN 4	La fecha en que se llevará a cabo la sesión 4.
16	SESIÓN 5	La fecha en que se llevará a cabo la sesión 5.
17	SESIÓN 6	La fecha en que se llevará a cabo la sesión 6.
18	SESIÓN 7	La fecha en que se llevará a cabo la sesión 7.
19	SESIÓN 8	La fecha en que se llevará a cabo la sesión 8.
20	SESIÓN 9	La fecha en que se llevará a cabo la sesión 9.
21	SESIÓN 10	La fecha en que se llevará a cabo la sesión 10.
22	SESIÓN 11	La fecha en que se llevará a cabo la sesión 11.
13	SESIÓN 12	La fecha en que se llevará a cabo la sesión 12.
24	SESIÓN 13	La fecha en que se llevará a cabo la sesión 13.
25	SESIÓN 14	La fecha en que se llevará a cabo la sesión 14.

Procedimiento: CIEAJ-009	Pláticas de Orientación y Sensibilización del área de Terapia para Niñas, Niños y/o Adolescentes.
Objetivo general:	Orientar y sensibilizar a la madre, padre y/o tutor(a) 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) hija(s) y/o hijo(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.

4. Se coordinarán y agendarán las citas de acuerdo con la disponibilidad de horario de las y los Psicólogos, y de la madre, padre y/o tutor(a) de la persona usuaria.

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

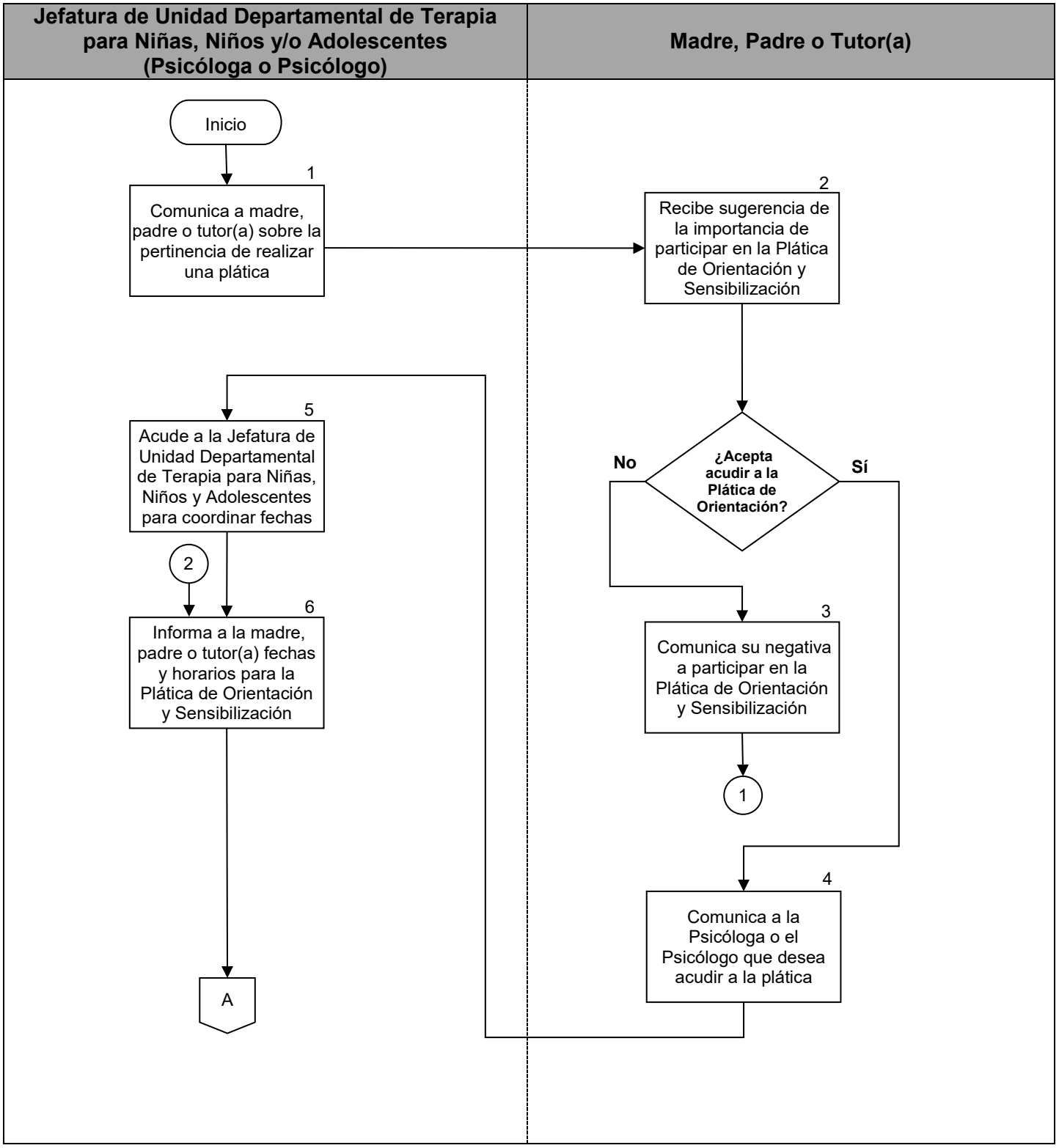
6. En la Jefatura de Unidad Departamental de Terapia para Niñas, Niños y/o Adolescentes se les denominará personas usuarias a los menores de edad que reciban el servicio.

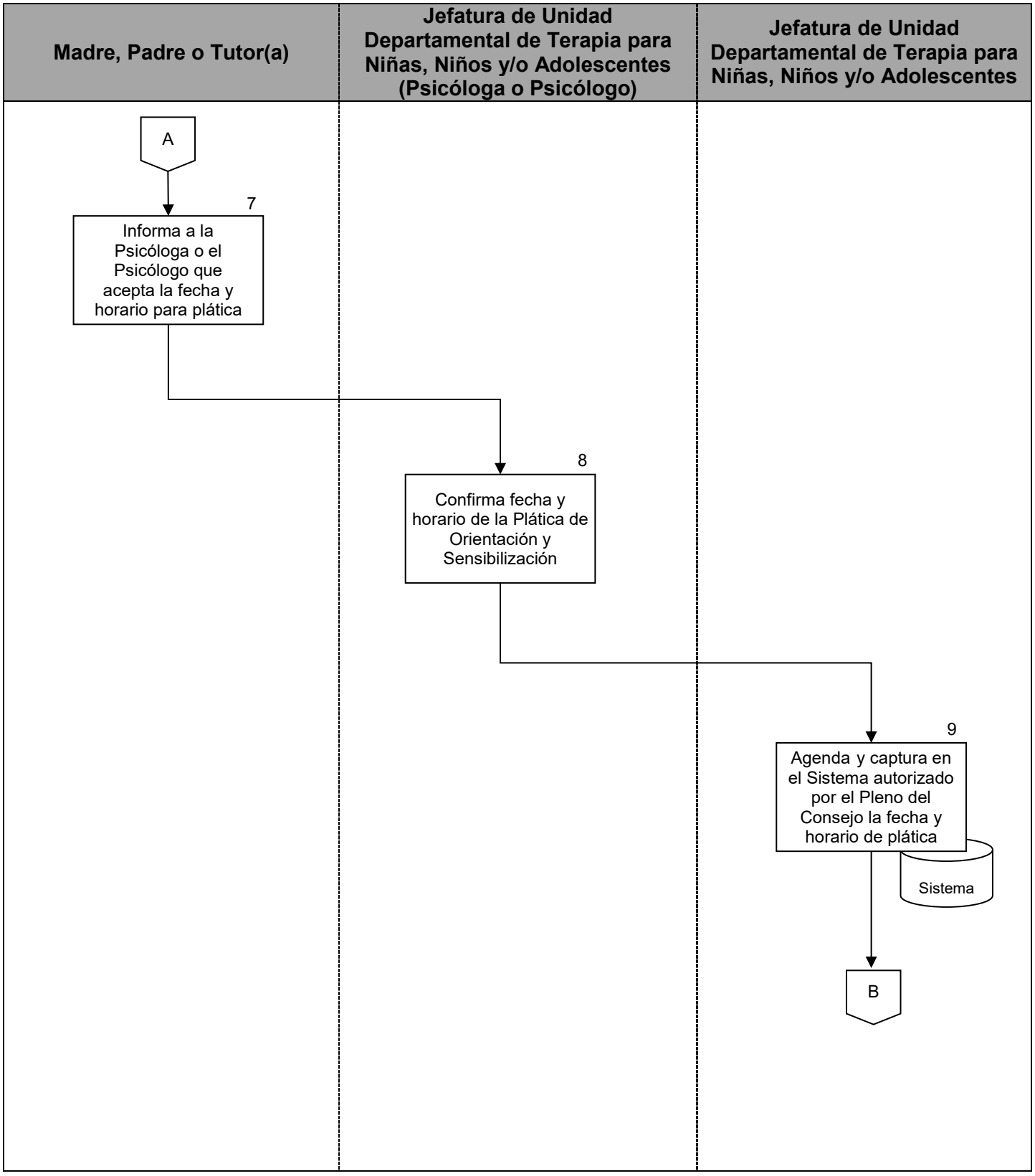
No.	Área.	Descripción de la actividad.	Documentos y/o sistemas de apoyo.
1	Jefatura de Unidad Departamental de Terapia para Niñas, Niños y/o Adolescentes (Psicóloga o Psicólogo)	Comunica a la madre, padre o tutor(a) de la persona usuaria sobre la pertinencia de realizar una Plática de Orientación y Sensibilización, 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 Psicóloga 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.	

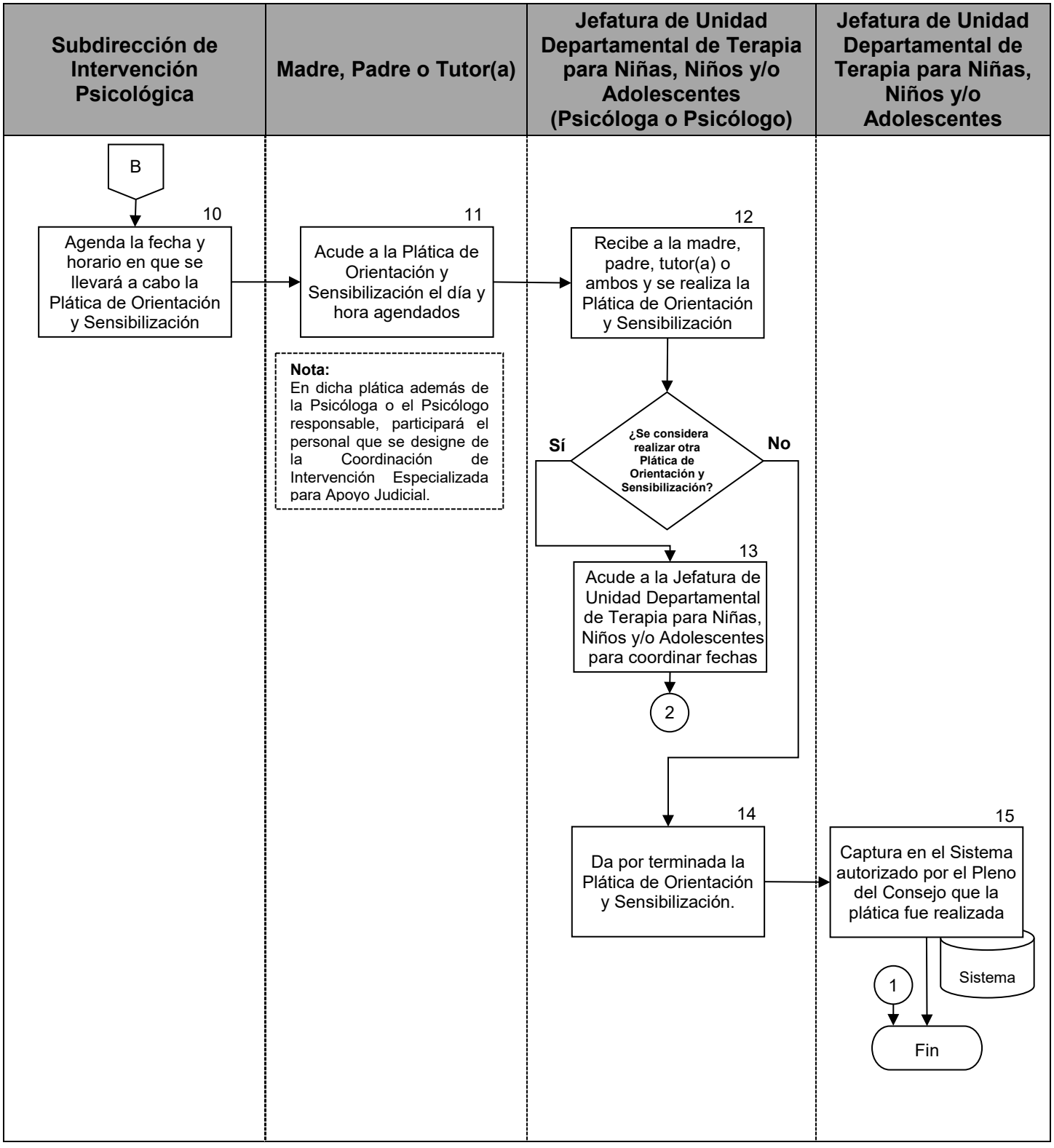
No.	Área.	Descripción de la actividad.	Documentos y/o sistemas de apoyo.
8	Jefatura de Unidad Departamental de Terapia para Niñas, Niños y/o Adolescentes (Psicóloga o Psicólogo)	Confirma a la Jefatura de Unidad Departamental de Terapia para Niñas, Niños y/o Adolescentes la fecha y horario en que se llevará 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 y captura en el Sistema autorizado por el Pleno del Consejo, la fecha y horario en que se llevará a cabo la Plática de Orientación y Sensibilización, e informa a la Subdirección de Intervención Psicológica.	• Sistema
10	Subdirección de Intervención Psicológica	Agenda 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. **Nota:** En dicha plática además de la Psicóloga o el Psicólogo responsable, 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	

No.	Área.	Descripción de la actividad.	Documentos y/o sistemas de apoyo.
13	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. (Regresa a la actividad no. 6)	
14		Da por terminada la Plática de Orientación y Sensibilización.	
15	Jefatura de Unidad Departamental de Terapia para Niñas, Niños y/o Adolescentes	Captura en el Sistema autorizado por el Pleno del Consejo que la plática fue realizada.	• Sistema

FIN DEL PROCEDIMIENTO


Jefatura de Unidad Departamental de Terapia para Niñas, Niños y/o Adolescentes (Psicóloga o Psicólogo)
Madre, Padre o Tutor(a)
Inicio
1
Comunica a madre, padre o tutor(a) sobre la pertinencia de realizar una plática
2
Recibe sugerencia de la importancia de participar en la Plática de Orientación y Sensibilización
¿Acepta acudir a la Plática de Orientación?
No
Sí
3
Comunica su negativa a participar en la Plática de Orientación y Sensibilización
1
4
Comunica a la Psicóloga o el Psicólogo que desea acudir a la plática
5
Acude a la Jefatura de Unidad Departamental de Terapia para Niñas, Niños y Adolescentes para coordinar fechas
2
6
Informa a la madre, padre o tutor(a) fechas y horarios para la Plática de Orientación y Sensibilización
A


Madre, Padre o Tutor(a)
Jefatura de Unidad Departamental de Terapia para Niñas, Niños y/o Adolescentes (Psicóloga o Psicólogo)
Jefatura de Unidad Departamental de Terapia para Niñas, Niños y/o Adolescentes
A
7
Informa a la Psicóloga o el Psicólogo que acepta la fecha y horario para plática
8
Confirma fecha y horario de la Plática de Orientación y Sensibilización
9
Agenda y captura en el Sistema autorizado por el Pleno del Consejo la fecha y horario de plática
Sistema
B


Subdirección de Intervención Psicológica
Madre, Padre o Tutor(a)
Jefatura de Unidad Departamental de Terapia para Niñas, Niños y/o Adolescentes (Psicóloga o Psicólogo)
Jefatura de Unidad Departamental de Terapia para Niñas, Niños y/o Adolescentes
B
10
Agenda la fecha y horario en que se llevará a cabo la Plática de Orientación y Sensibilización
11
Acude a la Plática de Orientación y Sensibilización el día y hora agendados
Nota:
En dicha plática además de la Psicóloga o el Psicólogo responsable, participará el personal que se designe de la Coordinación de Intervención Especializada para Apoyo Judicial.
12
Recibe a la madre, padre, tutor(a) o ambos y se realiza la Plática de Orientación y Sensibilización
¿Se considera realizar otra Plática de Orientación y Sensibilización?
Sí
No
13
Acude a la Jefatura de Unidad Departamental de Terapia para Niñas, Niños y/o Adolescentes para coordinar fechas
2
14
Da por terminada la Plática de Orientación y Sensibilización.
15
Captura en el Sistema autorizado por el Pleno del Consejo que la plática fue realizada
Sistema
1
Fin

Procedimiento: CIEAJ-010	Atención de solicitudes de asistencias técnicas a la Autoridad Jurisdiccional en materia familiar.
Objetivo general:	Auxiliar a la Autoridad Jurisdiccional 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 la 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 guion, número consecutivo, guion y año del ejercicio. ejemplo: SAT-0001-2020.

3. Cuando por necesidades del servicio debiera realizarse un cambio de Psicóloga o Psicólogo, la Jefatura de Unidad Departamental de Asistencia Técnica deberá elaborar un oficio informativo y enviarlo a la Autoridad Jurisdiccional en materia familiar que corresponda.

4. La Psicóloga o el Psicólogo especializado deberá presentarse con 30 minutos de antelación a la hora señalada para la audiencia.

5. 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.

6. Los reportes “Reporte de asistencia técnica no realizada” (DEIP-AT-01) y “Reporte de asistencia técnica realizada” (DEIP-AT-02) deberán entregarse a la Jefatura de Unidad Departamental de Asistencia Técnica dentro de los siguientes cinco días posteriores al día de la audiencia asignada.

7. 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.

8. 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.

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

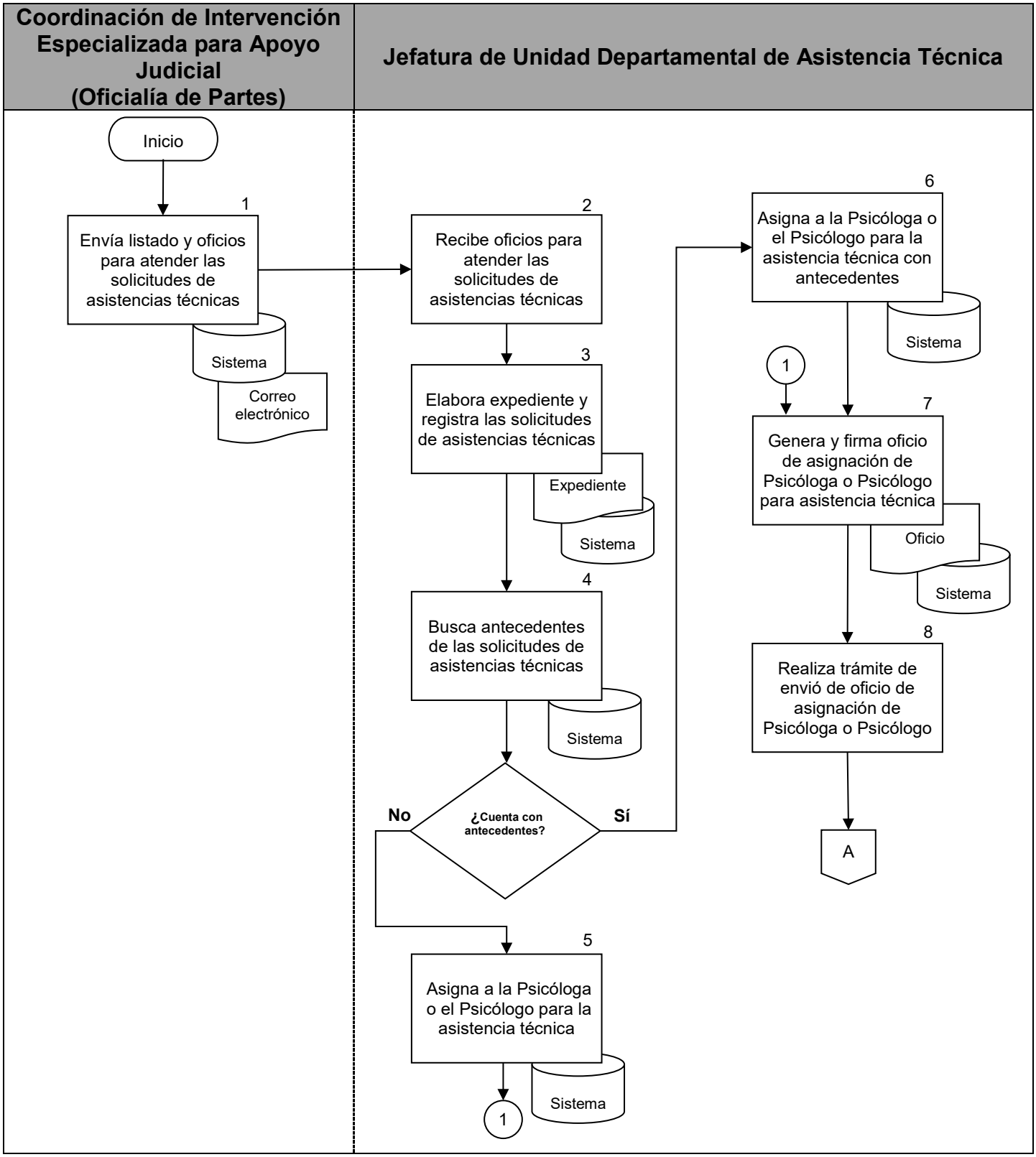
No.	Área.	Descripción de la actividad.	Documentos y/o sistemas de apoyo.
1	Coordinación de Intervención Especializada para Apoyo Judicial (Oficialía de Partes)	Envía listado y oficios a la Jefatura de Unidad Departamental de Asistencia Técnica a través del Sistema autorizado por el Pleno del Consejo y/o correo electrónico, para atender las solicitudes de asistencias técnicas de la Autoridad Jurisdiccional.	• Sistema • Correo electrónico
2	Jefatura de Unidad Departamental de Asistencia Técnica	Recibe oficios para atender las solicitudes de asistencias técnicas.	
3		Elabora expediente y registra en Sistema autorizado por el Pleno del Consejo, las solicitudes de asistencias técnicas.	• Sistema • Expediente
4		Busca antecedentes de las solicitudes de asistencias técnicas, a través del Sistema autorizado por el Pleno del Consejo. **¿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, a través del Sistema autorizado por el Pleno del Consejo. (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, a través del Sistema autorizado por el Pleno del Consejo.	• Sistema
7		Genera formato de oficio a través del Sistema autorizado por el Pleno del Consejo, edita, imprime y firma oficio de asignación de Psicóloga o Psicólogo para asistencia técnica.	• Sistema • Oficio

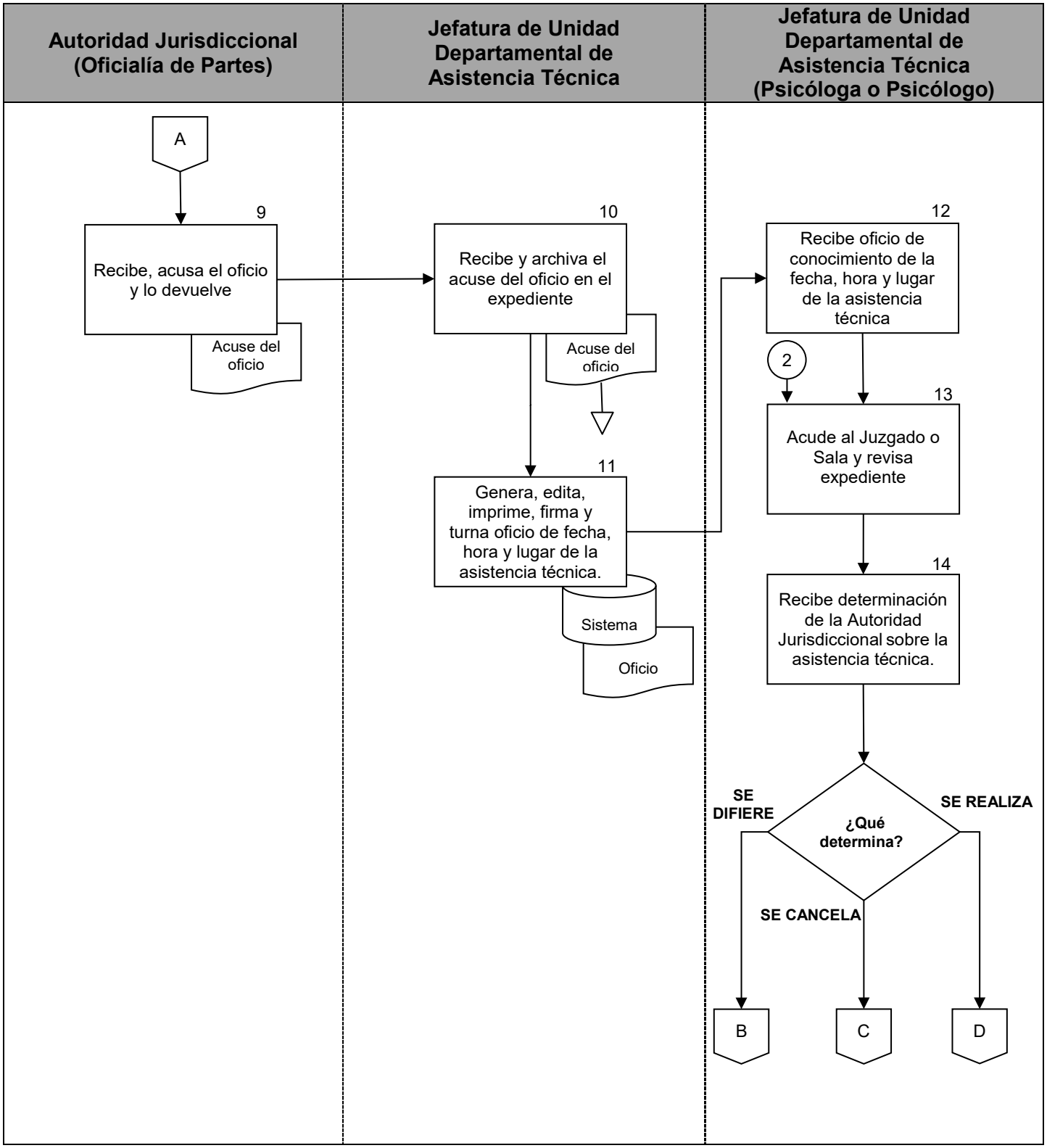
No.	Área.	Descripción de la actividad.	Documentos y/o sistemas de apoyo.
8	Jefatura de Unidad Departamental de Asistencia Técnica	Realiza trámite de envío de oficio de asignación de Psicóloga o Psicólogo para dar trámite a la solicitud de asistencia técnica.	
9	Autoridad Jurisdiccional (Oficialía de Partes)	Recibe, acusa el oficio y lo devuelve.	
10 11	Jefatura de Unidad Departamental de Asistencia Técnica	Recibe y archiva el acuse del oficio en el expediente. Genera formato de oficio a través del Sistema autorizado por el Pleno del Consejo, 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.	• Sistema • Oficio
12 13 14	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 de la Autoridad 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.20	
15	Jefatura de Unidad Departamental de Asistencia Técnica (Psicóloga o Psicólogo)	Informa mediante “Reporte de asistencia técnica no realizada” (DEIP-AT-01) a la Jefatura de Unidad Departamental de Asistencia Técnica que se difirió la diligencia.	• Formato DEIP-AT-01

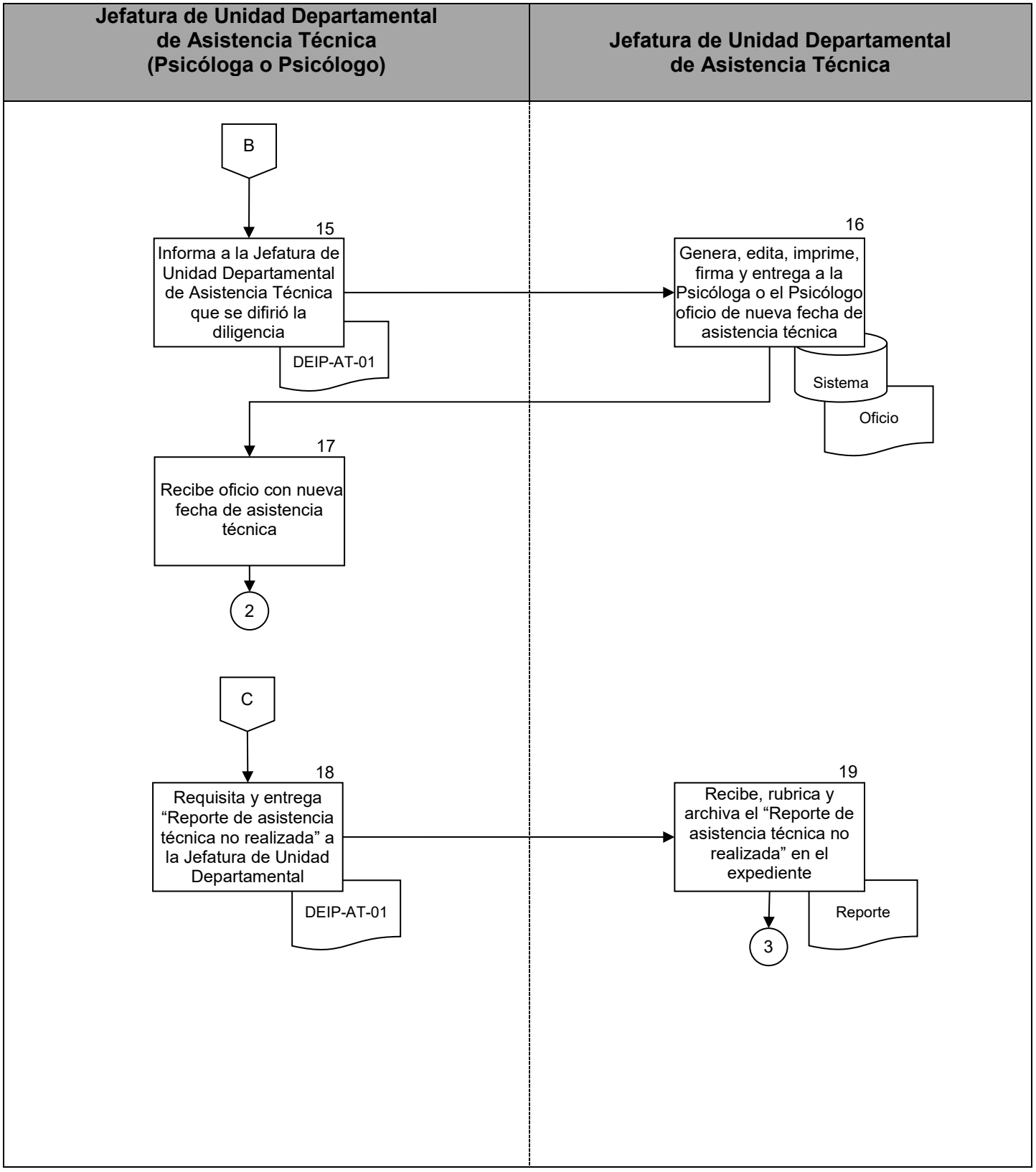
No.	Área.	Descripción de la actividad.	Documentos y/o sistemas de apoyo.
16	Jefatura de Unidad Departamental de Asistencia Técnica	Genera formato de oficio a través del Sistema autorizado por el Pleno del Consejo, edita, imprime, firma oficio y entrega a la Psicóloga o el Psicólogo oficio de nueva fecha 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)	
18		Requisita y entrega “Reporte de asistencia técnica no realizada” (DEIP-AT-01) a la Jefatura de Unidad Departamental de Asistencia Técnica.	• Formato DEIP-AT-01
19	Jefatura de Unidad Departamental de Asistencia Técnica	Recibe, rubrica y archiva el “Reporte de asistencia técnica no realizada” en el expediente. (Conecta con el fin del procedimiento)	
20	Jefatura de Unidad Departamental de Asistencia Técnica (Psicóloga o Psicólogo)	Requisita y entrega “Reporte de asistencia técnica realizada” (DEIP-AT-02) a la Jefatura de Unidad Departamental de Asistencia Técnica.	• Formato DEIP-AT-02
21	Jefatura de Unidad Departamental de Asistencia Técnica	Recibe y revisa “Reporte de asistencia técnica realizada”. **¿Autoriza Reporte de asistencia técnica realizada?** **No.** Continúa en la actividad no. 22 **Sí.** Continúa en la actividad no. 23	
22		Devuelve a la Psicóloga o el Psicólogo “Reporte de asistencia técnica realizada” con observaciones. (Regresa a la actividad no.20)	

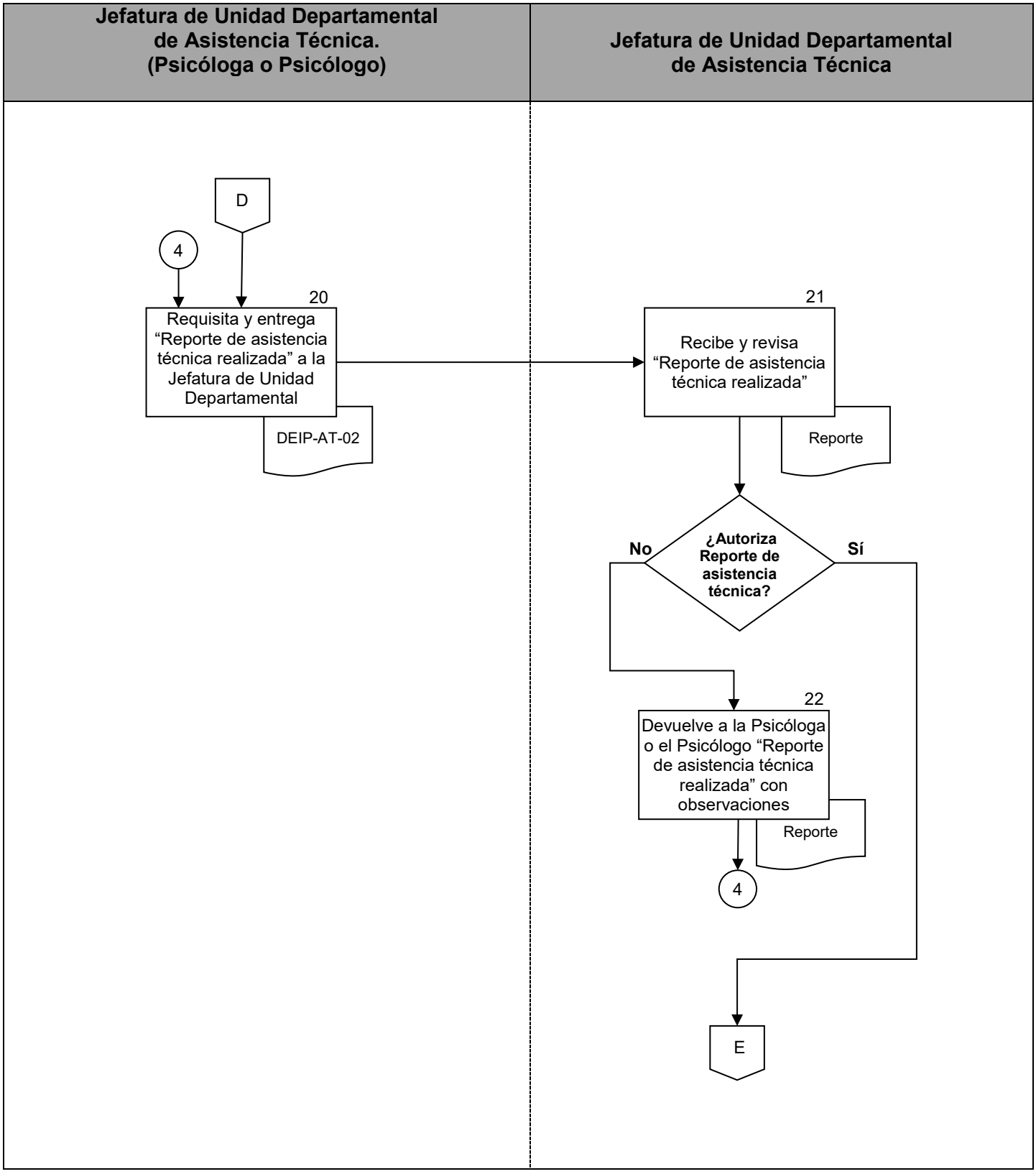
No.	Área.	Descripción de la actividad.	Documentos y/o sistemas de apoyo.
23	Jefatura de Unidad Departamental de Asistencia Técnica	Entrega para firma de la Psicóloga o el Psicólogo “Reporte de asistencia técnica realizada”.	
24	Jefatura de Unidad Departamental de Asistencia Técnica. (Psicóloga o Psicólogo)	Recibe, firma, y entrega “Reporte de asistencia técnica realizada” a la Jefatura de Unidad Departamental de Asistencia Técnica.	
25	Jefatura de Unidad Departamental de Asistencia Técnica	Recibe, rubrica y archiva expediente de asistencia técnica hasta que concluya su periodo de archivo en trámite.	

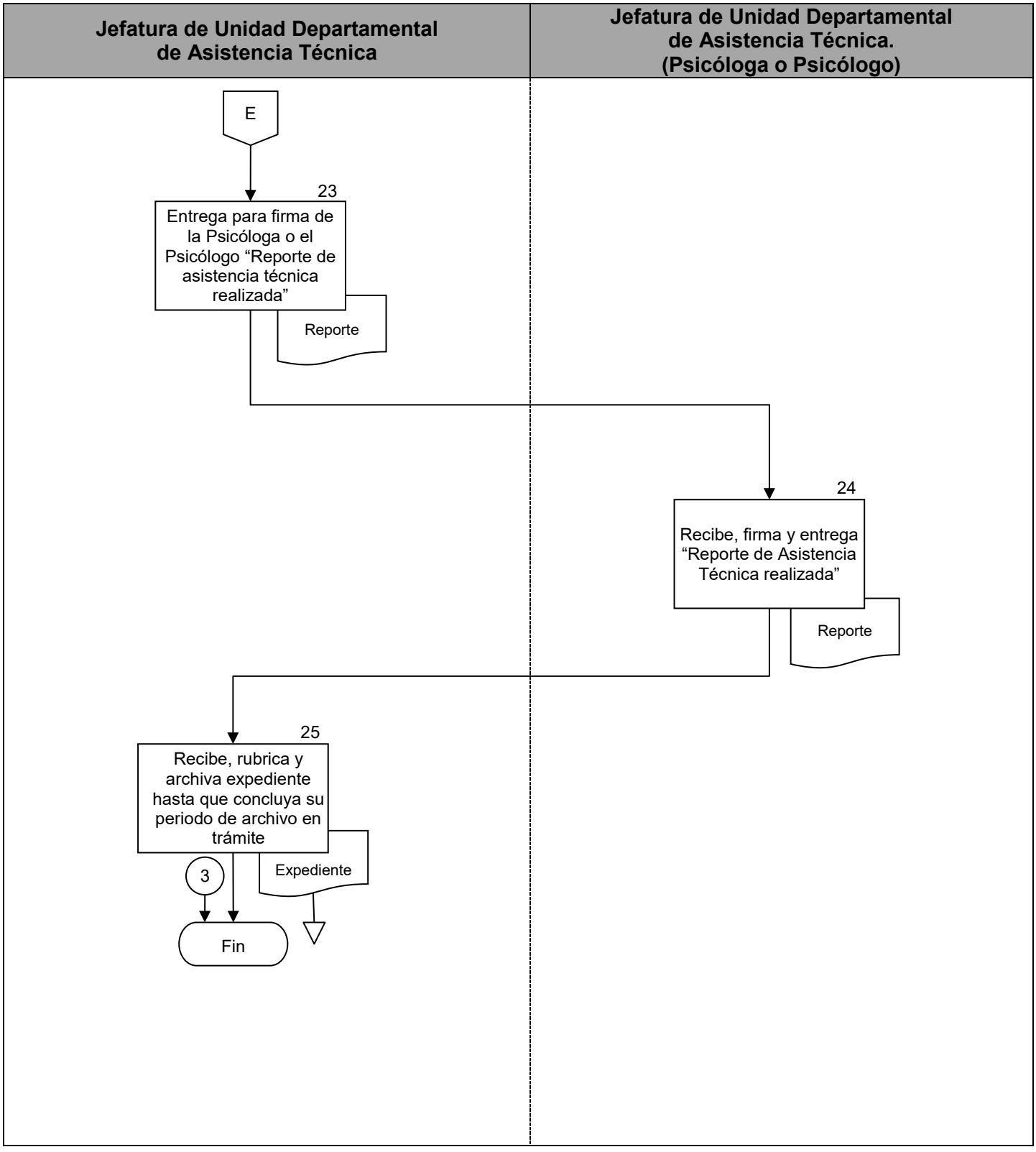
FIN DEL PROCEDIMIENTO


Coordinación de Intervención Especializada para Apoyo Judicial (Oficialía de Partes)
Jefatura de Unidad Departamental de Asistencia Técnica
Inicio
1
Envía listado y oficios para atender las solicitudes de asistencias técnicas
Sistema
Correo electrónico
2
Recibe oficios para atender las solicitudes de asistencias técnicas
3
Elabora expediente y registra las solicitudes de asistencias técnicas
Expediente
Sistema
4
Busca antecedentes de las solicitudes de asistencias técnicas
Sistema
¿Cuenta con antecedentes?
No
Sí
5
Asigna a la Psicóloga o el Psicólogo para la asistencia técnica
Sistema
1
6
Asigna a la Psicóloga o el Psicólogo para la asistencia técnica con antecedentes
Sistema
1
7
Genera y firma oficio de asignación de Psicóloga o Psicólogo para asistencia técnica
Oficio
Sistema
8
Realiza trámite de envió de oficio de asignación de Psicóloga o Psicólogo
A


Autoridad Jurisdiccional (Oficialía de Partes)
Jefatura de Unidad Departamental de Asistencia Técnica
Jefatura de Unidad Departamental de Asistencia Técnica (Psicóloga o Psicólogo)
A
9
Recibe, acusa el oficio y lo devuelve
Acuse del oficio
10
Recibe y archiva el acuse del oficio en el expediente
Acuse del oficio
11
Genera, edita, imprime, firma y turna oficio de fecha, hora y lugar de la asistencia técnica.
Sistema
Oficio
12
Recibe oficio de conocimiento de la fecha, hora y lugar de la asistencia técnica
2
13
Acude al Juzgado o Sala y revisa expediente
14
Recibe determinación de la Autoridad Jurisdiccional sobre la asistencia técnica.
¿Qué determina?
SE DIFIERE
SE REALIZA
SE CANCELA
B
C
D


Jefatura de Unidad Departamental de Asistencia Técnica (Psicóloga o Psicólogo)
Jefatura de Unidad Departamental de Asistencia Técnica
B
15
Informa a la Jefatura de Unidad Departamental de Asistencia Técnica que se difirió la diligencia
DEIP-AT-01
16
Genera, edita, imprime, firma y entrega a la Psicóloga o el Psicólogo oficio de nueva fecha de asistencia técnica
Sistema
Oficio
17
Recibe oficio con nueva fecha de asistencia técnica
2
C
18
Requisita y entrega "Reporte de asistencia técnica no realizada" a la Jefatura de Unidad Departamental
DEIP-AT-01
19
Recibe, rubrica y archiva el "Reporte de asistencia técnica no realizada" en el expediente
Reporte
3


Jefatura de Unidad Departamental de Asistencia Técnica. (Psicóloga o Psicólogo)
Jefatura de Unidad Departamental de Asistencia Técnica
D
4
20
Requisita y entrega "Reporte de asistencia técnica realizada" a la Jefatura de Unidad Departamental
DEIP-AT-02
21
Recibe y revisa "Reporte de asistencia técnica realizada"
Reporte
¿Autoriza Reporte de asistencia técnica?
No
Sí
22
Devuelve a la Psicóloga o el Psicólogo "Reporte de asistencia técnica realizada" con observaciones
Reporte
4
E


Jefatura de Unidad Departamental de Asistencia Técnica
Jefatura de Unidad Departamental de Asistencia Técnica. (Psicóloga o Psicólogo)
E
23
Entrega para firma de la Psicóloga o el Psicólogo “Reporte de asistencia técnica realizada”
Reporte
24
Recibe, firma y entrega “Reporte de Asistencia Técnica realizada”
Reporte
25
Recibe, rubrica y archiva expediente hasta que concluya su periodo de archivo en trámite
Expediente
3
Fin

"2022, Año de Ricardo Flores Magón, Precursor de la Revolución Mexicana"

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:

Psicólogo (a) Responsable

_____

DEIP-AT-01

"2022, Año de Ricardo Flores Magón, Precursor de la Revolución Mexicana"

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:** **Motivo:** (7)
Cancelada por la Autoridad	**Motivo:** (8)

Psicólogo (a) Responsable

_____

(9)

DEIP-AT-01

DESCRIPCIÓN DEL FORMATO

Nombre:	**REPORTE DE ASISTENCIA TÉCNICA NO REALIZADA**
Clave:	**DEIP-AT-01**
Objetivo:	Informar el motivo de cancelación o nueva fecha en caso de audiencia diferida.
Elabora:	Jefatura de Unidad Departamental Asistencia Técnica.
Número de tantos:	Original.
Distribución:	Original. -Jefatura de Unidad Departamental de Asistencia Técnica. (Expediente).

INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
1	FECHA	La fecha de la elaboración del reporte.
2	NO. DE REG. SAT	El número de registro de la asistencia técnica.
3	HORA DE INICIO	La hora de inicio de la asistencia técnica.
4	HORA DE SALIDA	La hora de salida de la asistencia técnica.
5	FECHA AT	La fecha de la asistencia técnica.
6	JUZGADO	El número de juzgado en materia familiar solicitante.
7	DIFERIDA	Descripción del motivo por el cual fue diferida la asistencia técnica solicitada.
8	CANCELADA POR LA AUTORIDAD	Descripción del motivo por el cual fue cancelada la asistencia técnica solicitada.
9	NOMBRE Y FIRMA DE LA PSICÓLOGA O EL PSICÓLOGO	El nombre y firma de la Psicóloga o el Psicólogo responsable de realizar la asistencia técnica.

"2022, Año de Ricardo Flores Magón, Precursor de la Revolución Mexicana"

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 las personas adultas participantes en la plática:	
Nombre de la niña, niño y/o Adolescente:	
Objetivo de la Audiencia:	

OBSERVACIONES	
Convenio entre las partes	
Sugerencia de la o el Psicólogo(a)	
Seguimiento del caso	Fecha: Hora: Motivo:

Psicólogo (a) Responsable

_____

DEIP-AT-02

"2022, Año de Ricardo Flores Magón, Precursor de la Revolución Mexicana"

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 las personas adultas 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 de la o el Psicólogo(a)	(12)
Seguimiento del caso	**Fecha:** **Hora:** **Motivo:** (13)

Psicólogo (a) Responsable

(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 de Asistencia Técnica.
Número de tantos:	Original.
Distribución:	Original. -Jefatura de Unidad Departamental de Asistencia Técnica. (Expediente).

INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
1	FECHA	Fecha de la elaboración del reporte.
2	NO. DE REG. SAT	Número de registro de la asistencia técnica.
3	HORA DE INICIO	Hora de inicio de la asistencia técnica.
4	HORA DE SALIDA	Hora de salida de la asistencia técnica.
5	FECHA ASISTENCIA	Fecha de la asistencia técnica.
6	JUZGADO/SALA	Número de juzgado en materia familiar solicitante.
7	NOMBRE DE LOS ADULTOS PARTICIPANTES EN LA PLÁTICA	Nombres (s) de las partes en el juicio.
8	NOMBRE DE LA NIÑA, NIÑO Y/O ADOLESCENTE	Nombre (s) de las niñas, niños y/o adolescentes que participan en la audiencia.
9	OBJETIVO DE LA AUDIENCIA	Tipo de solicitud realizada por la Autoridad Jurisdiccional.
10	OBSERVACIONES	Descripción de lo sucedido en la audiencia.
11	CONVENIO ENTRE LAS PARTES	Características del convenio al que llegaron las partes si es que lo hay.

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
12	SUGERENCIAS DE LA O EL PSICÓLOGO	Sugerencias de la Psicólogas o el Psicólogo (puede no haber sugerencias).
13	SEGUIMIENTO DEL CASO	Fecha, hora y el motivo por el cual se solicita otra asistencia técnica.
14	NOMBRE Y FIRMA DE LA PSICÓLOGA O EL PSICÓLOGO	Nombre y firma de la Psicóloga o el Psicólogo responsable de realizar la asistencia técnica.

Procedimiento: CIEAJ -011	Asignación de cita para la práctica de la pericial de trabajo social, en materia Familiar, Penal, de Tutela de Derechos Humanos, sujetos de tutela y estudios socioeconómicos.
Objetivo general:	Programar cita para la práctica de la pericial de trabajo social, en Materia Familiar, Penal, de Tutela de Derechos Humanos, sujetos de tutela y estudios socioeconómicos.
Políticas y normas de operación:	

1. Las periciales en trabajo social y los estudios socioeconómicos se realizarán conforme a los “Lineamientos para la práctica del peritaje en Trabajo Social que realiza la Subdirección de Trabajo Social de la Coordinación de Intervención Especializada para Apoyo Judicial en el Tribunal Superior de Justicia de la Ciudad de México”.

2. Se entenderá por periciales de trabajo social, a todas aquellas solicitudes realizadas por la Autoridad Jurisdiccional en:
   a) Materia Familiar;
   b) Materia Penal;
   c) Tutela de Derechos Humanos; y
   d) De sujetos de tutela (grupos vulnerables).

3. Se entenderá por estudio socioeconómico a las siguientes solicitudes:
   I. Todas aquellas solicitudes realizadas por la Autoridad Jurisdiccional para el descuento o exención de pago de las cuotas de recuperación que cobrará el Instituto de Servicios Periciales y Ciencias Forenses por las pruebas periciales de:
      a) Paternidad;
      b) Psiquiátricos;
      c) Toxicológicos para alcohol; y

d) Toxicológicos para drogas.

II. Todas aquellas solicitudes realizadas por la Autoridad Jurisdiccional para el descuento o exención de pago de las cuotas de recuperación que cobrará la Dirección de Evaluación e Intervención Psicológica por los estudios psicológicos.

4. Las actividades sustantivas de la Subdirección de Trabajo Social, consisten en la realización de periciales en trabajo social en materia Familiar, Penal, de Tutela de Derechos Humanos, sujetos de tutela y estudios socioeconómicos para exención de pago de las periciales de paternidad, psiquiátricos, toxicológicos para alcohol o drogas y psicológicos, ordenados por la Autoridad Jurisdiccional.

5. Las periciales en trabajo social y estudios socioeconómicos solicitados mediante oficio por la Autoridad Jurisdiccional serán realizados y atendidos por la Subdirección de Trabajo Social.

6. La Subdirección de Trabajo Social proporcionará sus servicios únicamente a las personas que expresamente determine la Autoridad Jurisdiccional, derivado de procedimientos seguidos ante la jurisdicción del Tribunal.

7. Los oficios que se reciben en la Subdirección de Trabajo Social para la realización de estudios socioeconómicos y de las periciales en trabajo social, a excepción de la de Materia Penal, 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 y/o estudio socioeconómico;

d) Domicilio completo del lugar en el que actualmente reside (calle, avenida, callejón, cerrada o andador, número exterior, número interior, colonia, alcaldía y código postal); y
e) Comprobante de domicilio no mayor a tres meses de servicios intradomiciliarios del lugar de residencia.

8. Para el caso de las periciales de trabajo social en Materia Penal, los oficios que se reciban en la Subdirección de Trabajo Social deberán contener la siguiente información:
   a) Rubro de referencia;
   b) Motivo de estudio;
   c) Nombre completo y correcto de la persona usuaria a la que se deberá realizar la pericial; y
   d) El domicilio completo donde se encuentra la persona usuaria a la que se le realizará la pericial, debiendo precisar si está interna, en qué reclusorio esta o en su defecto el domicilio particular señalando: calle, número interior, número exterior, colonia, alcaldía y código postal.

9. El oficio que no cuente con los datos necesarios para poder llevar a cabo la pericial o el estudio socioeconómico, se le dará contestación indicando a la Autoridad Jurisdiccional la información qué hace falta.

10. Los oficios que no cuenten con antecedentes en la Subdirección de Trabajo Social, se les abrirá un expediente nuevo, para el caso de las periciales de trabajo social se le asignará un número progresivo de registro interno que consta de tres letras que representan la pericial en trabajo social, seguidas de una diagonal, letra por tipo de materia, diagonal, número consecutivo, diagonal y año del ejercicio. Ejemplo:
    a) Pericial en trabajo social en Materia Familiar PTS/F/0001/2022;
    b) Pericial en trabajo social en Materia Penal PTS/P/0001/2022;

c) Pericial en trabajo social de Tutela de Derechos Humanos PTS/TDH/0001/2022;
d) Pericial en trabajo social de sujetos de Tutela PTS/ST/0001/2022.

11. Los oficios que no cuenten con antecedentes en la Subdirección de Trabajo Social se les abrirá un expediente nuevo, para el caso de los estudios socioeconómicos se le asignará un número progresivo de registro interno que consta de tres letras que representan el estudio socioeconómico, seguidas de una diagonal, número consecutivo, diagonal y año del ejercicio. Ejemplo: ETS/0001/2022

12. Los oficios que ya tengan antecedente en la Subdirección de Trabajo Social, se anexarán al expediente anterior sea de pericial en trabajo social o de estudio socioeconómico 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.

13. 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 en trabajo social en Materia Familiar, de Tutela de Derechos Humanos, sujetos de tutela y estudios socioeconómicos con los documentos siguientes en original y dos copias simples de: identificación vigente y comprobante de domicilio, en las fechas señaladas que se indicaron a la Autoridad Jurisdiccional mediante oficio.

14. 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; y
h) Alguna otra identificación con fotografía, expedida por alguna institución pública.

15. 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; y
    g) Constancia de residencia.

16. Se programará una cita de cotejo cuando no se cuente con algún antecedente en las periciales de trabajo social en Materia Familiar, de Tutela de Derechos Humanos y los estudios socioeconómicos.

17. Se dará cita directa:
    a) Cuando ya se haya realizado un cotejo, programado una fecha ya sea para pericial en trabajo social o para estudio socioeconómico y corresponda al mismo domicilio de la nueva solicitud, y esta no haya podido ser realizada;
    b) En los casos que la persona usuaria se encuentre sujeta a tutela;
    c) En las periciales en Materia Penal.

18. No se agendará cita para la práctica de la pericial en trabajo social o de estudio socioeconómico ordenado cuando:
    a) La Autoridad Jurisdiccional así lo ordene;

b) El procedimiento legal haya concluido o se haya celebrado un convenio, siempre que la Autoridad Jurisdiccional lo informe a la Subdirección de Trabajo Social por escrito;
c) La persona usuaria no acuda personalmente a la Subdirección de Trabajo Social en la fecha programada para la primera cita;
d) La persona usuaria en su primera cita, no presente identificación oficial y/o comprobante de domicilio;
e) Al cotejar la documentación presentada por la persona usuaria a quien se le realizará la pericial o el estudio socioeconómico con la proporcionada por la Autoridad Jurisdiccional, se perciban inconsistencias en el nombre o domicilio del lugar en el que reside;
f) La persona usuaria acuda a su primera cita después del tiempo de tolerancia de diez minutos, por motivos no imputables a la Subdirección de Trabajo Social;
g) La persona usuaria ya no viva en el domicilio indicado por la Autoridad Jurisdiccional.

19. Se proporcionará a la persona usuaria el aviso de privacidad con la finalidad de informar que los datos personales recabados serán utilizados con el objetivo de llevar a cabo las periciales en trabajo social o el estudio socioeconómico ordenadas por la Autoridad Jurisdiccional, para aportar de forma integral elementos de convicción para la toma de decisiones en el ámbito jurisdiccional.

20. La persona usuaria a la que se le realice la pericial en trabajo social en Materia Familiar, de Tutela de Derechos Humanos o sujetos de Tutela deberá proporcionar dos copias simples a la Trabajadora 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, etc.);
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 o credencial de derechohabiente;
h) Pólizas de seguros de vida;
i) Recetas, notas médicas, hojas de referencias o resúmenes clínicos;
j) Pagos de servicio de salud;
k) Facturas de medicamentos;
l) Contrato o recibos de arrendamiento;
m) Estados de cuenta de créditos hipotecarios o depósitos bancarios por créditos hipotecarios;
n) Escrituras;
o) Recibos de pago de servicios de la vivienda (luz, agua, gas, predio, teléfono, mantenimiento, internet, tv de paga, celular, etc.);
p) Facturas de gastos de alimentación (no tickets de compra);
q) Estados de cuenta bancarios de tarjetas de nómina, crédito, débito o departamental;
r) Credencial laboral;
s) Contrato o constancia laboral;
t) Recibos de pago (nómina);
u) Pagos de pensión alimenticia (depósitos bancarios, transferencias o billete de depósito);
v) Declaración ante Hacienda.

21. La persona usuaria a la que se le realizará pericial en trabajo social en Materia Penal, deberá proporcionar personalmente o a través de su tutor(a) o persona de confianza, dos copias simples de los siguientes documentos de no más de tres

meses de antigüedad, los que guardarán relación con su persona, con su aval moral y la oferta laboral, mismos que serán el sustento del dictamen pericial:

a) Identificación oficial;
b) Comprobante de domicilio;
c) Carnet de citas médicas o credencial de derechohabiente;
d) Pólizas de seguros de vida;
e) Recetas, notas médicas, hojas de referencias o resúmenes clínicos.
f) Pagos de servicio de salud;
g) Facturas de medicamentos;
h) Contrato o recibos de arrendamiento;
i) Estados de cuenta de créditos hipotecarios o depósitos bancarios por créditos hipotecarios;
j) Escrituras;
k) Credencial laboral;
l) Contrato o constancia laboral;
m) Recibos de pago (nómina);
n) Carnet de visitas.

22. La persona usuaria a la que se le realice el estudio socioeconómico deberá presentar dos copias simples de:

a) Credencial laboral;
b) Contrato o constancia laboral;
c) Recibos de pago (nómina);
d) Estados de cuenta en donde les depositen su nómina;
e) Constancia de discapacidad.

23. Al concluir el cotejo de documentos, se le proporcionará a la persona usuaria la encuesta de satisfacción del servicio otorgado por la persona servidora pública que lo atendió, la cual no es de carácter obligatorio para archivar al expediente.

24. 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.

25. De presentarse algún caso en el cual la persona usuaria, muestre 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 a la Autoridad Jurisdiccional.

No.	Área.	Descripción de la actividad.	Documentos y/o sistemas de apoyo.
1	Coordinación de Intervención Especializada para Apoyo Judicial (Oficialía de Partes)	Recibe y reenvía las solicitudes de las Autoridades Jurisdiccionales a través del Sistema autorizado por el Pleno del Consejo, correo electrónico y/o documento impreso, a la Subdirección de Trabajo Social.	• Sistema • Correo electrónico
2	Subdirección de Trabajo Social (Personal administrativo)	Recibe, revisa y verifica que los oficios relativos a las solicitudes de pericial en trabajo social o estudio socioeconómico 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 a través del Sistema autorizado por el Pleno del Consejo, solicitando a la Autoridad Jurisdiccional, envíe los datos faltantes para poder llevar a cabo la pericial en trabajo social o estudio socioeconómico y envía a la Subdirección de Trabajo Social, para su firma.	• Sistema • Oficio
4	Subdirección de Trabajo Social	Recibe, revisa, firma oficio y realiza trámite de envío a la Autoridad Jurisdiccional.	
5	Autoridad 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. 1)	

No.	Área.	Descripción de la actividad.	Documentos y/o sistemas de apoyo.
7	Subdirección de Trabajo Social (Personal administrativo)	Valida en el Sistema autorizado por el Pleno del Consejo, si la pericial en trabajo social o el estudio socioeconómico tiene antecedentes o son nuevos requerimientos. **¿Tienen antecedentes?** **No.** Continúa en la actividad no. 8 **Sí.** Continúa en la actividad no. 10	• Sistema
8		Revisa qué tipo de servicio se requiere en la solicitud, para determinar si se agenda cita directa o para cotejo. **¿Tipo de servicio?** **Pericial de sujetos de Tutela y en Materia Penal.** Continúa en la actividad no. 9 **Pericial en Materia Familiar, Tutela de Derechos Humanos o estudio socioeconómico.** Continúa en la actividad no. 10	
9		Genera e imprime oficio en el Sistema autorizado por el Pleno del Consejo, indicando a la Autoridad Jurisdiccional, la fecha y horario en el que se realizará cita directa (STS-PTS-FCDS-01) y (STS-ETS-FCDS-02). (Continúa en la actividad no. 28)	• Sistema • Oficio • Formato STS-PTS-FCDS-01 STS-ETS-FCDS-02
10		Asigna número de registro interno en el Sistema autorizado por el Pleno del Consejo, para los requerimientos de la pericial en trabajo social o estudio socioeconómico.	• Sistema

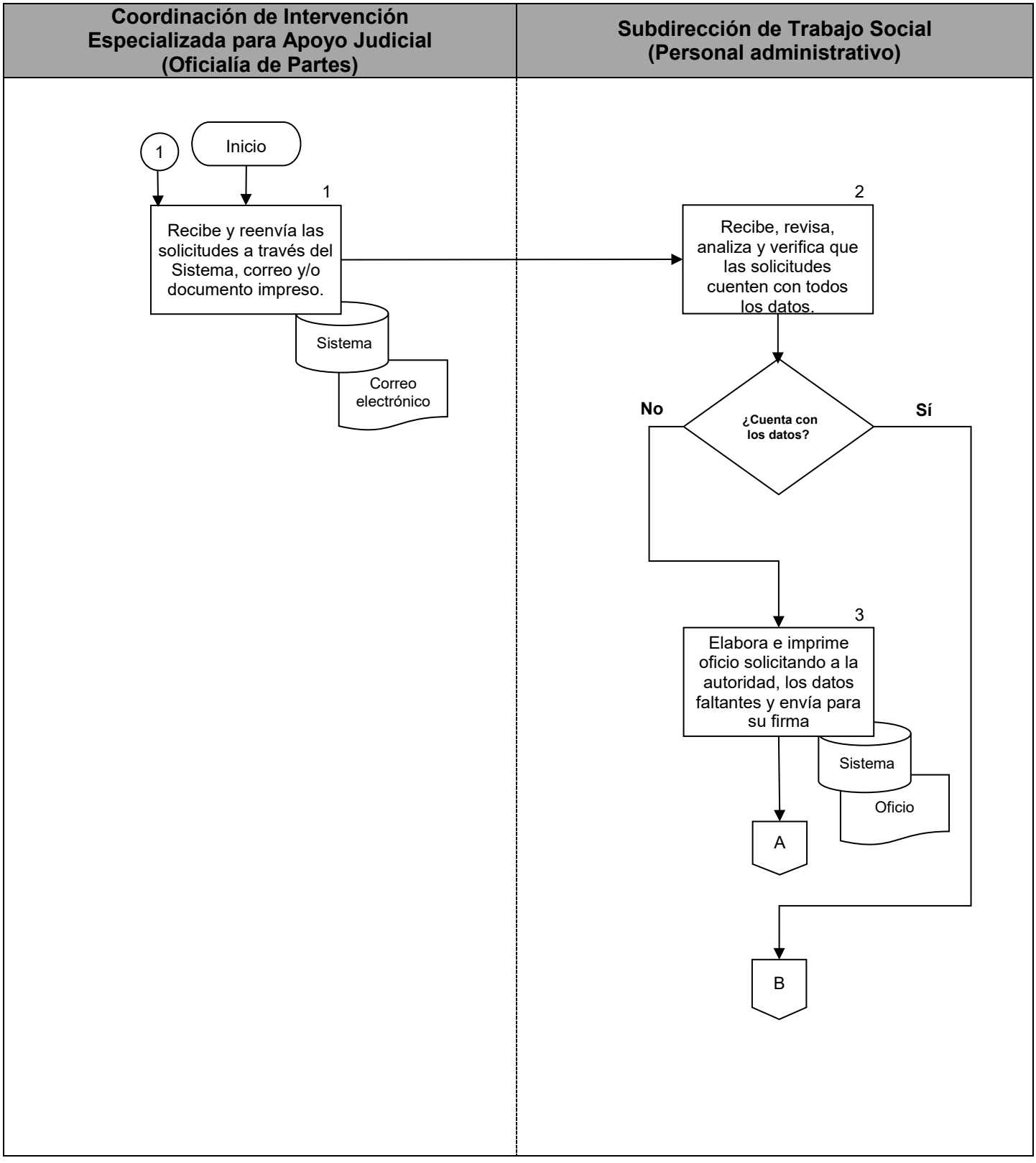
No.	Área.	Descripción de la actividad.	Documentos y/o sistemas de apoyo.
11	Subdirección de Trabajo Social (Personal administrativo)	Elabora expediente de la pericial en trabajo social o el estudio socioeconómico.	• Expediente
12		Genera e imprime oficio a través del Sistema autorizado por el Pleno del Consejo, indicando a la Autoridad Jurisdiccional, la fecha y lugar en el que la persona usuaria tendrá que presentarse para la cita de cotejo de documentos, y envía a la Subdirección de Trabajo Social, para su firma.	• Sistema • Oficio
13	Subdirección de Trabajo Social	Recibe, revisa, firma oficio y realiza trámite de envío a la Autoridad Jurisdiccional.	
14	Autoridad Jurisdiccional (Oficialía de Partes)	Recibe, acusa el oficio y lo devuelve.	
15	Subdirección de Trabajo Social (Personal administrativo)	Recibe y archiva el acuse del oficio en expediente.	
16		Espera a que la persona usuaria del servicio se presente a la cita de cotejo de documentos. **¿Acude la persona usuaria a la cita?** **No.** Continúa en la actividad no. 17 **Sí.** Continúa en la actividad no. 21	
17		Genera e imprime oficio a través del Sistema autorizado por el Pleno del Consejo, indicando a la Autoridad Jurisdiccional, la inasistencia de la persona usuaria, y envía a la Subdirección de Trabajo Social, para su firma.	• Sistema • Oficio
18	Subdirección de Trabajo Social	Recibe, revisa, firma oficio y envía a la Autoridad Jurisdiccional.	

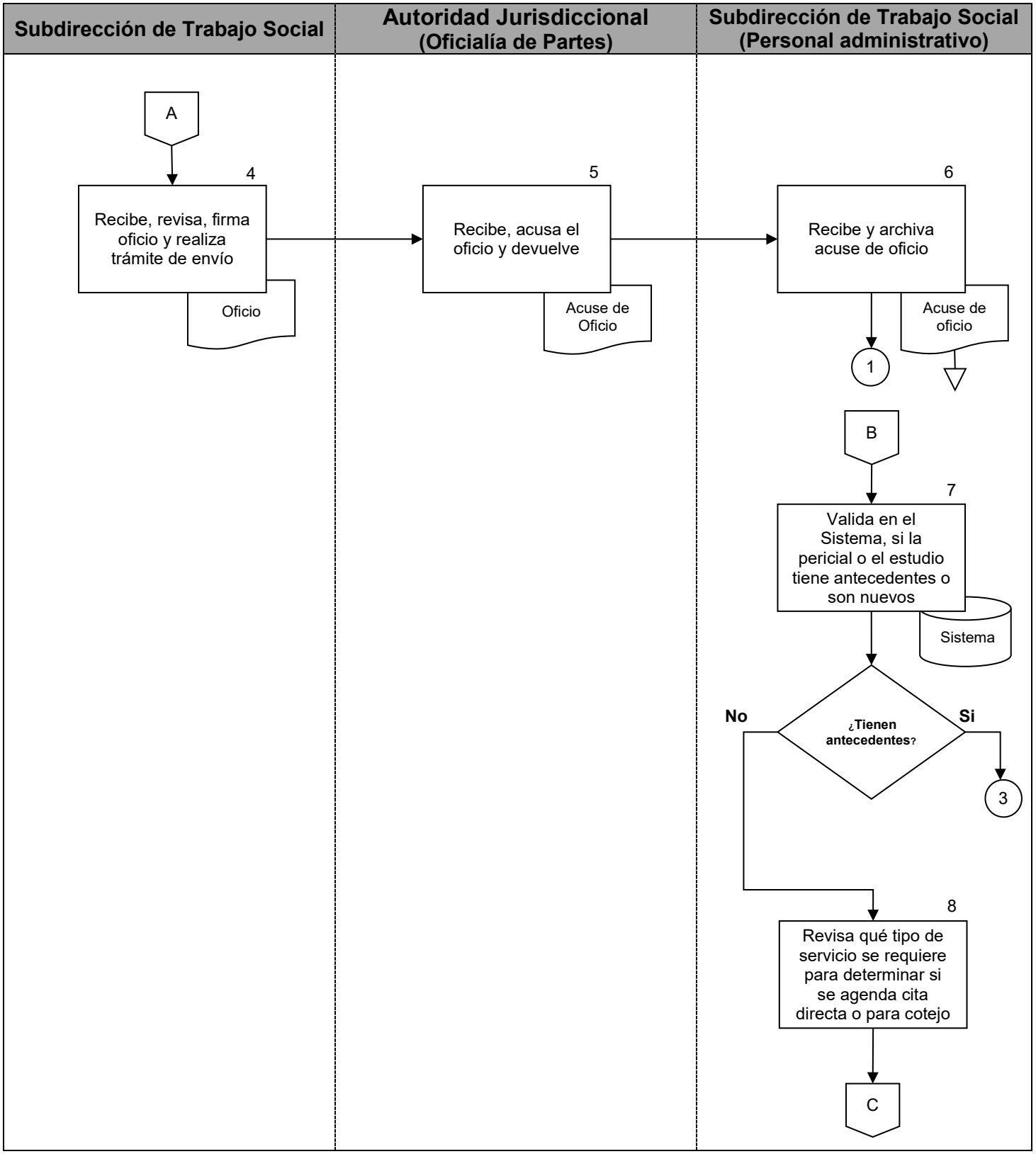
No.	Área.	Descripción de la actividad.	Documentos y/o sistemas de apoyo.
19	Autoridad Jurisdiccional (Oficialía de Partes)	Recibe, acusa el oficio y lo devuelve.	
20	Subdirección de Trabajo Social (Personal administrativo)	Recibe y archiva el acuse del oficio en el expediente. (Conecta con el fin del procedimiento)	
21		Recibe a la persona usuaria, proporciona aviso de privacidad, genera el “Formato cotejo y seguimiento para pericial en trabajo social” (STS-PTS-FCS-01) y “Formato cotejo y seguimiento para estudio socioeconómico” (STS-ETS-FCS-02) a través del Sistema autorizado por el Pleno del Consejo y realiza el cotejo de documentos. **¿Cuenta con los documentos?** **No.** Continúa en la actividad no. 22 **Sí.** Continúa en la actividad no. 27	• Sistema • Formato STS-PTS-FCS-01 STS-ETS-FCS-02
22		Informa a la persona usuaria que no cuenta con los documentos, mediante “Formato cotejo y seguimiento no procedente” (STS-FCSNP-01) generado en el Sistema autorizado por el Pleno del Consejo, por lo que no podrá llevarse a cabo la pericial en trabajo social o el estudio socioeconómico.	• Sistema • Formato STS-FCSNP-01
23		Genera e imprime oficio a través del Sistema autorizado por el Pleno del Consejo, indicando a la Autoridad Jurisdiccional, que la persona usuaria no cuenta con los documentos, cancelando la solicitud, y señalando que en caso de requerir nuevamente una cita, se tendrá que hacer una nueva solicitud, y envía a la Subdirección de Trabajo Social, para su firma.	• Sistema • Oficio

No.	Área.	Descripción de la actividad.	Documentos y/o sistemas de apoyo.
24	Subdirección de Trabajo Social	Recibe, revisa, firma oficio y realiza trámite de envío a la Autoridad Jurisdiccional.	
25	Autoridad 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 el expediente. (Conecta con el fin del procedimiento)	
27		Genera e imprime los formatos “Fecha de pericial en trabajo social” (STS-PTS-VD-01) y “Fecha de aplicación de estudio socioeconómico” (STS-ETS-01) a través del Sistema autorizado por el Pleno del Consejo, para la persona usuaria con fecha de visita domiciliaria o de aplicación de estudio socioeconómico, y envía a la Subdirección de Trabajo Social para su firma.	• Sistema • Formato STS-PTS-VD-01 STS-ETS-01
28		Genera e imprime los formatos “Asignación de pericial” (STS-PTS-A-01) y “Asignación de estudio socioeconómico” (STS-ETS-A-02) a través del Sistema autorizado por el Pleno del Consejo, para la Trabajadora o el Trabajador Social a quien se le asigna la pericial en trabajo social o de estudio socioeconómico y envía a la Subdirección de Trabajo Social para su firma.	• Sistema • Formato STS-PTS-A-01 STS-ETS-A-02
29	Subdirección de Trabajo Social	Recibe, revisa, firma los formatos y entrega al personal administrativo de la Subdirección de Trabajo Social.	
30	Subdirección de Trabajo Social (Personal administrativo)	Recibe los formatos para la persona usuaria y para la Trabajadora o el Trabajador Social y se los entrega.	

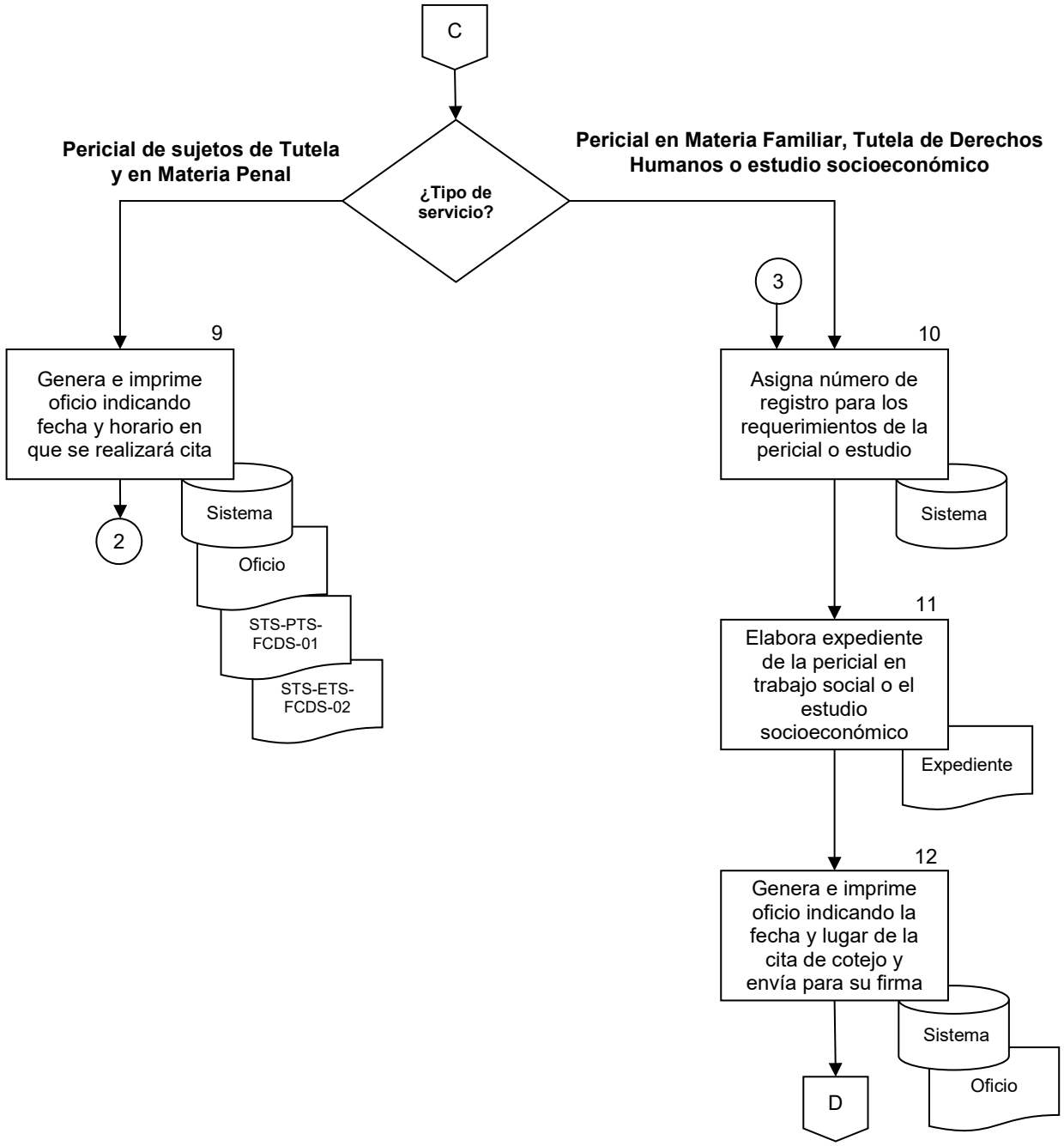
No.	Área.	Descripción de la actividad.	Documentos y/o sistemas de apoyo.
31	Persona usuaria	Recibe, firma y devuelve formato con fecha de visita domiciliaria o de aplicación de estudio socioeconómico.	
32	Subdirección de Trabajo Social (Personal administrativo)	Recibe y archiva formato con fecha de visita domiciliaria o de aplicación de estudio socioeconómico en el expediente.	
33		Genera e imprime oficio en el Sistema autorizado por el Pleno del Consejo, indicando a la Autoridad Jurisdiccional, la fecha y horario de la visita domiciliaria o de aplicación de estudio socioeconómico, y envía a la Subdirección de Trabajo Social, para su firma.	• Sistema • Oficio
34	Subdirección de Trabajo Social	Recibe revisa, firma oficio y realiza trámite de envío a la Autoridad Jurisdiccional.	
35	Autoridad Jurisdiccional (Oficialía de Partes)	Recibe, acusa el oficio y lo devuelve.	
36	Subdirección de Trabajo Social (Personal administrativo)	Recibe y archiva el acuse del oficio en el expediente.	
37		Entrega expediente y formato de asignación de pericial en trabajo social o de aplicación de estudio socioeconómico a la Trabajadora o el Trabajador Social.	

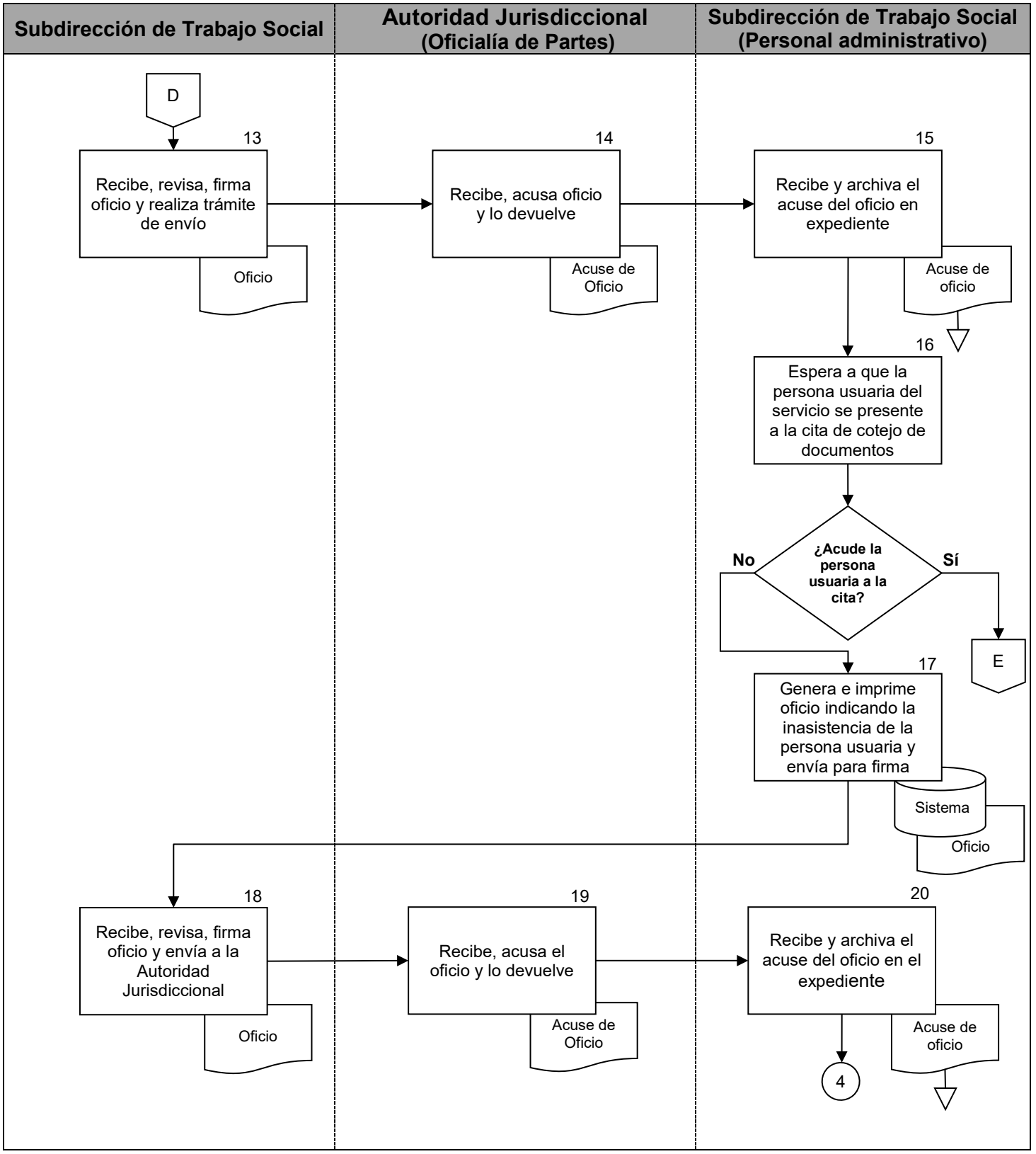
FIN DEL PROCEDIMIENTO

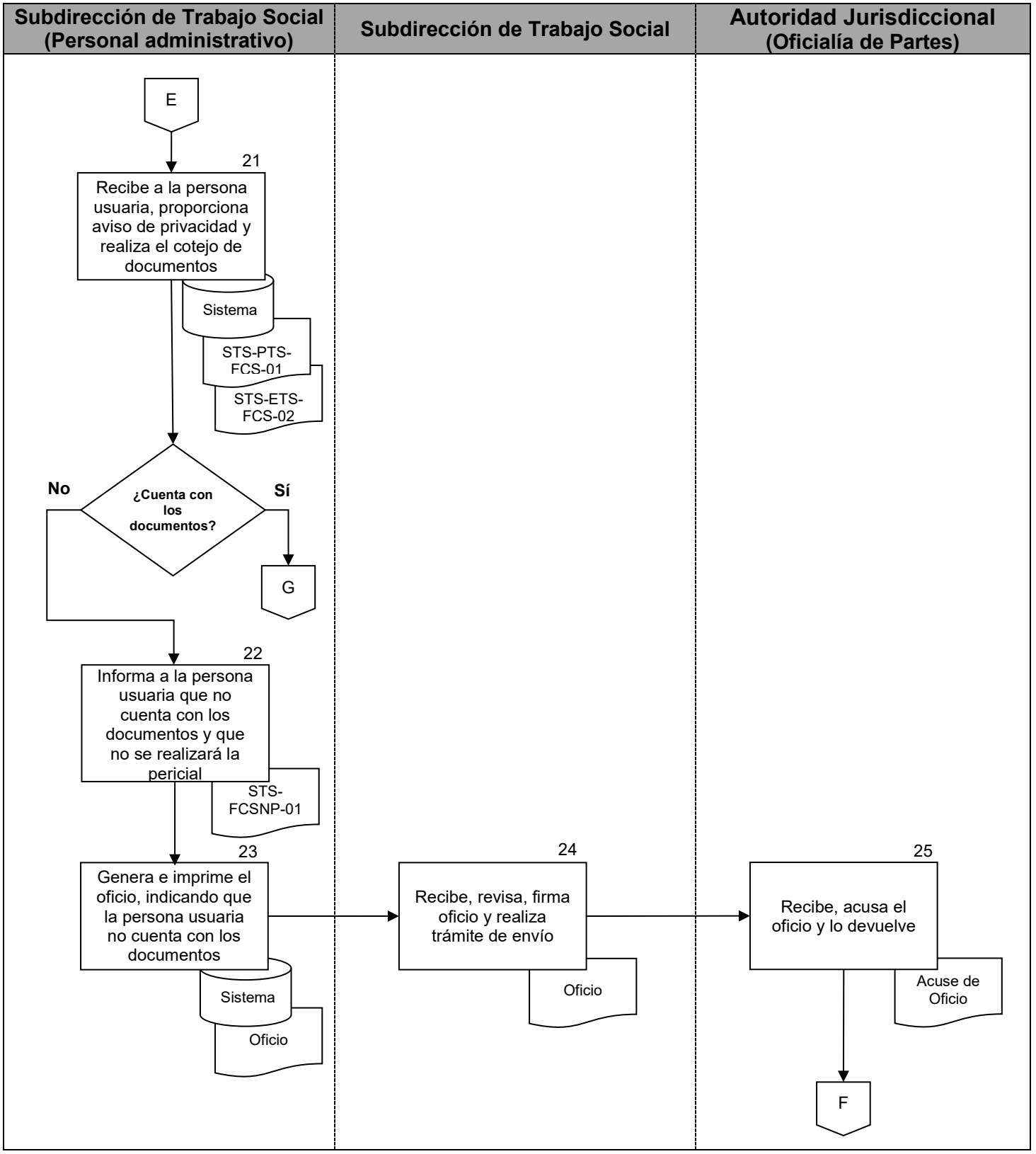

Coordinación de Intervención Especializada para Apoyo Judicial (Oficialía de Partes)
Subdirección de Trabajo Social (Personal administrativo)
1
Inicio
1
Recibe y reenvía las solicitudes a través del Sistema, correo y/o documento impreso.
Sistema
Correo electrónico
2
Recibe, revisa, analiza y verifica que las solicitudes cuenten con todos los datos.
¿Cuenta con los datos?
No
Sí
3
Elabora e imprime oficio solicitando a la autoridad, los datos faltantes y envía para su firma
Sistema
Oficio
A
B

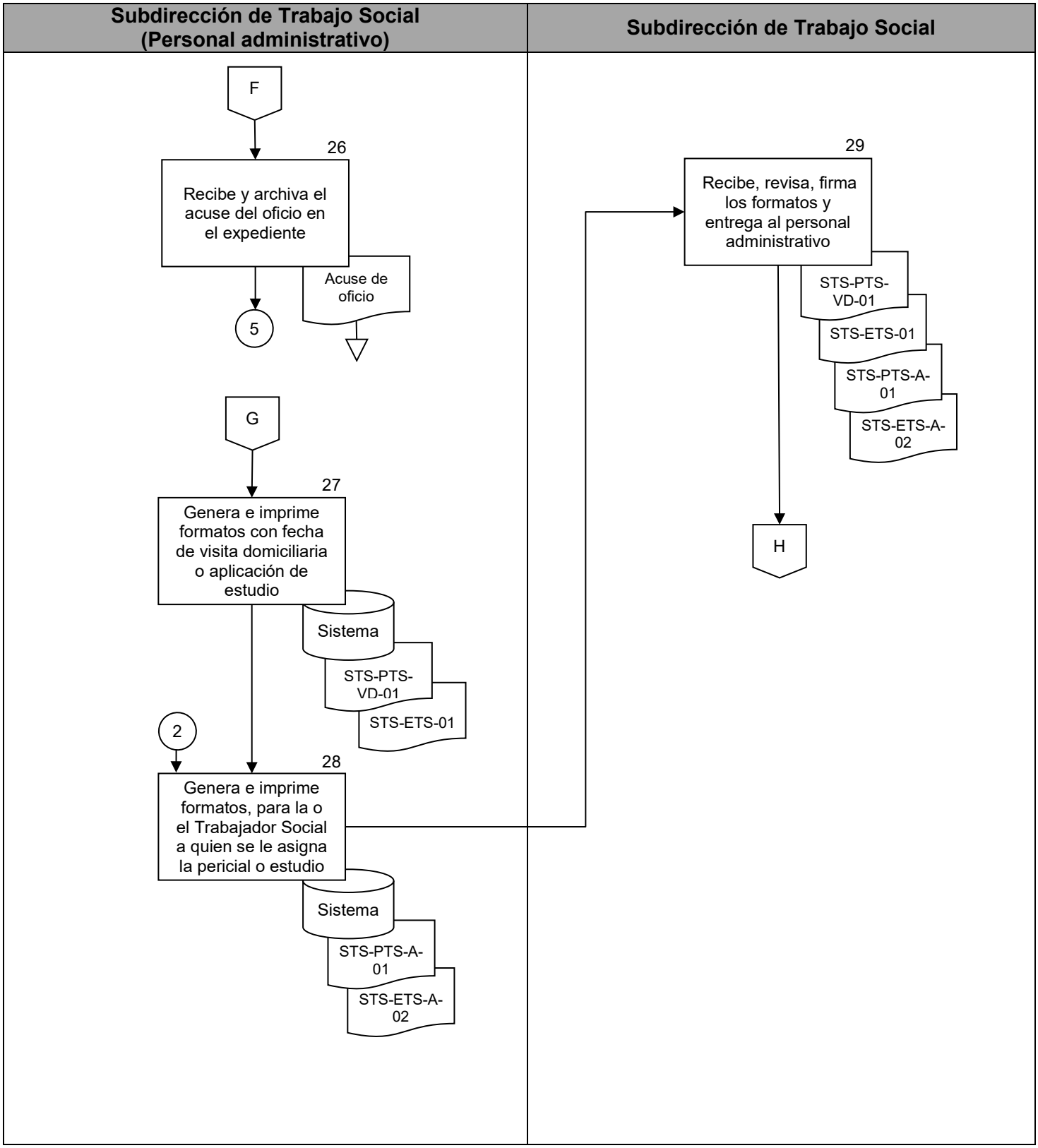

Subdirección de Trabajo Social
Autoridad Jurisdiccional (Oficialía de Partes)
Subdirección de Trabajo Social (Personal administrativo)
A
4
Recibe, revisa, firma oficio y realiza trámite de envío
Oficio
5
Recibe, acusa el oficio y devuelve
Acuse de Oficio
6
Recibe y archiva acuse de oficio
Acuse de oficio
1
B
7
Valida en el Sistema, si la pericial o el estudio tiene antecedentes o son nuevos
Sistema
¿Tienen antecedentes?
No
Si
3
8
Revisa qué tipo de servicio se requiere para determinar si se agenda cita directa o para cotejo
C

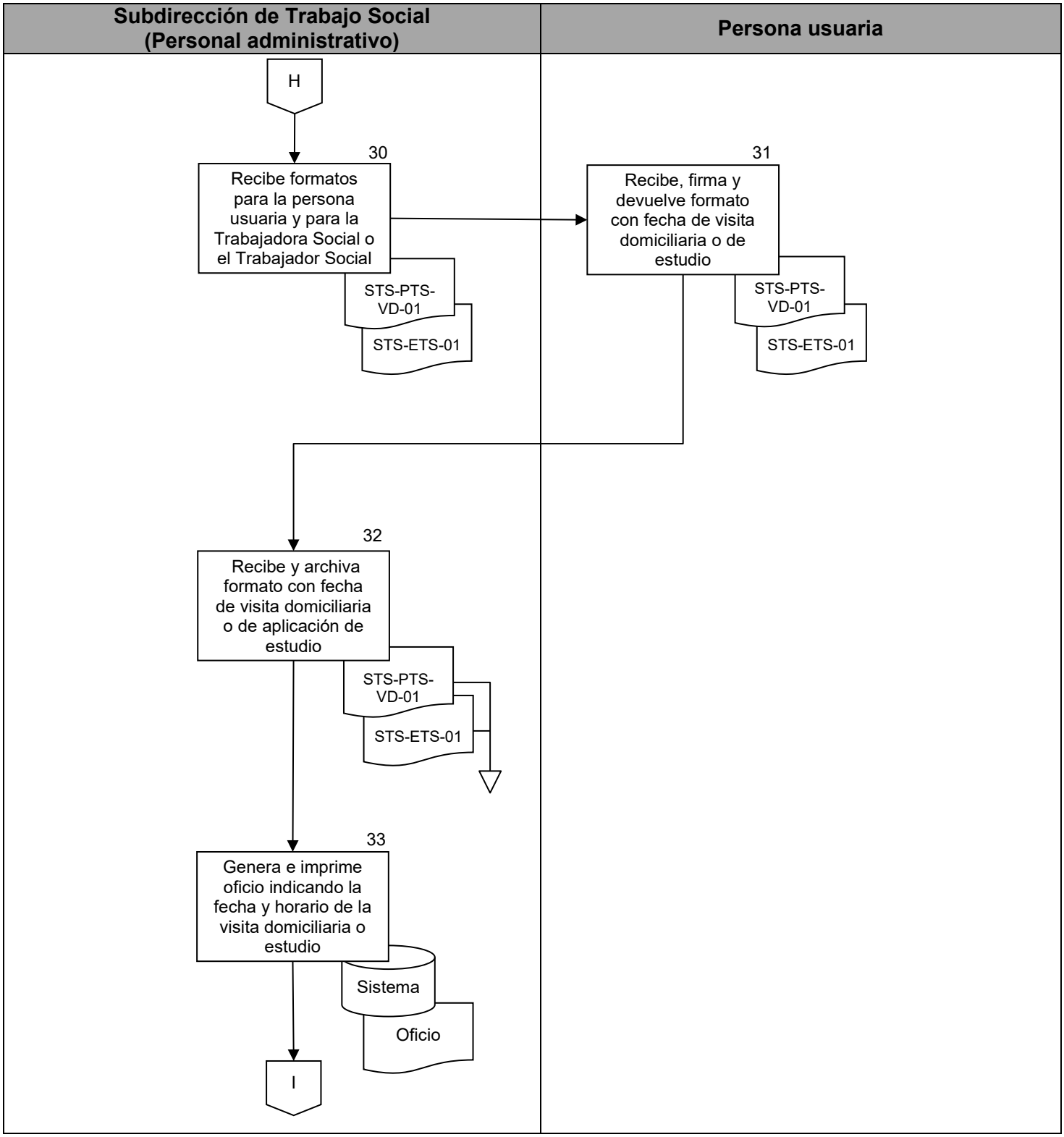
Subdirección de Trabajo Social
(Personal administrativo)

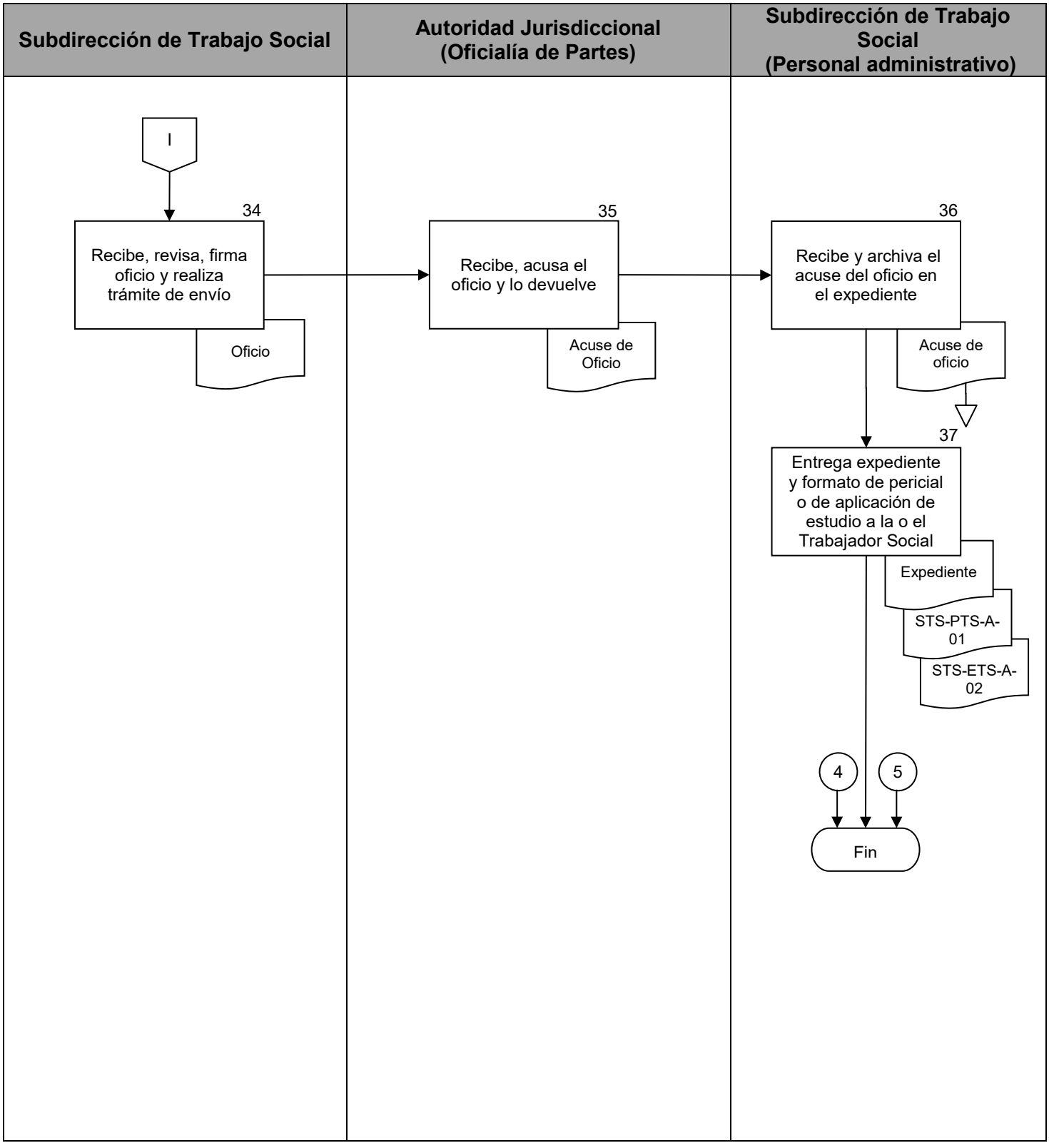



Subdirección de Trabajo Social
Autoridad Jurisdiccional (Oficialía de Partes)
Subdirección de Trabajo Social (Personal administrativo)
D
13
Recibe, revisa, firma oficio y realiza trámite de envío
Oficio
14
Recibe, acusa oficio y lo devuelve
Acuse de Oficio
15
Recibe y archiva el acuse del oficio en expediente
Acuse de oficio
16
Espera a que la persona usuaria del servicio se presente a la cita de cotejo de documentos
¿Acude la persona usuaria a la cita?
No
Sí
E
17
Genera e imprime oficio indicando la inasistencia de la persona usuaria y envía para firma
Sistema
Oficio
18
Recibe, revisa, firma oficio y envía a la Autoridad Jurisdiccional
Oficio
19
Recibe, acusa el oficio y lo devuelve
Acuse de Oficio
20
Recibe y archiva el acuse del oficio en el expediente
Acuse de oficio
4


Subdirección de Trabajo Social (Personal administrativo)
Subdirección de Trabajo Social
Autoridad Jurisdiccional (Oficialía de Partes)
E
21
Recibe a la persona usuaria, proporciona aviso de privacidad y realiza el cotejo de documentos
Sistema
STS-PTS-FCS-01
STS-ETS-FCS-02
¿Cuenta con los documentos?
No
Sí
G
22
Informa a la persona usuaria que no cuenta con los documentos y que no se realizará la pericial
STS-FCSNP-01
23
Genera e imprime el oficio, indicando que la persona usuaria no cuenta con los documentos
Sistema
Oficio
24
Recibe, revisa, firma oficio y realiza trámite de envío
Oficio
25
Recibe, acusa el oficio y lo devuelve
Acuse de Oficio
F


Subdirección de Trabajo Social (Personal administrativo)
Subdirección de Trabajo Social
F
26
Recibe y archiva el acuse del oficio en el expediente
Acuse de oficio
5
G
27
Genera e imprime formatos con fecha de visita domiciliaria o aplicación de estudio
Sistema
STS-PTS-VD-01
STS-ETS-01
2
28
Genera e imprime formatos, para la o el Trabajador Social a quien se le asigna la pericial o estudio
Sistema
STS-PTS-A-01
STS-ETS-A-02
29
Recibe, revisa, firma los formatos y entrega al personal administrativo
STS-PTS-VD-01
STS-ETS-01
STS-PTS-A-01
STS-ETS-A-02
H


Subdirección de Trabajo Social (Personal administrativo)
Persona usuaria
H
30
Recibe formatos para la persona usuaria y para la Trabajadora Social o el Trabajador Social
STS-PTS-VD-01
STS-ETS-01
31
Recibe, firma y devuelve formato con fecha de visita domiciliaria o de estudio
STS-PTS-VD-01
STS-ETS-01
32
Recibe y archiva formato con fecha de visita domiciliaria o de aplicación de estudio
STS-PTS-VD-01
STS-ETS-01
33
Genera e imprime oficio indicando la fecha y horario de la visita domiciliaria o estudio
Sistema
Oficio
I


Subdirección de Trabajo Social
Autoridad Jurisdiccional (Oficialía de Partes)
Subdirección de Trabajo Social (Personal administrativo)
I
34
Recibe, revisa, firma oficio y realiza trámite de envío
Oficio
35
Recibe, acusa el oficio y lo devuelve
Acuse de Oficio
36
Recibe y archiva el acuse del oficio en el expediente
Acuse de oficio
37
Entrega expediente y formato de pericial o de aplicación de estudio a la o el Trabajador Social
Expediente
STS-PTS-A-01
STS-ETS-A-02
4
5
Fin

SUBDIRECCIÓN DE TRABAJO SOCIAL

FORMATO CITA DIRECTA Y SEGUIMIENTO PARA PERICIAL EN TRABAJO SOCIAL

CIUDAD DE MÉXICO, A _____ DE _____ DEL 202___.

PERSONA QUE VERIFICA DATOS: _____

DATOS DEL OFICIO DE REQUERIMIENTO

PTS: _____ REL.: _____NÚMERO DE OFICIO: _____
JUZGADO O SALA: _____ EXP. O TOCA: _____JUICIO: _____
PERSONA USUARIA: _____

PARTE DEL JUICIO: ACTOR (A) ( ) DEMANDADA(O) ( ) OTRA(O) ( ): _____

CON DOMICILIO EN: CALLE Y NÚMERO: _____

COLONIA: _____ ALCALDÍA:_____ C.P._____

FECHA DE VISITA DOMICILIARIA:_____

TRABAJADORA O TRABAJADOR SOCIAL ASIGNADO: _____

RESULTADO DE LA VISITA DOMICILIARIA

PERICIAL PRACTICADA ( )

HORA DE INICIO: _____ HORA DE TÉRMINO: _____

NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA USUARIA: _____

FIRMA DE LA TRABAJADORA O TRABAJADOR SOCIAL: _____

ACCIONES REALIZADAS: LLAMADA TELEFÓNICA ( ) REVISIÓN DE EXPEDIENTE ( ) REFERENCIAS VECINALES ( )

OBSERVACIONES:_____

_____

PERICIAL CANCELADA ( )

MOTIVO DE CANCELACIÓN: _____

_____

_____

_____

NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA USUARIA: _____
FIRMA DE LA TRABAJADORA O TRABAJADOR SOCIAL: _____

STS-PTS-FCDS-01

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

SUBDIRECCION DE TRABAJO SOCIAL

FORMATO CITA DIRECTA Y SEGUIMIENTO PARA PERICIAL EN TRABAJO SOCIAL

CIUDAD DE MÉXICO, A _____(1)_____ DE _____ DEL 202___.

PERSONA QUE VERIFICA DATOS: _____(2)_____

DATOS DEL OFICIO DE REQUERIMIENTO

PTS: _____(3)_____ REL.: _____(4)_____ NÚMERO DE OFICIO: _____(5)_____

JUZGADO O SALA: _____(6)_____ EXP. O TOCA: _____(7)_____ JUICIO: _____(8)_____

PERSONA USUARIA: _____(9)_____

PARTE DEL JUICIO: ACTOR (A) ( ) DEMANDADA(O) ( ) OTRA (O) ( ): _____(10)_____

CON DOMICILIO EN: CALLE Y NÚMERO: _____(11)_____

COLONIA: _____(12)_____ ALCALDÍA: _____(13)_____ C.P. _____(14)_____

FECHA DE VISITA DOMICILIARIA: _____(15)_____

TRABAJADORA O TRABAJADOR SOCIAL ASIGNADO: _____(16)_____

RESULTADO DE LA VISITA DOMICILIARIA

PERICIAL PRACTICADA ( ) (17)

HORA DE INICIO: _____(18)_____ HORA DE TÉRMINO: _____(19)_____

NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA USUARIA: _____(20)_____

FIRMA DE LA TRABAJADORA O TRABAJADOR SOCIAL: _____(21)_____

ACCIONES REALIZADAS: LLAMADA TELEFÓNICA ( ) REVISIÓN DE EXPEDIENTE ( ) REFERENCIAS VECINALES ( ) (22)

OBSERVACIONES: _____(23)_____

_____

PERICIAL CANCELADA ( ) (24)

MOTIVO DE CANCELACIÓN:

_____(25)_____

_____

_____

_____

NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA USUARIA: _____(26)_____

FIRMA DE LA TRABAJADORA O TRABAJADOR SOCIAL: _____(27)_____

STS-PTS-FCDS-01

DESCRIPCIÓN DEL FORMATO

Nombre:	**FORMATO CITA DIRECTA Y SEGUIMIENTO PARA PERICIAL EN TRABAJO SOCIAL**
Clave:	**STS-PTS-FCDS-01**
Objetivo:	Asignar día, mes y año en la que se llevará a cabo la cita directa, para la realización de la pericial de trabajo social en las solicitudes que ya exista un cotejo previo en los asuntos de Materia Familiar y de Tutela de Derechos Humanos o que sean de primera vez en los asuntos de Materia Penal o en los que se encuentre involucrada una persona sujeta de tutela.
Elabora:	Subdirección de Trabajo Social.
Número de tantos:	Original.
Distribución:	Original. - Expediente de la Subdirección de Trabajo Social.

INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
1	FECHA	El día, mes y año en el que se realiza la asignación de la cita directa.
2	PERSONA QUE VERIFICA DATOS	El nombre completo de la persona Servidora Pública que revisa la información de la persona usuaria.
3	PTS	El número de trabajo social designado para registro y seguimiento de la Subdirección de Trabajo Social e indicar si es en Materia Familiar, Penal, de Tutela de Derechos Humanos o sujetos de tutela.
4	REL.	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	El número de oficio del cual se genera el ordenamiento en las Áreas Jurisdiccionales.
6	JUZGADO O SALA	El número de la Autoridad Jurisdiccional donde se encuentra radicado el juicio.
7	EXP. O TOCA	El número de expediente o toca de la Autoridad Jurisdiccional donde se encuentra radicado el juicio.
8	JUICIO	La denominación del juicio a que hace referencia el ordenamiento judicial.

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
9	PERSONA USUARIA	El nombre completo de la persona usuaria en la cual recae el ordenamiento de la pericial.
10	PARTE DEL JUICIO	Marcar con (X) la opción correspondiente de acuerdo a la parte en la que haya recaído el ordenamiento de la pericial.
11	CON DOMICILIO EN: CALLE Y NÚMERO	El nombre completo de la calle, avenida, circuito, callejón, cerrada y número exterior e interior; según corresponda el domicilio de la persona usuaria.
12	COLONIA	El nombre completo de la colonia, según corresponda el domicilio de la persona usuaria.
13	ALCALDÍA	El nombre completo de la Alcaldía de acuerdo al domicilio de la persona usuaria.
14	C.P.	El código postal del domicilio de la persona usuaria.
15	FECHA DE VISITA DOMICILIARIA	El día, mes y año en que se realizará la visita domiciliaria.
16	TRABAJADORA O TRABAJADOR SOCIAL ASIGNADO	El nombre completo de la Trabajadora o el Trabajador Social a quien se le asignó la realización de la pericial en trabajo social.
17	PERICIAL PRACTICADA	Marcar con (X) si la pericial se realizó.
18	HORA DE INICIO	La hora en la que inicia la realización de la pericial en trabajo social.

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
19	HORA DE TÉRMINO	La hora en la que se termina la realización de la pericial en trabajo social.
20	NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA USUARIA	El nombre completo y firma de la persona usuaria, al término de la realización de la pericial en trabajo social.
21	FIRMA DE LA TRABAJADORA O TRABAJADOR SOCIAL	La firma de la Trabajadora o el Trabajador Social quien realizó la pericial en trabajo social.
22	ACCIONES REALIZADAS	Marcar con (X) la opción correspondiente según las acciones que se realizaron para llevar a cabo la pericial en trabajo social.
23	OBSERVACIONES	Las observaciones realizadas respecto de las acciones realizadas.
24	PERICIAL CANCELADA	Marcar con (X) si es que la pericial en trabajo social no pudo ser realizada.
25	MOTIVO DE CANCELACIÓN	El motivo por el cual no se pudo realizar la pericial en trabajo social.
26	NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA USUARIA	El nombre completo y firma de la persona usuaria.
27	FIRMA DE LA TRABAJADORA O TRABAJADOR SOCIAL	La firma de la Trabajadora o el Trabajador Social asignado(a) al caso.

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

SUBDIRECCIÓN DE TRABAJO SOCIAL

FORMATO CITA DIRECTA Y SEGUIMIENTO PARA ESTUDIO SOCIOECONÓMICO

CIUDAD DE MÉXICO, A _____ DE _____ DEL 202___.

PERSONA QUE VERIFICA DATOS: _____

DATOS DEL OFICIO DE REQUERIMIENTO

ETS: _____ REL.: _____NÚMERO DE OFICIO: _____

JUZGADO: _____ EXPEDIENTE: _____JUICIO: _____

PERSONA USUARIA: _____

PARTE DEL JUICIO: ACTOR(A) ( ) DEMANDADA(O) ( ) OTRO(A) ( ): _____

CON DOMICILIO EN: CALLE Y NÚMERO: _____

COLONIA: _____ ALCALDÍA:_____ C.P._____

FECHA DE APLICACIÓN DEL ESTUDIO SOCIOECONÓMICO:_____

TRABAJADORA O TRABAJADOR SOCIAL ASIGNADO: _____

RESULTADO DEL ESTUDIO SOCIOECONÓMICO

ESTUDIO SOCIOECONÓMICO PRACTICADO ( )

HORA DE INICIO: _____ HORA DE TÉRMINO: _____

NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA USUARIA: _____

FIRMA DE LA TRABAJADORA O TRABAJADOR SOCIAL: _____

ESTUDIO SOCIOECONÓMICO CANCELADO ( )

MOTIVO DE CANCELACIÓN: _____

_____

_____

_____

NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA USUARIA: _____

FIRMA DE LA TRABAJADORA O TRABAJADOR SOCIAL: _____

STS-ETS-FCDS -02

SUBDIRECCIÓN DE TRABAJO SOCIAL

FORMATO CITA DIRECTA Y SEGUIMIENTO PARA ESTUDIO SOCIOECONÓMICO

CIUDAD DE MÉXICO, A _____(1)_____ DE _____ DEL 202___.

PERSONA QUE VERIFICA DATOS: _____(2)_____

DATOS DEL OFICIO DE REQUERIMIENTO

ETS: _____(3)_____ REL.: _____(4)_____ NÚMERO DE OFICIO: _____(5)_____

JUZGADO: _____(6)_____ EXPEDIENTE: _____(7)_____ JUICIO: _____(8)_____

PERSONA USUARIA: _____(9)_____

PARTE DEL JUICIO: ACTOR (A) ( ) DEMANDADA (O) ( ) OTRA(O) ( ):_____(10)_____

CON DOMICILIO EN: CALLE Y NÚMERO: _____(11)_____

COLONIA: _____(12)_____ ALCALDÍA:_____(13)_____ C.P._____(14)_____

FECHA DE APLICACIÓN DEL ESTUDIO SOCIOECONÓMICO:_____(15)_____

TRABAJADORA O TRABAJADOR SOCIAL ASIGNADO: _____(16)_____

RESULTADO DEL ESTUDIO SOCIOECONÓMICO

ESTUDIO SOCIOECONÓMICO PRACTICADO ( ) (17)

HORA DE INICIO: _____(18)_____ HORA DE TÉRMINO: _____(19)_____

NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA USUARIA: _____(20)_____

FIRMA DE LA TRABAJADORA O TRABAJADOR SOCIAL: _____(21)_____

ESTUDIO SOCIOECONÓMICO CANCELADO ( ) (22)

MOTIVO DE CANCELACIÓN:_____(23)_____

_____

_____

_____

NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA USUARIA: _____(24)_____

FIRMA DE LA TRABAJADORA O TRABAJADOR SOCIAL: _____(25)_____

STS-ETS-FCDS -02

DESCRIPCIÓN DEL FORMATO

Nombre:	**FORMATO CITA DIRECTA Y SEGUIMIENTO PARA ESTUDIO SOCIOECONÓMICO**
Clave:	**STS-ETS-FCDS-02**
Objetivo:	Asignar día, mes y año en la que se llevará a cabo la cita directa para la realización del estudio socioeconómico en las solicitudes que ya exista un cotejo previo.
Elabora:	Subdirección de Trabajo Social.
Número de tantos:	Original.
Distribución:	Original. - Expediente de la Subdirección de Trabajo Social.

INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
1	FECHA	El día, mes y año en el que se realiza la asignación de la cita directa.
2	PERSONA QUE VERIFICA DATOS	El nombre completo de la persona Servidora Pública que revisa la información de la persona usuaria.
3	ETS	El número de trabajo social asignado para la realización del estudio socioeconómico.
4	REL.	El número de trabajo social asignado para registro y seguimiento de la Subdirección de Trabajo Social, en caso de tener antecedentes.
5	NÚMERO DE OFICIO	El número de oficio del cual se genera el ordenamiento en las Áreas Jurisdiccionales.
6	JUZGADO	El número de la Autoridad Jurisdiccional donde se encuentra radicado el juicio.
7	EXPEDIENTE	El número de expediente de la Autoridad Jurisdiccional donde se encuentra el juicio.
8	JUICIO	La denominación del juicio a que hace referencia el ordenamiento judicial.
9	PERSONA USUARIA	El nombre completo de la persona usuaria en la cual recae el ordenamiento.

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
10	PARTE DEL JUICIO	Marcar con (X) la opción correspondiente de acuerdo a la parte en la que haya recaído el ordenamiento del estudio socioeconómico.
11	CON DOMICILIO EN: CALLE Y NÚMERO	El nombre completo de la calle, avenida, circuito, callejón, cerrada y número exterior e interior; según corresponda el domicilio de la persona usuaria.
12	COLONIA	El nombre completo de la colonia, según corresponda el domicilio de la persona usuaria.
13	ALCALDÍA	El nombre completo de la Alcaldía de acuerdo al domicilio de la persona usuaria.
14	C.P.	El código postal del domicilio de la persona usuaria.
15	FECHA DE APLICACIÓN DEL ESTUDIO SOCIOECONÓMICO	El día, mes y año en que se aplicará el estudio socioeconómico.
16	TRABAJADORA O TRABAJADOR SOCIAL ASIGNADO	El nombre completo de la Trabajadora o el Trabajador Social a quien se le asignó la realización del estudio socioeconómico.
17	ESTUDIO SOCIOECONÓMICO PRACTICADO	Marcar con (X) si el estudio socioeconómico se realizó.
18	HORA DE INICIO	Se indica la hora en la que inicia la realización del estudio socioeconómico.

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
19	HORA DE TÉRMINO	La hora en la que se termina la realización del estudio socioeconómico.
20	NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA USUARIA	El nombre completo y firma de la persona usuaria, al término de la realización del estudio socioeconómico.
21	FIRMA DE LA TRABAJADORA O TRABAJADOR SOCIAL	La firma de la Trabajadora o el Trabajador Social quien realizó el estudio socioeconómico.
22	ESTUDIO SOCIOECONÓMICO CANCELADO	Marcar con (X) si el estudio socioeconómico no se pudo realizar.
23	MOTIVO DE CANCELACIÓN	El motivo por el cual no se pudo realizar el estudio socioeconómico.
24	NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA USUARIA	El nombre completo y firma de la persona usuaria.
25	FIRMA DE LA TRABAJADORA O TRABAJADOR SOCIAL	La firma de la Trabajadora o el Trabajador Social asignado(a) al caso.

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

SUBDIRECCIÓN DE TRABAJO SOCIAL

FORMATO COTEJO Y SEGUIMIENTO PARA PERICIAL EN TRABAJO SOCIAL

CIUDAD DE MÉXICO, A _____ DE _____ DEL 202___.

PERSONA QUE VERIFICA DATOS:

DATOS DEL OFICIO DE REQUERIMIENTO

PTS: _____ REL.: _____ NÚMERO DE OFICIO: _____

JUZGADO O SALA: _____ EXP. O TOCA: _____ JUICIO: _____

PERSONA USUARIA: _____

PARTE DEL JUICIO ACTOR(A)( ) DEMANDADA(O)( ) OTRA(O)( ):_____

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:

TRABAJADORA O TRABAJADOR SOCIAL ASIGNADO:

NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA USUARIA:

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 EN COPIA SIMPLE ( )

NOTA: LOS DOCUMENTOS ORIGINALES ÚNICAMENTE SERÁN PARA COTEJO.

NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA USUARIA: _____

QUIEN DEBERÁ BRINDAR LAS FACILIDADES NECESARIAS PARA LA REALIZACIÓN DE LA PERICIAL EN TRABAJO SOCIAL.

Página 1 de 2 STS-PTS-FCS-01

SUBDIRECCIÓN DE TRABAJO SOCIAL

DATOS DE UBICACIÓN

1. TELÉFONO 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: (DE SER POSIBLE 2 RUTAS)

5.DESCRIPCIÓN DE LA FACHADA DE LA VIVIENDA

6.OBSERVACIONES PARA LA TRABAJADORA O TRABAJADOR SOCIAL:

RESULTADO DE LA VISITA DOMICILIARIA

PERICIAL PRACTICADA ( )

HORA DE INICIO: HORA DE TÉRMINO:

NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA USUARIA:

FIRMA DE LA TRABAJADORA O TRABAJADOR SOCIAL:

ACCIONES REALIZADAS: LLAMADA TELEFÓNICA ( ) REVISIÓN DE EXPEDIENTE ( ) REFERENCIAS VECINALES ( )

OBSERVACIONES:

PERICIAL CANCELADA ( )

MOTIVO DE CANCELACIÓN:

NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA A USUARIA:

FIRMA DE LA TRABAJADORA O TRABAJADOR SOCIAL:

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

SUBDIRECCIÓN DE TRABAJO SOCIAL

FORMATO COTEJO Y SEGUIMIENTO PARA PERICIAL EN TRABAJO SOCIAL

CIUDAD DE MÉXICO, A _____(1)_____ DE _____ DEL 202___.

PERSONA QUE VERIFICA DATOS: (2)

DATOS DEL OFICIO DE REQUERIMIENTO

PTS: _____ (3) REL.: ____(4)_____ NÚMERO DE OFICIO: _____(5)_____

JUZGADO O SALA: _____(6)_____ EXP. O TOCA: _____(7)_____ JUICIO: _____(8)_____

PERSONA USUARIA: _____(9)_____

PARTE DEL JUICIO ACTOR(A)( ) DEMANDADA(O)( ) OTRA (O)( ):_____(10)_____

CON DOMICILIO EN: CALLE Y NÚMERO: _____(11)_____

COLONIA:_____(12)_____ ALCALDÍA:_____(13)_____ C.P. _____(14)_____

IDENTIFICACIÓN PRESENTADA: (15) COMPROBANTE DE DOMICILIO: (16)

RESULTADO DEL COTEJO

CITA PARA VISITA DOMICILIARIA ( ) (17)

FECHA ASIGNADA PARA SU REALIZACIÓN: (18)

TRABAJADORA O TRABAJADOR SOCIAL ASIGNADO: (19)

NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA USUARIA: (20)

INFORMACIÓN DE LA PERICIAL EN TRABAJO SOCIAL

LA PRÁCTICA DE LA PERICIAL EN TRABAJO SOCIAL COMPRENDE: (21)

- ENTREVISTA PERSONAL ( )
- RECORRIDO DEL DOMICILIO ( )
- TOMA DE FOTOGRAFÍAS ( )
- ENTREGA DE DOCUMENTOS EN COPIA SIMPLE ( )

NOTA: LOS DOCUMENTOS ORIGINALES ÚNICAMENTE SERÁN PARA COTEJO.

NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA USUARIA: _____(22)_____

QUIEN DEBERÁ BRINDAR LAS FACILIDADES NECESARIAS PARA LA REALIZACIÓN DE LA PERICIAL EN TRABAJO SOCIAL.

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

SUBDIRECCIÓN DE TRABAJO SOCIAL

DATOS DE UBICACIÓN

1. TELÉFONO DE CONTACTO: CASA: CELULAR: (23)

2. ENTRE QUÉ CALLE Y QUÉ CALLE: (24)

3. PUNTOS DE REFERENCIA CERCANOS: (25)

4. VÍAS DE ACCESO AL DOMICILIO, RUTAS DE TRANSPORTE Y LUGARES DE SALIDA: (DE SER POSIBLE 2 RUTAS) (26)

5.DESCRIPCIÓN DE LA FACHADA DE LA VIVIENDA (27)

6. OBSERVACIONES PARA LA TRABAJADORA O TRABAJADOR SOCIAL: (28)

RESULTADO DE LA VISITA DOMICILIARIA

PERICIAL PRACTICADA ( ) (29)

HORA DE INICIO: (30) HORA DE TÉRMINO: (31)

NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA USUARIA: (32)

FIRMA DE LA TRABAJADORA O TRABAJADOR SOCIAL: (33)

ACCIONES REALIZADAS: (34) LLAMADA TELEFÓNICA ( ) REVISIÓN DE EXPEDIENTE ( ) REFERENCIAS VECINALES ( )

OBSERVACIONES: (35):

PERICIAL CANCELADA ( ) (36)

MOTIVO DE CANCELACIÓN: (37)

NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA USUARIA: (38)

FIRMA DE LA TRABAJADORA O TRABAJADOR SOCIAL: (39)

DESCRIPCIÓN DEL FORMATO

Nombre:	**FORMATO COTEJO Y SEGUIMIENTO PARA PERICIAL EN TRABAJO SOCIAL**
Clave:	**STS-PTS-FCS-01**
Objetivo:	Cotejar los documentos para la asignación de la pericial en Materia Familiar, Penal, de Tutela de Derechos Humanos, sujetos de tutela en materia de trabajo social y requisitar datos para la misma.
Elabora:	Subdirección de Trabajo Social.
Número de tantos:	Original.
Distribución:	Original. - Expediente de la Subdirección de Trabajo Social.

INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
1	FECHA	El día, mes y año en el que se realiza el cotejo de documentos.
2	PERSONA QUE VERIFICA DATOS	El nombre completo de la persona Servidora Pública que revisa la información de la persona usuaria.
3	PTS	El número de trabajo social designado para registro y seguimiento de la Subdirección de Trabajo Social e indicar si es en Materia Familiar, Penal, de Tutela de Derechos Humanos o sujetos de tutela.
4	REL.	El número de trabajo social asignado para registro y seguimiento de la Subdirección de Trabajo Social, en caso de tener antecedentes.
5	NÚMERO DE OFICIO	El número de oficio del cual se genera el ordenamiento en las Áreas Jurisdiccionales.
6	JUZGADO O SALA	El número de la Autoridad Jurisdiccional donde se encuentra radicado el juicio.
7	EXP. O TOCA	El número de expediente o toca de la Autoridad Jurisdiccional donde se encuentra el juicio.
8	JUICIO	La denominación del juicio a que hace referencia el ordenamiento judicial.
9	PERSONA USUARIA	El nombre completo de la persona usuaria en la cual recae el ordenamiento de la pericial.

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
10	PARTE DEL JUICIO	Marcar con (X) la opción correspondiente de acuerdo a la parte en la que haya recaído el ordenamiento de la pericial.
11	CON DOMICILIO EN: CALLE Y NÚMERO	El nombre completo de la calle, avenida, circuito, callejón, cerrada y número exterior e interior; según corresponda el domicilio de la persona usuaria.
12	COLONIA	El nombre completo de la colonia, según corresponda el domicilio de la persona usuaria.
13	ALCALDÍA	El nombre completo de la Alcaldía de acuerdo al domicilio de la persona usuaria.
14	C.P.	El código postal del domicilio de la persona usuaria.
15	IDENTIFICACIÓN PRESENTADA	El nombre completo del documento con el cual se identifica la persona usuaria.
16	COMPROBANTE DE DOMICILIO	El nombre completo del documento con el cual la persona usuaria comprueba su domicilio particular.
17	CITA PARA VISITA DOMICILIARIA	Marcar con (X) si se otorgará fecha para visita domiciliaria.
18	FECHA ASIGNADA PARA SU REALIZACIÓN	El día, mes y año en que se realizará la visita domiciliaria.
19	TRABAJADORA O TRABAJADOR SOCIAL ASIGNADO	El nombre completo de la trabajadora o el trabajador social a quien se le asignó la realización de la pericial en trabajo social.

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
20	NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA USUARIA	El nombre completo y firma de la persona usuaria, al término de la realización de la pericial en trabajo social.
21	LA PRÁCTICA DE LA PERICIAL EN TRABAJO SOCIAL COMPRENDE	Marcar con (X) los cuatro puntos que corresponden a la realización de la pericial, de la misma manera se aclaran las dudas al respecto.
22	NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA USUARIA	El nombre completo y firma de la persona usuaria, al término de la realización de la pericial en trabajo social.
23	TELÉFONO DE CONTACTO	El número telefónico de casa o celular para poder tener contacto con la persona usuaria.
24	ENTRE QUÉ CALLE Y QUÉ CALLE	Las calles entre las que se encuentra el domicilio de la persona usuaria.
25	PUNTOS DE REFERENCIA CERCANOS	Los puntos de referencia cercanos al domicilio, ya sea tiendas, iglesias, parques, que ayuden a su localización.
26	VÍAS DE ACCESO AL DOMICILIO, RUTAS DE TRANSPORTE Y LUGARES DE SALIDA	Se hace referencia de ser posible de dos rutas de transporte para poder llegar al domicilio y los tiempos de recorrido.
27	DESCRIPCIÓN DE LA FACHADA DE LA VIVIENDA	Las características físicas de la fachada de la vivienda de la persona usuaria.
28	OBSERVACIONES PARA LA TRABAJADORA O TRABAJADOR SOCIAL	Información referente a las patologías sociales detectadas en los alrededores del domicilio, en específico a seguridad peatonal y datos anexos a la información recabada que sean de

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
		relevancia para la trabajadora o trabajador social que realizará la visita domiciliaria.
29	PERICIAL PRACTICADA	Marcar con (X) si la pericial se realizó.
30	HORA DE INICIO	La hora en la que inicia la realización de la pericial en trabajo social.
31	HORA DE TÉRMINO	La hora en la que se termina la realización de la pericial en trabajo social.
32	NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA USUARIA	El nombre completo y firma de la persona usuaria, al término de la realización de la pericial en trabajo social.
33	FIRMA DE LA TRABAJADORA O TRABAJADOR SOCIAL	La firma de la trabajadora o el trabajador social quien realizó la pericial en trabajo social.
34	ACCIONES REALIZADAS	Marcar con (X) la opción correspondiente según las acciones que se realizaron para llevar a cabo la pericial en trabajo social.
35	OBSERVACIONES	Las observaciones realizadas respecto de las acciones realizadas.
36	PERICIAL CANCELADA	Marcar con (X) si es que la pericial en trabajo social no pudo ser realizada.
37	MOTIVO DE CANCELACIÓN	El motivo por el cual no se pudo realizar la pericial en trabajo social.

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
38	NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA USUARIA	El nombre completo y firma de la persona usuaria.
39	FIRMA DE LA TRABAJADORA O TRABAJADOR SOCIAL	La firma de la trabajadora o el trabajador social asignado(a) al caso.

SUBDIRECCIÓN DE TRABAJO SOCIAL

FORMATO COTEJO Y SEGUIMIENTO PARA ESTUDIO SOCIOECONÓMICO

CIUDAD DE MÉXICO, A _____ DE _____ DEL 202___.

PERSONA QUE VERIFICA DATOS:

DATOS DEL OFICIO DE REQUERIMIENTO

ETS: _____ REL.: _____ NÚMERO DE OFICIO:_____

JUZGADO: _____ EXPEDIENTE: _____ JUICIO: _____

PERSONA USUARIA: _____

PARTE DEL JUICIO: ACTOR(A)( ) DEMANDADA(O)( ) OTRA(O)( ):_____

CON DOMICILIO EN: CALLE Y NÚMERO: _____

COLONIA:_____ ALCALDÍA:_____ C.P. _____

IDENTIFICACIÓN PRESENTADA:

COMPROBANTE DE DOMICILIO:

RESULTADO DEL COTEJO

- CITA PARA ESTUDIO SOCIOECONÓMICO PARA EXENCIÓN DE PAGO ( )

FECHA ASIGNADA PARA SU REALIZACIÓN:

TRABAJADORA O TRABAJADOR SOCIAL ASIGNADO:

NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA USUARIA:

INFORMACIÓN DEL ESTUDIO SOCIOECONÓMICO

LA PRÁCTICA DEL ESTUDIO SOCIOECONÓMICO COMPRENDE:

- ENTREVISTA PERSONAL ( )
- ENTREGA DE DOCUMENTOS EN COPIA SIMPLE ( ) (DOS JUEGOS)

NOTA: LOS DOCUMENTOS ORIGINALES ÚNICAMENTE SERÁN PARA COTEJO.

NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA USUARIA: _____

QUIEN DEBERÁ BRINDAR LAS FACILIDADES NECESARIAS PARA LA REALIZACIÓN DEL ESTUDIO SOCIOECONÓMICO.

Página 1 de 2 STS-ETS-FCS-02

SUBDIRECCIÓN DE TRABAJO SOCIAL

RESULTADO DEL ESTUDIO SOCIOECONÓMICO

ESTUDIO SOCIOECONÓMICO PRACTICADO ( )

HORA DE INICIO: **HORA DE TÉRMINO:**

NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA USUARIA:

FIRMA DE LA TRABAJADORA O TRABAJADOR SOCIAL:

ESTUDIO SOCIOECONÓMICO CANCELADO ( )

MOTIVO DE CANCELACIÓN:

NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA USUARIA:

FIRMA DE LA TRABAJADORA O TRABAJADOR SOCIAL:

SUBDIRECCIÓN DE TRABAJO SOCIAL

FORMATO COTEJO Y SEGUIMIENTO PARA ESTUDIO SOCIOECONÓMICO

CIUDAD DE MÉXICO, A _____(1)_____ DE _____ DEL 202___.

PERSONA QUE VERIFICA DATOS: (2)

DATOS DEL OFICIO DE REQUERIMIENTO

ETS: ___(3)___ REL.: ___(4)_____ NÚMERO DE OFICIO:_____(5)_____

JUZGADO: _____(6)_____ EXPEDIENTE: _____(7)_____ JUICIO: _____(8)_____

PERSONA USUARIA: _____(9)_____

PARTE DEL JUICIO: ACTOR(A)( ) DEMANDADA(O)( ) OTRA(O)( ):_____(10)_____

CON DOMICILIO EN: CALLE Y NÚMERO: _____(11)_____

COLONIA:_____(12)_____ ALCALDÍA:_____(13)_____ C.P. _____(14)_____

IDENTIFICACIÓN PRESENTADA: (15)

COMPROBANTE DE DOMICILIO: (16)

RESULTADO DEL COTEJO

- CITA PARA ESTUDIO SOCIOECONÓMICO PARA EXENCIÓN DE PAGO ( ) (17)

FECHA ASIGNADA PARA SU REALIZACIÓN: (18)

TRABAJADORA O TRABAJADOR SOCIAL ASIGNADO: (19)

NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA USUARIA: (20)

INFORMACIÓN DEL ESTUDIO SOCIOECONÓMICO

LA PRÁCTICA DEL ESTUDIO SOCIOECONÓMICO COMPRENDE: (21)

- ENTREVISTA PERSONAL ( )
- ENTREGA DE DOCUMENTOS EN COPIA SIMPLE ( ) (DOS JUEGOS)

NOTA: LOS DOCUMENTOS ORIGINALES ÚNICAMENTE SERÁN PARA COTEJO.

NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA USUARIA: _____(22)_____

QUIEN DEBERÁ BRINDAR LAS FACILIDADES NECESARIAS PARA LA REALIZACIÓN DEL ESTUDIO SOCIOECONÓMICO.

SUBDIRECCIÓN DE TRABAJO SOCIAL

RESULTADO DEL ESTUDIO SOCIOECONÓMICO

ESTUDIO SOCIOECONÓMICO PRACTICADO ( ) (23)

HORA DE INICIO: (24) HORA DE TÉRMINO: (25)

NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA USUARIA: (26)

FIRMA DE LA TRABAJADORA O TRABAJADOR SOCIAL: (27)

ESTUDIO SOCIOECONÓMICO CANCELADO ( ) (28)

MOTIVO DE CANCELACIÓN: (29)

NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA USUARIA: (30)

FIRMA DE LA TRABAJADORA O TRABAJADOR SOCIAL: (31)

DESCRIPCIÓN DEL FORMATO

Nombre:	**FORMATO COTEJO Y SEGUIMIENTO PARA ESTUDIO SOCIOECONÓMICO**
Clave:	**STS-ETS-FCS-02**
Objetivo:	Cotejar los documentos para la asignación del estudio socioeconómico y requisitar datos para el mismo.
Elabora:	Subdirección de Trabajo Social.
Número de tantos:	Original.
Distribución:	Original. - Expediente de la Subdirección de Trabajo Social.

INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
1	FECHA	El día, mes y año en el que se realiza el cotejo de documentos.
2	PERSONA QUE VERIFICA DATOS	El nombre completo de la persona servidora pública que revisa la información de la persona usuaria.
3	ETS	El número de trabajo social designado para registro y seguimiento de la Subdirección de Trabajo Social del estudio socioeconómico.
4	REL.	El número de trabajo social asignado para registro y seguimiento de la Subdirección de Trabajo Social, en caso de tener antecedentes.
5	NÚMERO DE OFICIO	El número de oficio del cual se genera el ordenamiento en las Áreas Jurisdiccionales.
6	JUZGADO	El número de la Autoridad Jurisdiccional donde se encuentra radicado el juicio.
7	EXPEDIENTE	El número de expediente de la Autoridad Jurisdiccional donde se encuentra el juicio.
8	JUICIO	La denominación del juicio a que hace referencia el ordenamiento judicial.
9	PERSONA USUARIA	El nombre completo de la persona usuaria al cual recae el ordenamiento del estudio socioeconómico.

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
10	PARTE DEL JUICIO	Marcar con (X) la opción correspondiente de acuerdo a la parte en la que haya recaído el ordenamiento de la pericial.
11	CON DOMICILIO EN: CALLE Y NÚMERO	El nombre completo de la calle, avenida, circuito, callejón, cerrada y número exterior e interior; según corresponda el domicilio de la persona usuaria.
12	COLONIA	El nombre completo de la colonia, según corresponda el domicilio de la persona usuaria.
13	ALCALDÍA	El nombre completo de la Alcaldía de acuerdo al domicilio de la persona usuaria.
14	C.P.	El código postal del domicilio de la persona usuaria.
15	IDENTIFICACIÓN PRESENTADA	El nombre completo del documento con el cual se identifica la persona usuaria.
16	COMPROBANTE DE DOMICILIO	El nombre completo del documento con el cual la persona usuaria comprueba su domicilio particular.
17	CITA PARA ESTUDIO SOCIOECONÓMICO PARA EXENCIÓN DE PAGO	Marcar con (X) si se otorgará fecha para la aplicación del estudio socioeconómico.
18	FECHA ASIGNADA PARA SU REALIZACIÓN	El día, mes y año en que se realizará el estudio socioeconómico.
19	TRABAJADORA O TRABAJADOR SOCIAL ASIGNADO	El nombre completo de la trabajadora o el trabajador social a quien se le asignó la realización del estudio socioeconómico.

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
20	NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA USUARIA	El nombre completo y firma de la persona usuaria, al término de la realización del estudio socioeconómico.
21	LA PRÁCTICA DEL ESTUDIO SOCIOECONÓMICO COMPRENDE	Marcar con (X) los dos puntos que corresponden a la realización del estudio socioeconómico, de la misma manera se aclaran las dudas al respecto.
22	NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA USUARIA	El nombre completo y firma de la persona usuaria, al término de la realización del estudio socioeconómico.
23	ESTUDIO SOCIOECONÓMICO PRACTICADO	Marcar con (X) si el estudio socioeconómico se realizó.
24	HORA DE INICIO	La hora en la que inicia la aplicación del estudio socioeconómico.
25	HORA DE TÉRMINO	La hora en la que se termina la aplicación del estudio socioeconómico.
26	NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA USUARIA	El nombre completo y firma de la persona usuaria, al término de la aplicación del estudio socioeconómico.
27	FIRMA DE LA TRABAJADORA O TRABAJADOR SOCIAL	La firma de la trabajadora o el trabajador social quien realizó el estudio socioeconómico.

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
28	ESTUDIO SOCIOECONÓMICO CANCELADO	Marcar con (X) si es que el estudio socioeconómico no pudo ser realizado.
29	MOTIVO DE CANCELACIÓN	El motivo por el cual no se pudo realizar el estudio socioeconómico.
30	NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA USUARIA	El nombre completo y firma de la persona usuaria.
31	FIRMA DE LA TRABAJADORA O TRABAJADOR SOCIAL	La firma de la trabajadora o el trabajador social asignado(a) al caso.

SUBDIRECCIÓN DE TRABAJO SOCIAL

FORMATO COTEJO Y SEGUIMIENTO NO PRODECENTE

CIUDAD DE MÉXICO, A _____ DE _____ DEL 202___.

PERSONA QUE VERIFICA DATOS:

DATOS DEL OFICIO DE REQUERIMIENTO

PTS o ETS: _____ REL.: _____ NÚMERO DE OFICIO: _____

JUZGADO O SALA: _____ EXP. O TOCA: _____ JUICIO: _____

PERSONA USUARIA: _____

PARTE DEL JUICIO: ACTOR(A)( ) DEMANDADA(O)( ) OTRA (O)( ):_____

CON DOMICILIO EN: CALLE Y NÚMERO: _____

COLONIA: _____ ALCALDÍA: _____ C.P. _____

IDENTIFICACIÓN PRESENTADA:

COMPROBANTE DE DOMICILIO:

RESULTADO DEL COTEJO

CANCELACIÓN ( )

MOTIVO DE CANCELACIÓN:

NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA USUARIA:

STS-FCSNP-01

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

SUBDIRECCIÓN DE TRABAJO SOCIAL

FORMATO COTEJO Y SEGUIMIENTO NO PRODECENTE

CIUDAD DE MÉXICO, A _____(1)_____ DE _____ DEL 202___.

PERSONA QUE VERIFICA DATOS: (2)

DATOS DEL OFICIO DE REQUERIMIENTO

PTS o ETS: _____ (3) REL.: ___(4)_____ NÚMERO DE OFICIO: _____(5)_____

JUZGADO O SALA: ____(6)_____ EXP. O TOCA: _____(7)_____ JUICIO: _____(8)_____

PERSONA USUARIA: _____(9)_____

PARTE DEL JUICIO: ACTOR(A)( ) DEMANDADA(O)( ) OTRA (O)( ):_____(10)_____

CON DOMICILIO EN: CALLE Y NÚMERO: _____(11)_____

COLONIA:_____(12)_____ ALCALDÍA:_____(13)_____ C.P. _____(14)_____

IDENTIFICACIÓN PRESENTADA: (15)

COMPROBANTE DE DOMICILIO: (16)

RESULTADO DEL COTEJO

CANCELACIÓN ( ) (17)

MOTIVO DE CANCELACIÓN: (18)

NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA USUARIA: (19)

STS-FCSNP-01

DESCRIPCIÓN DEL FORMATO

Nombre:	**FORMATO COTEJO Y SEGUIMIENTO NO PROCEDENTE**
Clave:	**STS-FCSNP-01**
Objetivo:	Cotejar los documentos para la asignación de la pericial en Materia Familiar, Penal, de Tutela de Derechos Humanos, sujetos de tutela en materia de trabajo social o del estudio socioeconómico, e informarle a la persona usuaria su no procedencia.
Elabora:	Subdirección de Trabajo Social.
Número de tantos:	Original.
Distribución:	Original. - Expediente de la Subdirección de Trabajo Social.

INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
1	FECHA	El día, mes y año en el que se realiza el cotejo de documentos.
2	PERSONA QUE VERIFICA DATOS	El nombre completo de la persona Servidora Pública que revisa la información de la persona usuaria.
3	PTS o ETS	El número de trabajo social designado para registro y seguimiento de la Subdirección de Trabajo Social, ya sea de pericial en trabajo social o de estudio socioeconómico.
4	REL.	El número de trabajo social asignado para registro y seguimiento de la Subdirección de Trabajo Social, en caso de tener antecedentes.
5	NÚMERO DE OFICIO	El número de oficio del cual se genera el ordenamiento en las Áreas Jurisdiccionales.
6	JUZGADO O SALA	El número de la Autoridad Jurisdiccional donde se encuentra radicado el juicio.
7	EXP. O TOCA	El número expediente o toca de la Autoridad Jurisdiccional donde se encuentra el juicio.
8	JUICIO	La denominación del Juicio a que hace referencia el ordenamiento judicial.
9	PERSONA USUARIA	El nombre completo de la persona usuaria en la cual recae el ordenamiento, ya sea de pericial en trabajo social o de estudio socioeconómico.

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
10	PARTE DEL JUICIO	Marcar con (X) la opción correspondiente de acuerdo a la parte en la que haya recaído el ordenamiento.
11	CON DOMICILIO EN: CALLE Y NÚMERO	El nombre completo de la calle, avenida, circuito, callejón, cerrada y número exterior e interior; según corresponda el domicilio de la persona usuaria.
12	COLONIA	El nombre completo de la colonia, según corresponda el domicilio de la persona usuaria.
13	ALCALDÍA	El nombre completo de la Alcaldía de acuerdo al domicilio de la persona usuaria.
14	C.P.	El código postal del domicilio de la persona usuaria.
15	IDENTIFICACIÓN PRESENTADA	El nombre completo del documento con el cual se identifica la persona usuaria.
16	COMPROBANTE DE DOMICILIO	El nombre completo del documento con el cual la persona usuaria comprueba su domicilio particular.
17	CANCELACIÓN	Marcar con (X) en caso de que no proceda el cotejo.
18	MOTIVO DE CANCELACIÓN	El motivo por el cual no procedió el cotejo.
19	NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA USUARIA	El nombre completo y firma de la persona usuaria.

SUBDIRECCIÓN DE TRABAJO SOCIAL

FECHA DE PERICIAL EN TRABAJO SOCIAL	
Núm. de PTS:	**Fecha de la visita domiciliaria:**
	Entre el horario de:
Exp. o toca:	**Nombre de la trabajadora o trabajador social:**
Tipo de juicio:	
Nombre de la persona usuaria a quien se realizará la visita domiciliaria	

NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA TITULAR DE LA SUBDIRECCIÓN DE TRABAJO SOCIAL

NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA USUARIA

STS-PTS-VD-01

Relación de documentación del último año que, según sea su caso, DEBERÁ TENER EN ORIGINAL Y DOS COPIAS EL DÍA DE LA VISITA DOMICILIARIA, siendo únicamente las copias simples las que la o el perito recibirán y anexarán como sustento al 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).
- 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).
- Pagos de pensión alimenticia (depósitos bancarios, transferencias, billete de depósito)
- Declaración ante Hacienda.

STS-PTS-VD-01

SUBDIRECCIÓN DE TRABAJO SOCIAL

FECHA DE PERICIAL EN TRABAJO SOCIAL	
Núm. de PTS: (1)	Fecha de la visita domiciliaria: (2)
	Entre el horario de: (4)
Exp. o toca: (3)	Nombre de la trabajadora o trabajador social: (5)
Tipo de juicio: (6)	
Nombre de la persona usuaria a quien se realizará la visita domiciliaria	
(7)	

(8)
NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA TITULAR DE LA SUBDIRECCIÓN DE TRABAJO SOCIAL

(9)
NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA USUARIA

STS-PTS-VD-01

Relación de documentación del último año que, según sea su caso, DEBERA TENER EN ORIGINAL Y DOS COPIAS EL DIA DE LA VISITA DOMICILIARIA, siendo únicamente las copias simples las que la o el perito recibirán y anexarán como sustento al 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).
- 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).
- Pagos de pensión alimenticia (depósitos bancarios, transferencias, billete de depósito)
- Declaración ante Hacienda.

STS-PTS-VD-01

DESCRIPCIÓN DEL FORMATO

Nombre:	**FECHA DE PERICIAL EN TRABAJO SOCIAL**
Clave:	**STS-PTS-VD-01**
Objetivo:	Proporcionar a la persona usuaria la fecha de cita y los datos de quién le realizará la pericial en trabajo social.
Elabora:	Subdirección de Trabajo Social.
Número de tantos:	Dos originales.
Distribución:	Original. – Persona usuaria. Original. - Expediente de la Subdirección de Trabajo Social.

INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
1	NÚM. DE PTS	El número de trabajo social asignado, para la realización de la pericial en trabajo social.
2	FECHA DE LA VISITA DOMICILIARIA	El día, mes y año en que se realizará la visita domiciliaria.
3	EXP. O TOCA	El número de expediente o toca de la Autoridad Jurisdiccional donde se encuentra radicado el juicio.
4	ENTRE EL HORARIO DE	El horario en que se realizará la visita domiciliaria, contemplando el horario laboral de lunes a jueves de 09:00 a 15:00 horas y viernes de 09:00 a 14:00 horas.
5	NOMBRE DE LA TRABAJADORA O TRABAJADOR SOCIAL	El nombre completo de la trabajadora o el trabajador social que realizará la visita domiciliaria.
6	TIPO DE JUICIO	La denominación del juicio a que hace referencia el ordenamiento judicial.
7	NOMBRE DE LA PERSONA A QUIEN SE REALIZARÁ LA VISITA DOMICILIARIA	El nombre completo de la persona usuaria a la que se le realizará la visita domiciliaria.
8	NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA TITULAR DE LA	El nombre completo y firma de la persona titular de la Subdirección de Trabajo Social.

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
	SUBDIRECCIÓN DE TRABAJO SOCIAL	
9	EL NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA USUARIA	El nombre completo y firma de la persona usuaria a quien se le realizará la visita domiciliaria.

SUBDIRECCIÓN DE TRABAJO SOCIAL

FECHA DE APLICACIÓN DE ESTUDIO SOCIOECONÓMICO	
Núm. de ETS:	**Fecha aplicación:**
	Hora:
Expediente:	**Nombre de la trabajadora o trabajador social:**
Tipo de juicio:	
Nombre de la persona usuaria a quien se realizará el estudio	

NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA TITULAR DE LA SUBDIRECCIÓN DE TRABAJO SOCIAL

NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA USUARIA

STS-ETS-01

Relación de documentación del último año que, según sea su caso, DEBERÁ TENER EN ORIGINAL Y DOS COPIAS EL DÍA DE LA APLICACIÓN DEL ESTUDIO SOCIOECONÓMICO, siendo únicamente las copias simples las que la o el perito recibirán y anexarán al estudio.

- Credencial laboral.
- Contrato o constancia laboral.
- Recibos de pago (nómina).
- Estados de cuenta en donde les depositen su nómina.
- Constancia de discapacidad.

STS-ETS-01

SUBDIRECCIÓN DE TRABAJO SOCIAL

FECHA DE APLICACIÓN DE ESTUDIO SOCIOECONÓMICO	
Núm. de ETS: (1)	Fecha de aplicación: (2)
	Hora: (4)
Expediente: (3)	Nombre de la trabajadora o trabajador social: (5)
Tipo de juicio: (6)	
Nombre de la persona usuaria a quien se realizará el estudio	
(7)	

(8)
NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA TITULAR DE LA SUBDIRECCIÓN DE TRABAJO SOCIAL

(9)
NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA USUARIA

STS-ETS-01

Relación de documentación del último año que, según sea su caso, DEBERÁ TENER EN ORIGINAL Y DOS COPIAS EL DÍA DE LA APLICACIÓN DEL ESTUDIO SOCIOECONÓMICO, siendo únicamente las copias simples las que la o el perito recibirán y anexarán al estudio.

- Credencial laboral.
- Contrato o constancia laboral.
- Recibos de pago (nómina).
- Estados de cuenta en donde les depositen su nómina.
- Constancia de discapacidad.

STS-ETS-01

DESCRIPCIÓN DEL FORMATO

Nombre:	**FECHA DE APLICACIÓN DE ESTUDIO SOCIOECONÓMICO**
Clave:	**STS-ETS-01**
Objetivo:	Proporcionar a la persona usuaria su fecha de cita y los datos de quién le realizará el estudio socioeconómico.
Elabora:	Subdirección de Trabajo Social.
Número de tantos:	Dos originales.
Distribución:	Original. – Persona usuaria. Original. – Expediente de la Subdirección de Trabajo Social.

INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
1	NÚM DE ETS	El número de trabajo social asignado, para la realización del estudio socioeconómico.
2	FECHA DE APLICACIÓN	El día, mes y año en que se realizará la aplicación del estudio socioeconómico.
3	EXPEDIENTE	El número expediente de la Autoridad Jurisdiccional donde se encuentra radicado el juicio.
4	HORA	La hora en la que realizará la aplicación del estudio socioeconómico.
5	NOMBRE DE LA TRABAJADORA O TRABAJADOR SOCIAL	El nombre completo de la trabajadora o el trabajador social que realizará el estudio socioeconómico.
6	TIPO DE JUICIO	La denominación del juicio a que hace referencia el ordenamiento Judicial.
7	NOMBRE DE LA PERSONA USUARIA A QUIEN SE REALIZARÁ EL ESTUDIO	El nombre completo de la persona usuaria a la que se le realizará el estudio socioeconómico.
8	NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA TITULAR DE LA SUBDIRECCIÓN DE TRABAJO SOCIAL	El nombre completo y firma de la persona titular de la Subdirección de Trabajo Social.

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
9	EL NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA USUARIA	El nombre completo y firma de la persona usuaria a quien se le realizará el estudio socioeconómico.

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

Asignación de pericial		
Núm de PTSV:	**Día de realización:**	**Seguimiento**
Oficio de Sol. Sala o Jgdo:	**Fecha límite de entrega para revisión:**	**Fecha de entrega a revisión:**
Exp. o toca:	**Fecha Vo. Bo.**	**Fecha de devolución de revisión:**
Sala o juzgado:	**Fecha de entrega a Sala o juzgado:**	**Fecha de Vo. Bo.**

Nombre de la persona usuaria

NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA TITULAR DE LA SUBDIRECCIÓN DE TRABAJO SOCIAL.

NOMBRE Y FIRMA DE LA TRABAJADORA O TRABAJADOR SOCIAL.

STS-PTS-A-01

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

SUBDIRECCIÓN DE TRABAJO SOCIAL

Asignación de pericial		
Núm. de PTSV: (1)	Día de realización: (5)	Seguimiento
Oficio de Sol. Sala o Jgdo: (2)	Fecha límite de entrega para revisión: (6)	Fecha de entrega a revisión: (9)
Exp. o toca: (3)	Fecha Vo. Bo. (7)	Fecha de devolución de revisión: (10)
Sala o juzgado: (4)	Fecha de entrega a Sala o juzgado: (8)	Fecha de Vo. Bo. (11)

Nombre de la persona usuaria
(12)

(13)

NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA TITULAR DE LA SUBDIRECCIÓN DE TRABAJO SOCIAL.

(14)

NOMBRE Y FIRMA DE LA TRABAJADORA O TRABAJADOR SOCIAL.

STS-PTS-A-01

DESCRIPCIÓN DEL FORMATO

Nombre:	**ASIGNACIÓN DE PERICIAL**
Clave:	**STS-PTS-A-01**
Objetivo:	Establecer los tiempos y procesos a seguir para el cumplimiento de la orden dictada por la Autoridad Jurisdiccional correspondiente.
Elabora:	Subdirección de Trabajo Social.
Número de tantos:	Original.
Distribución:	Original. - Expediente de la Subdirección de Trabajo Social.

INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
1	NÚM. DE PTSV	El número de trabajo social asignado, para la realización de la pericial en trabajo social.
2	OFICIO DE SOL. SALA O JGDO.	El número de oficio remitido por la Autoridad Jurisdiccional en el que ordena la práctica de la pericial en trabajo social.
3	EXP. O TOCA	El número de expediente o toca de la Autoridad Jurisdiccional que remite la orden.
4	SALA O JUZGADO	La Autoridad Jurisdiccional donde se encuentra radicado el juicio.
5	DÍA DE REALIZACIÓN	El día, mes y año en que se realizó la pericial en trabajo social.
6	FECHA LÍMITE DE ENTREGA PARA REVISIÓN	El día, mes y año limite en la que la trabajadora o el trabajador social habrá de entregar el dictamen pericial para su revisión.
7	FECHA VO.BO.	El día, mes y año límite en la que la trabajadora o el trabajador social deberá obtener el Vo.Bo. de la persona titular de la Subdirección de Trabajo Social para el envío del dictamen a la Autoridad Jurisdiccional solicitante.
8	FECHA DE ENTREGA A SALA O JUZGADO	El día, mes y año límite en el que el dictamen ha de ser entregado a la Autoridad Jurisdiccional en el que se encuentra radicado el juicio.

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
9	FECHA DE ENTREGA A REVISIÓN	El día, mes y año en el que la trabajadora o el trabajador social entrega el dictamen en trabajo social para su revisión, además de plasmar su firma.
10	FECHA DE DEVOLUCIÓN DE REVISIÓN	El día, mes y año en el que la trabajadora o el trabajador social recibe el dictamen en trabajo social con observaciones, además de plasmar su firma.
11	FECHA DE VO.BO.	El día, mes y año en la que la persona titular de la Subdirección de Trabajo Social firma el oficio de envío del dictamen en trabajo social a la Autoridad Jurisdiccional, además plasmar su firma.
12	NOMBRE DE LA PERSONA USUARIA	El nombre completo de la persona usuaria.
13	NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA TITULAR DE LA SUBDIRECCIÓN DE TRABAJO SOCIAL	El nombre completo y firma de la persona titular de la Subdirección de Trabajo Social.
14	NOMBRE Y FIRMA DE LA TRABAJADORA O TRABAJADOR SOCIAL	El nombre completo, firma de la trabajadora o el trabajador social; y el día, mes y año en que recibe el expediente para la elaboración de la pericial en trabajo social.

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA
TSJCDMX

SUBDIRECCIÓN DE TRABAJO SOCIAL

Asignación de estudio socioeconómico		
Núm. de ETS:	**Día de realización:**	**Seguimiento**
Oficio de Sol. Jgdo:	**Fecha límite de entrega para revisión:**	**Fecha de entrega a revisión:**
Expediente:	**Fecha Vo. Bo.**	**Fecha de devolución de revisión:**
Juzgado:	**Fecha de entrega a juzgado:**	**Fecha de Vo. Bo.**

Nombre de la persona usuaria

NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA TITULAR DE LA SUBDIRECCIÓN DE TRABAJO SOCIAL.

NOMBRE Y FIRMA DE LA TRABAJADORA O TRABAJADOR SOCIAL.

STS-ETS-A-02

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

SUBDIRECCIÓN DE TRABAJO SOCIAL

Asignación de estudio socioeconómico		
Núm. de ETS: (1)	Día de realización: (5)	Seguimiento
Oficio de Sol. Jgdo: (2)	Fecha límite de entrega para revisión: (6)	Fecha de entrega a revisión: (9)
Expediente: (3)	Fecha Vo. Bo. (7)	Fecha de devolución de revisión: (10)
Juzgado: (4)	Fecha de entrega a juzgado: (8)	Fecha de Vo. Bo. (11)

Nombre de la persona usuaria
(12)

(13)

NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA TITULAR DE LA SUBDIRECCIÓN DE TRABAJO SOCIAL.

(14)

NOMBRE Y FIRMA DE LA TRABAJADORA O TRABAJADOR SOCIAL.

STS-ETS-A-02

DESCRIPCIÓN DEL FORMATO

Nombre:	**ASIGNACIÓN DE ESTUDIO SOCIOECONÓMICO**
Clave:	**STS-ETS-A-02**
Objetivo:	Establecer los tiempos y procesos a seguir para el cumplimiento de la orden dictada por la Autoridad Jurisdiccional correspondiente.
Elabora:	Subdirección de Trabajo Social.
Número de tantos:	Original.
Distribución:	Original. - Expediente de la Subdirección de Trabajo Social.

INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
1	NÚM. DE ETS	El número de trabajo social asignado, para la realización del estudio socioeconómico.
2	OFICIO DE SOL. JGDO.	El número de oficio remitido por la Autoridad Jurisdiccional en el que ordena la práctica del estudio socioeconómico.
3	EXPEDIENTE	El número de expediente de la Autoridad Jurisdiccional que remite la orden.
4	JUZGADO	La Autoridad Jurisdiccional que en el que se encuentra radicado el juicio.
5	DÍA DE REALIZACIÓN	El día, mes y año en que se realizó la aplicación del estudio socioeconómico.
6	FECHA LÍMITE DE ENTREGA PARA REVISIÓN	El día, mes y año límite en la que la trabajadora o el trabajador social habrá de entregar el estudio socioeconómico para su revisión.
7	FECHA VO.BO.	El día, mes y año límite en la que la trabajadora o el trabajador social deberá obtener el Vo.Bo. de la persona titular de la Subdirección de Trabajo Social para el envío del estudio socioeconómico a la Autoridad Jurisdiccional solicitante.
8	FECHA DE ENTREGA A JUZGADO	El día, mes y año límite en el que el estudio socioeconómico ha de ser entregado a la Autoridad Jurisdiccional en el que se encuentra radicado el juicio.

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
9	FECHA DE ENTREGA A REVISIÓN	El día, mes y año en el que la trabajadora o el trabajador social entrega el estudio socioeconómico para su revisión, además de plasmar su firma.
10	FECHA DE DEVOLUCIÓN DE REVISIÓN	El día, mes y año en el que la trabajadora o el trabajador social recibe el estudio socioeconómico con observaciones, además de plasmar su firma.
11	FECHA DE VO.BO.	El día, mes y año en la que la persona titular de la Subdirección de Trabajo Social firma el oficio de envío del estudio socioeconómico a la Autoridad Jurisdiccional, además plasmar su firma.
12	NOMBRE DE LA PERSONA USUARIA	El nombre completo de la persona usuaria.
13	NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA TITULAR DE LA SUBDIRECCIÓN DE TRABAJO SOCIAL	El nombre completo y firma de la persona titular de la Subdirección de Trabajo Social.
14	NOMBRE Y FIRMA DE LA TRABAJADORA O TRABAJADOR SOCIAL	El nombre completo, firma de la trabajadora o el trabajador social; y el día, mes y año en que recibe el expediente para la elaboración del estudio socioeconómico.

Procedimiento: CIEAJ-012	Aplicación de la pericial de trabajo social en materia Familiar, Penal, de Tutela de Derechos Humanos, sujetos de tutela y estudios socioeconómicos.
Objetivo general:	Realizar la aplicación de la pericial de trabajo social, en Materia Familiar, Penal, de Tutela de Derechos Humanos, sujetos de tutela y estudios socioeconómicos.
Políticas y normas de operación:	

1. Las periciales en trabajo social y los estudios socioeconómicos se realizarán conforme a los “Lineamientos para la práctica del peritaje en Trabajo Social que realiza la Subdirección de Trabajo Social de la Coordinación de Intervención Especializada para Apoyo Judicial en el Tribunal Superior de Justicia de la Ciudad de México”.

2. Las periciales en trabajo social en casos de adopción e interdicción, se realizarán conforme a la “Guía Técnica para la Realización de los Peritajes en Trabajo Social en caso de Adopción e Interdicción”

3. Las actividades sustantivas de la Subdirección de Trabajo Social, consisten en la realización de periciales en trabajo social o estudio socioeconómico, las cuales podrán ser ordenadas por la Autoridad Jurisdiccional.

4. Las periciales en trabajo social o estudios socioeconómicos solicitadas mediante oficio por la Autoridad Jurisdiccional serán realizados y atendidos por la Subdirección de Trabajo Social.

5. Cuando la Autoridad Jurisdiccional solicite diversas periciales en trabajo social o estudios socioeconómicos, la respuesta a su solicitud se realizara en un solo oficio, considerando todas las solicitudes.

6. Cuando no sea posible realizar la pericial en materia de trabajo social solicitado por la Autoridad Jurisdiccional, la Trabajadora o el Trabajador Social deberá realizar un informe de visita domiciliaria que contenga la siguiente información:
   a) Rubro de referencia;
   b) Lugar, fecha 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 quien atiende 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 las personas entrevistadas); y
   e) Incluir una fotografía de la fachada de la vivienda.

7. Cuando no sea posible realizar el estudio socioeconómico o la pericial en Materia Penal solicitados por la Autoridad Jurisdiccional, la Trabajadora o el Trabajador Social deberá realizar un informe que contenga la siguiente información:
   a. Rubro de referencia;
   b. Lugar, fecha y hora que se tenía programado para la aplicación de estudio socioeconómico o de la pericial en Materia Penal; y
   c. Descripción de las acciones que se realizaron para poder determinar que no fue posible realizar la aplicación del estudio socioeconómico o de la pericial en Materia Penal.

8. Únicamente y mediante solicitud por oficio por parte de la Autoridad Jurisdiccional, se reagendará una nueva fecha para la realización de la pericial en trabajo social o del estudio socioeconómico.

9. La Subdirección de Trabajo Social proporcionará sus servicios únicamente a las personas que expresamente determine la Autoridad Jurisdiccional, derivado de procedimientos seguidos ante la jurisdicción del Tribunal.

10. La realización de la pericial en trabajo social será de lunes a jueves de 9:00 am a 3:00 pm. y los días viernes de 9:00 am a 2:00 pm, lo anterior de conformidad a los acuerdos que autorice el Pleno del Consejo de la Judicatura de la Ciudad de México.

11. Las periciales en trabajo social, a excepción de la Materia Penal, se realizarán en el domicilio particular que previamente haya señalado la Autoridad Jurisdiccional.

12. Las periciales en trabajo social en Materia Penal, se realizarán en el centro en el que se encuentre privado de su libertad o en el domicilio particular que previamente haya señalado la Autoridad Jurisdiccional y en los horarios previamente establecidos.

13. La aplicación del estudio socioeconómico se realizará en las oficinas de la Subdirección de Trabajo Social, durante los días y horarios comunicados con antelación a la Autoridad Judicial.

14. La realización de la pericial en trabajo social o del estudio socioeconómico se suspenderá por la Trabajadora o el Trabajador Social cuando:
    a) La persona usuaria no proporcione las facilidades necesarias para su realización;
    b) La persona usuaria señale como su domicilio un lugar diverso al indicado por la Autoridad Jurisdiccional;
    c) A la llegada de la Trabajadora o el Trabajador Social ya sea en el domicilio particular o en las oficinas de la Subdirección de Trabajo Social, la persona usuaria sujeta de estudio no se encuentre en el lugar;

d) A juicio de la Trabajadora o el Trabajador Social, existan factores de riesgo que pongan en peligro su integridad física;
e) Se presente caso fortuito o de fuerza mayor; o
f) La persona usuaria se encuentre en estado inconveniente por consumo de alcohol o sustancia tóxica.

15. Las y los Trabajadores Sociales imprimirán por duplicado el dictamen o estudio socioeconómico solicitado por la Autoridad Jurisdiccional.

16. Al concluir la visita domiciliaria o la aplicación del estudio socioeconómico, se le proporcionará a la persona usuaria la encuesta de satisfacción del servicio otorgado por la persona servidora pública que lo atendió, la cual no es de carácter obligatorio para archivar al expediente.

17. Los dictámenes en trabajo social serán enviados a la Autoridad Jurisdiccional dentro de los 15 días hábiles posteriores, a partir de su realización.

18. Los estudios socioeconómicos para exención de pago serán enviados a la Autoridad Jurisdiccional dentro de los 8 días hábiles posteriores, a partir de su realización.

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.

20. De presentarse algún caso en el cual la persona usuaria, muestre 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 a la Autoridad Jurisdiccional.

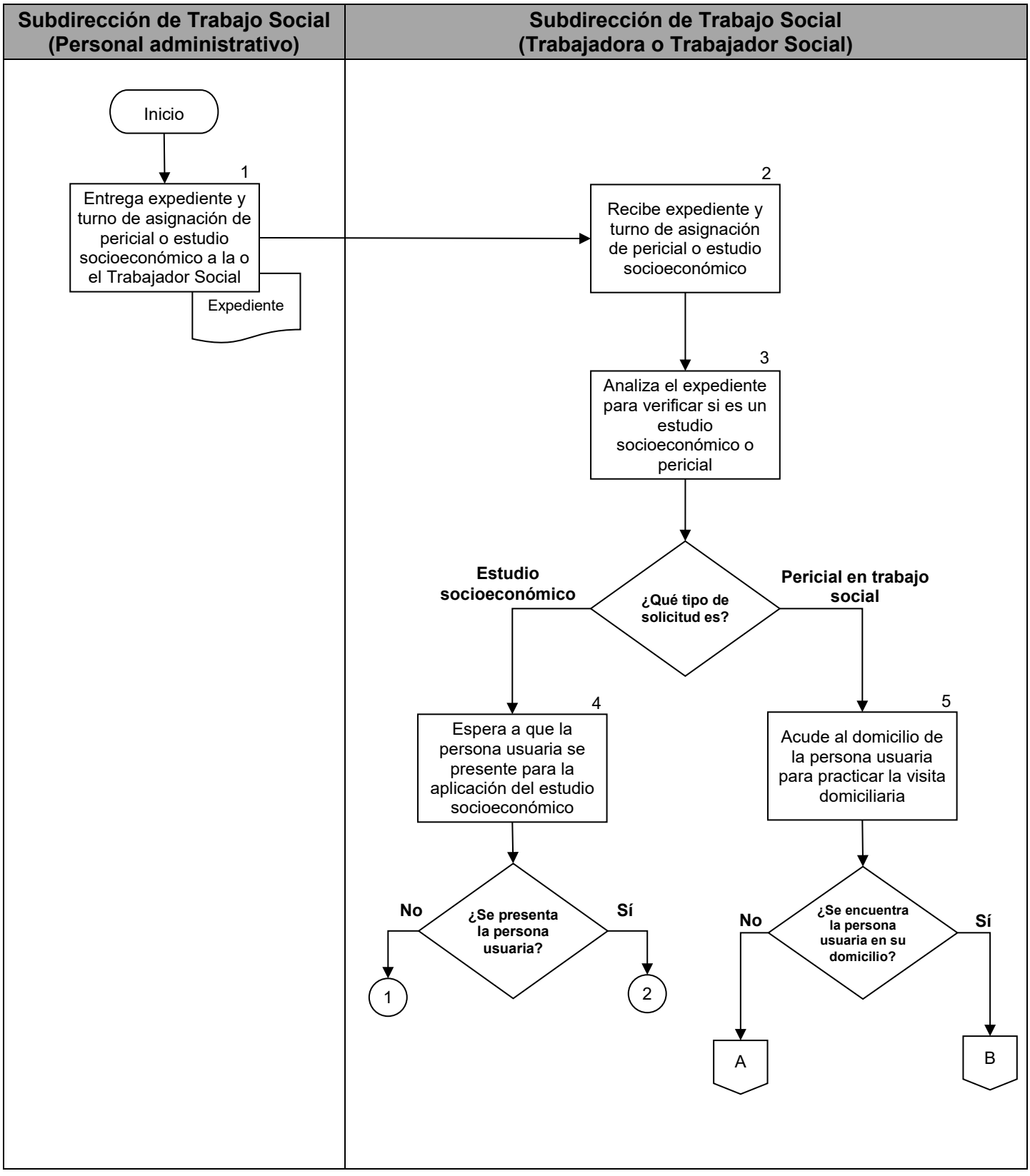
No.	Área.	Descripción de la actividad.	Documentos y/o sistemas de apoyo.
1	Subdirección de Trabajo Social (Personal administrativo)	Entrega expediente y turno de asignación de pericial o estudio socioeconómico a la Trabajadora o el Trabajador Social.	
2	Subdirección de Trabajo Social (Trabajadora o Trabajador Social)	Recibe expediente y turno de asignación de pericial en trabajo social o estudio socioeconómico.	
3		Analiza el expediente para verificar si es un estudio socioeconómico o pericial en trabajo social, así como el objetivo del mismo, y prepara metodología. **¿Qué tipo de solicitud es?** **Estudio socioeconómico.** Continúa en la actividad no. 4 **Pericial en trabajo social.** Continúa en la actividad no. 5	
4		Espera a que la persona usuaria se presente en la Subdirección de Trabajo Social, para la aplicación del estudio socioeconómico. **¿Se presenta la persona usuaria?** **No.** Continúa en la actividad no. 6 **Sí** Continúa en la actividad no. 12	
5		Acude al domicilio de la persona usuaria para practicar la visita domiciliaria. **¿Se encuentra la persona usuaria en su domicilio?** **No.** Continúa en la actividad no. 6 **Sí** Continúa en la actividad no. 12	

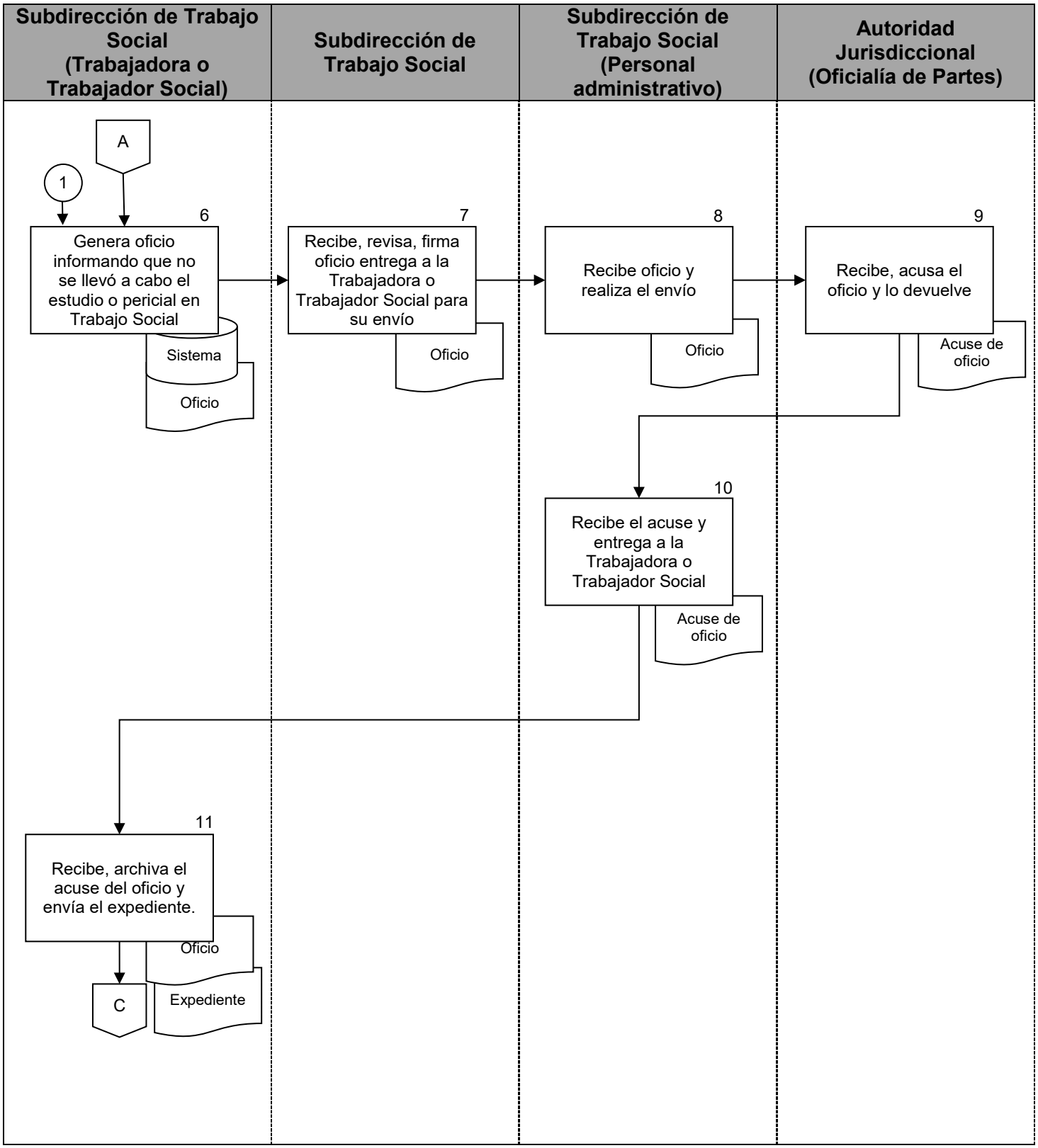
No.	Área.	Descripción de la actividad.	Documentos y/o sistemas de apoyo.
6	Subdirección de Trabajo Social (Trabajadora o Trabajador Social)	Genera e imprime oficio en el Sistema autorizado por el Pleno del Consejo, informando a la Autoridad Jurisdiccional que no se llevó a cabo el estudio socioeconómico o la pericial en trabajo social y envía a la Subdirección de Trabajo Social, para su firma.	• Sistema • Oficio
7	Subdirección de Trabajo Social	Recibe, revisa, firma y entrega oficio al Personal administrativo de la Subdirección de Trabajo Social, para su trámite de envío a la Autoridad Jurisdiccional.	
8	Subdirección de Trabajo Social (Personal administrativo)	Recibe oficio y realiza el envío.	
9	Autoridad Jurisdiccional (Oficialía de Partes)	Recibe, acusa el oficio y lo devuelve.	
10	Subdirección de Trabajo Social (Personal administrativo)	Recibe el acuse y entrega a la Trabajadora o Trabajador Social de la Subdirección de Trabajo Social.	
11	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. 22)	

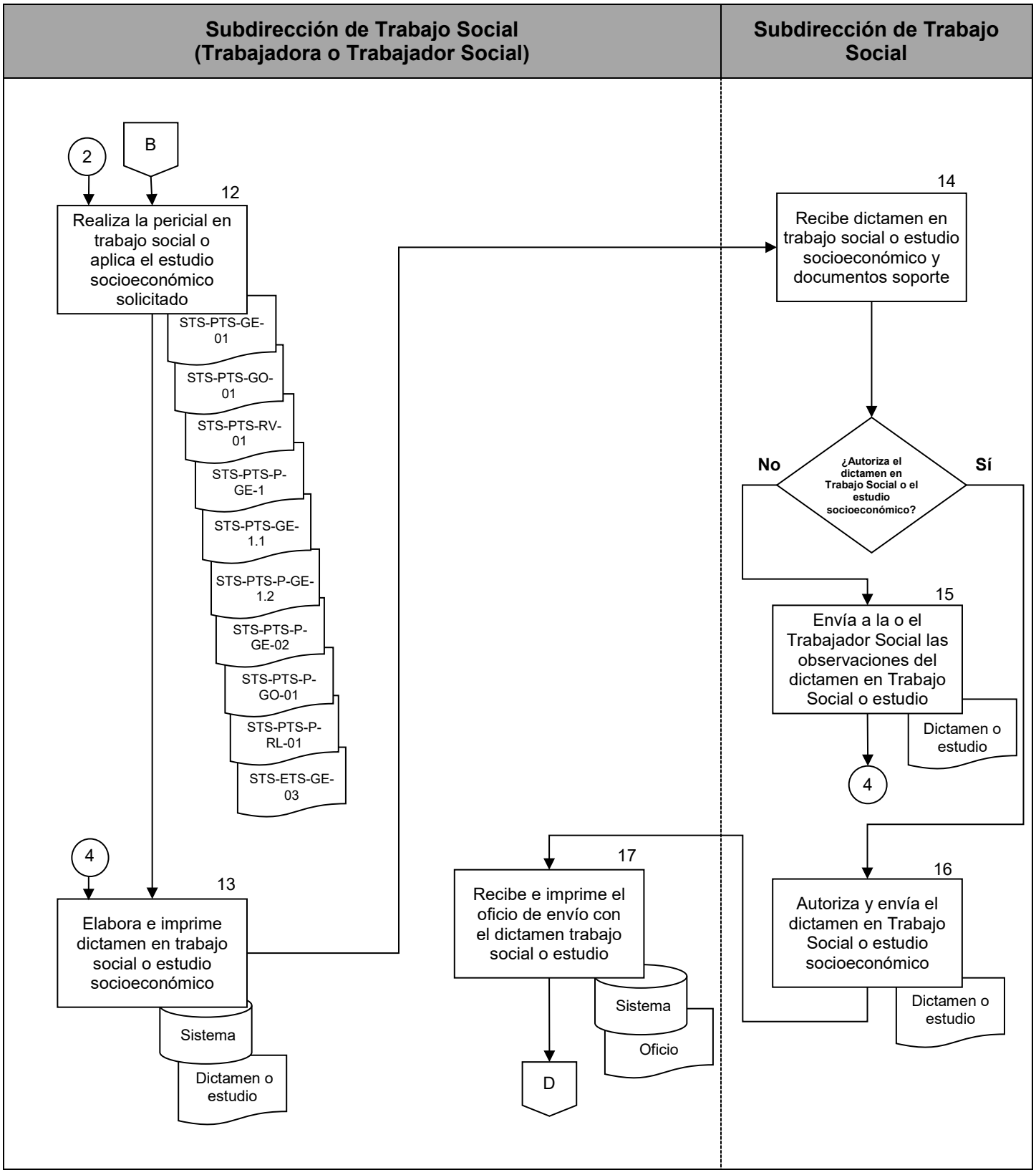
No.	Área.	Descripción de la actividad.	Documentos y/o sistemas de apoyo.
12	Subdirección de Trabajo Social (Trabajadora o Trabajador Social)	Realiza la pericial en trabajo social o aplica el estudio socioeconómico solicitado, utilizando los formatos “Guía de Entrevista” (STS-PTS-GE-01), “Guía de Observación” (STS-PTS-GO-01), “Referencias Vecinales” (STS-PTS-RV-01), “Guía de Entrevista (Persona privada de la libertad)” (STS-PTS-P-GE-1), “Guía de Entrevista (Aval moral)” (STS-PTS-P-GE-1.1), “Guía de Entrevista (Oferta laboral)” (STS-PTS-P-GE-1.2), “Guía de Entrevista (Persona con beneficio de preliberación)” (STS-PTS-P-GE-02), “Guía de Observación (Materia Penal) (STS-PTS-P-GO-01), “Referencia laboral” (STS-PTS-P-RL-01), “Estudio Socioeconómico” (STS-ETS-GE-03), según corresponda.	• Formatos STS-PTS-GE-01 STS-PTS-GO-01 STS-PTS-RV-01 STS-PTS-P-GE-1 STS-PTS-P-GE-1.1 STS-PTS-P-GE-1.2 STS-PTS-P-GE-02 STS-PTS-P-GO-01 STS-PTS-P-RL-01 STS-ETS-GE-03
13		Elabora e imprime dictamen en trabajo social o estudio socioeconómico en el Sistema autorizado por el Pleno del Consejo, y envía a la Subdirección de Trabajo Social para su revisión, visto bueno y autorización.	• Sistema • Dictamen en trabajo social o estudio socioeconómico
14	Subdirección de Trabajo Social	Recibe dictamen en trabajo social o estudio socioeconómico y documentos soporte para su revisión, visto bueno y autorización. **¿Autoriza el dictamen en trabajo social o el estudio socioeconómico?** **No.** Continúa en la actividad no. 15 **Sí.** Continúa en la actividad no. 16	
15		Envía a la Trabajadora o el Trabajador Social las observaciones del dictamen en trabajo social o del estudio socioeconómico para su atención. (Regresa a la actividad no. 13)	

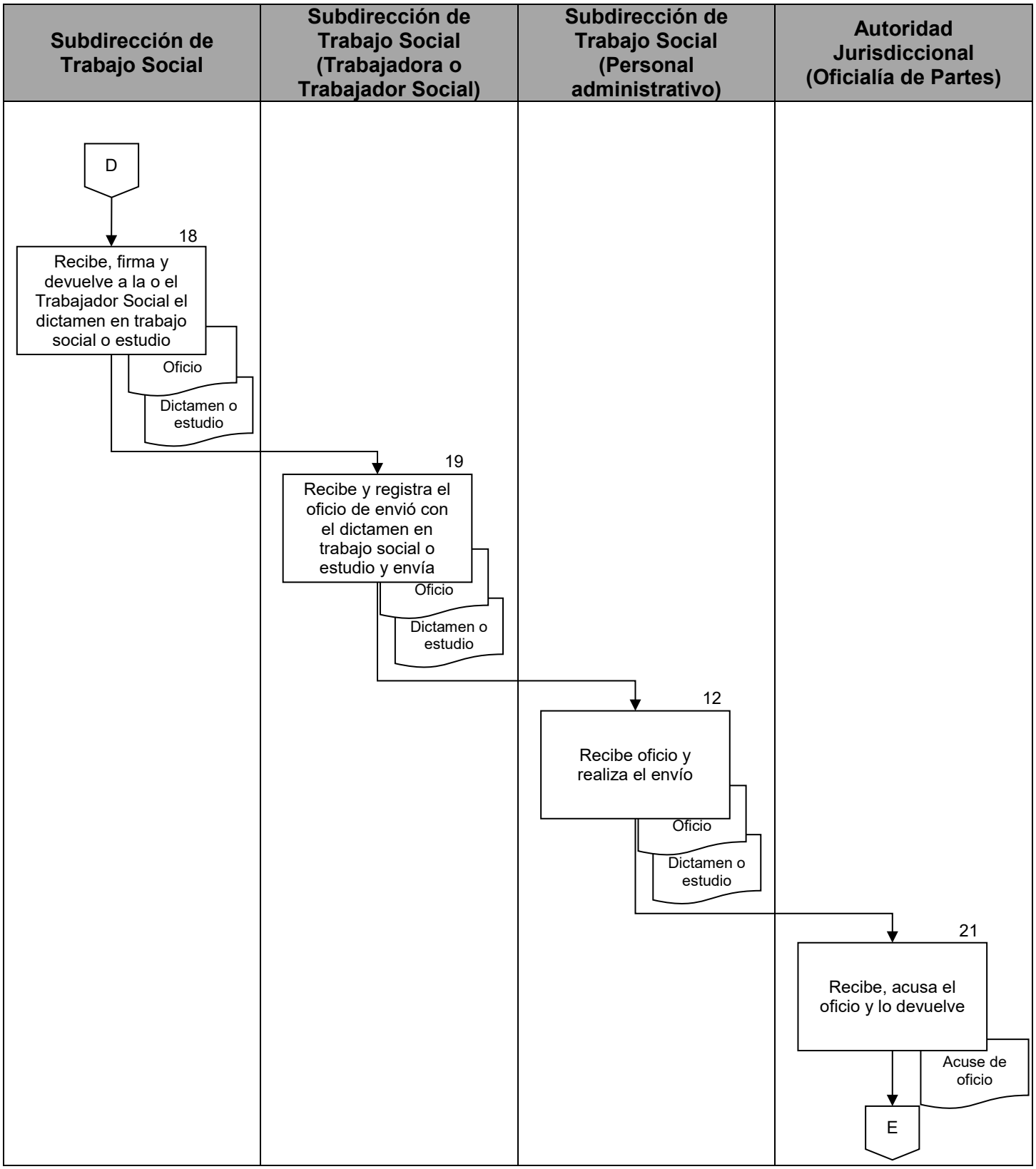
No.	Área.	Descripción de la actividad.	Documentos y/o sistemas de apoyo.
16	Subdirección de Trabajo Social	Autoriza y envía el dictamen en trabajo social o estudio socioeconómico a la Trabajadora o el Trabajador Social.	
17	Subdirección de Trabajo Social (Trabajadora o Trabajador Social)	Recibe e imprime el oficio de envío con el dictamen en trabajo social o estudio socioeconómico, a través del Sistema autorizado por el Pleno del Consejo, prepara documentación y envía a la Subdirección de Trabajo Social, para su firma.	• Sistema • Oficio
18	Subdirección de Trabajo Social	Recibe, firma y devuelve a la Trabajadora o el Trabajador Social el dictamen en trabajo social o estudio socioeconómico y oficio de envío.	
19	Subdirección de Trabajo Social (Trabajadora o Trabajador Social)	Recibe, registra en Libreta de oficios de envío el número de oficio con el dictamen en trabajo social o estudio socioeconómico, y entrega oficio al Personal administrativo de la Subdirección de Trabajo Social, para su trámite de envío.	• Libreta de oficios de envío
20	Subdirección de Trabajo Social (Personal administrativo)	Recibe oficio y realiza el envío.	
21	Autoridad Jurisdiccional (Oficialía de Partes)	Recibe, acusa el oficio y lo devuelve.	
22 23	Subdirección de Trabajo Social (Personal administrativo)	Recibe, registra la fecha de acuse en el Sistema autorizado por el Pleno del Consejo, archiva acuse del oficio y resguarda en el área el expediente de la pericial en trabajo social o del estudio socioeconómico, hasta que concluya su periodo de archivo en trámite. Envía expediente al Archivo Judicial.	• Sistema

FIN DEL PROCEDIMIENTO

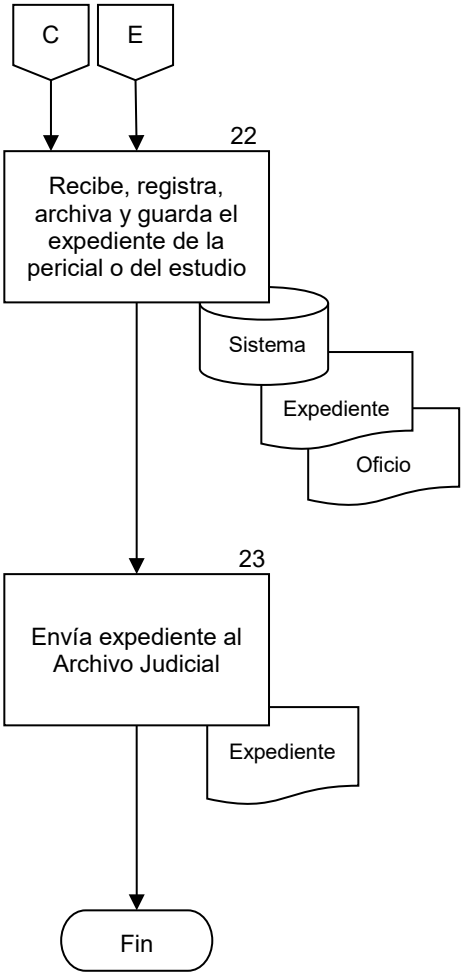

Subdirección de Trabajo Social (Personal administrativo)
Subdirección de Trabajo Social (Trabajadora o Trabajador Social)
Inicio
1
Entrega expediente y turno de asignación de pericial o estudio socioeconómico a la o el Trabajador Social
Expediente
2
Recibe expediente y turno de asignación de pericial o estudio socioeconómico
3
Analiza el expediente para verificar si es un estudio socioeconómico o pericial
¿Qué tipo de solicitud es?
Estudio socioeconómico
Pericial en trabajo social
4
Espera a que la persona usuaria se presente para la aplicación del estudio socioeconómico
5
Acude al domicilio de la persona usuaria para practicar la visita domiciliaria
¿Se presenta la persona usuaria?
No
Sí
1
2
¿Se encuentra la persona usuaria en su domicilio?
No
Sí
A
B


Subdirección de Trabajo Social (Trabajadora o Trabajador Social)
Subdirección de Trabajo Social
Subdirección de Trabajo Social (Personal administrativo)
Autoridad Jurisdiccional (Oficialía de Partes)
A
1
6
Genera oficio informando que no se llevó a cabo el estudio o pericial en Trabajo Social
Sistema
Oficio
7
Recibe, revisa, firma oficio entrega a la Trabajadora o Trabajador Social para su envío
Oficio
8
Recibe oficio y realiza el envío
Oficio
9
Recibe, acusa el oficio y lo devuelve
Acuse de oficio
10
Recibe el acuse y entrega a la Trabajadora o Trabajador Social
Acuse de oficio
11
Recibe, archiva el acuse del oficio y envía el expediente.
Oficio
Expediente
C


Subdirección de Trabajo Social (Trabajadora o Trabajador Social)
Subdirección de Trabajo Social
2
B
12
Realiza la pericial en trabajo social o aplica el estudio socioeconómico solicitado
STS-PTS-GE-01
STS-PTS-GO-01
STS-PTS-RV-01
STS-PTS-P-GE-1
STS-PTS-GE-1.1
STS-PTS-P-GE-1.2
STS-PTS-P-GE-02
STS-PTS-P-GO-01
STS-PTS-P-RL-01
STS-ETS-GE-03
4
13
Elabora e imprime dictamen en trabajo social o estudio socioeconómico
Sistema
Dictamen o estudio
14
Recibe dictamen en trabajo social o estudio socioeconómico y documentos soporte
¿Autoriza el dictamen en Trabajo Social o el estudio socioeconómico?
No
Sí
15
Envía a la o el Trabajador Social las observaciones del dictamen en Trabajo Social o estudio
Dictamen o estudio
4
16
Autoriza y envía el dictamen en Trabajo Social o estudio socioeconómico
Dictamen o estudio
17
Recibe e imprime el oficio de envío con el dictamen trabajo social o estudio
Sistema
Oficio
D


Subdirección de Trabajo Social
Subdirección de Trabajo Social (Trabajadora o Trabajador Social)
Subdirección de Trabajo Social (Personal administrativo)
Autoridad Jurisdiccional (Oficialía de Partes)
D
18
Recibe, firma y devuelve a la o el Trabajador Social el dictamen en trabajo social o estudio
Oficio
Dictamen o estudio
19
Recibe y registra el oficio de envió con el dictamen en trabajo social o estudio y envía
Oficio
Dictamen o estudio
12
Recibe oficio y realiza el envío
Oficio
Dictamen o estudio
21
Recibe, acusa el oficio y lo devuelve
Acuse de oficio
E

Subdirección de Trabajo Social
(Personal administrativo)



PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

SUBDIRECCIÓN DE TRABAJO SOCIAL

GUÍA DE ENTREVISTA

FECHA _____

JUICIO_____

PTS_____

DATOS GENERALES

NOMBRE_____

DOMICILIO_____

_____

EDAD_____ FECHA DE NACIMIENTO_____ LUGAR DE NACIMIENTO_____

ÚLTIMO GRADO DE ESTUDIOS: _____ ESTADO CIVIL: _____

RELIGIÓN_____ SEXO___ _____

ESTRUCTURA Y DINÁMICA FAMILIAR

NOMBRE	PARENTESCO	EDAD	ESTADO CIVIL	ESCOLARIDAD	OCUPACIÓN

¿QUÉ ACTIVIDADES REALIZAN EN SU FAMILIA, DÓNDE LA MAYORÍA DE SUS INTEGRANTES SE VEN INVOLUCRADOS Y CON QUÉ FRECUENCIA?

_____

_____

STS-PTS-GE-01

Página 1 de 8

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

SUBDIRECCIÓN DE TRABAJO SOCIAL

¿CÓMO SE INVOLUCRA LA FAMILIA CUANDO ALGUNO DE SUS INTEGRANTES, PRESENTA SENTIMIENTOS DE MALESTAR O PROBLEMAS? _____

_____

¿CUENTAN CON ALGÚN MOMENTO PARA CONVERSAR? SI ( ) NO ( ) ¿QUÉ TEMÁTICAS TRATAN?

_____

_____

CONSIDERA QUE LOS INTEGRANTES DE SU FAMILIA, PUEDEN EXPRESAR SUS OPINIONES DE MANERA LIBRE AL INTERIOR DE LA FAMILIA. SI ( ) NO ( ) EXPLIQUE _____

_____

LOS INTEGRANTES DE SU FAMILIA, ¿PUEDEN EXPRESAR DE MANERA ABIERTA EMOCIONES O SENTIMIENTOS? SI ( ) NO ( ) EXPLIQUE_____

_____

¿EXISTE ALGÚN MOMENTO PARA EXPRESAR AFECTOS ENTRE LOS INTEGRANTES DE LA FAMILIA? SI ( ) NO ( ) EXPLIQUE

_____

¿QUIÉN PREPARA LOS ALIMENTOS EN EL HOGAR? _____

¿QUIÉN PROVEE ECONÓMICAMENTE EL HOGAR? _____

¿QUIÉN EJERCE LA AUTORIDAD EN EL HOGAR? _____

¿CÓMO SE DISTRIBUYEN LAS ACTIVIDADES DOMÉSTICAS EN SU HOGAR? _____

_____

¿QUIÉN CUIDA A LA NIÑA, NIÑO O ADOLESCENTE? _____

EN SU FAMILIA, ¿CÓMO RESUELVEN LOS PROBLEMAS QUE SE PRESENTAN? _____

¿QUIÉNES PARTICIPAN EN LA TOMA DE DECISIONES PARA RESOLVER LOS PROBLEMAS QUE SE PRESENTAN?

_____

¿QUIÉN ESTABLECE LAS REGLAS DENTRO LA FAMILIA? (EJEMPLOS) _____

_____

¿QUÉ SUCEDE CUANDO ALGÚN INTEGRANTE DE LA FAMILIA NO CUMPLE CON LAS REGLAS ESTABLECIDAS?

_____

CONVIVENCIAS_____ PENSIÓN ALIMENTICIA_____

REDES DE APOYO:

NOMBRE	EDAD	PARENTESCO	OCUPACIÓN	DOMICILIO

TIPO DE FAMILIA: NUCLEAR ( ), MONOPARENTAL PATERNA ( ), MONOPARENTAL MATERNA ( ), EXTENSA ( ), HOGAR UNIPERSONAL ( ), RECONSTITUIDA ( ), OTRA ( ) _____

TIEMPO LIBRE:

_____

_____

ANTECEDENTES:

_____

_____

_____

_____

_____

STS-PTS-GE-01

Página 2 de 8

EDUCACIÓN

NOMBRE DE LA NIÑA, NIÑO Y/O ADOLESCENTE _____
NOMBRE DE LA ESCUELA_____
DOMICILIO_____ PARTICULAR ( ) GOBIERNO ( )
HORARIO_____ PROMEDIO _____ AÑO ESCOLAR /EDAD CORRESPONDIENTE SI NO
ACTIVIDADES EXTRAESCOLARES _____
_____
TIEMPO DE TRASLADO DE LA ESCUELA AL DOMICILIO _____

NOMBRE DE LA NIÑA, NIÑO Y/O ADOLESCENTE _____
NOMBRE DE LA ESCUELA_____
DOMICILIO_____ PARTICULAR ( ) GOBIERNO ( )
HORARIO_____ PROMEDIO _____ AÑO ESCOLAR /EDAD CORRESPONDIENTE SI NO
ACTIVIDADES EXTRAESCOLARES _____
_____
TIEMPO DE TRASLADO DE LA ESCUELA AL DOMICILIO _____

NOMBRE DE LA NIÑA, NIÑO Y/O ADOLESCENTE _____
NOMBRE DE LA ESCUELA_____
DOMICILIO_____ PARTICULAR ( ) GOBIERNO ( )
HORARIO_____ PROMEDIO _____ AÑO ESCOLAR /EDAD CORRESPONDIENTE SI NO
ACTIVIDADES EXTRAESCOLARES _____
_____
TIEMPO DE TRASLADO DE LA ESCUELA AL DOMICILIO _____

QUIÉN ACUDE A LAS JUNTAS ESCOLARES _____
PERSONA ENCARGADA DE LLEVAR Y TRAER A LA NIÑA, NIÑO Y/O ADOLESCENTE DE LA ESCUELA _____

ALIMENTACIÓN

Nº DE COMIDAS AL DIA:			HORARIO:	LUGAR	OBSERVACIONES:
DESAYUNO	SI	NO			
COLACION	SI	NO			
COMIDA	SI	NO			
COLACION	SI	NO			
CENA	SI	NO			
OTRO	SI	NO			

DESPENSA ALIMENTARIA				
LUGAR:		TIEMPO DE TRASLADO:	FRECUENCIA DE COMPRA:	GASTO MENSUAL:
SUPERMERCADO				
MERCADO FIJO				
MERCADO SOBRE RUEDAS				
TIENDAS DE ABARROTES				
OTRO				

SALUD

SEGURIDAD SOCIAL_____ QUIÉN LA PROPORCIONA_____
DÒNDE ACUDE REGULARMENTE A RECIBIR ATENCIÒN MÉDICA_____
PADECE ENFERMEDADES SI ( ) NO ( ) LLEVA ALGÚN TRATAMIENTO SI ( ) NO ( )

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

SUBDIRECCIÓN DE TRABAJO SOCIAL

PADECIMIENTO O TRATAMIENTO (FISICO, PSICOLÓGICO Y/O MÉDICO)	OBSERVACIÓN (DX/TX)	LUGAR DE ATENCIÓN	TRATAMIENTO: CONSULTAS, TERAPIAS, MEDICAMENTOS, INSUMOS, MATERIALES O ADITAMENTOS (COSTO MENSUAL)	COSTO DE TRASLADO (MENSUAL)	TOTAL (MENSUAL)

ESTADO DE SALUD _____ PORQUÉ_____

HÁBITOS DE CONSUMO: ALCOHOL_____DROGAS_____ CIGARRO_____

VIVIENDA

PROPIEDAD DE QUIÉN _____ TIEMPO DE VIVIR EN EL DOMICILIO _____

RENTADA _____PROPIA_____ PRESTADA_____ HIPOTECADA _____

DEPARTAMENTO____ CASA SOLA____ DUPLEX ____ CUARTO ____VECINDAD____

¿CUÁNTAS FAMILIAS VIVEN EN EL DOMICILIO? (SIN CONSIDERAR A LA DE LA PERSONA USUARIA)

_____

_____

DATOS ECONÓMICOS

TRABAJO FORMAL ( ) TRABAJO INFORMAL ( ) DEPENDIENTE ECONÓMICO SI ( ) NO ( ) ¿DE QUIÉN?_____

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? SI ( ) NO ( ) DESCRIPCIÓN_____

_____

_____

_____

Monto mensual de ingreso _____

STS-PTS-GE-01

INGRESOS EXTRA				
CONCEPTO	ACTIVIDAD LABORAL/OTROS INGRESOS		PENSION ALIMENTICIA	
	MONTO	PERIODICIDAD	MONTO	PERIODICIDAD
Aguinaldo				
Prima vacacional				
Utilidades				
caja/ fondo de ahorro				
vales de despensa				
Bono				
Becas				
programas gubernamentales				
pensión alimenticia				

EGRESOS

CONCEPTO	PERSONA USUARIA	DEPENDIENTE ECONÓMICO	DEPENDIENTE ECONÓMICO	DEPENDIENTE ECONÓMICO
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				
Refrendo				
Seguro de vehículo				
Recreación y entretenimiento				
Educación escolar:		inscripción colegiatura útiles libros uniforme zapatos escolares gastos extra transporte escolar eventos escolares	inscripción colegiatura útiles libros uniforme zapatos escolares gastos extra transporte escolar eventos escolares	inscripción colegiatura útiles libros uniforme zapatos escolares gastos extra transporte escolar eventos escolares
Vestido y Calzado				
Artículos de aseo personal				
Pensión alimenticia				
otros				

APOYOS FAMILIARES					
NOMBRE DE QUIÉN LO RECIBE	PARENTESCO	¿DESDE CUÁNDO?	¿CON QUE PERIODICIDAD?	MONTO	¿EN QUÉ LO OCUPA?

SITUACIÓN PATRIMONIAL

DEUDAS:

Persona/institución_____ **monto**_____ **desde cuándo**_____ **abonos** _____
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: _____

Maneja tarjetas departamentales: _____

Casas/terrenos o accesorias:

_____

_____

Vehículos:_____

_____

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

SUBDIRECCIÓN DE TRABAJO SOCIAL

CUESTIONARIO REGLA AMAI 20XX

1. Pensando en el jefe o jefa de hogar, ¿cuál fue el último año de estudios que aprobó en la escuela?

respuesta	puntos
No estudio	0
Primaria incompleta	6
Primaria Completa	11
Secundaria incompleta	12
Secundaria Completa	18
Carrera comercial, carrera técnica o preparatoria incompleta	23
Preparatoria completa	27
Licenciatura incompleta	38
Licenciatura completa	58
Diplomado o maestría	86
Doctorado	86

2. ¿Cuántos baños completos con regadera y W.C. (excusado) hay en esta vivienda?

respuesta	puntos
0	0
1	24
2 o más	47

3. ¿Cuántos automóviles o camionetas tienen en su hogar, incluyendo camionetas cerradas, o con cabina o caja?

respuesta	puntos
0	0
1	22
2 o más	43

4. Sin tomar en cuenta la conexión móvil que pudiera tener desde algún celular ¿este hogar cuenta con internet?

respuesta	puntos
No tiene	0
Sí tiene	32

5. De todas las personas de 14 años o más que viven en el hogar, ¿cuántas trabajaron en el último mes?

respuesta	puntos
0	0
1	15
2	31
3	46
4 o más	61

6. En esta vivienda, ¿cuántos cuartos se usan para dormir, sin contar pasillos ni baños?

respuesta	puntos
0	0
1	8
2	16
3	24
4 o más	32

Tabla para determinar el Nivel socioeconómico al que pertenece.

Nivel	puntos
A/B	202 y más
C+	168 a 201
C	141 a 167
C-	116 a 140
D+	85 a 115
D	48 a 84
E	0 a 47

STS-PTS-GE-01

Página 7 de 8

Dimensiones de la seguridad alimentaria : Evaluación Estratégica de Nutrición y Abasto — CONEVAL

Cuadro 1.5. Preguntas de acceso a la alimentación en los hogares, ENIGH 2008

Acceso a la alimentación en los hogares	
1. En los últimos tres meses, por falta de dinero o recursos ¿alguna vez usted o algún adulto en su hogar tuvo una alimentación basada en muy poca variedad de alimentos? Sí.....[1] No.....[2]	Si en el hogar no hay personas menores de 18 años pase a la sección V. Equipamiento del hogar 7. En los últimos tres meses, por falta de dinero o recursos ¿alguna vez algún menor de 18 años en su hogar tuvo una alimentación basada en muy poca variedad de alimentos? Sí.....[1] No.....[2]
2. En los últimos tres meses, por falta de dinero o recursos ¿alguna vez usted o algún adulto en su hogar dejó de desayunar, comer o cenar? Sí.....[1] No.....[2]	8. En los últimos tres meses, por falta de dinero o recursos ¿alguna vez algún menor de 18 años en su hogar comió menos de lo que debía? Sí.....[1] No.....[2]
3. En los últimos tres meses, por falta de dinero o recursos ¿alguna vez usted o algún adulto en su hogar comió menos de lo que usted piensa debía comer Sí.....[1] No.....[2]	9. En los últimos tres meses, por falta de dinero o recursos ¿alguna vez tuvieron que disminuir la cantidad servida en la comida a algún menor de 18 años del hogar? Sí.....[1] No.....[2]
4. En los últimos tres meses, por falta de dinero o recursos ¿alguna vez se quedaron sin comida? Sí.....[1] No.....[2]	10. En los últimos tres meses, por falta de dinero o recursos ¿alguna vez algún menor de 18 años sintió hambre pero no comió? Sí.....[1] No.....[2]
5. En los últimos tres meses, por falta de dinero o recursos ¿alguna vez usted o algún adulto de este hogar sintió hambre pero no comió? Sí.....[1] No.....[2]	11. En los últimos tres meses, por falta de dinero o recursos ¿algún menor de 18 años se acostó con hambre? Sí.....[1] No.....[2]
6. En los últimos tres meses, por falta de dinero o recursos ¿alguna vez usted o algún adulto en su hogar sólo comió una vez al día o dejó de comer todo un día? Sí.....[1] No.....[2]	12. En los últimos tres meses, por falta de dinero o recursos ¿alguna vez algún menor de 18 años comió una vez al día o dejó de comer todo un día? Sí.....[1] No.....[2]

Cuadro 1.6. Grado de inseguridad alimentaria según tipo de hogar

Grado	Hogares con adultos y menores[1]	Hogares con sólo adultos[2]
Nulo	Responde negativamente a todas las preguntas de la escala	
Leve	Responde afirmativamente de 1 a 3 preguntas de la escala	Responde afirmativamente de 1 a 2 preguntas de la escala
Moderado	Responde afirmativamente de 4 a 7 preguntas de la escala	Responde afirmativamente de 3 a 4 preguntas de la escala
Grave	Responde afirmativamente de 8 a 12 preguntas de la escala	Responde afirmativamente de 5 a 6 preguntas de la escala

[1] Se consideran las 12 preguntas de la escala
[2] Se consideran solamente las primeras seis preguntas de la escala

Fuente: elaboración del CONEVAL con base en el Módulo de Condiciones Socioeconómicas de la ENIGH 2008.

NOMBRE DE LA O EL PERITO _____

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

SUBDIRECCIÓN DE TRABAJO SOCIAL

GUÍA DE ENTREVISTA

FECHA _____(1)_____

JUICIO_____(2)_____

PTS_____(3)_____

DATOS GENERALES

NOMBRE_____(4)_____

DOMICILIO_____(5)_____

_____

EDAD___(6)__ FECHA DE NACIMIENTO_____(7)_____ LUGAR DE NACIMIENTO___(8)_____

ÚLTIMO GRADO DE ESTUDIOS: _____(9)_____ ESTADO CIVIL: _____(10)_____

RELIGIÓN_____(11)_____ SEXO ____(12)_____

ESTRUCTURA Y DINÁMICA FAMILIAR

NOMBRE	PARENTESCO	EDAD	ESTADO CIVIL	ESCOLARIDAD	OCUPACIÓN
(13)	(14)	(15)	(16)	(17)	(18)

¿QUÉ ACTIVIDADES REALIZAN EN SU FAMILIA, DÓNDE LA MAYORÍA DE SUS INTEGRANTES SE VEN INVOLUCRADOS Y CON QUÉ FRECUENCIA? (19)

_____

_____

STS-PTS-GE-01

¿CÓMO SE INVOLUCRA LA FAMILIA CUANDO ALGUNO DE SUS INTEGRANTES, PRESENTA SENTIMIENTOS DE MALESTAR O PROBLEMAS? (20)

¿CUENTAN CON ALGÚN MOMENTO PARA CONVERSAR? SI ( ) NO ( ) ¿QUÉ TEMÁTICAS TRATAN? (21)

CONSIDERA QUE LOS INTEGRANTES DE SU FAMILIA, PUEDEN EXPRESAR SUS OPINIONES DE MANERA LIBRE AL INTERIOR DE LA FAMILIA. SI ( ) NO ( ) EXPLIQUE (22)

LOS INTEGRANTES DE SU FAMILIA, ¿PUEDEN EXPRESAR DE MANERA ABIERTA EMOCIONES O SENTIMIENTOS? SI ( ) NO ( ) (31) EXPLIQUE (23)

¿EXISTE ALGÚN MOMENTO PARA EXPRESAR AFECTOS ENTRE LOS INTEGRANTES DE LA FAMILIA? SI ( ) NO ( ) EXPLIQUE (24)

¿QUIÉN PREPARA LOS ALIMENTOS EN EL HOGAR? (25)

¿QUIÉN PROVEE ECONÓMICAMENTE EL HOGAR? (26)

¿QUIÉN EJERCE LA AUTORIDAD EN EL HOGAR? (27)

¿CÓMO SE DISTRIBUYEN LAS ACTIVIDADES DOMÉSTICAS EN SU HOGAR? (28)

¿QUIÉN CUIDA A LA NIÑA, NIÑO O ADOLESCENTE? (29)

EN SU FAMILIA, ¿CÓMO RESUELVEN LOS PROBLEMAS QUE SE PRESENTAN? (30)

¿QUIÉNES PARTICIPAN EN LA TOMA DE DECISIONES PARA RESOLVER LOS PROBLEMAS QUE SE PRESENTAN? (31)

¿QUIÉN ESTABLECE LAS REGLAS DENTRO LA FAMILIA? (EJEMPLOS) (32)

¿QUÉ SUCEDE CUANDO ALGÚN INTEGRANTE DE LA FAMILIA NO CUMPLE CON LAS REGLAS ESTABLECIDAS? (33)

CONVIVENCIAS (34) PENSIÓN ALIMENTICIA (35)

REDES DE APOYO:

NOMBRE	EDAD	PARENTESCO	OCUPACIÓN	DOMICILIO
(36)	(37)	(38)	(39)	(40)

TIPO DE FAMILIA: NUCLEAR ( ), MONOPARENTAL PATERNA ( ), MONOPARENTAL MATERNA ( ), EXTENSA ( ), HOGAR UNIPERSONAL ( ), RECONSTITUIDA ( ), OTRA ( ) (41)

TIEMPO LIBRE: (42)

ANTECEDENTES: (43)

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

SUBDIRECCIÓN DE TRABAJO SOCIAL

EDUCACIÓN

NOMBRE DE LA NIÑA, NIÑO Y/O ADOLESCENTE (44)

NOMBRE DE LA ESCUELA (45)

DOMICILIO (46) PARTICULAR ( ) GOBIERNO ( ) (47)

HORARIO (48) PROMEDIO (49) AÑO ESCOLAR /EDAD CORRESPONDIENTE SI NO (50)

ACTIVIDADES EXTRAESCOLARES (51)

TIEMPO DE TRASLADO DE LA ESCUELA AL DOMICILIO (52)

NOMBRE DE LA NIÑA, NIÑO Y/O ADOLESCENTE

NOMBRE DE LA ESCUELA

DOMICILIO PARTICULAR ( ) GOBIERNO ( )

HORARIO PROMEDIO AÑO ESCOLAR /EDAD CORRESPONDIENTE SI NO

ACTIVIDADES EXTRAESCOLARES

TIEMPO DE TRASLADO DE LA ESCUELA AL DOMICILIO

NOMBRE DE LA NIÑA, NIÑO Y/O ADOLESCENTE

NOMBRE DE LA ESCUELA

DOMICILIO PARTICULAR ( ) GOBIERNO ( )

HORARIO PROMEDIO AÑO ESCOLAR /EDAD CORRESPONDIENTE SI NO

ACTIVIDADES EXTRAESCOLARES

TIEMPO DE TRASLADO DE LA ESCUELA AL DOMICILIO

QUIÉN ACUDE A LAS JUNTAS ESCOLARES (53)

PERSONA ENCARGADA DE LLEVAR Y TRAER A LA NIÑA, NIÑO Y/O ADOLESCENTE DE LA ESCUELA (54)

ALIMENTACIÓN

N° DE COMIDAS AL DIA: (55)			HORARIO: (56)	LUGAR: (57)	OBSERVACIONES: (58)
DESAYUNO	SI	NO			
COLACION	SI	NO			
COMIDA	SI	NO			
COLACION	SI	NO			
CENA	SI	NO			
OTRO	SI	NO			

DESPENSA ALIMENTARIA				
LUGAR (59)		TIEMPO DE TRASLADO: (60)	FRECUENCIA DE COMPRA (61)	GASTO MENSUAL(62)
SUPERMERCADO				
MERCADO FIJO				
MERCADO SOBRE RUEDAS				
TIENDAS DE ABARROTES				
OTRO				

SALUD

SEGURIDAD SOCIAL (63) QUIÉN LA PROPORCIONA (64)

DÓNDE ACUDE REGULARMENTE A RECIBIR ATENCIÓN MÉDICA (65)

PADECE ENFERMEDADES SI ( ) NO ( ) (66) LLEVA ALGÚN TRATAMIENTO SI ( ) NO ( ) (67)

STS-PTS-GE-01

Página 3 de 8

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

SUBDIRECCIÓN DE TRABAJO SOCIAL

PADECIMIENTO O TRATAMIENTO (FISICO, PSICOLÓGICO Y/O MÉDICO)	OBSERVACIÓN (DX/TX)	LUGAR DE ATENCIÓN	TRATAMIENTO: CONSULTAS, TERAPIAS, MEDICAMENTOS, INSUMOS, MATERIALES O ADITAMENTOS (COSTO MENSUAL)	COSTO DE TRASLADO (MENSUAL)	TOTAL (MENSUAL)
(68)	(69)	(70)	(71)	(72)	(73)

ESTADO DE SALUD _____ PORQUÉ_____(74)_____

HÁBITOS DE CONSUMO: ALCOHOL_____DROGAS_____ CIGARRO_____(75)_____

VIVIENDA

PROPIEDAD DE QUIÉN _____(76)_____ TIEMPO DE VIVIR EN EL DOMICILIO _____(77)_____

RENTADA _____PROPIA_____ PRESTADA_____ HIPOTECADA _____ (78)

DEPARTAMENTO____ CASA SOLA____ DUPLEX ____ CUARTO ____VECINDAD____ (79)

¿CUÁNTAS FAMILIAS VIVEN EN EL DOMICILIO? (SIN CONSIDERAR A LA DE LA PERSONA USUARIA)

__(80)_____

_____

DATOS ECONÓMICOS

TRABAJO FORMAL ( ) TRABAJO INFORMAL ( ) (81) DEPENDIENTE ECONÓMICO SI ( ) NO ( ) ¿DE QUIÉN?_____(82)____

PUESTO:	(83)
NOMBRE DE LA EMPRESA O NEGOCIO	(84)
DIRECCIÓN DE LA EMPRESA O NEGOCIO	(85)
ANTIGÜEDAD:	(86)
TIPO DE CONTRATO	(87)
DÍAS Y HORARIOS	(88)
INGRESO MENSUAL	(89)

¿TRABAJA POR SU CUENTA? SI ( ) NO ( ) DESCRIPCIÓN (90)_____

_____

_____

_____

Monto mensual de ingreso _____(91)_____

STS-PTS-GE-01

Página 4 de 8

INGRESOS EXTRA				
CONCEPTO	ACTIVIDAD LABORAL/OTROS INGRESOS (92)		PENSION ALIMENTICIA (93)	
	MONTO	PERIODICIDAD	MONTO	PERIODICIDAD
Aguinaldo				
Prima vacacional				
Utilidades				
Caja/ fondo de ahorro				
Vales de despensa				
Bono				
Becas				
Programas gubernamentales				
Pensión alimenticia				

EGRESOS

CONCEPTO	PERSONA USUARIA (94)	DEPENDIENTE ECONÓMICO (95)	DEPENDIENTE ECONÓMICO	DEPENDIENTE ECONÓMICO
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				
Refrendo				
Seguro de vehículo				
Recreación y entretenimiento				
Educación escolar:		Inscripción		
		Colegiatura		
		Útiles		
		Libros		
		Uniforme		
		Zapatos escolares		
		Gastos extra		
		Transporte escolar		
		Eventos escolares		
Vestido y calzado				
Artículos de aseo personal				
Pensión alimenticia				
Otros				

APOYOS FAMILIARES					
NOMBRE DE QUIÉN LO RECIBE	PARENTESCO	¿DESDE CUÁNDO?	¿CON QUE PERIODICIDAD?	MONTO	¿EN QUÉ LO OCUPA?
(96)	(97)	(98)	(99)	(100)	(101)

SITUACIÓN PATRIMONIAL

DEUDAS:

Persona/institución (102) monto (103) desde cuándo (104) abonos (105)
Persona/institución monto desde cuándo abonos
Persona/institución monto desde cuándo abonos
Persona/institución monto desde cuándo abonos

AHORROS: (106)

Maneja tarjetas de crédito: (107)
Maneja tarjetas de débito: (108)
Maneja tarjetas departamentales: (109)
Casas/terrenos o accesorias: (110)

Vehículos: (111)

SUBDIRECCIÓN DE TRABAJO SOCIAL

CUESTIONARIO REGLA AMAI 20XX

1. Pensando en el jefe o jefa de hogar, ¿cuál fue el último año de estudios que aprobó en la escuela? **(112)**

respuesta	puntos
No estudio	0
Primaria incompleta	6
Primaria Completa	11
Secundaria incompleta	12
Secundaria Completa	18
Carrera comercial, carrera técnica o preparatoria incompleta	23
Preparatoria completa	27
Licenciatura incompleta	38
Licenciatura completa	58
Diplomado o maestría	86
Doctorado	86

Tabla para determinar el Nivel socioeconómico al que pertenece. **(113)**

Nivel	puntos
A/B	202 y más
C+	188 a 201
C	141 a 187
C-	116 a 140
D+	95 a 115
D	48 a 94
E	0 a 47

2. ¿Cuántos baños completos con regadera y W.C. (excusado) hay en esta vivienda? **(113)**

respuesta	puntos
0	0
1	24
2 o más	47

3. ¿Cuántos automóviles o camionetas tienen en su hogar, incluyendo camionetas cerradas, o con cabina o caja? **(114)**

respuesta	Puntos
0	0
1	22
2 o más	43

4. Sin tomar en cuenta la conexión móvil que pudiera tener desde algún celular ¿este hogar cuenta con internet? **(116)**

respuesta	puntos
No tiene	0
Si tiene	32

5. De todas las personas de 14 años o más que viven en el hogar, ¿cuántas trabajaron en el último mes? **(116)**

Respuesta	puntos
0	0
1	15
2	31
3	48
4 o más	61

6. En esta vivienda, ¿cuántos cuartos se usan para dormir, sin contar pasillos ni baños? **(117)**

respuesta	puntos
0	0
1	8
2	16
3	24
4 o más	32

STS-PTS-GE-01

Página 7 de 8

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

SUBDIRECCIÓN DE TRABAJO SOCIAL

Dimensiones de la seguridad alimentaria : Evaluación Estratégica de Nutrición y Abasto CONEVAL

Cuadro 1.5. Preguntas de acceso a la alimentación en los hogares, ENIGH 2008

Acceso a la alimentación en los hogares	
1. En los últimos tres meses, por falta de dinero o recursos ¿alguna vez usted o algún adulto en su hogar tuvo una alimentación basada en muy poca variedad de alimentos? Sí..... |1| No.....|2| (119)	Si en el hogar no hay personas menores de 18 años pase a la sección V. Equipamiento del hogar
2. En los últimos tres meses, por falta de dinero o recursos ¿alguna vez usted o algún adulto en su hogar dejó de desayunar, comer o cenar? Sí..... |1| No.....|2| (120)	7. En los últimos tres meses, por falta de dinero o recursos ¿alguna vez algún menor de 18 años en su hogar tuvo una alimentación basada en muy poca variedad de alimentos? Sí..... |1| No.....|2| (125)
3. En los últimos tres meses, por falta de dinero o recursos ¿alguna vez usted o algún adulto en su hogar comió menos de lo que usted piensa debía comer Sí..... |1| No.....|2| (121)	8. En los últimos tres meses, por falta de dinero o recursos ¿alguna vez algún menor de 18 años en su hogar comió menos de lo que debía? Sí..... |1| No.....|2| (126)
4. En los últimos tres meses, por falta de dinero o recursos ¿alguna vez se quedaron sin comida? Sí..... |1| No.....|2| (122)	9. En los últimos tres meses, por falta de dinero o recursos ¿alguna vez tuvieron que disminuir la cantidad servida en la comida a algún menor de 18 años del hogar? Sí..... |1| No.....|2| (127)
5. En los últimos tres meses, por falta de dinero o recursos ¿alguna vez usted o algún adulto de este hogar sintió hambre pero no comió? Sí..... |1| No.....|2| (123)	10. En los últimos tres meses, por falta de dinero o recursos ¿alguna vez algún menor de 18 años sintió hambre pero no comió? Sí..... |1| No.....|2| (128)
6. En los últimos tres meses, por falta de dinero o recursos ¿alguna vez usted o algún adulto en su hogar sólo comió una vez al día o dejó de comer todo un día? Sí..... |1| No.....|2| (124)	11. En los últimos tres meses, por falta de dinero o recursos ¿algún menor de 18 años se acostó con hambre? Sí..... |1| No.....|2| (129) 12. En los últimos tres meses, por falta de dinero o recursos ¿alguna vez algún menor de 18 años comió una vez al día o dejó de comer todo un día? Sí..... |1| No.....|2| (130)

Cuadro 1.6. Grado de inseguridad alimentaria según tipo de hogar

Grado	Hogares con adultos y menores[1] (131)	Hogares con sólo adultos[2] (132)
Nulo	Responde negativamente a todas las preguntas de la escala	
Leve	Responde afirmativamente de 1 a 3 preguntas de la escala	Responde afirmativamente de 1 a 2 preguntas de la escala
Moderado	Responde afirmativamente de 4 a 7 preguntas de la escala	Responde afirmativamente de 3 a 4 preguntas de la escala
Grave	Responde afirmativamente de 8 a 12 preguntas de la escala	Responde afirmativamente de 5 a 6 preguntas de la escala

[1] Se consideran las 12 preguntas de la escala
[2] Se consideran solamente las primeras seis preguntas de la escala

Fuente: elaboración del CONEVAL con base en el Módulo de Condiciones Socioeconómicas de la ENIGH 2008.

NOMBRE DE LA O EL PERITO _____ **(133)**

STS-PTS-GE-01

Página 8 de 8

DESCRIPCIÓN DEL FORMATO

Nombre:	**GUÍA DE ENTREVISTA**
Clave:	**STS-PTS-GE-01**
Objetivo:	Obtener información para la elaboración de la pericial en trabajo social.
Elabora:	Subdirección de Trabajo Social.
Número de tantos:	Original.
Distribución:	Original.- Subdirección de Trabajo Social (Expediente general).

INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
1	FECHA	El día, mes y año en que se realiza la entrevista para la pericial en trabajo social.
2	JUICIO	El juicio que se lleva a cabo con la Autoridad Jurisdiccional que haya solicitado la realización de la pericial en trabajo social.
3	PTS	El número de trabajo social asignado, para la realización de la pericial en trabajo social.
4	NOMBRE	El nombre completo de la persona usuaria a quien se le realiza la pericial en trabajo social.
5	DOMICILIO	El domicilio completo de la persona usuaria a quien se le realiza la pericial en trabajo social.
6	EDAD	Los años cumplidos que tiene la persona usuaria a quien se le realiza la pericial en trabajo social.
7	FECHA DE NACIMIENTO	El día, mes y año de nacimiento de la persona usuaria a quien se le realiza la pericial en trabajo social.
8	LUGAR DE NACIMIENTO	En el caso de que la persona usuaria a quien se le realiza la pericial en trabajo social tenga nacionalidad mexicana, el estado y el país en el que nació y al tratarse de persona extranjera únicamente indicar el país de nacimiento.
9	ÚLTIMO GRADO DE ESTUDIOS	El último grado escolar de la persona usuaria a quien se le realiza la pericial en trabajo social.

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
10	ESTADO CIVIL	El estado civil actual de la persona usuaria a quien se le realiza la pericial en trabajo social.
11	RELIGIÓN	La religión que profesa la persona usuaria a quien se le realizará la pericial en trabajo social.
12	SEXO	El sexo de la persona usuaria a quien se le realizará la pericial en trabajo social.
13	NOMBRE	El nombre completo de las personas que habitan en el mismo domicilio que la persona usuaria (en caso de ser más de una, se puede utilizar los demás campos del cuadro, según se requiera).
14	PARENTESCO	El parentesco de las personas que habitan en el mismo domicilio que la persona usuaria (en caso de ser más de una, persona se puede utilizar los demás campos del cuadro, según se requiera).
15	EDAD	La edad de las personas que habitan en el mismo domicilio que la persona usuaria (en caso de ser más de una se puede utilizar los demás campos del cuadro, según se requiera).
16	ESTADO CIVIL	El estado civil de las personas que habitan en el mismo domicilio que la persona usuaria (en caso de ser más de una, se puede utilizar los demás campos del cuadro, según se requiera).
17	ESCOLARIDAD	La escolaridad de las personas que habitan en el mismo domicilio que la persona usuaria (en caso de ser más de una,

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
		se puede utilizar los demás campos del cuadro, según se requiera).
18	OCUPACIÓN	La ocupación actual de las personas que habitan en el mismo domicilio que la persona usuaria (en caso de ser más de una, se puede utilizar los demás campos del cuadro, según se requiera).
19	¿QUÉ ACTIVIDADES REALIZAN EN SU FAMILIA, DÓNDE LA MAYORÍA DE SUS INTEGRANTES SE VEN INVOLUCRADOS Y CON QUÉ FRECUENCIA?	Las actividades que realizan en familia, cuando conviven todos los integrantes de la familia y cada cuándo las realizan.
20	¿CÓMO SE INVOLUCRA LA FAMILIA CUANDO ALGUNO DE SUS INTEGRANTES, PRESENTA SENTIMIENTOS DE MALESTAR O PROBLEMAS?	La forma de reaccionar de los integrantes de la familia, ante alguna situación de malestar o problemas de alguno de sus miembros.
21	¿CUENTAN CON ALGÚN MOMENTO PARA CONVERSAR?	Marcar con (X) la opción correspondiente y en caso de ser afirmativa la respuesta, describir las temáticas que abordan en sus momentos para conversar.
22	CONSIDERA QUE LOS INTEGRANTES DE SU FAMILIA, PUEDEN EXPRESAR SUS	Marcar con (X) la opción correspondiente y posteriormente explicar las razones según su respuesta por las que considera se puedan o no expresar de manera libre en la familia.

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
	OPINIONES DE MANERA LIBRE AL INTERIOR DE LA FAMILIA	
23	LOS INTEGRANTES DE SU FAMILIA, ¿PUEDEN EXPRESAR DE MANERA ABIERTA EMOCIONES O SENTIMIENTOS?	Marcar con (X) la opción correspondiente y posteriormente explicar las razones según su respuesta por las que considera se pueden expresar de manera abierta las emociones o sentimientos.
24	¿EXISTE ALGÚN MOMENTO PARA EXPRESAR AFECTOS ENTRE LOS INTEGRANTES DE LA FAMILIA?	Marcar con (X) la opción correspondiente y posteriormente explicar las razones según su respuesta por las que considera se pueden expresar afectos entre los integrantes de la familia.
25	¿QUIÉN PREPARA LOS ALIMENTOS EN EL HOGAR?	El nombre completo de la(s) persona(s) encargada(s) de la elaboración de los alimentos en la vivienda.
26	¿QUIÉN PROVEE ECONÓMICAMENTE EL HOGAR?	El nombre completo de la(s) persona(s) que aportan para cubrir los gastos de la familia.
27	¿QUIÉN EJERCE LA AUTORIDAD EN EL HOGAR?	El nombre completo de la(s) persona(s) que establecen las reglas, normas y límites a los miembros de la familia.

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
28	¿CÓMO SE DISTRIBUYEN LAS ACTIVIDADES DOMÉSTICAS EN SU HOGAR?	La forma es que se distribuyen y quienes participan en las actividades de lavado, planchado y aseo de la vivienda.
29	¿QUIÉN CUIDA A LA NIÑA, NIÑO O ADOLESCENTE?	El nombre completo de la(s) persona(s) encargada(s) del cuidado de los niños, niñas y adolescentes involucrados en el juicio.
30	EN SU FAMILIA, ¿CÓMO RESUELVEN LOS PROBLEMAS QUE SE PRESENTAN?	La forma en que la familia resuelve los problemas de cualquier índole que se les van presentando.
31	¿QUIÉNES PARTICIPAN EN LA TOMA DE DECISIONES PARA RESOLVER LOS PROBLEMAS QUE SE PRESENTAN?	El nombre completo de la(s) persona(s) que participan en la toma de decisiones para la resolución de los problemas de los miembros de la familia.
32	¿QUIÉN ESTABLECE LAS REGLAS DENTRO LA FAMILIA? (EJEMPLOS)	El nombre completo de la(s) persona(s) que dictan las reglas del comportamiento familiar, describiendo algunos ejemplos.
33	¿QUÉ SUCEDE CUANDO ALGÚN INTEGRANTE DE LA FAMILIA NO CUMPLE CON LAS REGLAS ESTABLECIDAS?	Lo que acontece si alguno de los integrantes de la familia incumple las reglas establecidas.

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
34	CONVIVENCIAS	Si existe convivencia entre la madre o el padre no custodio y la niña, niño o adolescente; así como la modalidad y periodicidad de las mismas.
35	PENSIÓN ALIMENTICIA	Si la persona usuaria recibe el pago de pensión alimenticia, así como el monto y periodicidad en que lo recibe.
36	NOMBRE	El nombre completo de la(s) persona(s) que forman parte de la red de apoyo de la persona usuaria (en caso de ser más de una persona, se puede utilizar los demás campos del cuadro, según se requiera).
37	EDAD	La edad de la(s) persona(s) que forman parte de la red de apoyo de la persona usuaria (en caso de ser más de una persona, se puede utilizar los demás campos del cuadro, según se requiera).
38	PARENTESCO	El parentesco de la(s) persona(s) que forman parte de la red de apoyo de la persona usuaria (en caso de ser más de una persona, se puede utilizar los demás campos del cuadro, según se requiera).
39	OCUPACIÓN	La ocupación de la(s) persona(s) que forman parte de la red de apoyo de la persona usuaria (en caso de ser más de una persona, se puede utilizar los demás campos del cuadro, según se requiera).

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
40	DOMICILIO	El domicilio de la(s) persona(s) que forman parte de la red de apoyo de la persona usuaria (en caso de ser más de una persona, se puede utilizar los demás campos del cuadro, según se requiera).
41	TIPO DE FAMILIA	Marcar con (X) alguna opción de las que se encuentran señaladas o en su defecto especificar el tipo de familia que no se encuentre enlistada.
42	TIEMPO LIBRE	Las actividades de esparcimiento y/o descanso que la persona usuaria realiza en los horarios en los que no lleva a cabo actividades obligatorias.
43	ANTECEDENTES	De forma breve y concreta, la información relevante que se relaciona y antecede al caso.
44	NOMBRE DE LA NIÑA, NIÑO Y/O ADOLESCENTE	El nombre completo de la niña, niño o adolescente involucrada(o) en el juicio (en caso de ser más de uno, se anota la información en los siguientes espacios, según sea el caso).
45	NOMBRE DE LA ESCUELA	El nombre completo de la institución educativa a la que acude la niña, niño o adolescente involucrada(o) en el juicio (en caso de ser más de uno, se anota la información en los siguientes espacios, según sea el caso).
46	DOMICILIO	El domicilio completo de la institución educativa a la que acude de la niña, niño o adolescente involucrada(o) en el juicio (en caso de ser más de uno, se anota la información en los siguientes espacios, según sea el caso).

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
47	PARTICULAR / GOBIERNO	Marcar con (X) alguna opción que corresponda al sector al que pertenece la institución educativa a la que acude la niña, niño o adolescente involucrada(o) en el juicio (en caso de ser más de uno, se anota la información en los siguientes espacios, según sea el caso).
48	HORARIO	El horario de clases en que la niña, niño o adolescente involucrada(o) en el juicio (en caso de ser más de uno, se anota la información en los siguientes espacios, según sea el caso).
49	PROMEDIO	El promedio escolar de la niña, niño o adolescente involucrada(o) en el juicio (en caso de ser más de uno, se anota la información en los siguientes espacios, según sea el caso).
50	AÑO ESCOLAR /EDAD CORRESPONDIENTE	Marcar con (X) si la edad que tiene la niña, niño o adolescente involucrada(o) en el juicio corresponde o no, al grado escolar que cursa, (en caso de ser más de uno, se anota la información en los siguientes espacios, según sea el caso).
51	ACTIVIDADES EXTRAESCOLARES	Aquellas actividades que la niña, niño o adolescente involucrada(o) en el juicio realiza fuera del horario escolar (en caso de ser más de uno, se anota la información en los siguientes espacios, según sea el caso).
52	TIEMPO DE TRASLADO DE LA ESCUELA AL DOMICILIO	El tiempo de traslado de la niña, niño o adolescente involucrada(o) en el juicio desde su casa hasta la institución educativa, (en caso de ser más de uno, se anota la información en los siguientes espacios, según sea el caso).

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
53	QUIÉN ACUDE A LAS JUNTAS ESCOLARES	El nombre completo de la persona que asiste a las juntas escolares de la niña, niño o adolescente involucrada(o) en el juicio.
54	PERSONA ENCARGADA DE LLEVAR Y TRAER A LA NIÑA, NIÑO Y/O ADOLESCENTE DE LA ESCUELA	El nombre completo de la persona que acompaña en el traslado del domicilio a la escuela y viceversa a la niña, niño o adolescente involucrada(o) en el juicio.
55	Nº DE COMIDAS AL DÍA	Marcar con (X) las comidas que realicen al día, tanto la persona usuaria como la niña, niño o adolescente involucrada(o) en el juicio.
56	HORARIO	El horario en que, tanto de la persona usuaria como la niña, niño o adolescente involucrada(o) en el juicio acostumbran realizar las comidas señaladas.
57	LUGAR	El lugar en donde tanto de la persona usuaria como la niña, niño o adolescente involucrada(o) en el juicio acostumbran realizar las comidas señaladas.
58	OBSERVACIONES	Si existe alguna dieta especial, así como gastos extra por la compra de alimentos elaborados y escolares relacionados con la persona usuaria así como con la niña, niño o adolescente involucrada(o) en el juicio.
59	LUGAR	Marcar con (X) el lugar en el que la persona usuaria adquiere la despensa.

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
60	TIEMPO DE TRASLADO	El tiempo de traslado que realiza la persona usuaria desde su domicilio al lugar en el que adquiere la despensa.
61	FRECUENCIA DE COMPRA	La frecuencia con que la persona usuaria asiste a comprar la despensa.
62	GASTO MENSUAL	El monto mensual que la persona usuaria destina para comprar despensa.
63	SEGURIDAD SOCIAL	Si la persona usuaria, así como la niña, niño o adolescente involucrada(o) en el juicio cuenta con algún tipo de seguridad social.
64	QUIÉN LA PROPORCIONA	El nombre completo de la institución en la que se encuentra afiliada tanto la persona usuaria, así como la niña, niño o adolescente involucrada(o) en el juicio.
65	DÓNDE ACUDE REGULARMENTE A RECIBIR ATENCIÓN MÉDICA	El lugar en donde suelen recibir atención médica tanto la persona usuaria como la niña, niño o adolescente involucrada(o) en el juicio.
66	PADECE ENFERMEDADES	Marcar con (X) la opción que corresponda si es que la persona usuaria, así como la niña, niño o adolescente involucrada(o) en el juicio padece alguna enfermedad.

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
67	LLEVA ALGÚN TRATAMIENTO	Marcar con (X) la opción que corresponda si es que la persona usuaria, así como la niña, niño o adolescente involucrada(o) en el juicio, lleva algún tratamiento.
68	PADECIMIENTO O TRATAMIENTO (FÍSICO, PSICOLÓGICO Y/O MÉDICO)	En caso de padecer una enfermedad tanto la persona usuaria, así como la niña, niño o adolescente involucrada(o) en el juicio, el nombre del padecimiento o tratamiento que en su caso lleve.
69	OBSERVACIÓN (DX/TX)	En caso de padecer alguna enfermedad tanto la persona usuaria, así como la niña, niño o adolescente involucrada(o) en el juicio, el diagnóstico y tipo de tratamiento recibido.
70	LUGAR DE ATENCIÓN	En caso de padecer alguna enfermedad tanto la persona usuaria, así como la niña, niño o adolescente involucrada(o) en el juicio, el lugar donde recibe atención médica.
71	TRATAMIENTO: CONSULTAS, TERAPIAS, MEDICAMENTOS, INSUMOS, MATERIALES O ADITAMENTOS (COSTO MENSUAL)	En caso de padecer alguna enfermedad tanto la persona usuaria, así como la niña, niño o adolescente involucrada(o) en el juicio, los materiales y medicamentos utilizados, además del costo mensual de los mismos.
72	COSTO DE TRASLADO (MENSUAL)	En caso de padecer alguna enfermedad tanto la persona usuaria, así como la niña, niño o adolescente involucrada(o) en el juicio, el costo de traslado al lugar de atención o para recibir tratamientos médicos.
73	TOTAL (MENSUAL)	El costo mensual destinado a tratamiento, medicamentos, traslados y otros gastos generados para la atención de la

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
		enfermedad que pueda padecer tanto la persona usuaria, así como la niña, niño o adolescente involucrada(o) en el juicio.
74	ESTADO DE SALUD	La consideración que tiene de su estado de salud la persona usuaria, así como la de la niña, niño o adolescente involucrada(o) en el juicio, además de explicar el porqué de su respuesta.
75	HÁBITOS DE CONSUMO	Marcar con (X) la opción que corresponda, si es que la persona usuaria consume alguna de ellas.
76	PROPIEDAD DE QUIÉN	El nombre completo de la persona propietaria del inmueble donde vive la persona usuaria.
77	TIEMPO DE VIVIR EN EL DOMICILIO	El tiempo que lleva viviendo en el domicilio la persona usuaria.
78	TENENCIA DE LA VIVIENDA	Marcar con (X) la opción que corresponda de acuerdo a la tenencia que tenga la persona usuaria, respecto de la vivienda en la que habita.
79	TIPO DE VIVIENDA	Marcar con (X) la opción que corresponda de acuerdo al tipo de vivienda que ocupa la persona usuaria.
80	¿CUÁNTAS FAMILIAS VIVEN EN EL DOMICILIO?	El número de familias que viven en el domicilio, sin considerar a la de la persona usuaria.
81	ACTIVIDAD LABORAL	Marcar con (X) la opción que corresponda de acuerdo a la actividad laboral que realiza la persona usuaria.

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
82	DEPENDIENTE ECONÓMICO	Marcar con (X) la opción que corresponda, considerando si la persona usuaria es dependiente económica de alguna persona y señalar el nombre completo de esta.
83	PUESTO	El puesto que desempeña la persona usuaria en su lugar de trabajo.
84	NOMBRE DE LA EMPRESA O NEGOCIO	El nombre completo de la empresa o negocio donde labora la persona usuaria.
85	DIRECCIÓN DE LA EMPRESA O NEGOCIO	El domicilio completo del lugar donde labora la persona usuaria.
86	ANTIGÜEDAD	La antigüedad ya sea en años, meses o días, que tiene la persona usuaria en el lugar donde labora.
87	TIPO DE CONTRATO	El tipo de contrato con el que cuenta la persona usuaria en el lugar donde labora.
88	DÍAS Y HORARIOS	Los días y el horario en el que labora la persona usuaria.
89	INGRESO MENSUAL	El monto mensual que percibe por su actividad laboral la persona usuaria.
90	¿TRABAJA POR SU CUENTA?	Marcar con (X) la opción que corresponda si es que la persona usuaria trabaja por su cuenta, en caso afirmativo indicar en qué, la dirección, la antigüedad, días y horario.
91	MONTO MENSUAL DE INGRESO	En caso de que la persona usuaria trabaje por su cuenta, el monto mensual máximo y mínimo que obtiene por la realización de dicha actividad.

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
92	ACTIVIDAD LABORAL/OTROS INGRESOS	El monto y periodicidad que recibe la persona usuaria respecto de las prestaciones laborales y de otros ingresos según corresponda.
93	PENSIÓN ALIMENTICIA	En caso de que reciba pensión alimenticia, el monto y periodicidad que recibe la persona usuaria respecto de las prestaciones de esta, según corresponda.
94	PERSONA USUARIA	Según corresponda, el gasto mensual que destina para sí misma la persona usuaria, respecto de los conceptos que se enuncian.
95	DEPENDIENTE ECONÓMICO	De acuerdo al número de dependientes económicos, el gasto mensual que destina la persona usuaria, respecto de los conceptos que se enuncian.
96	NOMBRE DE QUIÉN LO RECIBE	El nombre completo de la persona que le proporciona algún apoyo económico o en especie a la persona usuaria.
97	PARENTESCO	El parentesco que tiene con la persona que le aporta algún apoyo económico o en especie con relación a la persona usuaria.
98	¿DESDE CUÁNDO?	La fecha desde la cual la persona usuaria recibe el apoyo económico o en especie.
99	¿CON QUE PERIODICIDAD?	El periodo en que la persona usuaria recibe el apoyo económico o en especie.
100	MONTO	El monto del apoyo económico o en especie que recibe la persona usuaria.

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
101	¿EN QUÉ LO OCUPA?	En qué ocupa la persona usuaria el apoyo económico o en especie que recibe.
102	PERSONA/INSTITUCIÓN	El nombre completo de la persona o institución con la que la persona usuaria tenga una deuda.
103	MONTO	El monto de la deuda que tiene la persona usuaria con la persona o institución antes referida.
104	DESDE CUÁNDO	La fecha desde la cual la persona usuaria tiene la deuda con la persona o institución antes referida.
105	ABONOS	El monto que abona a la deuda que tiene la persona usuaria con la persona o institución antes referida.
106	AHORROS	En caso de que la persona usuaria cuente con ahorros, el monto de los mismos y en dónde los tiene.
107	MANEJA TARJETAS DE CRÉDITO	En caso de que la persona usuaria maneje tarjetas de crédito, el nombre del banco a la que pertenece, el monto de crédito del cual se dispone y en qué la ocupa.
108	MANEJA TARJETAS DE DÉBITO	En caso de que la persona usuaria maneje tarjetas de débito, el nombre del banco a la que pertenece y en qué la ocupa.
109	MANEJA TARJETAS DEPARTAMENTALES	En caso de que la persona usuaria maneje tarjetas departamentales, el nombre de la institución a la que pertenece, el monto de crédito del cual se dispone y en qué la ocupa.

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
110	CASAS/TERRENOS O ACCESORIAS	En caso de que la persona usuaria sea propietaria(o) de algún inmueble, el domicilio completo y en qué ocupa dicha propiedad.
111	VEHÍCULOS	En caso de que la persona usuaria sea propietaria(o) de algún vehículo, especificar el número, modelo y año de este.
112	¿CUÁL FUE EL ÚLTIMO AÑO DE ESTUDIOS QUE APROBÓ EN LA ESCUELA?	Marcar con (X) la opción que corresponda según el último año de estudios que aprobó en la escuela la jefa o jefe del hogar.
113	¿CUÁNTOS BAÑOS COMPLETOS CON REGADERA Y W.C. (EXCUSADO) HAY EN ESTA VIVIENDA?	Marcar con (X) la opción que corresponda de acuerdo al número de baños completos que existan en la vivienda que ocupa la persona usuaria.
114	¿CUÁNTOS AUTOMÓVILES O CAMIONETAS TIENEN EN SU HOGAR, INCLUYENDO CAMIONETAS CERRADAS, ¿O CON CABINA O CAJA?	Marcar con (X) la opción que corresponda de acuerdo al número de automóviles con los que cuente la persona usuaria.
115	SIN TOMAR EN CUENTA LA CONEXIÓN MÓVIL QUE PUDIERA TENER DESDE ALGÚN CELULAR ¿ESTE HOGAR CUENTA CON INTERNET?	Marcar con (X) la opción que corresponda si la vivienda en la que habita la persona usuaria cuenta con internet.

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
116	DE TODAS LAS PERSONAS DE 14 AÑOS O MÁS QUE VIVEN EN EL HOGAR, ¿CUÁNTAS TRABAJARON EN EL ÚLTIMO MES?	Marcar con (X) la opción que corresponda de acuerdo al número de personas que trabajaron en el último mes.
117	EN ESTA VIVIENDA, ¿CUÁNTOS CUARTOS SE USAN PARA DORMIR, SIN CONTAR PASILLOS NI BAÑOS?	Marcar con (X) la opción que corresponda de acuerdo al número de cuartos que se ocupen para dormir.
118	TABLA PARA DETERMINAR EL NIVEL SOCIOECONÓMICO AL QUE PERTENECE.	Marcar con (X) la opción que corresponda de acuerdo a la sumatoria de la respuesta de las preguntas marcadas del 112 al 117, obteniendo así el nivel socioeconómico al que pertenece la persona usuaria.
119	EN LOS ÚLTIMOS TRES MESES, POR FALTA DE DINERO O RECURSOS ¿ALGUNA VEZ USTED O ALGÚN ADULTO DE SU HOGAR TUVO UNA ALIMENTACIÓN BASADA EN MUY POCA VARIEDAD DE ALIMENTOS?	Marcar con (X) la opción que corresponda en concordancia con pregunta.
120	EN LOS ÚLTIMOS TRES MESES, POR FALTA DE DINERO O RECURSOS	Marcar con (X) la opción que corresponda en concordancia con pregunta.

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
	¿ALGUNA VEZ USTED O ALGÚN ADULTO EN SU HOGAR DEJÓ DE DESAYUNAR, COMER O CENAR?	
121	EN LOS ÚLTIMOS TRES MESES, POR FALTA DE DINERO O RECURSOS ¿ALGUNA VEZ USTED O ALGÚN ADULTO EN SU HOGAR COMIÓ MENOS DE LO QUE USTED PIENSA QUE DEBÍA COMER?	Marcar con (X) la opción que corresponda en concordancia con pregunta.
122	EN LOS ÚLTIMOS TRES MESES, POR FALTA DE DINERO O RECURSOS ¿ALGUNA VEZ SE QUEDARON SIN COMIDA?	Marcar con (X) la opción que corresponda en concordancia con pregunta.
123	EN LOS ÚLTIMOS TRES MESES, POR FALTA DE DINERO O RECURSOS ¿ALGUNA VEZ USTED O ALGÚN ADULTO EN SU HOGAR SINTIÓ HAMBRE, PERO NO COMIÓ?	Marcar con (X) la opción que corresponda en concordancia con pregunta.

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
124	EN LOS ÚLTIMOS TRES MESES, POR FALTA DE DINERO O RECURSOS ¿ALGUNA VEZ USTED O ALGÚN ADULTO EN SU HOGAR SÓLO COMIÓ UNA VEZ AL DÍA O DEJÓ DE COMER TODO UN DÍA?	Marcar con (X) la opción que corresponda en concordancia con pregunta.
125	EN LOS ÚLTIMOS TRES MESES, POR FALTA DE DINERO O RECURSOS ¿ALGUNA VEZ ALGÚN MENOR DE 18 AÑOS EN SU HOGAR TUVO UNA ALIMENTACIÓN BASADA EN MUY POCA VARIEDAD DE ALIMENTOS?	Marcar con (X) la opción que corresponda en concordancia con pregunta.
126	EN LOS ÚLTIMOS TRES MESES, POR FALTA DE DINERO O RECURSOS ¿ALGUNA VEZ ALGÚN MENOR DE 18 AÑOS EN SU HOGAR COMIÓ MENOS DE LOS QUE DEBÍA?	Marcar con (X) la opción que corresponda en concordancia con pregunta.
127	EN LOS ÚLTIMOS TRES MESES, POR FALTA DE	Marcar con (X) la opción que corresponda en concordancia con pregunta.

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
	DINERO O RECURSOS ¿ALGUNA VEZ TUVIERON QUE DISMINUIR LA CANTIDAD SERVIDA EN LA COMIDA A ALGÚN MENOR DE 18 AÑOS DEL HOGAR?	
128	EN LOS ÚLTIMOS TRES MESES, POR FALTA DE DINERO O RECURSOS ¿ALGUNA VEZ ALGÚN MENOR DE 18 AÑOS SINTIÓ HAMBRE, PERO NO COMIÓ?	Marcar con (X) la opción que corresponda en concordancia con pregunta.
129	EN LOS ÚLTIMOS TRES MESES, POR FALTA DE DINERO O RECURSOS ¿ALGÚN MENOR DE 18 AÑOS SE ACOSTÓ CON HAMBRE?	Marcar con (X) la opción que corresponda en concordancia con pregunta.
130	EN LOS ÚLTIMOS TRES MESES, POR FALTA DE DINERO O RECURSOS ¿ALGUNA VEZ ALGÚN MENOR DE 18 AÑOS COMIÓ UNA VEZ AL DÍA O	Marcar con (X) la opción que corresponda en concordancia con pregunta.

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
	DEJO DE COMER TODO UN DÍA?	
131	HOGARES CON ADULTOS Y MENORES	Marcar con (X) la opción que corresponda de acuerdo a la sumatoria de respuestas negativas con relación a las preguntas marcadas del número 119 a la 130, para obtener el grado de inseguridad alimentaria según el tipo de hogar que ocupa la persona usuaria.
132	HOGARES SOLO CON ADULTOS	Marcar con (X) la opción que corresponda de acuerdo a la sumatoria de respuestas negativas con relación a las preguntas marcadas del número 119 a la 124, para obtener el grado de inseguridad alimentaria según el tipo de hogar que ocupa la persona usuaria.
133	NOMBRE DE LA O EL PERITO	El nombre completo de la o el perito que realizó la entrevista.

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX
SUBDIRECCIÓN DE TRABAJO SOCIAL

GUÍA DE OBSERVACIÓN

FECHA: _____

JUICIO_____

PTS_____

Objetivo: Registrar lo observado durante la visita domiciliaria, para el análisis de la información que se requiere en el dictamen en trabajo social.

RUBROS	ASPECTOS A CONSIDERAR
DINÁMICA FAMILIAR	(Apoyo e integración, comunicación, afecto y emociones, roles, identificación de problemas y toma de decisiones)
EDUCACIÓN	(Útiles escolares, uniformes, artículos de talleres, mochilas)
SALUD	(Medicamentos, aparatos para movilidad asistida, silla de ruedas, cama especial, etc.)
ALIMENTACIÓN	(Despensa, insumos de cocina)
DATOS ECONÓMICOS	(Uniformes de trabajo, materiales, apoyos en especie)
SITUACIÓN PATRIMONIAL	(vehículos, empresas y/o negocios propios, inmuebles, pagos de tarjetas de crédito)

VIVIENDA	**CONDICIONES DE HABITABILIDAD**							
	Orden		Servicios intra-domiciliarios (agua, luz, drenaje, gas)					
	Limpieza		Mascotas					
	Iluminación		Factores de riesgo (Asfixia, caídas, intoxicaciones, quemaduras y electrocuciones)					
	Ventilación		Adaptabilidad para personas con discapacidad					
	Hacinamiento		Verificación de personas que habitan el domicilio					
	TIPO DE VIVIENDA							
	Departamento		Dúplex		Vecindad			
	Casa sola		Cuarto					
	DISTRIBUCIÓN							
	N° de Niveles		Sala		Baño		Medio baño	
	Patio		Comedor		Cocina		Espacio para lavar	
	Estudio		Patio		Estacionamiento		N° de recámaras	
	Quién ocupa cada recámara:	1.		2.				
		3.		4.				
		5.		6.				
	MATERIALES DE CONSTRUCCIÓN QUE PREDOMINAN							
	(Piso, paredes y techo)							
	MOBILIARIO							
	(Cantidad, condiciones)							
RELIGIÓN	(Aditamentos religiosos, formas de expresión, vestimenta)							

ENTORNO	**COMERCIOS**						
	Tiendas		Mercados		Servicios médico		
	Farmacias		Bancos				
	EQUIPAMIENTO URBANO						
	Instituciones educativas		Espacios culturales		Accesibilidad para discapacitados		
	Espacios recreativos		Centros religiosos				
	INFRAESTRUCTURA Y SERVICIOS PÚBLICOS						
	Abastecimiento de agua potable		Transporte		Gas		
	Alumbrado público		Drenaje		Vialidades pavimentadas		
	Recolección de basura		Vigilancia				
	RIESGOS DETECTADOS						
	Delincuencia		Vandalismo		Alcoholismo		
	Drogadicción						
ASPECTOS GENERALES DE LA ENTREVISTA	(Actitud, apariencia, lenguaje y participación del usuario y familiares presentes)						

NOMBRE DE LA O EL PERITO _____

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

SUBDIRECCIÓN DE TRABAJO SOCIAL

GUÍA DE OBSERVACIÓN

FECHA: (1)

JUICIO (2)

PTS (3)

Objetivo: Registrar lo observado durante la visita domiciliaria, para el análisis de la información que se requiere en el dictamen en trabajo social.

RUBROS	ASPECTOS A CONSIDERAR
DINÁMICA FAMILIAR (4)	(Apoyo e integración, comunicación, afecto y emociones, roles, identificación de problemas y toma de decisiones)
EDUCACIÓN (5)	(Útiles escolares, uniformes, articulos de talleres, mochilas)
SALUD (6)	(Medicamentos, aparatos para movilidad asistida, silla de ruedas, cama especial, etc.)
ALIMENTACIÓN (7)	(Despensa, insumos de cocina)
DATOS ECONÓMICOS (8)	(Uniformes de trabajo, materiales, apoyos en especie)
SITUACIÓN PATRIMONIAL (9)	(vehiculos, empresas y/o negocios propios, inmuebles, pagos de tarjetas de crédito)

SUBDIRECCIÓN DE TRABAJO SOCIAL

VIVIENDA	**CONDICIONES DE HABITABILIDAD (10)**							
	Orden		Servicios intra-domiciliarios (agua, luz, drenaje, gas)					
	Limpieza		Mascotas					
	Iluminación		Factores de riesgo (Asfixia, caídas, intoxicaciones, quemaduras y electrocuciones)					
	Ventilación		Adaptabilidad para personas con discapacidad					
	Hacinamiento		Verificación de personas que habitan el domicilio					
	TIPO DE VIVIENDA (11)							
	Departamento		Dúplex		Vecindad			
	Casa sola		Cuarto					
	DISTRIBUCIÓN (12)							
	N° de Niveles		Sala		Baño		Medio baño	
	Patio		Comedor		Cocina		Espacio para lavar	
	Estudio		Patio		Estacionamiento		N° de recámaras	
	Quién ocupa cada recámara: **(13)**	1.		2.				
		3.		4.				
		5.		6.				
	MATERIALES DE CONSTRUCCIÓN QUE PREDOMINAN (14)							
	(Piso, paredes y techo)							
	MOBILIARIO (15)							
	(Cantidad, condiciones)							
RELIGIÓN (16)	(Aditamentos religiosos, formas de expresión, vestimenta)							

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX
SUBDIRECCIÓN DE TRABAJO SOCIAL

ENTORNO	**COMERCIOS (17)**						
	Tiendas		Mercados		Servicios médico		
	Farmacias		Bancos				
	EQUIPAMIENTO URBANO (18)						
	Instituciones educativas		Espacios culturales		Accesibilidad para discapacitados		
	Espacios recreativos		Centros religiosos				
	INFRAESTRUCTURA Y SERVICIOS PÚBLICOS (19)						
	Abastecimiento de agua potable		Transporte		Gas		
	Alumbrado público		Drenaje		Vialidades pavimentadas		
	Recolección de basura		Vigilancia				
	RIESGOS DETECTADOS (20)						
	Delincuencia		Vandalismo		Alcoholismo		
	Drogadicción						
ASPECTOS GENERALES DE LA ENTREVISTA (21)	(Actitud, apariencia, lenguaje y participación del usuario y familiares presentes)						

NOMBRE DE LA O EL PERITO_____**(22)**_____

DESCRIPCIÓN DEL FORMATO

Nombre:	**GUÍA DE OBSERVACIÓN**
Clave:	**STS-PTS-GO-01**
Objetivo:	Obtener información para la elaboración de la pericial en trabajo social.
Elabora:	Subdirección de Trabajo Social.
Número de tantos:	Original.
Distribución:	Original.- Subdirección de Trabajo Social (Expediente general).

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
1	FECHA	El día, mes y año en que se realiza la entrevista para la pericial en trabajo social.
2	JUICIO	El juicio que se lleva acabo con la Autoridad Jurisdiccional que haya solicitado la realización de la pericial en trabajo social.
3	PTS	El número de trabajo social asignado, para la realización de la pericial en trabajo social.
4	DINÁMICA FAMILIAR	Si se observó apoyo e integración, comunicación, afecto y emociones, roles, identificación de problemas y toma de decisiones, durante la visita domiciliaria.
5	EDUCACIÓN	Si se observaron útiles escolares, uniformes, artículos de talleres, mochilas, etc., durante la visita domiciliaria.
6	SALUD	Si se observaron medicamentos, aparatos para movilidad asistida, silla de ruedas, cama especial, etc., durante la visita domiciliaria.
7	ALIMENTACIÓN	La despensa, alimentos e insumos de cocina observada durante la visita domiciliaria.
8	DATOS ECONÓMICOS	Si se encontraron uniformes laborales, materiales y apoyos en especie, durante la visita domiciliaria.
9	SITUACIÓN PATRIMONIAL	Si se observó en la vivienda, vehículos, empresas y/o negocios.
10	CONDICIONES DE HABITABILIDAD	Marcar con (X) la opción que corresponda de acuerdo a las condiciones observadas durante la visita domiciliaria.

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
11	TIPO DE VIVIENDA	Marcar con (X) la opción que corresponda de acuerdo al tipo de vivienda que se observe durante la visita domiciliaria.
12	DISTRIBUCIÓN	En el recuadro el número existente de espacios observados en la vivienda.
13	QUIÉN OCUPA CADA RECÁMARA	El nombre completo de la persona que ocupe la recámara respectiva.
14	MATERIALES DE CONSTRUCCIÓN QUE PREDOMINAN	El tipo de material observable en la vivienda.
15	MOBILIARIO	El mobiliario existente en la vivienda, así como las condiciones físicas de este.
16	RELIGIÓN	Los aditamentos religiosos, formas de expresión y vestimenta religiosa existente en la vivienda.
17	COMERCIOS	Marcar con (X) la opción que corresponda de acuerdo a los establecimientos observados en el entorno de la vivienda, además de añadir algún aspecto relevante que considere necesario.
18	EQUIPAMIENTO URBANO	Marcar con (X) la opción que corresponda de acuerdo a los espacios observados en el entorno de la vivienda, además de añadir algún aspecto relevante que considere necesario.
19	INFRAESTRUCTURA Y SERVICIOS PÚBLICOS	Marcar con (X) la opción que corresponda de acuerdo a la infraestructura y servicios públicos observados en el entorno de

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
		la vivienda, además de añadir algún aspecto relevante que considere necesario.
20	RIESGOS DETECTADOS	Marcar con (X) la opción que corresponda de acuerdo a riesgos detectados en el entorno de la vivienda, además de añadir algún aspecto relevante que considere necesario.
21	ASPECTOS GENERALES DE LA ENTREVISTA	La actitud, apariencia, lenguaje y participación de la persona usuaria; así como de los familiares presentes al momento de la entrevista.
22	NOMBRE DE LA O EL PERITO	El nombre completo de la o el perito que realizó la observación.

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

FECHA _____

JUICIO _____

PTS _____

REFERENCIAS VECINALES

¿Conoce a la persona usuaria? ☐Sí ¿Desde cuándo? _____ ☐No ¿por qué? _____

_____

Lo considera como una persona (tranquila, problemática, distante, otorga el saludo cuando lo ven):

_____

¿Tiene algún vicio (drogas, alcohol, tabaquismo...)? ☐Sí ☐No ☐ Desconoce ¿Cuál? _____

¿A qué se dedica? _____

¿Qué trato tiene hacia las o los integrantes de su familia (los tienen atendidos/desatendidos, quién los cuida, los llevan a la escuela, ha sabido que los golpeen o a oído gritos o peleas)? _____

Nombre completo de la referencia: _____

Mostró identificación: ☐Sí ☐No (En caso de no proporcionar su nombre, explicar el por qué y llenar la descripción de la persona):

_____

Actitud de la persona entrevistada: ☐Amable ☐Indecisa ☐Nerviosa ☐Indiferente ☐Grosera ☐Otra, ¿Cuál?_____

DESCRIPCIÓN DE LA PERSONA ENTREVISTADA – MEDIA FILIACIÓN

(contestar por observación en caso de no tener el nombre completo de la persona entrevistada).

Sexo	Edad aproximada	Estatura aproximada	Complexión	Color de piel
☐ Hombre ☐ Mujer	I__I__I años	I__I.I__I__I m	☐ Delgada ☐Media ☐Robusta ☐Atlética ☐Obesa	☐Blanca ☐Morena clara ☐Morena ☐Negra

Cabello			
Según cantidad	**Forma**	**Largo**	**Color**
☐Abundante ☐Regular ☐Escaso ☐Calvicie	☐ Lacio ☐Ondulado ☐Crespo ☐Rizado	☐Corto ☐Mediano ☐Largo	☐Rubio ☐Rojizo ☐Castaño claro ☐Castaño oscuro ☐Negro ☐Cano

Rostro				
Forma	**Cejas**		**Color de ojos**	
☐Ovalada ☐Redonda ☐Cuadrada ☐Rectangular	☐Pobladas ☐Semi pobladas ☐Escasas	☐Cortas ☐Largas	☐Café oscuro ☐Café claro ☐Verdes ☐ Azules ☐Grises	
Forma de ojos	**Nariz**		**Labios/boca**	
☐Redondos ☐Alargados	☐Aguileña ☐Recta ☐Ancha ☐Respingada ☐Redonda	☐Grande ☐Mediana ☐Pequeña	☐Gruesos ☐Superior grueso ☐ Inferior grueso ☐Finos ☐Corazón	☐Grande ☐Mediana ☐Pequeña

Señas particulares
☐Cicatrices ☐Usa lentes ☐Tatuajes ☐Piercing ☐Discapacidad física ☐Lunares ☐Otro:_____ ☐Ninguno

Información adicional
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

NOMBRE DE LA O EL PERITO _____

STS-PTS-RV-01

Página 1 de 1

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

FECHA _____ (1) _____

JUICIO ____ (2) _____

PTS _____ (3) _____

REFERENCIAS VECINALES

¿Conoce a la persona usuaria? ☐Sí ¿Desde cuándo? _____ ☐No ¿por qué? _____ (4) _____

Lo considera como una persona (tranquila, problemática, distante, otorga el saludo cuando lo ven): (5)

¿Tiene algún vicio (6) (drogas, alcohol, tabaquismo...)? ☐Sí ☐No ☐ Desconoce ¿Cuál? _____

¿A qué se dedica? _____ (7) _____

¿Qué trato tiene hacia las o los integrantes de su familia (los tienen atendidos/desatendidos, quién los cuida, los llevan a la escuela, ha sabido que los golpeen o a oído gritos o peleas)? _____ (8) _____

Nombre completo de la referencia: _____ (9) _____

Mostró identificación: ☐Sí ☐No (En caso de no proporcionar su nombre, explicar el por qué y llenar la descripción de la persona): (10)

Actitud de la persona entrevistada: ☐Amable ☐Indecisa ☐Nerviosa ☐Indiferente ☐Grosera ☐Otra, ¿Cuál? _____ (11)

DESCRIPCIÓN DE LA PERSONA ENTREVISTADA – MEDIA FILIACIÓN

(contestar por observación en caso de no tener el nombre completo de la persona entrevistada).

Sexo (12)	Edad aproximada (13)	Estatura aproximada (14)	Complexión (15)	Color de piel (16)
☐ Hombre ☐ Mujer	I__I__I años	I__I.I__I__I m	☐ Delgada ☐Media ☐Robusta ☐Atlética ☐Obesa	☐Blanca ☐Morena clara ☐Morena ☐Negra

Cabello			
Según cantidad (17)	**Forma (18)**	**Largo (19)**	**Color (20)**
☐Abundante ☐Regular ☐Escaso ☐Calvicie	☐ Lacio ☐Ondulado ☐Crespo ☐Rizado	☐Corto ☐Mediano ☐Largo	☐Rubio ☐Rojizo ☐Castaño claro ☐Castaño oscuro ☐Negro ☐Cano

Rostro				
Forma (21)	**Cejas (22)**		**Color de ojos (23)**	
☐Ovalada ☐Redonda ☐Cuadrada ☐Rectangular	☐Pobladas ☐Semi pobladas ☐Escasas	☐Cortas ☐Largas	☐Café oscuro ☐Café claro ☐Verdes ☐ Azules ☐Grises	
Forma de ojos (24)	**Nariz (25)**		**Labios/boca (26)**	
☐Redondos ☐Alargados	☐Aguileña ☐Recta ☐Ancha ☐Respingada ☐Redonda	☐Grande ☐Mediana ☐Pequeña	☐Gruesos ☐Superior grueso ☐ Inferior grueso ☐Finos ☐Corazón	☐Grande ☐Mediana ☐Pequeña

Señas particulares (27)
☐Cicatrices ☐Usa lentes ☐Tatuajes ☐Piercing ☐Discapacidad física ☐Lunares ☐Otro: _____ ☐Ninguno

Información adicional (28)

NOMBRE DE LA O EL PERITO (A) _____ (29) _____

STS-PTS-RV-01

DESCRIPCIÓN DEL FORMATO

Nombre:	**REFERENCIAS VECINALES**
Clave:	**STS-PTS-RV-01**
Objetivo:	Obtener información para la elaboración de la pericial en trabajo social.
Elabora:	Subdirección de Trabajo Social.
Número de tantos:	Original.
Distribución:	Original.- Subdirección de Trabajo Social (Expediente general).

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
1	FECHA	El día, mes y año en que se realiza la referencia vecinal.
2	JUICIO	El juicio que se lleva acabo con la Autoridad Jurisdiccional que haya solicitado la realización de la pericial en trabajo social.
3	PTS	El número de trabajo social asignado, para la realización de la pericial en trabajo social.
4	¿CONOCE A LA PERSONA USUARIA?	Marcar con (X) si la persona entrevistada conoce o no a la persona usuaria, en caso afirmativo precisar desde cuándo y en caso negativo indicar el por qué.
5	LO CONSIDERA COMO UNA PERSONA	Cómo considera la persona entrevistada, a la persona usuaria.
6	¿TIENE ALGÚN VICIO?	Marcar con (X) si la persona entrevistada sabe si la persona usuaria tiene algún vicio y en caso necesario señalar cuál.
7	¿A QUÉ SE DEDICA?	A qué se dedica la persona usuaria.
8	¿QUÉ TRATO TIENE HACIA LAS O LOS INTEGRANTES DE SU FAMILIA?	El trato que observa que la persona usuaria le otorga a su familia.
9	NOMBRE COMPLETO DE LA REFERENCIA	El nombre completo de la persona que proporciona las referencias vecinales.
10	MOSTRÓ IDENTIFICACIÓN	Marcar con (X) si la persona entrevistada mostró identificación, en caso de que no la haya mostrado referir el por qué.

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
11	ACTITUD DE LA PERSONA ENTREVISTADA	Marcar con (X) cualquiera de las opciones que ejemplifique la actitud de la persona entrevistada o en su defecto indicar cuál otra presentó.
12	SEXO	Marcar con (X) el sexo correspondiente a la persona entrevistada.
13	EDAD APROXIMADA	Los años aproximados de acuerdo a la observación.
14	ESTATURA APROXIMADA	La estatura aproximada de acuerdo a la observación.
15	COMPLEXIÓN	Marcar con (X) la complexión que presenta la persona entrevistada.
16	COLOR DE PIEL	Marcar con (X) el color de piel que tiene la persona entrevistada.
17	SEGÚN CANTIDAD	Marcar con (X) la cantidad de cabello que tiene la persona entrevistada.
18	FORMA	Marcar con (X) la forma del cabello que tiene la persona entrevistada.
19	LARGO	Marcar con (X) el largo del cabello con la que cuenta la persona entrevistada.
20	COLOR	Marcar con (X) el color del cabello que tiene la persona entrevistada.
21	FORMA	Marcar con (X) la forma del rostro con la que cuenta la persona entrevistada.

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
22	CEJAS	Marcar con (X) las características de las cejas con las que cuenta la persona entrevistada.
23	COLOR DE OJOS	Marcar con (X) el color de los ojos que tiene la persona entrevistada.
24	FORMA DE OJOS	Marcar con (X) la forma de los ojos que posee la persona entrevistada.
25	NARIZ	Marcar con (X) las características de la nariz que posee la persona entrevistada.
26	LABIOS/BOCA	Marcar con (X) las características de los labios y la boca que se observan en la persona entrevistada.
27	SEÑAS PARTICULARES	Marcar con (X) las señas particulares que se observan en la persona entrevistada.
28	INFORMACIÓN ADICIONAL	Toda aquella información que no se encuentre contemplada en los puntos anteriores y que sea relevante en el juicio.
29	NOMBRE DE LA O EL PERITO	El nombre completo de la o el perito que realizó la entrevista.

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX
SUBDIRECCIÓN DE TRABAJO SOCIAL

GUÍA DE ENTREVISTA
(PERSONA PRIVADA DE LA LIBERTAD)

FECHA _____
JUICIO _____
PTS/P/ _____

HORA DE INICIO: _____

OBJETIVO:
_____
_____
_____

DATOS GENERALES

NOMBRE_____
EDAD_____FECHA DE NACIMIENTO_____LUGAR DE NACIMIENTO_____ SEXO_____
RELIGIÓN_____ OCUPACIÓN ANTES DE SER PRIVADA(O) DE SU LIBERTAD_____
DOMICILIO PARTICULAR HASTA ANTES DE SER PRIVADA(O) DE SU LIBERTAD _____
_____

SITUACIÓN JURÍDICA

CENTRO EN EL QUE SE ENCUENTRA PRIVADA(O) DE SU LIBERTAD _____
_____
FECHA EN LA QUE FUE PRIVADO DE LA LIBERTAD_____
DELITO (S)_____
SENTENCIA_____TIEMPO QUE LLEVA CUBIERTO DE LA SENTENCIA _____
¿ES PRIMODELINCUENTE? SI ( ) NO ( )
CENTRO (S) EN LOS QUE LOS QUE SE ENCONTRÓ PRIVADA(O) DE SU LIBERTAD

NOMBRE DEL CENTRO	DELITO	TEMPORALIDAD

ÁREA FAMILIAR

FAMILIA DE ORIGEN

NOMBRE	EDAD	PARENTESCO	OCUPACIÓN	DOMICILIO

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX
SUBDIRECCIÓN DE TRABAJO SOCIAL

FAMILIA (S) ADQUIRIDA (S)

ESTADO CIVIL: _____NÚMERO DE FAMILIAS ADQUIRIDAS_____NÚMERO DE HIJOS_____

NOMBRE	EDAD	PARENTESCO	OCUPACIÓN	DOMICILIO

OTROS / RED DE APOYO - (AMIGOS, ETC...)

NOMBRE	EDAD	TIEMPO DE CONOCERSE	OCUPACIÓN	DOMICILIO

ÁREA EDUCATIVA

NIVEL ACADÉMICO

A) ANTES DE SER PRIVADA(O) DE LA LIBERTAD.

ANALFABETA (O)		ANALFABETO FUNCIONAL (SABE LEER Y/O ESCRIBIR)		PRIMARIA	
SECUNDARIA		PREPARATORIA / BACHILLERATO		LICENCIATURA / POSGRADO	

CUÁL (EN CASO DE SER CARRERA TÉCNICA O PROFESIONAL) _____

B) A LA FECHA DEL ESTUDIO.

ANALFABETA (O)		ANALFABETO FUNCIONAL (SABE LEER Y/O ESCRIBIR)		PRIMARIA	
SECUNDARIA		PREPARATORIA / BACHILLERATO		LICENCIATURA / POSGRADO	

CUÁL (EN CASO DE SER CARRERA TÉCNICA O PROFESIONAL) _____

CURSA ALGÚN GRADO ESCOLAR SI ( ) NO ( ) ¿CUÁL?_____

INSTITUCIÓN _____ DÍAS Y HORARIO _____

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

SUBDIRECCIÓN DE TRABAJO SOCIAL

ÁREA LABORAL

PROFESIÓN U OFICIO HABITUAL_____

LABORALMENTE ACTIVO_____ ACTIVIDAD LABORAL_____

EMPLEADOR O JEFA(E) INMEDIATO_____

ANTIGÜEDAD_____ TIPO DE CONTRATACIÓN_____ HORARIO_____

SUELDO O GANANCIA MENSUAL_____

ÚLTIMA ACTIVIDAD LABORAL ANTES DE SER PRIVADA(O) DE LA LIBERTAD _____

EMPLEADOR O JEFA(E) INMEDIATO_____

DOMICILIO_____

_____

TIPO DE CONTRATO_____ HORARIO_____

MOTIVO DE SEPARACIÓN LABORAL_____ SUELDO O GANANCIA MENSUAL_____

ÁREA DE SALUD

SEGURIDAD SOCIAL O PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD _____

QUIÉN LA PROPORCIONA_____ NÚMERO DE AFILIACIÓN _____

DÓNDE ACUDE REGULARMENTE A RECIBIR ATENCIÓN MÉDICA_____

PADECE ENFERMEDADES SI ( ) NO ( ) LLEVA ALGÚN TRATAMIENTO SI ( ) NO ( )

ENFERMEDAD Y/O PADECIMIENTO (FISICO, PSICOLÓGICO Y/O MÉDICO)	TRATAMIENTO (FÁRMACOS, CONSULTAS, TERAPIA, ETC.)	LUGAR DE ATENCIÓN

DIVERSIDAD FUNCIONAL SI ( ) NO ( )¿CÚAL?) _____

TIPO DE DISCAPACIDAD:

FÍSICA		MENTAL		INTELECTUAL		SENSORIAL		MÚLTIPLE	

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD O FUNCIONALIDAD _____ INSTITUCIÓN QUE LO EMITE _____

DEPENDENCIA DE CUIDADOR PRIMARIO SI ( ) NO ( ) ¿PARA QUÉ ACTIVIDADES? _____

_____

_____

STS-PTS-P-GE-1

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

SUBDIRECCIÓN DE TRABAJO SOCIAL

INGIERE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS SI ( ) NO ( ) ¿CUÁLES? _____

INGERÍA SUSTANCIAS PSICOACTIVAS SI ( ) NO ( ) ¿CUÁLES? _____

INICIO DE CONSUMO _____ FIN DE CONSUMO _____

FRECUENCIA DE CONSUMO _____

DEPENDENCIA SI ( ) NO ( ) TRATAMIENTO _____

DATOS PARA BENEFICIO DE PRELIBERACIÓN

TIPO DE BENEFICIO DE PRELIBERACIÓN QUE SOLICITA _____

1- AVAL MORAL

NOMBRE DEL AVAL MORAL _____

EDAD _____ FECHA DE NACIMIENTO _____ LUGAR DE NACIMIENTO _____

DOMICILIO _____

_____

ESTADO CIVIL _____ OCUPACIÓN _____ TELÉFONO (S) _____

PARENTESCO O RELACIÓN _____ AÑOS DE CONOCERLA(O) _____

ANTECEDENTES PENALES _____

DOMICILIO DÓNDE RESIDIRÁ AL OTORGASE EL BENEFICIO DE PRELIBERACIÓN _____

_____

2 - OFERTA LABORAL

OFERTA LABORAL (PUESTO O ACTIVIDAD) _____

EMPLEADOR O JEFA(E) INMEDIATO _____

TELÉFONO (S) DE CONTACTO _____

NOMBRE DE LA EMPRESA, NEGOCIO O LUGAR DONDE SE DESEMPEÑARÁ LABORALMENTE _____

_____

HORARIO _____

DOMICILIO LABORAL _____

TIPO DE CONTRATACIÓN _____

TEMPORALIDAD DE OFERTA LABORAL _____

SUELDO _____

PRESTACIONES LABORALES:

1 _____ 6 _____

2 _____ 7 _____

3 _____ 8 _____

4 _____ 9 _____

5 _____ 10 _____

RECIBIRÁ CAPACITACIÓN PARA SU INGRESO A LA OFERTA LABORAL SI ( ) NO ( ) ¿POR CUÁNTO TIEMPO? _____

_____

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA
TSJCDMX
SUBDIRECCIÓN DE TRABAJO SOCIAL

OBSERVACIONES:

NOMBRE DE LA O EL PERITO _____

LUGAR DE LA ENTREVISTA _____

HORA DE TÉRMINO _____

STS-PTS-P-GE-1

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

SUBDIRECCIÓN DE TRABAJO SOCIAL

GUÍA DE ENTREVISTA
(PERSONA PRIVADA DE LA LIBERTAD)

FECHA (1)
JUICIO (2)
PTS/P/ (3)

HORA DE INICIO: (4)

OBJETIVO: (5)

DATOS GENERALES

NOMBRE (6)

EDAD (7) FECHA DE NACIMIENTO (8) LUGAR DE NACIMIENTO (9) SEXO (10)

RELIGIÓN (11) OCUPACIÓN ANTES DE SER PRIVADA(O) DE SU LIBERTAD (12)

DOMICILIO PARTICULAR HASTA ANTES DE SER PRIVADA(O) DE SU LIBERTAD (13)

SITUACIÓN JURÍDICA

CENTRO EN EL QUE SE ENCUENTRA PRIVADA(O) DE SU LIBERTAD (14)

FECHA EN LA QUE FUE PRIVADA(O) DE LA LIBERTAD (15)

DELITO (S) (16)

SENTENCIA (17) TIEMPO QUE LLEVA CUBIERTO DE LA SENTENCIA (18)

¿ES PRIMODELINCUENTE? SI ( ) NO ( ) (19)

CENTRO (S) EN LOS QUE LOS QUE SE ENCONTRÓ PRIVADO DE SU LIBERTAD

NOMBRE DEL CENTRO	DELITO	TEMPORALIDAD
(20)	(21)	(22)

ÁREA FAMILIAR

FAMILIA DE ORIGEN

NOMBRE	EDAD	PARENTESCO	OCUPACIÓN	DOMICILIO
(23)	(24)	(25)	(26)	(27)

STS-PTS-P-GE-1

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA
TSJCDMX
SUBDIRECCIÓN DE TRABAJO SOCIAL

FAMILIA (S) ADQUIRIDA (S)

ESTADO CIVIL: ____(28)_____NÚMERO DE FAMILIAS ADQUIRIDAS_____(29)_____NÚMERO DE HIJOS_____(30)_____

NOMBRE	EDAD	PARENTESCO	OCUPACIÓN	DOMICILIO
(31)	(32)	(33)	(34)	(35)

OTROS / RED DE APOYO - (AMIGOS, ETC...)

NOMBRE	EDAD	TIEMPO DE CONOCERSE	OCUPACIÓN	DOMICILIO
(36)	(37)	(38)	(39)	(40)

ÁREA EDUCATIVA

NIVEL ACADÉMICO

A) ANTES DE SER PRIVADA(O) DE LA LIBERTAD. (41)

ANALFABETA (O) _____ ANALFABETO FUNCIONAL (SABE LEER Y/O ESCRIBIR) _____ PRIMARIA _____

SECUNDARIA _____ PREPARATORIA / BACHILLERATO _____ LICENCIATURA / POSGRADO _____

CUÁL (EN CASO DE SER CARRERA TÉCNICA O PROFESIONAL) _____(42)_____

_____

B) A LA FECHA DEL ESTUDIO. (43)

ANALFABETA (O) _____ ANALFABETO FUNCIONAL (SABE LEER Y/O ESCRIBIR) _____ PRIMARIA _____

SECUNDARIA _____ PREPARATORIA / BACHILLERATO _____ LICENCIATURA / POSGRADO _____

CUÁL (EN CASO DE SER CARRERA TÉCNICA O PROFESIONAL) _____(44)_____

_____

CURSA ALGÚN GRADO ESCOLAR SI ( ) NO ( ) ¿CUÁL?_____(45)_____

INSTITUCIÓN _____(46)_____ DÍAS Y HORARIO _____(47)_____

STS-PTS-P-GE-1

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

SUBDIRECCIÓN DE TRABAJO SOCIAL

ÁREA LABORAL

PROFESIÓN U OFICIO HABITUAL_____(48)_____

LABORALMENTE ACTIVO____(49)____ ACTIVIDAD LABORAL_____(50)_____

EMPLEADOR O JEFA(E) INMEDIATO_____(51)_____

ANTIGÜEDAD____(52)_____ TIPO DE CONTRATACIÓN_____(53)_____ HORARIO_____(54)_____

SUELDO O GANANCIA MENSUAL_____(55)_____

ÚLTIMA ACTIVIDAD LABORAL ANTES DE SER PRIVADA (O) DE LA LIBERTAD _____(56)_____

EMPLEADOR O JEFA(E) INMEDIATO_____(57)_____

DOMICILIO_____(58)_____

_____

TIPO DE CONTRATO_____(59)_____ HORARIO_____(60)_____

MOTIVO DE SEPARACIÓN LABORAL_____(61)_____ SUELDO O GANANCIA MENSUAL_____(62)_____

ÁREA DE SALUD

SEGURIDAD SOCIAL O PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD _____(63)_____

QUIÉN LA PROPORCIONA_____(64)_____ NÚMERO DE AFILIACIÓN _____(65)_____

DÓNDE ACUDE REGULARMENTE A RECIBIR ATENCIÓN MÉDICA_____(66)_____

PADECE ENFERMEDADES SI ( ) NO ( ) (67) LLEVA ALGÚN TRATAMIENTO SI ( ) NO ( ) (68)

ENFERMEDAD Y/O PADECIMIENTO (FISICO, PSICOLÓGICO Y/O MÉDICO)	TRATAMIENTO (FÁRMACOS, CONSULTAS, TERAPIA, ETC.)	LUGAR DE ATENCIÓN
(69)	(70)	(71)

DIVERSIDAD FUNCIONAL SI ( ) NO ( ) ¿CÚAL? _____(72)_____

TIPO DE DISCAPACIDAD: (73)

FÍSICA			MENTAL		INTELECTUAL		SENSORIAL		MÚLTIPLE	

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD O FUNCIONALIDAD ___(74)___ INSTITUCIÓN QUE LO EMITE _____(75)_____

DEPENDENCIA DE CUIDADOR PRIMARIO SI ( ) NO ( ) ¿PARA QUÉ ACTIVIDADES? _____(76)_____

_____

_____

STS-PTS-P-GE-1

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INGIERE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS SI ( ) NO ( ) ¿CUÁLES? _____(77)_____

INGERÍA SUSTANCIAS PSICOACTIVAS SI ( ) NO ( ) ¿CUÁLES? _____(78)_____

INICIO DE CONSUMO _____(79)_____ FIN DE CONSUMO _____(80)_____

FRECUENCIA DE CONSUMO _____(81)_____

DEPENDENCIA SI ( ) NO ( ) (82) TRATAMIENTO _____(83)_____

DATOS PARA BENEFICIO DE PRELIBERACIÓN

TIPO DE BENEFICIO DE PRELIBERACIÓN QUE SOLICITA_____(84)_____

1- AVAL MORAL

NOMBRE DEL AVAL MORAL_____(85)_____

EDAD__(86)___ FECHA DE NACIMIENTO _____(87)_____ LUGAR DE NACIMIENTO _____(88)_____

DOMICILIO _____(89)_____

_____

ESTADO CIVIL _____(90)_____OCUPACIÓN _____(91)_____ TELÉFONO (S)_____(92)_____

PARENTESCO O RELACIÓN_____(93)_____ AÑOS DE CONOCERLA(O)_____(94)_____

ANTECEDENTES PENALES _____(95)_____

DOMICILIO DÓNDE RESIDIRÁ AL OTORGASE EL BENEFICIO DE PRELIBERACIÓN _____(96)_____

_____

2 - OFERTA LABORAL

OFERTA LABORAL (PUESTO O ACTIVIDAD) _____(97)_____

EMPLEADOR O JEFA(E) INMEDIATO _____(98)_____

TELÉFONO (S) DE CONTACTO _____(99)_____

NOMBRE DE LA EMPRESA, NEGOCIO O LUGAR DONDE SE DESEMPEÑARÁ LABORALMENTE _____(100)_____

_____

HORARIO _____(101)_____

DOMICILIO LABORAL _____(102)_____

TIPO DE CONTRATACIÓN _____(103)_____

TEMPORALIDAD DE OFERTA LABORAL _____(104)_____

SUELDO _____(105)_____

PRESTACIONES LABORALES: (106)

1_____ 6_____

2_____ 7_____

3_____ 8_____

4_____ 9_____

5_____ 10_____

RECIBIRÁ CAPACITACIÓN PARA SU INGRESO A LA OFERTA LABORAL SI ( ) NO ( )¿POR CUÁNTO TIEMPO? ___(107)___

_____

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

SUBDIRECCIÓN DE TRABAJO SOCIAL

OBSERVACIONES:

_____(108)_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

NOMBRE DE LA O EL PERITO _____(109)_____

LUGAR DE LA ENTREVISTA _____(110)_____

HORA DE TÉRMINO _____(111)_____

STS-PTS-P-GE-1

DESCRIPCIÓN DEL FORMATO

Nombre:	**GUÍA DE ENTREVISTA** **(PERSONA PRIVADA DE LA LIBERTAD)**
Clave:	**STS-PTS-P-GE-1**
Objetivo:	Obtener información para la elaboración de la pericial en trabajo social en Materia Penal.
Elabora:	Subdirección de Trabajo Social.
Número de tantos:	Original.
Distribución:	Original.- Subdirección de Trabajo Social (Expediente general).

INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
1	FECHA	El día, mes y año en que se realiza la entrevista para la pericial en trabajo social.
2	JUICIO	El juicio que se lleva acabo con la Autoridad Jurisdiccional que haya solicitado la realización de la pericial en trabajo social.
3	PTS/P/	El número de trabajo social asignado, para la realización de la pericial en trabajo social.
4	HORA DE INICIO	La hora en la que se da inicio a la entrevista.
5	OBJETIVO	El objetivo conforme lo requerido por la Autoridad Jurisdiccional.
6	NOMBRE	El nombre completo de la persona usuaria a quien se le realiza la pericial en trabajo social.
7	EDAD	Los años cumplidos que tiene la persona usuaria a quien se le realiza la pericial en trabajo social.
8	FECHA DE NACIMIENTO	El día, mes y año de nacimiento de la persona usuaria a quien se le realiza la pericial en trabajo social.
9	LUGAR DE NACIMIENTO	En el caso de que la persona usuaria a quien se le realiza la pericial en trabajo social tenga nacionalidad mexicana, el estado y el país en el que nació y al tratarse de persona extranjera únicamente indicar el país de nacimiento.

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
10	SEXO	El sexo de la persona usuaria a quien se le realizará la pericial en trabajo social.
11	RELIGIÓN	La religión que profesa la persona usuaria a quien se le realizará la pericial en trabajo social.
12	OCUPACIÓN ANTES DE SER PRIVADA(O) DE SU LIBERTAD	La última ocupación laboral o remunerable efectuada por la persona usuaria hasta antes de haber sido privada(o) de su libertad.
13	DOMICILIO PARTICULAR HASTA ANTES DE SER PRIVADA(O) DE SU LIBERTAD	El domicilio en el que persona usuaria radicaba hasta antes de ser privada(o) de la libertad.
14	CENTRO EN EL QUE SE ENCUENTRA PRIVADA(O) DE SU LIBERTAD	El nombre completo de la instancia en la que la persona usuaria se encuentra privada(o) de la libertad.
15	FECHA EN LA QUE FUE PRIVADA(O) DE LA LIBERTAD	El día, mes y año en el que la persona usuaria fue privada(o) de la libertad.
16	DELITO (S)	Los delitos por los que se encuentra privada(o) de la libertad.
17	SENTENCIA	Los años, meses y días que estará privada(o) de su libertad por los delitos que fue procesada(o).
18	TIEMPO QUE LLEVA CUBIERTO DE LA SENTENCIA	Los años, meses y días que hasta el momento de la entrevista lleva cubierto.

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
19	¿ES PRIMODELINCUENTE?	Marcar con (X) la opción correspondiente.
20	NOMBRE DEL CENTRO	En caso de no ser primodelincuente, el nombre completo del centro en los que anteriormente fue privada(o) de su libertad.
21	DELITO	En caso de no ser primodelincuente, los delitos por los que anteriormente fue privada(o) de la libertad.
22	TEMPORALIDAD	En caso de no ser primodelincuente, los años, meses y días que con anterioridad fue privada(o) de la libertad.
23	NOMBRE	El nombre completo de las personas que integran su familia de origen.
24	EDAD	Los años cumplidos que tienen los integrantes de su familia de origen.
25	PARENTESCO	El parentesco de cada uno de los integrantes de su familia de origen.
26	OCUPACIÓN	La ocupación de cada uno de los integrantes de su familia de origen.
27	DOMICILIO	El domicilio completo en el que cada uno de los integrantes de su familia de origen reside.
28	ESTADO CIVIL	El estado civil actual de la persona usuaria a quien se le realiza la pericial en trabajo social.
29	NÚMERO DE FAMILIAS ADQUIRIDAS	El número de núcleos familiares conformados hasta la fecha de la entrevista.

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
30	NÚMERO DE HIJOS	El total de hijos procreados hasta la fecha de la entrevista.
31	NOMBRE	El nombre completo de las personas que integran su familia adquirida.
32	EDAD	Los años cumplidos que tienen los integrantes de su familia adquirida.
33	PARENTESCO	El parentesco de los integrantes de su familia adquirida.
34	OCUPACIÓN	La ocupación de los integrantes de su familia adquirida.
35	DOMICILIO	El domicilio completo de los integrantes de su familia adquirida.
36	NOMBRE	El nombre completo de quien considere red de apoyo la persona usuaria.
37	EDAD	Los años cumplidos de quien considera red de apoyo la persona usuaria.
38	TIEMPO DE CONOCERSE	El periodo de tiempo que lleva la persona usuaria de conocer a su red de apoyo.
39	OCUPACIÓN	La ocupación de la persona que considere como red de apoyo la persona usuaria.
40	DOMICILIO	El domicilio completo de la persona que considere como red de apoyo la persona usuaria.
41	ANTES DE SER PRIVADA(O) DE LA LIBERTAD	Marcar con (X) la opción correspondiente de acuerdo al nivel académico de la persona usuaria, hasta antes de ser privada(o) de su libertad.

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
42	CUÁL (EN CASO DE SER CARRERA TÉCNICA O PROFESIONAL)	El nombre de la carrera técnica o profesional, que la persona usuaria haya cursado.
43	A LA FECHA DEL ESTUDIO	Marcar con (X) la opción correspondiente de acuerdo al nivel académico actual de la persona usuaria.
44	CUÁL (EN CASO DE SER CARRERA TÉCNICA O PROFESIONAL)	El nombre de la carrera técnica o profesional, que la persona usuaria tenga actualmente.
45	CURSA ALGÚN GRADO ESCOLAR	Marcar con (X) la opción correspondiente y en caso afirmativo, especificar cuál.
46	INSTITUCIÓN	El nombre de la institución educativa en la que actualmente se encuentre estudiando la persona entrevistada.
47	DÍAS Y HORARIO	Los días y horarios en los que la persona usuaria se encuentra estudiando.
48	PROFESIÓN U OFICIO HABITUAL	La profesión o el oficio que generalmente ha desempeñado la persona usuaria a lo largo de su vida.
49	LABORALMENTE ACTIVO	Si actualmente se encuentra desempeñando actividad laboral o remunerable alguna.
50	ACTIVIDAD LABORAL	Qué tipo de actividad laboral o remunerable se encuentra efectuando a la fecha de la entrevista.
51	EMPLEADOR O JEFA(E) INMEDIATO	El nombre completo de quien funge como su empleador o jefa(e) inmediato en su actual actividad laboral.

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
52	ANTIGÜEDAD	La antigüedad ya sea en años, meses o días, que tiene la persona usuaria en el lugar donde labora.
53	TIPO DE CONTRATACIÓN	El tipo de contrato con el que cuenta la persona usuaria en el lugar donde labora.
54	HORARIO	El horario en el que labora la persona usuaria.
55	SUELDO O GANANCIA MENSUAL	El monto mensual que percibe por su actividad laboral la persona usuaria.
56	ÚLTIMA ACTIVIDAD LABORAL ANTES DE SER PRIVADA(O) DE LA LIBERTAD	La última actividad laboral que desempeñaba la persona usuaria, hasta antes de haber sido privada(o) de la libertad.
57	EMPLEADOR O JEFA(E) INMEDIATO	El nombre completo de quien fungió como su empleador o jefa(e) inmediato en su última actividad laboral.
58	DOMICILIO	El domicilio en el que la persona usuaria efectuaba su actividad laboral, hasta antes de haber sido privada(o) de la libertad.
59	TIPO DE CONTRATO	El tipo de contratación que tenía la persona usuaria en su última actividad laboral, hasta antes de haber sido privada(o) de la libertad.
60	HORARIO	El horario que tenía la persona usuaria en su última actividad laboral, hasta antes de haber sido privada(o) de la libertad.
61	MOTIVO DE SEPARACIÓN LABORAL	La razón por la que dejo de laborar en su última actividad, hasta antes de haber sido privada(o) de la libertad.

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
62	SUELDO O GANANCIA MENSUAL	El monto mensual que percibía por su actividad laboral la persona usuaria, hasta antes de haber sido privado de la libertad.
63	SEGURIDAD SOCIAL O PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD	Si la persona entrevistada cuenta con algún tipo de seguridad social o protección a la salud.
64	QUIÉN LA PROPORCIONA	El nombre completo de la institución en la que se encuentra afiliada la persona usuaria.
65	NÚMERO DE AFILIACIÓN	El número de afiliación con el que se encuentra dado de alta al servicio médico la persona usuaria.
66	DÓNDE ACUDE REGULARMENTE A RECIBIR ATENCIÓN MÉDICA	El lugar en donde suele recibir atención médica la persona usuaria.
67	PADECE ENFERMEDADES	Marcar con (X) la opción que corresponda si es que la persona usuaria, padece alguna enfermedad.
68	LLEVA ALGÚN TRATAMIENTO	Marcar con (X) la opción que corresponda si es que la persona usuaria, lleva algún tratamiento.
69	ENFERMEDAD Y/O PADECIMIENTO (FÍSICO, PSICOLÓGICO Y/O MÉDICO)	El nombre de la enfermedad o padecimiento que en su caso tenga la persona usuaria.

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
70	TRATAMIENTO	Los tratamientos, fármacos, consultas, terapias etc., a las que acuda la persona usuaria.
71	LUGAR DE ATENCIÓN	El lugar donde recibe atención médica la persona usuaria.
72	DIVERSIDAD FUNCIONAL	Marcar con (X) la opción que corresponda y especificar qué tipo de diversidad funcional presenta la persona usuaria.
73	TIPO DE DISCAPACIDAD	Marcar con (X) la opción que corresponda si la persona usuaria presenta un tipo de discapacidad.
74	CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD O FUNCIONALIDAD	Si la persona entrevistada cuenta con algún certificado de discapacidad o diversidad funcional.
75	INSTITUCIÓN QUE LO EMITE	El nombre completo de la institución que emite el certificado de discapacidad o diversidad funcional.
76	DEPENDENCIA DE CUIDADOR PRIMARIO	Marcar con (X) la opción que corresponda si la persona usuaria depende de cuidados primarios y especificar para que actividades lo requiere.
77	INGIERE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS	Marcar con (X) la opción que corresponda si la persona usuaria ingiere sustancias psicoactivas y precisar cuáles.
78	INGERÍA SUSTANCIAS PSICOACTIVAS	Marcar con (X) la opción que corresponda si la persona usuaria consumió sustancias psicoactivas y precisar cuáles.
79	INICIO DE CONSUMO	La edad en la que inició la persona entrevistada el consumo de sustancias psicoactivas.

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
80	FIN DE CONSUMO	La edad en la que la persona entrevistada dejó de consumir sustancias psicoactivas.
81	FRECUENCIA DE CONSUMO	La frecuencia con la que la persona usuaria consume la sustancia psicoactiva.
82	DEPENDENCIA	Marcar con (X) la opción que corresponda si es que la persona usuaria tiene dependencia a alguna sustancia psicoactiva.
83	TRATAMIENTO	El tratamiento que lleva la persona usuaria con relación a la dependencia de alguna sustancia psicoactiva.
84	TIPO DE BENEFICIO DE PRELIBERACIÓN QUE SOLICITA	El beneficio de preliberación que está solicitando la persona usuaria.
85	NOMBRE DEL AVAL MORAL	El nombre completo de la persona que fungirá como aval moral, una vez establecido el beneficio de preliberación.
86	EDAD	Los años cumplidos que tiene la persona que fungirá como aval moral, una vez establecido el beneficio de preliberación.
87	FECHA DE NACIMIENTO	El día, mes y año de nacimiento de nacimiento de la persona que fungirá como aval moral una vez establecido el beneficio de preliberación.
88	LUGAR DE NACIMIENTO	En el caso de que la persona que fungirá como aval moral tenga nacionalidad mexicana, el estado y el país en el que nació y al tratarse de persona extranjera únicamente indicar el país de nacimiento.

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
89	DOMICILIO	El domicilio completo de la persona que fungirá como aval moral una vez establecido el beneficio de preliberación.
90	ESTADO CIVIL	El estado civil actual de la persona que fungirá como aval moral una vez establecido el beneficio de preliberación.
91	OCUPACIÓN	La ocupación de la persona que fungirá como aval moral una vez establecido el beneficio de preliberación.
92	TELÉFONO (S)	Los números telefónicos de contacto de la persona que fungirá como aval moral una vez establecido el beneficio de preliberación.
93	PARENTESCO O RELACIÓN	Si es que hubiese algún parentesco entre la persona usuaria y con quien fungirá como aval moral una vez establecido el beneficio de preliberación.
94	AÑOS DE CONOCERLA(O)	Los años de conocer a la persona que fungirá como aval moral una vez establecido el beneficio de preliberación.
95	ANTECEDENTES PENALES	Si la persona que fungirá como aval moral tiene antecedentes penales.
96	DOMICILIO DÓNDE RESIDIRÁ AL OTORGASE EL BENEFICIO DE PRELIBERACIÓN	El domicilio en el que la persona usuaria residirá una vez establecido el beneficio de preliberación.
97	OFERTA LABORAL (PUESTO O ACTIVIDAD)	La actividad laboral que ha propuesto la persona usuaria para obtener beneficio de preliberación.

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
98	EMPLEADOR O JEFA(E) INMEDIATO	El nombre completo de la persona quien fungirá como su empleador o jefa(e) inmediato en la oferta laboral propuesta para poder obtener el beneficio de preliberación.
99	TELÉFONO(S) DE CONTACTO	Número telefónico de contacto de la persona que fungirá como su empleador o jefa(e) inmediato en la oferta laboral propuesta para poder obtener el beneficio de preliberación.
100	NOMBRE DE LA EMPRESA, NEGOCIO O LUGAR DONDE SE DESEMPEÑARÁ LABORALMENTE	El nombre completo de la empresa, negocio, comercio o lugar donde la persona usuaria ejercerá la oferta laboral propuesta, para poder obtener el beneficio de preliberación.
101	HORARIO	El horario en el que la persona usuaria ejercerá la actividad laboral propuesta para poder obtener el beneficio de preliberación.
102	DOMICILIO LABORAL	El domicilio completo en donde la persona usuaria ejercerá su actividad laboral propuesta para poder obtener el beneficio de preliberación.
103	TIPO DE CONTRATACIÓN	El tipo de contrato que tendrá la persona usuaria en la actividad laboral propuesta para poder obtener el beneficio de preliberación.
104	TEMPORALIDAD DE OFERTA LABORAL	El tiempo que desempeñará la persona usuaria la actividad laboral que ha propuesto para obtener el beneficio de preliberación.

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
105	SUELDO	El monto mensual que percibirá la persona usuaria por la actividad laboral que ha propuesto para obtener el beneficio de preliberación.
106	PRESTACIONES LABORALES	Las prestaciones laborales de las que gozará la persona usuaria por la actividad laboral que ha propuesto para obtener el beneficio de preliberación.
107	RECIBIRÁ CAPACITACIÓN PARA SU INGRESO A LA OFERTA LABORAL	Marcar con (X) la opción correspondiente y en caso afirmativo precisar el tiempo que la recibirá.
108	OBSERVACIONES	Todos los aspectos que se considere o detecte relevantes y que no se encuentren contemplados anteriormente.
109	NOMBRE DE LA O EL PERITO	El nombre completo de la o el perito que realizó la entrevista.
110	LUGAR DE LA ENTREVISTA	El lugar donde fue realizada la entrevista.
111	HORA DE TÉRMINO	La hora de término de la entrevista.

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

SUBDIRECCIÓN DE TRABAJO SOCIAL

GUÍA DE ENTREVISTA
(AVAL MORAL)

FECHA _____
JUICIO _____
PTS/P/ _____

HORA DE INICIO: _____

OBJETIVO:
_____
_____
_____

DATOS GENERALES

NOMBRE_____
DOMICILIO _____
_____
EDAD_____ FECHA DE NACIMIENTO _____ LUGAR DE NACIMIENTO _____
ÚLTIMO GRADO DE ESTUDIOS _____ ESTADO CIVIL _____
SEXO _____ RELIGIÓN _____ TELÉFONO _____
¿TIENE ANTECEDENTES PENALES? SI ( ) NO ( ) ¿POR QUÉ DELITO? _____

RELACIÓN CON LA PERSONA PRIVADA DE SU LIBERTAD

PARENTESCO O RELACIÓN_____ AÑOS DE CONOCERLO_____
LO CONSIDERA COMO UNA PERSONA (TRANQUILA, PROBLEMÁTICA, DISTANTE, ETC) _____
_____
SABE SI INGIERE O INGERÍA ALGÚN TIPO DE SUSTANCIA PSICOACTIVA SI ( ) NO ( ) CUÁL (ES) _____
_____
CONTINÚA ESTABLECIENDO CONVIVENCIA Y/O COMUNICACIÓN CON SU FAMILIA SI ( ) NO ( ) ¿CON QUIÉN (ES)? __
_____
_____
¿CADA CUÁNDO VISITA A LA PERSONA PRIVADA DE SU LIBERTAD?_____
¿SABE CUÁL ES SU RESPONSABILIDAD COMO AVAL MORAL? SI ( ) NO ( )
¿HA RECIBIDO CAPACITACIÓN O INFORMACIÓN PARA FUNGIR COMO AVAL MORAL? SI ( ) NO ( ) ¿QUÉ TIPO?
_____

ÁREA FAMILIAR

ESTRUCTURA FAMILIAR

NOMBRE	PARENTESCO	EDAD	ESTADO CIVIL	ESCOLARIDAD	OCUPACIÓN

STS-PTS-P-GE-1.1

Página 1 de 6

¿QUIÉN PROVEE ECONÓMICAMENTE EL HOGAR? _____

¿QUIÉN EJERCE LA AUTORIDAD EN EL HOGAR? _____

¿QUIÉN PREPARA LOS ALIMENTOS EN EL HOGAR? _____

¿CÓMO SE DISTRIBUYEN LAS ACTIVIDADES DOMÉSTICAS EN SU HOGAR? _____

_____

TIPO DE FAMILIA: NUCLEAR ( ), MONOPARENTAL PATERNA ( ), MONOPARENTAL MATERNA ( ), EXTENSA ( ), HOGAR UNIPERSONAL ( ), RECONSTITUIDA ( ), OTRA ( ) _____

ÁREA DE SALUD

SEGURIDAD SOCIAL O PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD _____

QUIÉN LA PROPORCIONA_____ NÚMERO DE AFILIACIÓN _____

DÓNDE ACUDE REGULARMENTE A RECIBIR ATENCIÓN MÉDICA_____

PADECE ENFERMEDADES SI ( ) NO ( ) LLEVA ALGÚN TRATAMIENTO SI ( ) NO ( )

ENFERMEDAD Y/O PADECIMIENTO (FISICO, PSICOLÓGICO Y/O MÉDICO)	TRATAMIENTO (FÁRMACOS, CONSULTAS, TERAPIA, ETC.)	LUGAR DE ATENCIÓN

ALGÚN INTEGRANTE DE SU ESTRUCTURA FAMILIAR PRESENTA DIVERSIDAD FUNCIONAL SI ( ) NO ( )¿CÚAL?)

_____

TIPO DE DISCAPACIDAD:

FÍSICA		MENTAL		INTELECTUAL		SENSORIAL		MÚLTIPLE	

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD O FUNCIONALIDAD _____ INSTITUCIÓN QUE LO EMITE _____

DEPENDENCIA DE CUIDADOR PRIMARIO SI ( ) NO ( ) ¿PARA QUÉ ACTIVIDADES? _____

_____

_____

INGIERE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS SI ( ) NO ( ) ¿CUÁLES? _____ _____

SUBDIRECCIÓN DE TRABAJO SOCIAL

INICIO DE CONSUMO _____

FRECUENCIA DE CONSUMO _____

DEPENDENCIA SI ( ) NO ( ) TRATAMIENTO _____

VIVIENDA

PROPIEDAD DE QUIÉN _____ TIEMPO DE VIVIR EN EL DOMICILIO _____

RENTADA___ PROPIA___ PRESTADA___ HIPOTECADA___

DEPARTAMENTO___ CASA SOLA___ DUPLEX ___ CUARTO ___ VECINDAD____

¿CUÁNTAS FAMILIAS VIVEN EN EL DOMICILIO? (SIN CONSIDERAR A LA DE LA PERSONA ENTREVISTADA)

_____

DISTRIBUCION							
N° DE NIVELES		SALA		BANO		MEDIO BANO	
PATIO		COMEDOR		COCINA		ESPACIO PARA LAVAR	
ESTUDIO		PATIO		ESTACIONAMIENTO		N° DE RECAMARAS	
QUIÉN OCUPA CADA RECÁMARA:	1.		2.				
	3.		4.				
	5.		6.				
OBSERVACIONES:							

CUENTA CON UN LUGAR ESPECÍFICO PARA LA PERSONA PRIVADA(O) DE SU LIBERTAD _____

CUENTA CON MENAJE PARA LA PERSONA PRIVADA(O) DE SU LIBERTAD _____

TIEMPO QUE PERMITIRÁ QUE LA PERSONA PRIVADA(O) DE SU LIBERTAD RESIDA EN LA VIVIENDA_____

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

SUBDIRECCIÓN DE TRABAJO SOCIAL

ÁREA LABORAL Y ECONÓMICA

INGRESOS ECONÓMICOS

TRABAJO FORMAL ( ) **TRABAJO INFORMAL ( )** **DEPENDIENTE ECONÓMICO ( )**

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? SI ( ) NO ( ) DESCRIPCIÓN)_____

INGRESOS EXTRA		
CONCEPTO	**MONTO**	**PERIODICIDAD**
Aguinaldo		
Prima vacacional		
Utilidades		
caja/ fondo de ahorro		
vales de despensa		
Bono		
Becas		
programas gubernamentales		
pensión alimenticia		

MONTO MENSUAL DE INGRESO _____

APOYOS FAMILIARES					
NOMBRE DE QUIÉN LO RECIBE	**PARENTESCO**	**¿DESDE CUÁNDO?**	**¿CON QUE PERIODICIDAD?**	**MONTO**	**¿EN QUÉ LO OCUPA?**

STS-PTS-P-GE-1.1

Página 4 de 6

SUBDIRECCIÓN DE TRABAJO SOCIAL

EGRESOS ECONÓMICOS	
CONCEPTO	PERSONA ENTREVISTADA
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	
Refrendo	
Seguro de vehículo	
Recreación y entretenimiento	
Gastos escolares	
Vestido y Calzado	
Artículos de aseo personal	
Pensión alimenticia	
otros	

SITUACIÓN PATRIMONIAL

DEUDAS:

Persona/institución_____ monto_____ desde cuándo_____ abonos _____
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 _____

MANEJA TARJETAS DEPARTAMENTALES _____

CASAS/TERRENOS O ACCESORIAS

_____

_____

VEHÍCULOS_____

_____

SUBDIRECCIÓN DE TRABAJO SOCIAL

OBSERVACIONES:

_____

_____

_____

_____

NOMBRE DE LA O EL PERITO _____

LUGAR DE LA ENTREVISTA _____

HORA DE TERMINO _____

STS-PTS-P-GE-1.1

Página 6 de 6

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

SUBDIRECCIÓN DE TRABAJO SOCIAL

GUÍA DE ENTREVISTA
(AVAL MORAL)

FECHA (01)
JUICIO (02)
PTS/P/ (03)

HORA DE INICIO: (04)

OBJETIVO: (05)

DATOS GENERALES

NOMBRE (06)
DOMICILIO (07)

EDAD (08) FECHA DE NACIMIENTO (09) LUGAR DE NACIMIENTO (10)
ÚLTIMO GRADO DE ESTUDIOS (11) ESTADO CIVIL (12)
SEXO (13) RELIGIÓN (14) TELÉFONO (15)
¿TIENE ANTECEDENTES PENALES? SI ( ) NO ( ) ¿POR QUÉ DELITO? (16)

RELACIÓN CON LA PERSONA PRIVADA DE SU LIBERTAD

PARENTESCO O RELACIÓN (17) AÑOS DE CONOCERLO (18)
LO CONSIDERA COMO UNA PERSONA (TRANQUILA, PROBLEMÁTICA, DISTANTE, ETC) (19)

SABE SI INGIERE O INGERÍA ALGÚN TIPO DE SUSTANCIA PSICOACTIVA SI ( ) NO ( ) CUÁL (ES) (20)

CONTINÚA ESTABLECIENDO CONVIVENCIA Y/O COMUNICACIÓN CON SU FAMILIA SI ( ) NO ( ) ¿CON QUIÉN (ES)? (21)

¿CADA CUÁNDO VISITA A LA PERSONA PRIVADA DE SU LIBERTAD? (22)
¿SABE CUÁL ES SU RESPONSABILIDAD COMO AVAL MORAL? SI ( ) NO ( ) (23)
¿HA RECIBIDO CAPACITACIÓN O INFORMACIÓN PARA FUNGIR COMO AVAL MORAL? SI ( ) NO ( ) ¿QUÉ TIPO? (24)

ÁREA FAMILIAR

ESTRUCTURA FAMILIAR

NOMBRE	PARENTESCO	EDAD	ESTADO CIVIL	ESCOLARIDAD	OCUPACIÓN
(25)	(26)	(27)	(28)	(29)	(30)

STS-PTS-P-GE-1.1

¿QUIÉN PROVEE ECONÓMICAMENTE EL HOGAR? (31)

¿QUIÉN EJERCE LA AUTORIDAD EN EL HOGAR? (32)

¿QUIÉN PREPARA LOS ALIMENTOS EN EL HOGAR? (33)

¿CÓMO SE DISTRIBUYEN LAS ACTIVIDADES DOMÉSTICAS EN SU HOGAR? (34)

TIPO DE FAMILIA: NUCLEAR ( ), MONOPARENTAL PATERNA ( ), MONOPARENTAL MATERNA ( ), EXTENSA ( ), HOGAR UNIPERSONAL ( ), RECONSTITUIDA ( ), OTRA ( ) (35)

ÁREA DE SALUD

SEGURIDAD SOCIAL O PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD (36)

QUIÉN LA PROPORCIONA (37) NÚMERO DE AFILIACIÓN (38)

DÓNDE ACUDE REGULARMENTE A RECIBIR ATENCIÓN MÉDICA (39)

PADECE ENFERMEDADES SI ( ) NO ( ) (40) LLEVA ALGÚN TRATAMIENTO SI ( ) NO ( ) (41)

ENFERMEDAD Y/O PADECIMIENTO (FISICO, PSICOLÓGICO Y/O MÉDICO)	TRATAMIENTO (FÁRMACOS, CONSULTAS, TERAPIA, ETC.)	LUGAR DE ATENCIÓN
(42)	(43)	(44)

ALGÚN INTEGRANTE DE SU ESTRUCTURA FAMILIAR PRESENTA DIVERSIDAD FUNCIONAL SI ( ) NO ( ) ¿CÚAL?) (45)

TIPO DE DISCAPACIDAD: (46)

FÍSICA		MENTAL		INTELECTUAL		SENSORIAL		MÚLTIPLE	

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD O FUNCIONALIDAD (47) INSTITUCIÓN QUE LO EMITE (48)

DEPENDENCIA DE CUIDADOR PRIMARIO SI ( ) NO ( ) ¿PARA QUÉ ACTIVIDADES? (49)

INGIERE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS SI ( ) NO ( ) ¿CUÁLES? (50)

INICIO DE CONSUMO _____(51)_____

FRECUENCIA DE CONSUMO _____(52)_____

DEPENDENCIA SI ( ) NO ( ) (53) TRATAMIENTO _____(54)_____

VIVIENDA

PROPIEDAD DE QUIÉN _____(55)_____ TIEMPO DE VIVIR EN EL DOMICILIO ____(56)_____

RENTADA___ PROPIA___ PRESTADA___ HIPOTECADA___ (57)

DEPARTAMENTO___ CASA SOLA___ DUPLEX ___ CUARTO ___ VECINDAD____ (58)

¿CUÁNTAS FAMILIAS VIVEN EN EL DOMICILIO? (SIN CONSIDERAR A LA DE LA PERSONA ENTREVISTADA)

_____(59)_____

DISTRIBUCION (60)							
N° DE NIVELES		SALA		BANO		MEDIO BANO	
PATIO		COMEDOR		COCINA		ESPACIO PARA LAVAR	
ESTUDIO		PATIO		ESTACIONAMIENTO		N° DE RECAMARAS	
QUIÉN OCUPA CADA RECÁMARA: (61)	1.		2.				
	3.		4.				
	5.		6.				
OBSERVACIONES: (62)							

CUENTA CON UN LUGAR ESPECÍFICO PARA LA PERSONA PRIVADA(O) DE SU LIBERTAD__(63)_____

CUENTA CON MENAJE PARA LA PERSONA PRIVADA(O) DE SU LIBERTAD _____(64)_____

TIEMPO QUE PERMITIRÁ QUE LA PERSONA PRIVADA(O) DE SU LIBERTAD RESIDA EN LA VIVIENDA _____(65)_____

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

SUBDIRECCIÓN DE TRABAJO SOCIAL

ÁREA LABORAL Y ECONÓMICA	
TRABAJO FORMAL ( ) TRABAJO INFORMAL ( ) (66) DEPENDIENTE ECONÓMICO ( ) (67)	
PUESTO:	(68)
NOMBRE DE LA EMPRESA O NEGOCIO	(69)
DIRECCIÓN DE LA EMPRESA O NEGOCIO	(70)
ANTIGÜEDAD:	(71)
TIPO DE CONTRATO	(72)
DÍAS Y HORARIOS	(73)
INGRESO MENSUAL	(74)

¿TRABAJA POR SU CUENTA? SI ( ) NO ( ) DESCRIPCIÓN) (75)

INGRESOS EXTRA		
CONCEPTO	MONTO (76)	PERIODICIDAD (77)
Aguinaldo		
Prima vacacional		
Utilidades		
caja/ fondo de ahorro		
vales de despensa		
Bono		
Becas		
programas gubernamentales		
pensión alimenticia		

MONTO MENSUAL DE INGRESO (78)

APOYOS FAMILIARES					
NOMBRE DE QUIÉN LO RECIBE	PARENTESCO	¿DESDE CUÁNDO?	¿CON QUÉ PERIODICIDAD?	MONTO	¿EN QUÉ LO OCUPA?
(79)	(80)	(81)	(82)	(83)	(84)

EGRESOS ECONÓMICOS	
CONCEPTO	PERSONA ENTREVISTADA (85)
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	
Refrendo	
Seguro de vehículo	
Recreación y entretenimiento	
Gastos escolares	
Vestido y Calzado	
Artículos de aseo personal	
Pensión alimenticia	
otros	

SITUACIÓN PATRIMONIAL

DEUDAS:

Persona/institución___(86)___ monto_(87)_____ desde cuándo _(88)_____ abonos ___(89)_____
Persona/institución_____ monto_____ desde cuándo_____ abonos _____
Persona/institución_____ monto_____ desde cuándo_____ abonos _____
Persona/institución_____ monto_____ desde cuándo_____ abonos _____

AHORROS_____(90)_____

_____

MANEJA TARJETAS DE CRÉDITO _____(91)_____

MANEJA TARJETAS DE DÉBITO _____(92)_____

MANEJA TARJETAS DEPARTAMENTALES _(93)_____

CASAS/TERRENOS O ACCESORIAS

_____(94)_____

_____

VEHÍCULOS_____(95)_____

_____

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

SUBDIRECCIÓN DE TRABAJO SOCIAL

OBSERVACIONES:

_____(96)_____

_____

_____

_____

NOMBRE DE LA O EL PERITO (A) _____(97)_____

LUGAR DE LA ENTREVISTA ____(98)_____

HORA DE TÉRMINO _____(99)_____

DESCRIPCIÓN DEL FORMATO

Nombre:	**GUÍA DE ENTREVISTA** **(AVAL MORAL)**
Clave:	**STS-PTS-P-GE-1.1**
Objetivo:	Obtener información para la elaboración de la pericial en trabajo social en Materia Penal.
Elabora:	Subdirección de Trabajo Social.
Número de tantos:	Original.
Distribución:	Original.- Subdirección de Trabajo Social (Expediente general).

INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
1	FECHA	El día, mes y año en que se realiza la entrevista para la pericial en trabajo social.
2	JUICIO	El juicio que se lleva acabo con la Autoridad Jurisdiccional que haya solicitado la realización de la pericial en trabajo social.
3	PTS/P/	El número de trabajo social asignado, para la realización de la pericial en trabajo social.
4	HORA DE INICIO	La hora en la que se da inicio a la entrevista.
5	OBJETIVO	El objetivo conforme lo requerido por la Autoridad Jurisdiccional.
6	NOMBRE	El nombre completo de la persona entrevistada.
7	DOMICILIO	El domicilio completo de la persona entrevistada.
8	EDAD	Los años cumplidos que tiene la persona entrevistada.
9	FECHA DE NACIMIENTO	El día, mes y año de nacimiento de la persona entrevistada.
10	LUGAR DE NACIMIENTO	En el caso de que la persona entrevistada tenga nacionalidad mexicana, el estado y el país en el que nació y al tratarse de persona extranjera únicamente indicar el país de nacimiento.
11	ÚLTIMO GRADO DE ESTUDIOS	El último grado escolar de la persona entrevistada.
12	ESTADO CIVIL	El estado civil actual de la persona entrevistada.

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
13	SEXO	El sexo de la persona entrevistada.
14	RELIGIÓN	La religión que profesa la persona entrevistada.
15	TELÉFONO	El número telefónico de contacto de la persona entrevistada.
16	¿TIENE ANTECEDENTES PENALES?	Marcar con (X) la opción correspondiente si la persona entrevistada tiene antecedentes penales y señalar por qué delitos.
17	PARENTESCO O RELACIÓN	El parentesco o relación que tiene la persona entrevistada con la persona privada de su libertad.
18	AÑOS DE CONOCERLO	Los años que la persona entrevistada tiene de conocer a la persona privada de su libertad.
19	LO CONSIDERA COMO UNA PERSONA (TRANQUILA, PROBLEMÁTICA, DISTANTE, ETC)	La consideración que tiene la persona entrevistada respecto de la persona privada(o) de su libertad.
20	SABE SI INGIERE O INGERÍA ALGÚN TIPO DE SUSTANCIA PSICOACTIVA	Marcar con (X) la opción que corresponda y precisar la sustancia que sabe consume la persona privada(o) de su libertad.
21	CONTINÚA ESTABLECIENDO CONVIVENCIA Y/O COMUNICACIÓN CON SU FAMILIA	Marcar con (X) la opción que corresponda y precisar con quien establece comunicación o convivencia la persona privada(o) de su libertad.

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
22	¿CADA CUÁNDO VISITA A LA PERSONA PRIVADA DE SU LIBERTAD?	La temporalidad con la que la persona entrevistada visita a la persona privada(o) de su libertad.
23	¿SABE CUÁL ES SU RESPONSABILIDAD COMO AVAL MORAL?	Marcar con (X) la opción que corresponda.
24	¿HA RECIBIDO CAPACITACIÓN O INFORMACIÓN PARA FUNGIR COMO AVAL MORAL?	Marcar con (X) la opción que corresponda, si la persona entrevistada ha recibido capacitación o información para fungir como aval moral, añadiendo el tipo en caso de ser necesario.
25	NOMBRE	El nombre completo de las personas que habitan en el mismo domicilio (en caso de ser más una persona se puede utilizar los demás campos del cuadro, según se requiera).
26	PARENTESCO	El parentesco de las personas que habitan en el mismo domicilio (en caso de ser más una persona se puede utilizar los demás campos del cuadro, según se requiera).
27	EDAD	La edad de las personas que habitan en el mismo domicilio (en caso de ser más de una persona se puede utilizar los demás campos del cuadro, según se requiera).
28	ESTADO CIVIL	El estado civil de las personas que habitan en el mismo domicilio (en caso de ser más de una persona se puede utilizar los demás campos del cuadro, según se requiera)

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
29	ESCOLARIDAD	La escolaridad de las personas que habitan en el mismo domicilio (en caso de ser más de una persona se puede utilizar los demás campos del cuadro, según se requiera)
30	OCUPACIÓN	La ocupación de las personas que habitan en el mismo domicilio (en caso de ser más de una persona se puede utilizar los demás campos del cuadro, según se requiera)
31	¿QUIÉN PROVEE ECONÓMICAMENTE EL HOGAR?	El nombre completo de la(s) persona(s) que aportan para cubrir los gastos de la familia.
32	¿QUIÉN EJERCE LA AUTORIDAD EN EL HOGAR?	El nombre completo de la(s) persona(s) que establecen las reglas, normas y límites a los miembros de la familia.
33	¿QUIÉN PREPARA LOS ALIMENTOS EN EL HOGAR?	El nombre completo de la(s) persona(s) encargada(s) de la elaboración de los alimentos en la vivienda.
34	¿CÓMO SE DISTRIBUYEN LAS ACTIVIDADES DOMÉSTICAS EN SU HOGAR?	La forma es que se distribuyen y quienes participan en las actividades de lavado, planchado y aseo de la vivienda.
35	TIPO DE FAMILIA	Marcar con (X) alguna opción de las que se encuentran señaladas o en su defecto especificar el tipo de familia que no se encuentre enlistada.

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
36	SEGURIDAD SOCIAL O PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD	Si la persona entrevistada cuenta con algún tipo de seguridad social.
37	QUIÉN LA PROPORCIONA	El nombre de la institución a la que se encuentra afiliada la persona entrevistada.
38	NÚMERO DE AFILIACIÓN	El número de afiliación con el que se encuentra dado de alta al servicio médico la persona entrevistada.
39	DÓNDE ACUDE REGULARMENTE A RECIBIR ATENCIÓN MÉDICA	El lugar en donde suelen recibir atención médica la persona entrevistada.
40	PADECE ENFERMEDADES	Marcar con (X) la opción que corresponda si es que la persona entrevistada, padece alguna enfermedad.
41	LLEVA ALGÚN TRATAMIENTO	Marcar con (X) la opción que corresponda si es que la persona entrevistada, lleva algún tratamiento.
42	ENFERMEDAD Y/O PADECIMIENTO (FÍSICO, PSICOLÓGICO Y/O MÉDICO)	El nombre de la enfermedad o padecimiento que en su caso tenga la persona entrevistada.
43	TRATAMIENTO	Los tratamientos, fármacos, consultas, terapias etc., a las que acuda la persona entrevistada.
44	LUGAR DE ATENCIÓN	El lugar donde recibe atención médica la persona entrevistada.

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
45	ALGÚN INTEGRANTE DE SU ESTRUCTURA FAMILIAR PRESENTA DIVERSIDAD FUNCIONAL	Marcar con (X) la opción que corresponda y especificar qué tipo de diversidad funcional presenta la persona entrevistada.
46	TIPO DE DISCAPACIDAD	Marcar con (X) la opción que corresponda si la persona entrevistada presenta un tipo de discapacidad.
47	CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD O FUNCIONALIDAD	Si la persona entrevistada cuenta con algún certificado de discapacidad o diversidad funcional.
48	INSTITUCIÓN QUE LO EMITE	El nombre completo de la institución que emite el certificado de discapacidad o diversidad funcional.
49	DEPENDENCIA DE CUIDADOR PRIMARIO	Marcar con (X) la opción que corresponda si la persona entrevistada depende de cuidados primarios y especificar para que actividades lo requiere.
50	INGIERE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS	Marcar con (X) la opción que corresponda si la persona entrevistada ingiere sustancias psicoactivas y precisar cuáles.
51	INICIO DE CONSUMO	La edad en la que inició la persona entrevistada el consumo de sustancias psicoactivas.
52	FRECUENCIA DE CONSUMO	La frecuencia con la que la persona entrevistada consume la sustancia psicoactiva.
53	DEPENDENCIA	Marcar con (X) la opción que corresponda si es que la persona entrevistada tiene dependencia a alguna sustancia psicoactiva.

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
54	TRATAMIENTO	El tratamiento que lleva la persona entrevistada con relación a la dependencia de alguna sustancia psicoactiva.
55	PROPIEDAD DE QUIÉN	El nombre completo de la persona propietaria del inmueble donde vive la persona entrevistada.
56	TIEMPO DE VIVIR EN EL DOMICILIO	El tiempo que lleva viviendo en el domicilio la persona entrevistada.
57	TENENCIA DE LA VIVIENDA	Marcar con (X) la opción que corresponda de acuerdo a la tenencia que tenga la persona entrevistada, respecto de la vivienda en la que habita.
58	TIPO DE VIVIENDA	Marcar con (X) la opción que corresponda de acuerdo al tipo de vivienda que ocupa la persona entrevistada.
59	¿CUÁNTAS FAMILIAS VIVEN EN EL DOMICILIO?	El número de familias que viven en el domicilio, sin considerar a la de la persona entrevistada.
60	DISTRIBUCIÓN	En el recuadro el número existente de espacios observados en la vivienda.
61	QUIÉN OCUPA CADA RECÁMARA	El nombre completo de la persona que ocupe la recámara respectiva.
62	OBSERVACIONES	Anotan aspectos en relación a actitud, apariencia, lenguaje y participación del usuario y familiares presentes o factores de riesgo detectados durante la entrevista.

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
63	CUENTA CON UN LUGAR ESPECÍFICO PARA LA PERSONA PRIVADA(O) DE SU LIBERTAD	Si en la casa en la que reside la persona entrevistada cuenta con espacio específico para que lo ocupe la persona privada(o) de su libertad.
64	CUENTA CON MENAJE PARA LA PERSONA PRIVADA(O) DE SU LIBERTAD	Si en la casa en la que reside la persona entrevistada cuenta con menaje específico para que lo ocupe la persona privada(o) de su libertad.
65	TIEMPO QUE PERMITIRÁ QUE PARA LA PERSONA PRIVADA(O) DE SU LIBERTAD RESIDA EN LA VIVIENDA	El tiempo que la persona entrevistada permitirá que la persona privada(o) de su libertad resida en el domicilio.
66	ACTIVIDAD LABORAL	Marcar con (X) la opción que corresponda de acuerdo a la actividad laboral que realiza la persona entrevistada.
67	DEPENDIENTE ECONÓMICO	Marcar con (X) la opción que corresponda, considerando si la persona entrevistada es dependiente económica de alguna persona y señalar el nombre completo de esta.
68	PUESTO	El puesto que desempeña la persona entrevistada en su lugar de trabajo.
69	NOMBRE DE LA EMPRESA O NEGOCIO	El nombre completo de la empresa o negocio donde labora la persona entrevistada.
70	DIRECCIÓN DE LA EMPRESA O NEGOCIO	El domicilio completo del lugar donde labora la persona entrevistada.

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
71	ANTIGÜEDAD	La antigüedad ya sea en años, meses o días, que tiene la persona entrevistada en el lugar donde labora.
72	TIPO DE CONTRATO	El tipo de contrato con el que cuenta la persona entrevistada en el lugar donde labora.
73	DÍAS Y HORARIOS	Los días que labora y el horario en el que labora la persona entrevistada.
74	INGRESO MENSUAL	El monto mensual que percibe por su actividad laboral la persona entrevistada.
75	¿TRABAJA POR SU CUENTA?	Marcar con (X) la opción que corresponda si es que la persona entrevistada trabaja por su cuenta, en caso afirmativo indicar en qué, la dirección, la antigüedad, días y horario.
76	MONTO	El ingreso que recibe la persona entrevistada respecto de prestaciones laborales u otros ingresos que perciba.
77	PERIODICIDAD	La periodicidad con la que recibe la persona entrevistada sus prestaciones laborales u otros ingresos.
78	MONTO MENSUAL DE INGRESO	El ingreso mensual que recibe la persona entrevistada, considerando su ingreso, las prestaciones laborales y otros ingresos.
79	NOMBRE DE QUIÉN LO RECIBE	El nombre completo de la persona que le proporciona algún apoyo económico o en especie a la persona entrevistada.

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
80	PARENTESCO	El parentesco que tiene con la persona que le aporta algún apoyo económico o en especie con relación a la persona entrevistada.
81	¿DESDE CUÁNDO?	La fecha desde la cual la persona entrevistada recibe el apoyo económico o en especie.
82	¿CON QUÉ PERIODICIDAD?	El periodo en que la persona entrevistada recibe el apoyo económico o en especie.
83	MONTO	El monto del apoyo económico o en especie que recibe la persona entrevistada.
84	¿EN QUÉ LO OCUPA?	En qué ocupa la persona entrevistada el apoyo económico o en especie que recibe.
85	PERSONA ENTREVISTADA	Según corresponda, el gasto mensual que destina respecto de los conceptos que se enuncian, para cubrir sus necesidades y las de sus dependientes económicos.
86	PERSONA/INSTITUCIÓN	El nombre completo de la persona o institución con la que la persona entrevistada tenga una deuda.
87	MONTO	El monto de la deuda que tiene la persona entrevistada con la persona o institución antes referida.
88	DESDE CUÁNDO	La fecha desde la cual la persona entrevistada tiene la deuda con la persona o institución antes referida.
89	ABONOS	El monto que abona a la deuda que tiene la persona entrevistada con la persona o institución antes referida.

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
90	AHORROS	En caso de que la persona entrevistada cuente con ahorros, el monto de los mismos y en dónde los tiene.
91	MANEJA TARJETAS DE CRÉDITO	En caso de que la persona entrevistada maneje tarjetas de crédito, el nombre del banco a la que pertenece, el monto de crédito del cual se dispone y en qué la ocupa.
92	MANEJA TARJETAS DE DÉBITO	En caso de que la persona entrevistada maneje tarjetas de débito, el nombre del banco a la que pertenece y en qué la ocupa.
93	MANEJA TARJETAS DEPARTAMENTALES	En caso de que la persona entrevistada maneje tarjetas departamentales, el nombre de la institución a la que pertenece, el monto de crédito del cual se dispone y en qué la ocupa.
94	CASAS/TERRENOS O ACCESORIAS	En caso de que la persona entrevistada sea propietaria(o) de algún inmueble, el domicilio completo y en qué ocupa dicha propiedad.
95	VEHÍCULOS	En caso de que la persona entrevistada sea propietaria(o) de algún vehículo, especificar el número, modelo y año de este.
96	OBSERVACIONES	Todos los aspectos que se considere o detecte relevantes y que no se encuentren contemplados anteriormente.
97	NOMBRE DE LA O EL PERITO	El nombre completo de la o el perito que realizó la entrevista.
98	LUGAR DE LA ENTREVISTA	El lugar donde fue realizada la entrevista.

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
99	HORA DE TÉRMINO	La hora de término de la entrevista.

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

SUBDIRECCIÓN DE TRABAJO SOCIAL

GUÍA DE ENTREVISTA
(OFERTA LABORAL)

FECHA _____
JUICIO _____
PTS/P/ _____
HORA DE INICIO: _____

OBJETIVO:
_____
_____
_____

DATOS GENERALES

NOMBRE_____
DOMICILIO _____
_____
EDAD_____ FECHA DE NACIMIENTO _____ LUGAR DE NACIMIENTO _____
ÚLTIMO GRADO DE ESTUDIOS _____ ESTADO CIVIL _____
SEXO _____ RELIGIÓN _____ TELÉFONO_____
¿TIENE ANTECEDENTES PENALES? SI ( ) NO ( ) ¿POR QUÉ DELITO?_____

RELACIÓN CON LA PERSONA PRIVADA DE SU LIBERTAD

PARENTESCO O RELACIÓN_____ AÑOS DE CONOCERLO_____
LO CONSIDERA COMO UNA PERSONA (TRANQUILA, PROBLEMÁTICA, DISTANTE, ETC) _____
_____
VISITA A LA PERSONA PRIVADA(O) DE SU LIBERTAD _____
¿HA RECIBIDO CAPACITACIÓN O INFORMACIÓN PARA OFERTAR ACTIVIDAD LABORAL? SI ( ) NO ( ) ¿QUÉ TIPO?
_____

OFERTA LABORAL

NOMBRE DE LA EMPRESA, NEGOCIO O LUGAR DONDE SE DESEMPEÑARÁ LABORALMENTE _____
_____
TELÉFONO _____ CORREO ELECTRÓNICO_____
SITUACIÓN FISCAL_____ RFC_____ ANTIGÜEDAD DEL NEGOCIO O EMPRESA_____
DOMICILIO _____
_____
OFERTA LABORAL (PUESTO O ACTIVIDAD) _____
JEFA(E) INMEDIATO _____

STS-PTS-P-GE-1.2

Página 1 de 2

SUBDIRECCIÓN DE TRABAJO SOCIAL

HORARIO _____

TIPO DE CONTRATACIÓN _____

TEMPORALIDAD DE OFERTA LABORAL _____

PRESTACIONES LABORALES:

1_____ 6_____
2_____ 7_____
3_____ 8_____
4_____ 9_____
5_____ 10_____

SUELDO _____

FORMA DE PAGO _____ TEMPORALIDAD DE PAGO _____

INGRESOS EXTRA		
CONCEPTO	MONTO	PERIODICIDAD
Aguinaldo		
Prima vacacional		
Utilidades		
Caja/ Fondo de ahorro		
Vales de despensa		
Bono		
Becas		

REQUISITOS PARA CONTRATACIÓN_____

_____

_____

¿SE BRINDARÁ PERIODO DE CAPACITACIÓN? SI ( ) NO ( ) TEMA Y TEMPORALIDAD_____

_____

_____

¿ES LA PRIMERA PERSONA PRIVADA(O) DE SU LIBERTAD A QUIEN LE OFERTA ACTIVIDAD LABORAL? SI ( ) NO ( )

¿CUÁNTAS?_____

OBSERVACIONES:

_____

_____

_____

_____

NOMBRE DE LA O EL PERITO _____

LUGAR DE LA ENTREVISTA _____

HORA DE TÉRMINO _____

STS-PTS-P-GE-1.2

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

SUBDIRECCIÓN DE TRABAJO SOCIAL

GUÍA DE ENTREVISTA
(OFERTA LABORAL)

FECHA (01) _____

JUICIO (02) _____

PTS/P/ (03) _____

HORA DE INICIO: (04) _____

OBJETIVO: (05)

_____

_____

_____

DATOS GENERALES

NOMBRE (06) _____

DOMICILIO(07) _____

_____

EDAD (08) FECHA DE NACIMIENTO (09) LUGAR DE NACIMIENTO (10) _____

ÚLTIMO GRADO DE ESTUDIOS (11) ESTADO CIVIL (12) _____

SEXO (13) RELIGIÓN (14) TELÉFONO (15) _____

¿TIENE ANTECEDENTES PENALES? SI ( ) NO ( ) ¿POR QUÉ DELITO? (16) _____

RELACIÓN CON LA PERSONA PRIVADA D ESU LIBERTAD

PARENTESCO O RELACIÓN (17) AÑOS DE CONOCERLO (18) _____

LO CONSIDERA COMO UNA PERSONA (TRANQUILA, PROBLEMÁTICA, DISTANTE, ETC) (19) _____

_____

¿CADA CUÁNDO VISITA A LA PERSONA PRIVADA(O) DE SU LIBERTAD? (20) _____

_____

¿HA RECIBIDO CAPACITACIÓN O INFORMACIÓN PARA OFERTAR ACTIVIDAD LABORAL? SI ( ) NO ( ) ¿QUÉ TIPO? (21) _____

OFERTA LABORAL

NOMBRE DE LA EMPRESA, NEGOCIO O LUGAR DONDE SE DESEMPEÑARÁ LABORALMENTE (22) _____

_____

TELÉFONO (23) CORREO ELECTRÓNICO (24) _____

SITUACIÓN FISCAL (25) RFC (26) ANTIGÜEDAD DEL NEGOCIO O EMPRESA (27) _____

DOMICILIO (28) _____

_____

OFERTA LABORAL (PUESTO O ACTIVIDAD) (29) _____

JEFA (E) INMEDIATO (30) _____

STS-PTS-P-GE-1.2

Página 1 de 2

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

SUBDIRECCIÓN DE TRABAJO SOCIAL

HORARIO (31)

TIPO DE CONTRATACIÓN (32)

TEMPORALIDAD DE OFERTA LABORAL (33)

PRESTACIONES LABORALES: (34)

1 6
2 7
3 8
4 9
5 10

SUELDO (35)

FORMA DE PAGO (36) TEMPORALIDAD DE PAGO (37)

INGRESOS EXTRA		
CONCEPTO	MONTO (38)	PERIODICIDAD (39)
Aguinaldo		
Prima vacacional		
Utilidades		
Caja/ Fondo de ahorro		
Vales de despensa		
Bono		
Becas		

REQUISITOS PARA CONTRATACIÓN (40)

¿SE BRINDARÁ PERIODO DE CAPACITACIÓN? SI ( ) NO ( ) TEMA Y TEMPORALIDAD (41)

¿ES LA PRIMERA PERSONA PRIVADA(O) DE SU LIBERTAD A QUIEN LE OFERTA ACTIVIDAD LABORAL? SI ( ) NO ( )

¿CUÁNTAS? (42)

OBSERVACIONES:

(43)

NOMBRE DE LA O EL PERITO (44)

LUGAR DE LA ENTREVISTA (45)

HORA DE TÉRMINO (46)

STS-PTS-P-GE-1.2

Página 2 de 2

DESCRIPCIÓN DEL FORMATO

Nombre:	**GUÍA DE ENTREVISTA (OFERTA LABORAL)**
Clave:	**STS-PTS-P-GE-1.2**
Objetivo:	Obtener información sobre la oferta laboral para la elaboración de la pericial en Trabajo Social en Materia Penal.
Elabora:	Subdirección de Trabajo Social.
Número de tantos:	Original.
Distribución:	Original.- Subdirección de Trabajo Social (Expediente general).

INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
1	FECHA	El día, mes y año en que se realiza la entrevista para la pericial en trabajo social.
2	JUICIO	El juicio que se lleva acabo con la Autoridad Jurisdiccional que haya solicitado la realización de la pericial en trabajo social.
3	PTS/P	El número de trabajo social asignado, para la realización de la pericial en trabajo social.
4	HORA DE INICIO	La hora en la que se da inicio a la entrevista.
5	OBJETIVO	El objetivo conforme lo requerido por la Autoridad Jurisdiccional.
6	NOMBRE	El nombre completo de la persona entrevistada.
7	DOMICILIO	El domicilio completo de la persona entrevistada.
8	EDAD	Los años cumplidos que tiene la persona entrevistada.
9	FECHA DE NACIMIENTO	El día, mes y año de nacimiento de la persona entrevistada.
10	LUGAR DE NACIMIENTO	En el caso de que la persona entrevistada tenga nacionalidad mexicana, el estado y el país en el que nació y al tratarse de persona extranjera únicamente indicar el país de nacimiento.
11	ÚLTIMO GRADO DE ESTUDIOS	El último grado escolar de la persona entrevistada.
12	ESTADO CIVIL	El estado civil actual de la persona entrevistada.

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
13	SEXO	El sexo de la persona entrevistada.
14	RELIGIÓN	La religión que profesa la persona entrevistada.
15	TELÉFONO	El número telefónico de contacto de la persona entrevistada.
16	¿TIENE ANTECEDENTES PENALES?	Marcar con (X) la opción correspondiente si la persona entrevistada tiene antecedentes penales y señalar por qué delitos.
17	PARENTESCO O RELACIÓN	El parentesco o relación que tiene la persona entrevistada con la persona privada de su libertad.
18	AÑOS DE CONOCERLO	Los años que la persona entrevistada tiene de conocer a la persona privada de su libertad.
19	LO CONSIDERA COMO UNA PERSONA (TRANQUILA, PROBLEMÁTICA, DISTANTE, ETC)	La consideración que tiene la persona entrevistada respecto de la persona privada de su libertad.
20	¿CADA CUÁNDO VISITA A LA PERSONA PRIVADA DE SU LIBERTAD?	La temporalidad con la que la persona entrevistada visita a la persona privada de su libertad.
21	¿HA RECIBIDO CAPACITACIÓN O INFORMACIÓN PARA OFERTAR ACTIVIDAD LABORAL?	Marcar con (X) la opción que corresponda, si la persona entrevistada ha recibido capacitación o información para ofertar actividad laboral, añadiendo el tipo en caso de ser necesario.

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
22	NOMBRE DE LA EMPRESA, NEGOCIO O LUGAR DONDE SE DESEMPEÑARÁ LABORALMENTE	El nombre completo de la empresa, negocio o lugar en donde se desempeñará laboralmente la persona privada de su libertad.
23	TELÉFONO	El número telefónico de la empresa, negocio o lugar donde se desempeñará laboralmente la persona privada de su libertad.
24	CORREO ELECTRÓNICO	El correo electrónico de la empresa, negocio o lugar donde se desempeñará laboralmente la persona privada de su libertad.
25	SITUACIÓN FISCAL	La situación fiscal de la empresa, negocio o lugar donde se desempeñará laboralmente la persona privada de su libertad.
26	RFC	El Registro Federal del Contribuyente con el que encuentra dada de alta la empresa, negocio o lugar donde se desempeñará laboralmente la persona privada de su libertad.
27	ANTIGÜEDAD DEL NEGOCIO O EMPRESA	La antigüedad la empresa, negocio o lugar donde se desempeñará laboralmente la persona privada de su libertad.
28	DOMICILIO	El domicilio de la empresa, negocio o lugar donde se desempeñará laboralmente la persona privada de su libertad.
29	OFERTA LABORAL (PUESTO O ACTIVIDAD)	El puesto o actividad laboral que le fue ofertada a la persona privada de su libertad.
30	JEFA(E) INMEDIATO	El nombre completo de jefa(e) inmediato en su actividad laboral o puesto.
31	HORARIO	El horario en el que laborará la persona privada de su libertad.

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
32	TIPO DE CONTRATACIÓN	El tipo de contrato que le será otorgado a la persona privada de su libertad.
33	TEMPORALIDAD DE OFERTA LABORAL	La temporalidad de la oferta laboral que le fue ofrecida a la privada de su libertad.
34	PRESTACIONES LABORALES	Las prestaciones laborales a las que tendrá derecho la persona privada de su libertad.
35	SUELDO	El sueldo (diario, semanal o mensual) que recibirá la persona privada de su libertad.
36	FORMA DE PAGO	La forma en que recibirá su pago la persona privada(o) de su libertad.
37	TEMPORALIDAD DE PAGO	La temporalidad en que recibirá su salario la persona privada de su libertad.
38	MONTO	El ingreso que recibirá la persona la persona privada de su libertad, respecto de prestaciones laborales, si es que las tuviera.
39	PERIODICIDAD	La periodicidad con la que recibirá la persona privada de su libertad, las prestaciones laborales, si es que las tuviera.
40	REQUISITOS PARA CONTRATACIÓN	Los requisitos para contratación que le fueron solicitados a la persona privada de su libertad.
41	¿SE BRINDARÁ PERIODO DE CAPACITACIÓN?	Marcar con (X) la opción que corresponda y en su caso señalar los temas que se abordaran en la capacitación, así como la temporalidad de la misma.

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
42	¿ES LA PRIMERA PERSONA PRIVADA(O) DE SU LIBERTAD A QUIEN LE OFERTA ACTIVIDAD LABORAL?	Marcar con (X) la opción que corresponda y en caso de ser afirmativo, mencionar a cuantas personas con antelación le ha ofertado actividad laboral.
43	OBSERVACIONES	Todos los aspectos que se considere o detecte relevantes y que no se encuentren contemplados anteriormente.
44	NOMBRE DE LA O EL PERITO	El nombre completo de la o el perito que realizó la entrevista.
45	LUGAR DE LA ENTREVISTA	El lugar donde fue realizada la entrevista.
46	HORA DE TÉRMINO	La hora de término de la entrevista.

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

SUBDIRECCIÓN DE TRABAJO SOCIAL

GUÌA DE ENTREVISTA
(PERSONA CON BENEFICIO DE PRELIBERACIÓN)

FECHA _____
JUICIO _____
PTS/P/ _____

HORA DE INICIO: _____

OBJETIVO:
_____
_____
_____

DATOS GENERALES

NOMBRE_____
DOMICILIO _____
_____
EDAD_____ FECHA DE NACIMIENTO _____ LUGAR DE NACIMIENTO _____
ÚLTIMO GRADO DE ESTUDIOS _____ ESTADO CIVIL _____
SEXO _____ RELIGIÓN _____ TELÉFONO _____

SITUACIÓN JURÍDICA

FECHA EN LA QUE FUE PRIVADO DE LA LIBERTAD_____
DELITO (S)_____
SENTENCIA_____TIEMPO QUE LLEVA CUBIERTO DE LA SENTENCIA _____
FECHA EN LA QUE LE FUE OTORGADO EL BENEFICIO DE PRELIBERACIÓN _____
TIPO DE BENEFICIO DE PRELIBERACIÓN OTORGADO_____

1- AVAL MORAL.

NOMBRE DEL AVAL MORAL ESTABLECIDO PARA EL BENEFICIO PRELIBERACIÓN _____
ACTUAL AVAL MORAL ESTABLECIDO _____
MOTIVO DEL CAMBIO DE AVAL MORAL _____
DOMICILIO DEL AVAL MORAL _____
DOMICILIO ESTABLECIDO PARA EL BENEFICIO DE PRELIBERACIÓN _____
¿ESTABLECE CONVIVENCIA Y/O COMUNICACIÓN CON EL AVAL MORAL?
SI ( ) ¿CADA CUÁNDO? _____
NO ( ) ¿POR QUÉ? _____

2- OFERTA LABORAL.

OFERTA LABORAL ESTABLECIDA PARA EL BENEFICIO DE PRELIBERACIÓN _____
_____
EMPLEADOR O JEFA(E) INMEDIATO _____
TELÉFONO _____
NOMBRE DE LA EMPRESA, NEGOCIO O LUGAR DONDE SE DESEMPEÑARÁ LABORALMENTE _____
_____
HORARIO _____
DOMICILIO LABORAL _____

STS-PTS-P-GE-02

Página 1 de 6

TIPO DE CONTRATACIÓN _____

TEMPORALIDAD DE OFERTA LABORAL _____

SUELDO _____

ÁREA FAMILIAR

1- ESTRUCTURA FAMILIAR.

NOMBRE	PARENTESCO	EDAD	ESTADO CIVIL	ESCOLARIDAD	OCUPACIÓN

TIPO DE FAMILIA: NUCLEAR ( ), MONOPARENTAL PATERNA ( ), MONOPARENTAL MATERNA ( ), EXTENSA ( ), HOGAR UNIPERSONAL ( ), RECONSTITUIDA ( ), OTRA ( ) _____

2- ROLES.

¿QUIÉN PROVEE ECONÓMICAMENTE EL HOGAR? _____

¿QUIÉN EJERCE LA AUTORIDAD EN EL HOGAR? _____

¿QUIÉN PREPARA LOS ALIMENTOS EN EL HOGAR? _____

¿CÓMO SE DISTRIBUYEN LAS ACTIVIDADES DOMÉSTICAS EN SU HOGAR? _____

_____

¿FUNGE COMO CUIDADOR DE PERSONA ALGUNA? SI ( ) NO ( ) ¿DE QUIÉN Y EN QUÉ ASPECTOS? _____

_____

¿QUIÉN ESTABLECE LAS REGLAS DENTRO LA FAMILIA? (EJEMPLOS) _____

_____

¿QUÉ SUCEDE CUANDO ALGÚN INTEGRANTE DE LA FAMILIA NO CUMPLE CON LAS REGLAS ESTABLECIDAS? _____

_____

3- RED DE APOYO.

NOMBRE	EDAD	TIEMPO DE CONOCERSE	FORMA DE APOYO	DOMICILIO

4- TIEMPO LIBRE:

_____

_____

_____

ALIMENTACIÓN

N° DE COMIDAS AL DIA:			HORARIO:	LUGAR:	OBSERVACIONES:
DESAYUNO	SI	NO			
COLACION	SI	NO			
COMIDA	SI	NO			
COLACION	SI	NO			
CENA	SI	NO			
OTRO	SI	NO			

DESPENSA ALIMENTARIA				
LUGAR		TIEMPO DE TRASLADO:	FRECUENCIA DE COMPRA	GASTO MENSUAL
SUPERMERCADO				
MERCADO FIJO				
MERCADO SOBRE RUEDAS				
TIENDAS DE ABARROTES				
OTRO				

ÁREA DE SALUD

SEGURIDAD SOCIAL O PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD _____

QUIÉN LA PROPORCIONA_____ NÚMERO DE AFILIACIÓN _____

DÓNDE ACUDE REGULARMENTE A RECIBIR ATENCIÓN MÉDICA_____

PADECE ENFERMEDADES SI ( ) NO ( ) LLEVA ALGÚN TRATAMIENTO SI ( ) NO ( )

ENFERMEDAD Y/O PADECIMIENTO (FISICO, PSICOLÓGICO Y/O MÉDICO)	TRATAMIENTO (FÁRMACOS, CONSULTAS, TERAPIA, ETC.)	LUGAR DE ATENCIÓN

DIVERSIDAD FUNCIONAL SI ( ) NO ( ) ¿CÚAL?) _____

TIPO DE DISCAPACIDAD:

FÍSICA		MENTAL		INTELECTUAL		SENSORIAL		MÚLTIPLE	

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD O FUNCIONALIDAD _____ INSTITUCIÓN QUE LO EMITE _____

DEPENDENCIA DE CUIDADOR PRIMARIO SI ( ) NO ( ) ¿PARA QUÉ ACTIVIDADES? _____

INGIERE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS SI ( ) NO ( ) ¿CUÁLES? _____

INGERÍA SUSTANCIAS PSICOACTIVAS SI ( ) NO ( ) ¿CUÁLES? _____

INICIO DE CONSUMO _____ FIN DE CONSUMO _____

FRECUENCIA DE CONSUMO _____

DEPENDENCIA SI ( ) NO ( ) TRATAMIENTO _____

VIVIENDA

PROPIEDAD DE QUIÉN _____ TIEMPO DE VIVIR EN EL DOMICILIO _____

RENTADA_____ PROPIA_____ PRESTADA_____ HIPOTECADA_____

DEPARTAMENTO___ CASA SOLA___ DUPLEX ___ CUARTO ___ VECINDAD____

¿CUÁNTAS FAMILIAS VIVEN EN EL DOMICILIO? (SIN CONSIDERAR A LA DE LA PERSONA ENTREVISTADA)

_____

DATOS ECONÓMICOS

TRABAJO FORMAL ( ) TRABAJO INFORMAL ( ) DEPENDIENTE ECONÓMICO ( )

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: SI ( ) NO ( ) DESCRIPCIÓN _____

_____

_____

MONTO MENSUAL DE INGRESO _____

INGRESOS EXTRAS		
CONCEPTO	MONTO	PERIODICIDAD
AGUINALDO		
PRIMA VACACIONAL		
UTILIDADES		
CAJA/ FONDO DE AHORRO		
VALES DE DESPENSA		
BONO		
BECAS		
PROGRAMAS GUBERNAMENTALES		
PENSIÓN ALIMENTICIA		

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

SUBDIRECCIÓN DE TRABAJO SOCIAL

EGRESOS				
CONCEPTO	PERSONA USUARIA	DEPENDIENTE ECONÓMICO	DEPENDIENTE ECONÓMICO	DEPENDIENTE ECONÓMICO
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				
Refrendo				
Seguro de vehículo				
Recreación y entretenimiento				
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				

APOYOS FAMILIARES					
NOMBRE DE QUIÈN LO RECIBE	PARENTESCO	¿DESDE CUÁNDO?	¿CON QUE PERIODICIDAD?	MONTO	¿EN QUÈ LO OCUPA?

PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO
INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX
SUBDIRECCIÓN DE TRABAJO SOCIAL

SITUACIÓN PATRIMONIAL

SITUACIÓN PATRIMONIAL

DEUDAS:

Persona/institución_____ **monto**_____ **desde cuándo**_____ **abonos** _____
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: _____
Maneja tarjetas departamentales: _____
Casas/terrenos o accesorias:

_____

_____

Vehículos:_____

_____

OBSERVACIONES:

_____

_____

_____

_____

_____

NOMBRE DE LA O EL PERITO _____
LUGAR DE LA ENTREVISTA _____
HORA DE TÉRMINO _____

STS-PTS-P-GE-02

Página 6 de 6

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

SUBDIRECCIÓN DE TRABAJO SOCIAL

GUÍA DE ENTREVISTA
(PERSONA CON BENEFICIO DE PRELIBERACIÓN)

FECHA (01) _____
JUICIO (02) _____
PTS/P/ (03) _____

HORA DE INICIO: (04) _____

OBJETIVO: (05)

_____
_____
_____

DATOS GENERALES

NOMBRE (06) _____
DOMICILIO (07) _____
_____
EDAD (08) _____ FECHA DE NACIMIENTO (09) _____ LUGAR DE NACIMIENTO (10) _____
ÚLTIMO GRADO DE ESTUDIOS (11) _____ ESTADO CIVIL (12) _____
SEXO (13) _____ RELIGIÓN (14) _____ TELÉFONO (15) _____

SITUACIÓN JURÍDICA

FECHA EN LA QUE FUE PRIVADO DE LA LIBERTAD _____(16)_____
DELITO (S) _____(17)_____
SENTENCIA _____(18)_____ TIEMPO QUE LLEVA CUBIERTO DE LA SENTENCIA _____(19)_____
FECHA EN LA QUE LE FUE OTORGADO EL BENEFICIO DE PRELIBERACIÓN _____(20)_____
TIPO DE BENEFICIO DE PRELIBERACIÓN OTORGADO _____(21)_____

1- AVAL MORAL.

NOMBRE DEL AVAL MORAL ESTABLECIDO PARA EL BENEFICIO PRELIBERACIÓN _____(22)_____
ACTUAL AVAL MORAL ESTABLECIDO _____(23)_____
MOTIVO DEL CAMBIO DE AVAL MORAL _____(24)_____
DOMICILIO DEL AVAL MORAL _____(25)_____
DOMICILIO ESTABLECIDO PARA EL BENEFICIO DE PRELIBERACIÓN _____(26)_____
¿ESTABLECE CONVIVENCIA Y/O COMUNICACIÓN CON EL AVAL MORAL? (27)
SI ( ) ¿CADA CUÁNDO? _____
NO ( ) ¿POR QUÉ? _____

2- OFERTA LABORAL.

OFERTA LABORAL ESTABLECIDA PARA EL BENEFICIO DE PRELIBERACIÓN _____(28)_____
_____
EMPLEADOR O JEFA(E) INMEDIATO _____(29)_____
TELÉFONO _____(30)_____
NOMBRE DE LA EMPRESA, NEGOCIO O LUGAR DONDE SE DESEMPEÑA LABORALMENTE _____(31)_____
_____
HORARIO _____(32)_____
DOMICILIO LABORAL _____(33)_____

STS-PTS-P-GE-02

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

SUBDIRECCIÓN DE TRABAJO SOCIAL

TIPO DE CONTRATACIÓN _____(34)_____

TEMPORALIDAD DE OFERTA LABORAL _____(35)_____

SUELDO _____(36)_____

ÁREA FAMILIAR

1- ESTRUCTURA FAMILIAR.

NOMBRE	PARENTESCO	EDAD	ESTADO CIVIL	ESCOLARIDAD	OCUPACIÓN
(37)	(38)	(39)	(40)	(41)	(42)

TIPO DE FAMILIA: NUCLEAR ( ), MONOPARENTAL PATERNA ( ), MONOPARENTAL MATERNA ( ), EXTENSA ( ), HOGAR UNIPERSONAL ( ), RECONSTITUIDA ( ), OTRA ( ) _____(43)_____

2- ROLES.

¿QUIÉN PROVEE ECONÓMICAMENTE EL HOGAR? _____(44)_____

¿QUIÉN EJERCE LA AUTORIDAD EN EL HOGAR?_____(45)_____

¿QUIÉN PREPARA LOS ALIMENTOS EN EL HOGAR? _____(46)_____

¿CÓMO SE DISTRIBUYEN LAS ACTIVIDADES DOMÉSTICAS EN SU HOGAR? _____(47)_____

_____

DEPENDENCIA DE CUIDADOR PRIMARIO SI ( ) NO ( ) ¿PARA QUÉ ACTIVIDADES? _____(48)_____

_____

¿QUIÉN ESTABLECE LAS REGLAS DENTRO LA FAMILIA? (EJEMPLOS) _____(49)_____

_____

¿QUÉ SUCEDE CUANDO ALGÚN INTEGRANTE DE LA FAMILIA NO CUMPLE CON LAS REGLAS ESTABLECIDAS? ___(50)___

_____

3- RED DE APOYO.

NOMBRE	EDAD	TIEMPO DE CONOCERSE	TIPO DE APOYO	DOMICILIO
(51)	(52)	(53)	(54)	(55)

4- TIEMPO LIBRE: (56)

ALIMENTACIÓN

N° DE COMIDAS AL DIA: (57)			HORARIO: (58)	LUGAR: (59)	OBSERVACIONES: (60)
DESAYUNO	SI	NO			
COLACION	SI	NO			
COMIDA	SI	NO			
COLACION	SI	NO			
CENA	SI	NO			
OTRO	SI	NO			

DESPENSA ALIMENTARIA				
LUGAR (61)		TIEMPO DE TRASLADO: (62)	FRECUENCIA DE COMPRA (63)	GASTO MENSUAL(64)
SUPERMERCADO				
MERCADO FIJO				
MERCADO SOBRE RUEDAS				
TIENDAS DE ABARROTES				
OTRO				

ÁREA DE SALUD

SEGURIDAD SOCIAL O PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD _____(65)_____

QUIÉN LA PROPORCIONA_____(66)_____ NÚMERO DE AFILIACIÓN _____(67)_____

DÓNDE ACUDE REGULARMENTE A RECIBIR ATENCIÓN MÉDICA_____(68)_____

PADECE ENFERMEDADES SI ( ) NO ( ) (69) LLEVA ALGÚN TRATAMIENTO SI ( ) NO ( ) (70)

ENFERMEDAD Y/O PADECIMIENTO (FISICO, PSICOLÓGICO Y/O MÉDICO)	TRATAMIENTO (FÁRMACOS, CONSULTAS, TERAPIA, ETC.)	LUGAR DE ATENCIÓN
(71)	(72)	(73)

DIVERSIDAD FUNCIONAL SI ( ) NO ( ) ¿CÚAL?) _____(74)_____

TIPO DE DISCAPACIDAD: (75)

FÍSICA			MENTAL		INTELECTUAL		SENSORIAL		MÚLTIPLE	

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD O FUNCIONALIDAD ___(76)__ INSTITUCIÓN QUE LO EMITE _____(77)_____

DEPENDENCIA DE CUIDADOR PRIMARIO SI ( ) NO ( ) ¿PARA QUÉ ACTIVIDADES? _____(78)_____

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

SUBDIRECCIÓN DE TRABAJO SOCIAL

INGIERE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS SI ( ) NO ( ) ¿CUÁLES? _____(79)_____

INGERÍA SUSTANCIAS PSICOACTIVAS SI ( ) NO ( ) ¿CUÁLES? _____(80)_____

INICIO DE CONSUMO _____(81)_____ FIN DE CONSUMO _____(82)_____

FRECUENCIA DE CONSUMO _____(83)_____

DEPENDENCIA SI ( ) NO ( ) (84) TRATAMIENTO _____(85)_____

VIVIENDA

PROPIEDAD DE QUIÉN _____(86)_____ TIEMPO DE VIVIR EN EL DOMICILIO ____(87)_____

RENTADA_____ PROPIA_____ PRESTADA_____ HIPOTECADA_____ (88)

DEPARTAMENTO___ CASA SOLA___ DUPLEX ___ CUARTO ___ VECINDAD____ (89)

¿CUÁNTAS FAMILIAS VIVEN EN EL DOMICILIO? (SIN CONSIDERAR A LA DE LA PERSONA ENTREVISTADA)

_____(90)_____

DATOS ECONÓMICOS

TRABAJO FORMAL ( ) TRABAJO INFORMAL ( ) (91) DEPENDIENTE ECONÓMICO ( ) (92)

PUESTO:	(93)
NOMBRE DE LA EMPRESA O NEGOCIO	(94)
DIRECCIÓN DE LA EMPRESA O NEGOCIO	(95)
ANTIGÜEDAD:	(96)
TIPO DE CONTRATO	(97)
DÍAS Y HORARIOS	(98)
INGRESO MENSUAL	(99)

TRABAJA POR SU CUENTA: SI ( ) NO ( ) DESCRIPCIÓN _____(100)_____

MONTO MENSUAL DE INGRESO _____(101)_____

INGRESOS EXTRAS		
CONCEPTO	MONTO (102)	PERIODICIDAD (103)
AGUINALDO		
PRIMA VACACIONAL		
UTILIDADES		
CAJA/ FONDO DE AHORRO		
VALES DE DESPENSA		
BONO		
BECAS		
PROGRAMAS GUBERNAMENTALES		
PENSIÓN ALIMENTICIA		

EGRESOS				
CONCEPTO	PERSONA USUARIA (104)	DEPENDIENTE ECONÓMICO (105)	DEPENDIENTE ECONÓMICO	DEPENDIENTE ECONÓMICO
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				
Refrendo				
Seguro de vehículo				
Recreación y entretenimiento				
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				

APOYOS FAMILIARES					
NOMBRE DE QUIÈN LO RECIBE	PARENTESCO	¿DESDE CUÁNDO?	¿CON QUE PERIODICIDAD?	MONTO	¿EN QUÉ LO OCUPA?
(106)	(107)	(108)	(109)	(110)	(111)

SITUACIÓN PATRIMONIAL

SITUACIÓN PATRIMONIAL

DEUDAS:

Persona/institución (112) monto (113) desde cuándo (114) abonos (115)
Persona/institución monto desde cuándo abonos
Persona/institución monto desde cuándo abonos
Persona/institución monto desde cuándo abonos

AHORROS: (116)

Maneja tarjetas de crédito: (117)
Maneja tarjetas de débito: (118)
Maneja tarjetas departamentales: (119)
Casas/terrenos o accesorias: (120)

Vehículos: (121)

OBSERVACIONES: (122)

NOMBRE DE LA O EL PERITO (123)
LUGAR DE LA ENTREVISTA (124)
HORA DE TÉRMINO (125)

DESCRIPCIÓN DEL FORMATO	
Nombre:	**GUÍA DE ENTREVISTA** **(PERSONA CON BENEFICIO DE PRELIBERACIÓN)**
Clave:	**STS-PTS-P-GE-02**
Objetivo:	Obtener información para la elaboración de la pericial en trabajo social en Materia Penal.
Elabora:	Subdirección de Trabajo Social.
Número de tantos:	Original.
Distribución:	Original.- Subdirección de Trabajo Social (Expediente general).

INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
1	FECHA	El día, mes y año en que se realiza la entrevista para la pericial en trabajo social.
2	JUICIO	El juicio que se lleva acabo con la Autoridad Jurisdiccional que haya solicitado la realización de la pericial en trabajo social.
3	PTS/P/	El número de trabajo social asignado, para la realización de la pericial en trabajo social.
4	HORA DE INICIO	La hora en la que se da inicio a la entrevista.
5	OBJETIVO	El objetivo conforme lo requerido por la Autoridad Jurisdiccional.
6	NOMBRE	El nombre completo de la persona usuaria.
7	DOMICILIO	El domicilio completo de la persona usuaria.
8	EDAD	Los años cumplidos que tiene la persona usuaria.
9	FECHA DE NACIMIENTO	El día, mes y año de nacimiento de la persona usuaria.
10	LUGAR DE NACIMIENTO	En el caso de que la persona usuaria tenga nacionalidad mexicana, el estado y el país en el que nació y al tratarse de persona extranjera únicamente indicar el país de nacimiento.
11	ÚLTIMO GRADO DE ESTUDIOS	El último grado escolar de la persona usuaria.
12	ESTADO CIVIL	El estado civil actual de la persona usuaria.

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
13	SEXO	El sexo de la persona usuaria.
14	RELIGIÓN	La religión que profesa la persona usuaria.
15	TELÉFONO	El número telefónico de contacto de la persona usuaria.
16	FECHA EN LA QUE FUE PRIVADA(O) DE LA LIBERTAD	El día, mes y año en el que la persona usuaria fue privada(o) de la libertad.
17	DELITO (S)	Los delitos por los que se encuentra privada(o) de la libertad.
18	SENTENCIA	Los años, meses y días que estará privada(o) de su libertad por los delitos que fue procesada(o).
19	TIEMPO QUE LLEVA CUBIERTO DE LA SENTENCIA	Los años, meses y días que hasta el momento de la entrevista lleva cubierto.
20	FECHA EN LA QUE LE FUE OTORGADO EL BENEFICIO DE PRELIBERACIÓN	El día mes y año en que le fue otorgado el beneficio de preliberación a la persona usuaria.
21	TIPO DE BENEFICIO DE PRELIBERACIÓN OTORGADO	El beneficio de preliberación que le fue otorgado a la persona usuaria.
22	NOMBRE DEL AVAL MORAL ESTABLECIDO PARA EL BENEFICIO PRELIBERACIÓN	El nombre completo de la persona que fue establecida a la persona usuaria, como aval moral para la obtención del beneficio de preliberación.

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
23	ACTUAL AVAL MORAL ESTABLECIDO	El nombre completo de la persona que a la fecha de la entrevista funge como aval moral de la persona usuaria.
24	MOTIVO DEL CAMBIO DE AVAL MORAL	El motivo de cambio del aval moral.
25	DOMICILIO DEL AVAL MORAL	El domicilio completo del aval moral.
26	DOMICILIO ESTABLECIDO PARA EL BENEFICIO DE PRELIBERACIÓN	El domicilio completo establecido por el cual se le otorgó el beneficio de preliberación a la persona usuaria.
27	¿ESTABLECE CONVIVENCIA Y/O COMUNICACIÓN CON EL AVAL MORAL?	Marcar con (X) la opción correspondiente, en caso de ser afirmativa señalar cada cuando y en caso de ser negativo justificar la respuesta.
28	OFERTA LABORAL ESTABLECIDA PARA EL BENEFICIO DE PRELIBERACIÓN	La actividad laboral establecida por la cual se le otorgó el beneficio de preliberación a la persona usuaria.
29	EMPLEADOR O JEFA(E) INMEDIATO	El nombre completo de la persona señalada como su empleador o jefa(e) inmediato.
30	TELÉFONO	Número telefónico de contacto de la persona establecida como empleador o jefa(e) inmediato.
31	NOMBRE DE LA EMPRESA, NEGOCIO O LUGAR	El nombre completo de la empresa, negocio, comercio o lugar donde la persona usuaria ejerce la oferta laboral.

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
	DONDE SE DESEMPEÑA LABORALMENTE	
32	HORARIO	El horario en el que la persona usuaria realiza la actividad laboral.
33	DOMICILIO LABORAL	El domicilio completo en donde la persona usuaria ejerce su actividad laboral.
34	TIPO DE CONTRATACIÓN	El tipo de contrato que tiene la persona usuaria en la actividad laboral que realiza.
35	TEMPORALIDAD DE OFERTA LABORAL	El tiempo por se le contrató a la persona usuaria la actividad laboral que realiza.
36	SUELDO	El monto mensual que percibe la persona usuaria por la actividad laboral que realiza.
37	NOMBRE	El nombre completo de las personas que habitan en el mismo domicilio que la persona usuaria (en caso de ser más de una, se puede utilizar los demás campos del cuadro, según se requiera).
38	PARENTESCO	El parentesco de las personas que habitan en el mismo domicilio que la persona usuaria (en caso de ser más de una, persona se puede utilizar los demás campos del cuadro, según se requiera).
39	EDAD	La edad de las personas que habitan en el mismo domicilio que la persona usuaria (en caso de ser más de una se puede utilizar los demás campos del cuadro, según se requiera).

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
40	ESTADO CIVIL	El estado civil de las personas que habitan en el mismo domicilio que la persona usuaria (en caso de ser más de una, se puede utilizar los demás campos del cuadro, según se requiera).
41	ESCOLARIDAD	La escolaridad de las personas que habitan en el mismo domicilio que la persona usuaria (en caso de ser más de una, se puede utilizar los demás campos del cuadro, según se requiera).
42	OCUPACIÓN	La ocupación actual de las personas que habitan en el mismo domicilio que la persona usuaria (en caso de ser más de una, se puede utilizar los demás campos del cuadro, según se requiera).
43	TIPO DE FAMILIA	Marcar con (X) alguna opción de las que se encuentran señaladas o en su defecto especificar el tipo de familia que no se encuentre enlistada.
44	¿QUIÉN PROVEE ECONÓMICAMENTE EL HOGAR?	El nombre completo de la(s) persona(s) que aportan para cubrir los gastos de la familia.
45	¿QUIÉN EJERCE LA AUTORIDAD EN EL HOGAR?	El nombre completo de la(s) persona(s) que establecen las reglas, normas y límites a los miembros de la familia.

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
46	¿QUIÉN PREPARA LOS ALIMENTOS EN EL HOGAR?	El nombre completo de la(s) persona(s) encargada(s) de la elaboración de los alimentos en la vivienda.
47	¿CÓMO SE DISTRIBUYEN LAS ACTIVIDADES DOMÉSTICAS EN SU HOGAR?	La forma es que se distribuyen y quienes participan en las actividades de lavado, planchado y aseo de la vivienda.
48	DEPENDENCIA DE CUIDADOR PRIMARIO	Marcar con (X) la opción que corresponda si la persona usuaria depende de cuidados primarios y especificar para que actividades lo requiere.
49	¿QUIÉN ESTABLECE LAS REGLAS DENTRO LA FAMILIA? (EJEMPLOS)	El nombre completo de la(s) persona(s) que dictan las reglas del comportamiento familiar, describiendo algunos ejemplos.
50	¿QUÉ SUCEDE CUANDO ALGÚN INTEGRANTE DE LA FAMILIA NO CUMPLE CON LAS REGLAS ESTABLECIDAS?	Lo que acontece si alguno de los integrantes de la familia incumple las reglas establecidas.
51	NOMBRE	El nombre completo de la(s) persona(s) que forman parte de la red de apoyo de la persona usuaria (en caso de ser más de una persona, se puede utilizar los demás campos del cuadro, según se requiera).

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
52	EDAD	La edad de la(s) persona(s) que forman parte de la red de apoyo de la persona usuaria (en caso de ser más de una persona, se puede utilizar los demás campos del cuadro, según se requiera).
53	TIEMPO DE CONOCERSE	El tiempo que lleva de conocer la persona usuaria a su red de apoyo (en caso de ser más de una persona se puede utilizar los demás campos del cuadro, según se requiera).
54	TIPO DE APOYO	La forma en la que le brindan apoyo a la persona usuaria (en caso de ser más de una persona se puede utilizar los demás campos del cuadro, según se requiera).
55	DOMICILIO	El domicilio de la(s) persona(s) que forman parte de la red de apoyo de la persona usuaria (en caso de ser más de una persona, se puede utilizar los demás campos del cuadro, según se requiera).
56	TIEMPO LIBRE	Las actividades de esparcimiento y/o descanso que realiza la persona usuaria.
57	Nº DE COMIDAS	Marcar con (X) las comidas que realice la persona usuaria.
58	HORARIO	El horario en que la persona usuaria acostumbra realizar las comidas señaladas.
59	LUGAR	El lugar en el que la persona usuaria acostumbra realizar las comidas señaladas.

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
60	OBSERVACIONES	Si existe alguna dieta especial, así como gastos extra por la compra de alimentos elaborados destinados a la persona usuaria.
61	LUGAR	Marcar con (X) el lugar en el que la persona usuaria adquiera la despensa.
62	TIEMPO DE TRASLADO	El tiempo de traslado que realiza la persona usuaria desde su domicilio al lugar en el que adquiere la despensa.
63	FRECUENCIA DE COMPRA	La frecuencia con que la persona usuaria asiste a comprar la despensa.
64	GASTO MENSUAL	El monto mensual que la persona usuaria destina para comprar despensa.
65	SEGURIDAD SOCIAL O PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD	Si la persona entrevistada cuenta con algún tipo de seguridad social o protección a la salud.
66	QUIÉN LA PROPORCIONA	El nombre completo de la institución en la que se encuentra afiliada la persona usuaria.
67	NÚMERO DE AFILIACIÓN	El número de afiliación con el que se encuentra dado de alta al servicio médico la persona usuaria.
68	DÓNDE ACUDE REGULARMENTE A RECIBIR ATENCIÓN MÉDICA	El lugar en donde suele recibir atención médica la persona usuaria.

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
69	PADECE ENFERMEDADES	Marcar con (X) la opción que corresponda si es que la persona usuaria, padece alguna enfermedad.
70	LLEVA ALGÚN TRATAMIENTO	Marcar con (X) la opción que corresponda si es que la persona usuaria, lleva algún tratamiento.
71	ENFERMEDAD Y/O PADECIMIENTO	El nombre de la enfermedad o padecimiento que en su caso tenga la persona usuaria.
72	TRATAMIENTO	Los tratamientos, fármacos, consultas, terapias etc., a las que acuda la persona usuaria.
73	LUGAR DE ATENCIÓN	El lugar donde recibe atención médica la persona usuaria.
74	DIVERSIDAD FUNCIONAL	Marcar con (X) la opción que corresponda y especificar qué tipo de diversidad funcional presenta la persona usuaria.
75	TIPO DE DISCAPACIDAD	Marcar con (X) la opción que corresponda si la persona usuaria presenta un tipo de discapacidad.
76	CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD O FUNCIONALIDAD	Si la persona entrevistada cuenta con algún certificado de discapacidad o diversidad funcional.
77	INSTITUCIÓN QUE LO EMITE	El nombre completo de la institución que emite el certificado de discapacidad o diversidad funcional.
78	DEPENDENCIA DE CUIDADOR PRIMARIO	Marcar con (X) la opción que corresponda si la persona usuaria depende de cuidados primarios y especificar para que actividades lo requiere.

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
79	INGIERE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS	Marcar con (X) la opción que corresponda si la persona usuaria ingiere sustancias psicoactivas y precisar cuáles.
80	INGERÍA SUSTANCIAS PSICOACTIVAS	Marcar con (X) la opción que corresponda si la persona usuaria consumió sustancias psicoactivas y precisar cuáles.
81	INICIO DE CONSUMO	La edad en la que inició la persona entrevistada el consumo de sustancias psicoactivas.
82	FIN DE CONSUMO	La edad en la que la persona entrevistada dejó de consumir sustancias psicoactivas.
83	FRECUENCIA DE CONSUMO	La frecuencia con la que la persona usuaria consume la sustancia psicoactiva.
84	DEPENDENCIA	Marcar con (X) la opción que corresponda si es que la persona usuaria tiene dependencia a alguna sustancia psicoactiva.
85	TRATAMIENTO	El tratamiento que lleva la persona usuaria con relación a la dependencia de alguna sustancia psicoactiva.
86	PROPIEDAD DE QUIÉN	El nombre completo de la persona propietaria del inmueble donde vive la persona usuaria.
87	TIEMPO DE VIVIR EN EL DOMICILIO	El tiempo que lleva viviendo en el domicilio la persona usuaria.
88	TENENCIA DE LA VIVIENDA	Marcar con (X) la opción que corresponda de acuerdo a la tenencia que tenga la persona usuaria, respecto de la vivienda en la que habita.

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
89	TIPO DE VIVIENDA	Marcar con (X) la opción que corresponda de acuerdo al tipo de vivienda que ocupa la persona usuaria.
90	¿CUÁNTAS FAMILIAS VIVEN EN EL DOMICILIO?	El número de familias que viven en el domicilio, sin considerar a la de la persona usuaria.
91	ACTIVIDAD LABORAL	Marcar con (X) la opción que corresponda de acuerdo a la actividad laboral que realiza la persona usuaria.
92	DEPENDIENTE ECONÓMICO	Marcar con (X) la opción que corresponda, considerando si la persona usuaria es dependiente económica de alguna persona y señalar el nombre completo de esta.
93	PUESTO	El puesto que desempeña la persona usuaria en su lugar de trabajo.
94	NOMBRE DE LA EMPRESA O NEGOCIO	El nombre completo de la empresa o negocio donde labora la persona usuaria.
95	DIRECCIÓN DE LA EMPRESA O NEGOCIO	El domicilio completo del lugar donde labora la persona usuaria.
96	ANTIGÜEDAD	La antigüedad ya sea en años, meses o días, que tiene la persona usuaria en el lugar donde labora.
97	TIPO DE CONTRATO	El tipo de contrato con el que cuenta la persona usuaria en el lugar donde labora.
98	DÍAS Y HORARIOS	Los días que labora y el horario en el que labora la persona usuaria.

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
99	INGRESO MENSUAL	El monto mensual que percibe por su actividad laboral la persona usuaria.
100	¿TRABAJA POR SU CUENTA?	Marcar con (X) la opción que corresponda si es que la persona usuaria trabaja por su cuenta, en caso afirmativo indicar en qué, la dirección, la antigüedad, días y horario.
101	MONTO MENSUAL DE INGRESO	En caso de que la persona usuaria trabaje por su cuenta, el monto mensual máximo y mínimo que obtiene por la realización de dicha actividad.
102	MONTO	El ingreso que recibe la persona entrevistada respecto de prestaciones laborales u otros ingresos que perciba.
103	PERIODICIDAD	La periodicidad con la que recibe la persona entrevistada sus prestaciones laborales u otros ingresos.
104	PERSONA USUARIA	Según corresponda, el gasto mensual que destina para sí misma la persona usuaria, respecto de los conceptos que se enuncian.
105	DEPENDIENTE ECONÓMICO	De acuerdo al número de dependientes económicos, el gasto mensual que destina la persona usuaria, respecto de los conceptos que se enuncian.
106	NOMBRE DE QUIÉN LO RECIBE	El nombre completo de la persona que le proporciona algún apoyo económico o en especie a la persona usuaria.
107	PARENTESCO	El parentesco que tiene con la persona que le aporta algún apoyo económico o en especie con relación a la persona usuaria.

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
108	¿DESDE CUÁNDO?	La fecha desde la cual la persona usuaria recibe el apoyo económico o en especie.
109	¿CON QUE PERIODICIDAD?	El periodo en que la persona usuaria recibe el apoyo económico o en especie.
110	MONTO	El monto del apoyo económico o en especie que recibe la persona usuaria.
111	¿EN QUÉ LO OCUPA?	En qué ocupa la persona usuaria el apoyo económico o en especie que recibe.
112	PERSONA/INSTITUCIÓN	El nombre completo de la persona o institución con la que la persona usuaria tenga una deuda.
113	MONTO	El monto de la deuda que tiene la persona usuaria con la persona o institución antes referida.
114	DESDE CUÁNDO	La fecha desde la cual la persona usuaria tiene la deuda con la persona o institución antes referida.
115	ABONOS	El monto que abona a la deuda que tiene la persona usuaria con la persona o institución antes referida.
116	AHORROS	En caso de que la persona usuaria cuente con ahorros, el monto de los mismos y en dónde los tiene.
117	MANEJA TARJETAS DE CRÉDITO	En caso de que la persona usuaria maneje tarjetas de crédito, el nombre del banco a la que pertenece, el monto de crédito del cual se dispone y en qué la ocupa.

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
118	MANEJA TARJETAS DE DÉBITO	En caso de que la persona usuaria maneje tarjetas de débito, el nombre del banco a la que pertenece y en qué la ocupa.
119	MANEJA TARJETAS DEPARTAMENTALES	En caso de que la persona usuaria maneje tarjetas departamentales, el nombre de la institución a la que pertenece, el monto de crédito del cual se dispone y en qué la ocupa.
120	CASAS/TERRENOS O ACCESORIAS	En caso de que la persona usuaria sea propietaria(o) de algún inmueble, el domicilio completo y en qué ocupa dicha propiedad.
121	VEHÍCULOS	En caso de que la persona usuaria sea propietaria(o) de algún vehículo, especificar el número, modelo y año de este.
122	OBSERVACIONES	Todos los aspectos que se considere o detecte relevantes y que no se encuentren contemplados anteriormente.
123	NOMBRE DE LA O EL PERITO	El nombre completo de la o el perito que realizó la entrevista.
124	LUGAR DE LA ENTREVISTA	El lugar donde fue realizada la entrevista.
125	HORA DE TÉRMINO	La hora de término de la entrevista.

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

SUBDIRECCIÓN DE TRABAJO SOCIAL

GUÍA DE OBSERVACIÓN
(MATERIA PENAL)

FECHA: _____

JUICIO_____

PTS/P/ _____

OBJETIVO: _____

_____

_____

NOMBRE _____

DOMICILIO_____

_____

RUBROS	TIPO DE VIVIENDA								
VIVIENDA	Departamento		Dúplex		Vecindad				
	Casa sola		Cuarto						
	DISTRIBUCIÓN								
	N° de Niveles		Sala		Baño		Medio baño		
	Patio		Comedor		Cocina		Espacio para lavar		
	Estudio		Patio		Estacionamiento		N° de recámaras		
	Quién ocupa cada recámara:	1.		2.					
		3.		4.					
		5.		6.					
	ESPACIO DESTINADO PARA LA PERSONA CON BENEFICIO PRELIBERACIONAL								
	Vivienda Sola		Cuarto redondo		Recámara		Cuarto Improvisado		
	Otro: (especifique)								
	Mobiliario del espacio:								
	ASPECTOS DE LA VIVIENDA								
	Orden		Servicios intra-domiciliarios (agua, luz, drenaje, gas)						
	Limpieza		Mascotas						
	Iluminación		Factores de riesgo (Asfixia, caídas, intoxicaciones, quemaduras y electrocuciones)						
	Ventilación		Adaptabilidad para personas con discapacidad						
	Hacinamiento		Verificación de personas que habitan el domicilio						

	MATERIALES DE CONSTRUCCIÓN QUE PREDOMINAN						
	(Piso, paredes y techo)						
	MOBILIARIO						
	(Cantidad, condiciones)						
ENTORNO	**COMERCIOS**						
	Tiendas		Mercados		Servicios médicos		
	Farmacias		Bancos				
	EQUIPAMIENTO URBANO						
	Instituciones educativas		Espacios culturales		Accesibilidad para discapacitados		
	Espacios recreativos		Centros religiosos				
	INFRAESTRUCTURA Y SERVICIOS PÚBLICOS						
	Abastecimiento de agua potable		Transporte		Gas		
	Alumbrado público		Drenaje		Vialidades pavimentadas		
	Recolección de basura		Vigilancia				
	RIESGOS DETECTADOS						
	Delincuencia		Vandalismo		Alcoholismo		
	Drogadicción						

ASPECTOS GENERALES DE LA ENTREVISTA	(Actitud, apariencia, lenguaje y participación del usuario y familiares presentes o factores de riesgo detectados durante la entrevista).

NOMBRE DE LA O EL PERITO _____

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

SUBDIRECCIÓN DE TRABAJO SOCIAL

GUÍA DE OBSERVACIÓN (MATERIA PENAL)

FECHA: (01)

JUICIO (02)

PTS/P/ (03)

OBJETIVO: (04)

NOMBRE (05)

DOMICILIO (06)

RUBROS	TIPO DE VIVIENDA (07)											
VIVIENDA	Departamento		Dúplex		Vecindad							
	Casa sola		Cuarto									
	DISTRIBUCIÓN (08)											
	N° de Niveles		Sala		Baño		Medio baño					
	Patio		Comedor		Cocina		Espacio para lavar					
	Estudio		Patio		Estacionamiento		N° de recámaras					
	Quién ocupa cada recámara: (9)	1.			2.							
		3.			4.							
		5.			6.							
	ESPACIO DESTINADO PARA LA PERSONA CON BENEFICIO PRELIBERACIONAL (10)											
	Vivienda Sola		Cuarto redondo		Recámara		Cuarto Improvisado					
	Otro: (especifique)											
	Mobiliario del espacio: (11)											
	CONDICIONES DE HABITABILIDAD (12)											
	Orden		Servicios intra-domiciliarios (agua, luz, drenaje, gas)									
	Limpieza		Mascotas									
	Iluminación		Factores de riesgo (Asfixia, caídas, intoxicaciones, quemaduras y electrocuciones)									
	Ventilación		Adaptabilidad para personas con discapacidad									
	Hacinamiento		Verificación de personas que habitan el domicilio									

	MATERIALES DE CONSTRUCCIÓN QUE PREDOMINAN (13)						
	(Piso, paredes y techo)						
	MOBILIARIO (14)						
	(Cantidad, condiciones)						
ENTORNO	**COMERCIOS (15)**						
	Tiendas		Mercados		Servicios médicos		
	Farmacias		Bancos				
	EQUIPAMIENTO URBANO (16)						
	Instituciones educativas		Espacios culturales		Accesibilidad para discapacitados		
	Espacios recreativos		Centros religiosos				
	INFRAESTRUCTURA Y SERVICIOS PÚBLICOS (17)						
	Abastecimiento de agua potable		Transporte		Gas		
	Alumbrado público		Drenaje		Vialidades pavimentadas		
	Recolección de basura		Vigilancia				
	RIESGOS DETECTADOS (18)						
	Delincuencia		Vandalismo		Alcoholismo		
	Drogadicción						

ASPECTOS GENERALES DE LA ENTREVISTA (19)	(Actitud, apariencia, lenguaje y participación del usuario y familiares presentes o factores de riesgo detectados durante la entrevista).

NOMBRE DE LA O EL PERITO _____(20)_____

DESCRIPCIÓN DEL FORMATO	
Nombre:	**GUÍA DE OBSERVACIÓN (MATERIA PENAL)**
Clave:	**STS-PTS-P-GO-01**
Objetivo:	Obtener información para la elaboración de la pericial en trabajo social en Materia Penal.
Elabora:	Subdirección de Trabajo Social.
Número de tantos:	Original.
Distribución:	Original.- Subdirección de Trabajo Social (Expediente general).

INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
1	FECHA	El día, mes y año en que se realiza la entrevista para la pericial en trabajo social.
2	JUICIO	El juicio que se lleva acabo con la Autoridad Jurisdiccional que haya solicitado la realización de la pericial en trabajo social.
3	PTS/P/	El número de trabajo social asignado, para la realización de la pericial en trabajo social.
4	OBJETIVO	El objetivo conforme lo requerido por la Autoridad Jurisdiccional.
5	NOMBRE	Se anota el nombre de la persona usuaria.
6	DOMICILIO	Se registra el domicilio en donde se está llevando a cabo la visita domiciliaria.
7	TIPO DE VIVIENDA	Marcar con (X) la opción que corresponda de acuerdo al tipo de vivienda que se observe durante la visita domiciliaria.
8	DISTRIBUCIÓN	En el recuadro el número existente de espacios observados en la vivienda.
9	QUIÉN OCUPA CADA RECÁMARA	El nombre completo de la persona que ocupe la recámara respectiva.
10	ESPACIO DESTINADO PARA LA PERSONA CON BENEFICIO PRELIBERACIONAL	Marcar con (X) la opción que corresponda de acuerdo al espacio que ocupa u ocuparía la persona usuaria.

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
11	MOBILIARIO DEL ESPACIO	El mobiliario que se encuentre en el espacio que ocupa u ocuparía la persona usuaria.
12	CONDICIONES DE HABITABILIDAD	Marcar con (X) la opción que corresponda de acuerdo a las condiciones observadas durante la visita domiciliaria.
13	MATERIALES DE CONSTRUCCIÓN QUE PREDOMINAN	El tipo de material observable en la vivienda.
14	MOBILIARIO	El mobiliario existente en la vivienda, así como las condiciones físicas de este.
15	COMERCIOS	Marcar con (X) la opción que corresponda de acuerdo a los establecimientos observados en el entorno de la vivienda, además de añadir algún aspecto relevante que considere necesario.
16	EQUIPAMIENTO URBANO	Marcar con (X) la opción que corresponda de acuerdo a los espacios observados en el entorno de la vivienda, además de añadir algún aspecto relevante que considere necesario.
17	INFRAESTRUCTURA Y SERVICIOS PÚBLICOS	Marcar con (X) la opción que corresponda de acuerdo a la infraestructura y servicios públicos observados en el entorno de la vivienda, además de añadir algún aspecto relevante que considere necesario.
18	RIESGOS DETECTADOS	Marcar con (X) la opción que corresponda de acuerdo a riesgos detectados en el entorno de la vivienda, además de añadir algún aspecto relevante que considere necesario.
19	ASPECTOS GENERALES DE LA ENTREVISTA	La actitud, apariencia, lenguaje y participación de la persona usuaria; así como de los familiares presentes al momento de la entrevista.

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
20	NOMBRE DE LA O EL PERITO	El nombre completo de la o el perito que realizó la observación.

SUBDIRECCIÓN DE TRABAJO SOCIAL

REFERENCIA LABORAL

FECHA _____
JUICIO _____
PTS/P/ _____

OBJETIVO:

_____
_____
_____

DATOS GENERALES

NOMBRE_____

EDAD_____ PUESTO_____ ANTIGÜEDAD LABORAL_____

CONDICIONES DE TRABAJO

NOMBRE DE LA EMPRESA, NEGOCIO O LUGAR DONDE SE DESEMPEÑARÁ LABORALMENTE _____

_____

EMPLEADOR O JEFA(E) INMEDIATO _____

HORARIO _____

TIPO DE CONTRATACIÓN _____

PRESTACIONES LABORALES:

1_____ 6_____
2_____ 7_____
3_____ 8_____
4_____ 9_____
5_____ 10_____

SUELDO _____

¿CÓMO CONSIDERA SU ÁMBITO LABORAL? _____

_____

¿ES CONDICIONADA SU PERMANENCIA LABORAL? _____

_____

¿ALGUNA VEZ HA PADECIDO ABUSO O MALTRATO POR PARTE DE SU EMPLEADOR? _____

_____

RECOMIENDA EL ÁMBITO LABORAL EN EL QUE TRABAJA SI ( ) NO ( ) ¿POR QUÉ? _____

_____

STS-PTS-P-RL-01

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

SUBDIRECCIÓN DE TRABAJO SOCIAL

DESCRIPCIÓN DE LA PERSONA ENTREVISTADA – MEDIA FILIACIÓN
(contestar por observación en caso de querer el entrevistado permanecer en anonimato).

Sexo	Edad aproximada	Estatura aproximada	Complexión	Color de piel
☐ Hombre ☐ Mujer	I__I__I años	I__I.I__I__I cm	☐ Delgada ☐Media ☐Robusta ☐Atlética ☐Obesa	☐Blanca ☐Morena clara ☐Morena ☒Negra

Cabello			
Según cantidad	**Forma**	**Largo**	**Color**
☐Abundante ☐Regular ☐Escaso ☐Calvicie	☐ Lacio ☐Ondulado ☐Crespo ☐Rizado	☐Corto ☐Mediano ☐Largo	☐Rubio ☐Rojizo ☐Castaño claro ☐Castaño oscuro ☐Negro ☐Cano

Rostro				
Forma	**Cejas**		**Color de ojos**	
☐Ovalada ☐Redonda ☐Cuadrada ☐Rectangular	☐Pobladas ☐Semi pobladas ☐Escasas	☐Cortas ☐Largas	☐Café oscuro ☐Café claro ☐Verdes ☐Azules ☐Grises	
Forma de ojos	**Nariz**		**Labios/boca**	
☐Redondos ☐Alargados	☐Aguileña ☐Recta ☐Ancha ☐Respingada ☐Redonda	☐Grande ☐Mediana ☐Pequeña	☐Gruesos ☐Superior grueso ☐Inferior grueso ☐Finos ☐Corazón	☐Grande ☐Mediana ☐Pequeña

Señas particulares
☐Cicatrices ☐Usa lentes ☐Tatuajes ☐Piercing ☐Discapacidad física ☐Lunares ☐Defectos físicos ☐Ninguno

Información adicional

NOMBRE DE LA O EL PERITO _____

LUGAR DE LA ENTREVISTA _____

STS-PTS-P-RL-01

Página 2 de 2

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

SUBDIRECCIÓN DE TRABAJO SOCIAL

REFERENCIA LABORAL

FECHA (1)

JUICIO (2)

PTS/P/ (3)

OBJETIVO:

(4)

DATOS GENERALES

NOMBRE (05)

EDAD (06) PUESTO (07) ANTIGÜEDAD LABORAL (8)

CONDICIONES DE TRABAJO

NOMBRE DE LA EMPRESA, NEGOCIO O LUGAR DONDE SE DESEMPEÑARÁ LABORALMENTE (9)

EMPLEADOR O JEFA(E) INMEDIATO (10)

HORARIO (11)

TIPO DE CONTRATACIÓN (12)

PRESTACIONES LABORALES: (13)

1 6

2 7

3 8

4 9

5 10

SUELDO (14)

¿CÓMO CONSIDERA SU ÁMBITO LABORAL? (15)

¿ES CONDICIONADA SU PERMANENCIA LABORAL? (16)

¿ALGUNA VEZ HA PADECIDO ABUSO O MALTRATO POR PARTE DE SU EMPLEADOR? (17)

RECOMIENDA EL ÀMBITO LABORAL EN EL QUE TRABAJA SI ( ) NO ( ) ¿POR QUÉ? (18)

STS-PTS-P-RL-01

Página 1 de 2

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

SUBDIRECCIÓN DE TRABAJO SOCIAL

DESCRIPCIÓN DE LA PERSONA ENTREVISTADA – MEDIA FILIACIÓN
(contestar por observación en caso de querer el entrevistado permanecer en anonimato).

Sexo (19)	Edad aproximada (20)	Estatura aproximada (21)	Complexión (22)	Color de piel (23)
☐ Hombre ☐ Mujer	I__I__I años	I__I.I__I__I cm	☐ Delgada ☐Media ☐Robusta ☐Atlética ☐Obesa	☐Blanca ☐Morena clara ☐Morena ☐Negra

Cabello			
Según cantidad (24)	**Forma (25)**	**Largo (26)**	**Color (27)**
☐Abundante ☐Regular ☐Escaso ☐Calvicie	☐ Lacio ☐Ondulado ☐Crespo ☐Rizado	☐Corto ☐Mediano ☐Largo	☐Rubio ☐Rojizo ☐Castaño claro ☐Castaño oscuro ☐Negro ☐Cano

Rostro					
Forma (28)	**Cejas (29)**		**Color de ojos (30)**		
☐Ovalada ☐Redonda ☐Cuadrada ☐Rectangular	☐Pobladas ☐Semi pobladas ☐Escasas	☐Cortas ☐Largas	☐Café oscuro ☐Café claro ☐Verdes ☐Azules ☐Grises		
Forma de ojos (31)	**Nariz (32)**		**Labios/boca (33)**		
☐Redondos ☐Alargados	☐Aguileña ☐Recta ☐Ancha ☐Respingada ☐Redonda	☐Grande ☐Mediana ☐Pequeña	☐Gruesos ☐Superior grueso ☐Inferior grueso ☐Finos ☐Corazón	☐Grande ☐Mediana ☐Pequeña	

Señas particulares (34)
☐Cicatrices ☐Usa lentes ☐Tatuajes ☐Piercing ☐Discapacidad física ☐Lunares ☐Defectos físicos ☐Ninguno

Información adicional (35)

NOMBRE DE LA O EL PERITO _____ **(36)** _____

LUGAR DE LA ENTREVISTA _____ **(37)** _____

STS-PTS-P-RL-01

DESCRIPCIÓN DEL FORMATO

Nombre:	**REFERENCIA LABORAL**
Clave:	**STS-PTS-P-RL-01**
Objetivo:	Obtener información para la elaboración de la pericial en trabajo social en Materia Penal.
Elabora:	Subdirección de Trabajo Social.
Número de tantos:	Original.
Distribución:	Original.- Subdirección de Trabajo Social (Expediente general).

INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
1	FECHA	El día, mes y año en que se realiza la entrevista para la pericial en trabajo social.
2	JUICIO	El juicio que se lleva acabo con la Autoridad Jurisdiccional que haya solicitado la realización de la pericial en trabajo social.
3	PTS/P/	El número de trabajo social asignado, para la realización de la pericial en trabajo social.
4	OBJETIVO	El objetivo conforme lo requerido por la Autoridad Jurisdiccional.
5	NOMBRE	El nombre completo de la persona entrevistada.
6	EDAD	Los años cumplidos que tiene la persona entrevistada.
7	PUESTO	Puesto que actualmente desempeña la persona entrevistada.
8	ANTIGÜEDAD LABORAL	El tiempo que lleva laborando la persona entrevistada en la empresa o negocio.
9	NOMBRE DE LA EMPRESA, NEGOCIO O LUGAR DONDE SE DESEMPEÑA LABORALMENTE	El nombre completo de la empresa, negocio, comercio o lugar donde la persona entrevistada labora.

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
10	EMPLEADOR O JEFA(E) INMEDIATO	El nombre completo del empleador o jefa(e) inmediato de la persona entrevistada.
11	HORARIO	El horario en el que la persona entrevistada labora.
12	TIPO DE CONTRATACIÓN	El tipo de contrato que tiene la persona entrevistada.
13	PRESTACIONES LABORALES	Las prestaciones laborales que tiene la persona entrevistada.
14	SUELDO	El sueldo (diario, semanal o mensual) que recibe la persona entrevistada.
15	¿CÓMO CONSIDERA SU ÁMBITO LABORAL?	Las consideraciones que tiene la persona entrevistada respecto del ambiente laboral en donde se encuentra.
16	¿ES CONDICIONADA SU PERMANENCIA LABORAL?	Si su permanencia en el empleo se encuentra condicionada por alguna situación en específico.
17	¿ALGUNA VEZ HA PADECIDO ABUSO O MALTRATO POR PARTE DE SU EMPLEADOR?	Si alguna vez ha padecido de abuso o maltrato por parte de la persona que lo contrato o de su jefa(e) inmediato.
18	RECOMIENDA EL ÁMBITO LABORAL EN EL QUE TRABAJA	Marcar con (X) la opción que corresponda y fundamentar su respuesta.

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
19	SEXO	Marcar con (X) el sexo correspondiente a la persona entrevistada.
20	EDAD APROXIMADA	Los años aproximados de acuerdo a la observación.
21	ESTATURA APROXIMADA	La estatura aproximada de acuerdo a la observación.
22	COMPLEXIÓN	Marcar con (X) la complexión que presenta la persona entrevistada.
23	COLOR DE PIEL	Marcar con (X) el color de piel que tiene la persona entrevistada.
24	SEGÚN CANTIDAD	Marcar con (X) la cantidad de cabello que tiene la persona entrevistada.
25	FORMA	Marcar con (X) la forma del cabello que tiene la persona entrevistada.
26	LARGO	Marcar con (X) el largo del cabello con la que cuenta la persona entrevistada.
27	COLOR	Marcar con (X) el color del cabello que tiene la persona entrevistada.
28	FORMA	Marcar con (X) la forma del rostro con la que cuenta la persona entrevistada.
29	CEJAS	Marcar con (X) las características de las cejas con las que cuenta la persona entrevistada.

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
30	COLOR DE OJOS	Marcar con (X) el color de los ojos que tiene la persona entrevistada.
31	FORMA DE OJOS	Marcar con (X) la forma de los ojos que posee la persona entrevistada.
32	NARIZ	Marcar con (X) las características de la nariz que posee la persona entrevistada.
33	LABIOS/BOCA	Marcar con (X) las características de los labios y la boca que se observan en la persona entrevistada.
34	SEÑAS PARTICULARES	Marcar con (X) las señas particulares que se observan en la persona entrevistada.
35	INFORMACIÓN ADICIONAL	Toda aquella información que no se encuentre contemplada en los puntos anteriores y que sea relevante en el juicio.
36	NOMBRE DE LA O EL PERITO	El nombre completo de la o el perito que realizó la entrevista.

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO — INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

COORDINACION DE INTERVENCION ESPECIALIZADA PARA APOYO JUDICIAL

SUBDIRECCIÓN DE TRABAJO SOCIAL

ESTUDIO SOCIOECONÓMICO

Fecha: _____

ETS _____

1- OBJETIVO

2- DATOS GENERALES

Nombre: _____
Apellido paterno | Apellido materno | Nombre (s)

Domicilio: _____
Calle | N° Int. | N°Ext.

_____
Colonia | Alcaldía / Código Postal | Localidad

Edad: _____ Fecha de nacimiento: _____
Día | Mes | Año

Escolaridad: _____ ☐ Especificar: _____
En caso de ser carrera técnica, nivel superior o posgrado

Estado civil: _____ Religión: _____

3- ESTRUCTURA FAMILIAR

¿Con quién vive? (comenzar con la persona de mayor edad)

NOMBRE	EDAD	PARENTESCO	ESTADO CIVIL	ESCOLARIDAD	OCUPACIÓN

4- VIVIENDA

Posesión: _____ ☐ Propietario: _____
(Propia, rentada, prestada, hipotecada o intestada)

Distribución:

N° de niveles: _____ Sala _____ Área de lavado: _____
N° de recámaras: _____ Comedor: _____ Estacionamiento: _____
Baño completo: _____ Cocina: _____ Medio baño: _____

Otra área o espacio: _____

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO — INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

¿Se denotan caracteristicas de hacinamiento? _____ (SI / NO)

Material de construcción:

PISO	PAREDES	TECHO
(Precario o No precario)	(Precario o No precario)	(Precario o No precario)

Servicios básicos de la vivienda:

Agua potable	Energía electrica	Combustible para cocinar	Drenaje o fosa séptica	Conservación de alimentos
SI / NO	SI / NO	SI / NO	SI / NO	SI / NO

Comercios (Tiendas, farmacias, mercados, bancos y servicios médicos)	Equipamiento (Instituciones educativas y de salud, espacios recreativos, culturales y religiosos)	Infraestuctura y servicios públicos (Agua potable entubada, alumbrado público, recolección de basura, transporte, drenaje y vialidades pavimentadas)
SI / NO	SI / NO	SI / NO

Ubicación: _____ (Rural o Urbano)

Urbano si cuenta con las caracteristicas de comercios, equipamiento, infraestructura y servicios públicos.

¿Se destina más del 30% del ingreso familiar a gastos asociados a la vivienda? _____ (SI / NO)

Se considera que una vivienda es asequible si un hogar destina menos del 30% de su ingreso en gastos asociados a la vivienda.

5- SALUD

¿Es derechohabiente o beneficiario de Seguridad Social o de Protección Social en Salud? _____ (SI / NO)

_____
(Especificar nombre de Seguridad Social o Programa de Protección Social en Salud)

¿A dónde acude a recibir atención médica? _____

¿La persona entrevistada o alguno de sus dependientes económicos presenta discapacidad, enfermedad crónica y/o degenerativa? _____ (SI / NO)

_____
Especificar quién lo padece, enfermedad y lugar donde recibe atención médica

Cumple con alguna de las siguientes condiciones:

Es una persona receptora de cuidados o funge como cuidador primario informal _____ (SI / NO)

6- SITUACIÓN LABORAL Y ECONÓMICA

¿Es laboralmente activo (a)? _____ (SI / NO) ¿Posee Seguridad Social? _____ (SI / NO)

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO — INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

Actividad, Puesto o Cargo que desempeña: _____

Nombre de la empresa o negocio _____

Domicilio: _____

Tipo de contrato: _____

Días y horarios: _____

Salario neto mensual: _____

Observaciones

INGRESO MENSUAL TOTAL DE LA PERSONA USUARIA: _____

Cifra en número — Cifra en letra

Salario mínimo mensual: _____ ¿Cumple con el salario mínimo? _____

¿Es dependiente económico? _____ Sí / NO ¿De quién? _____

Especificar nombre y parentesco

Aportaciones adicionales	
Concepto	*Monto mensual*
Programas sociales y/o gubernamentales:	$ -
Pensión alimenticia (ordinarias y extraordinarias)	$ -
Apoyo familiar	$ -
Total de aportaciones adicionales:	$0.00

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO — INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

Egresos económicos				
Concepto			*Persona usuaria*	*Dependiente económico*
Alimentación / despensa				
GASTOS DE LA VIVIENDA	Renta / Hipoteca	$0.00		
	Predial			
	Energía eléctrica			
	Suministro de agua			
	Gas			
	Mantenimiento			
	Servicio telefónico e internet.			
Celular				
Ropa y calzado				
Recreación y entretenimiento				
Transporte público				
Gastos médicos				
GASTOS ESCOLARES	Inscripción			
	Colegiatura			
	Útiles			
	Libros			
	Uniforme			
	Zapatos			
	Material extra			
Otros				

EGRESO SUBTOTAL MENSUAL POR PERSONA:	$0.00	$0.00
EGRESO TOTAL MENSUAL	$0.00	
EGRESO TOTAL PRORRATEADO POR PERSONA	$ -	

Línea de Bienestar (Canasta alimentaria más canasta no alimentaria) _____

Conforme al EGRESO TOTAL MENSUAL POR PERSONA, ¿se cubre la Línea de Bienestar? [ ] SI / NO

Canasta Alimentaria (129)

Conforme al EGRESO TOTAL MENSUAL POR PERSONA, ¿se cubre la Canasta Alimentaria? [ ] SI / NO

¿Cuál es su grado de inseguridad alimentaria? _____ [ ]

Situación Patrimonial

Es propietario (a) de bien inmueble: _____

NIVEL DE VULNERABILIDAD SOCIAL

NOMBRE DE LA O EL PERITO _____

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO — INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

COORDINACION DE INTERVENCION ESPECIALIZADA PARA APOYO JUDICIAL

SUBDIRECCIÓN DE TRABAJO SOCIAL

ESTUDIO SOCIOECONÓMICO

Fecha (1)

ETS (2)

1- OBJETIVO (3)

2- DATOS GENERALES

Nombre: **(4)**
Apellido paterno — Apellido materno — Nombre (s)

Domicilio: **(5)**
Calle — N° Int. — N°Ext.

Colonia — Alcaldía / Código Postal — Localidad

Edad: **(6)** Fecha de nacimiento: **(7)**
Día — Mes — Año

Escolaridad: **(8)** **(9)** Especificar: **(10)**
En caso de ser carrera técnica, nivel superior o posgrado

Estado civil: **(11)** Religión: **(12)**

3- ESTRUCTURA FAMILIAR

¿Con quién vive? (comenzar con la persona de mayor edad)

NOMBRE	EDAD	PARENTESCO	ESTADO CIVIL	ESCOLARIDAD	OCUPACIÓN
(13)	(14)	(15)	(16)	(17)	(18)

4- VIVIENDA

Posesión: **(19)** **(20)** Propietario: **(21)**
(Propia, rentada, prestada, hipotecada o intestada)

Distribución: **(22)**

N° de niveles: _____ Sala _____ Área de lavado: _____
N° de recámaras: _____ Comedor: _____ Estacionamiento: _____
Baño completo: _____ Cocina: _____ Medio baño: _____

Otra área o espacio: _____

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO — INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

¿Se denotan caracteristicas de hacinamiento? (23) SI/NO (24)

Material de construcción: (25)

PISO	PAREDES	TECHO
(Precario o No precario)	(Precario o No precario)	(Precario o No precario)

Servicios básicos de la vivienda: (26)

Agua potable	Energía electrica	Combustible para cocinar	Drenaje o fosa séptica	Conservación de alimentos
SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO

Comercios (Tiendas, farmacias, mercados, bancos y servicios médicos)	Equipamiento (Instituciones educativas y de salud, espacios recreativos, culturales y religiosos)	Infraestructura y servicios públicos (Agua potable entubada, alumbrado público, recolección de basura, transporte, drenaje y vialidades pavimentadas)
(27) SI/NO	(28) SI/NO	(29) SI/NO

Ubicación: (30) (Rural o Urbano) (31)

Urbano si cuenta con las caracteristicas de comercios, equipamiento, infraestructura y servicios públicos

¿Se destina más del 30% del ingreso familiar a gastos asociados a la vivienda? (32) SI/NO (33)

Se considera que una vivienda es asequible si un hogar destina menos del 30% de su ingreso en gastos asociados a la vivienda.

5- SALUD

¿Es derechohabiente o beneficiario de Seguridad Social o de Protección Social en Salud? (34) SI/NO (35)

(36)
(Especificar nombre de Seguridad Social o Programa de Protección Social en Salud)

¿A dónde acude a recibir atención médica? (37)

¿La persona entrevistada o alguno de sus dependientes económicos presenta discapacidad, enfermedad crónica y/o degenerativa? (38) SI/NO

(39)
Especificar quién lo padece, enfermedad y lugar donde recibe atención médica

Cumple con alguna de las siguientes condiciones:

Es una persona receptora de cuidados o funge como cuidador primario informal (40) SI/NO (41)

6- SITUACIÓN LABORAL Y ECONÓMICA

¿Es laboralmente activo (a)? (42) SI/NO (43) ¿Posee Seguridad Social? (44) SI/NO (45)

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO — INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

Actividad, Puesto o Cargo que desempeña: (46)

Nombre de la empresa o negocio (47)

Domicilio: (48)

Tipo de contrato: (49)

Días y horarios: (50)

Salario neto mensual: (51)

Observaciones
(52)

INGRESO MENSUAL TOTAL DE LA PERSONA USUARIA: (53)

Cifra en número — Cifra en letra

Salario mínimo mensual: (54).

¿Cumple con el salario mínimo? (55)

¿Es dependiente económico? (56) SI / NO

¿De quién? (57)

Especificar nombre y parentesco

Aportaciones adicionales	
Concepto	*Monto mensual*
Programas sociales y/o gubernamentales:	$ - (58)
Pensión alimenticia (ordinarias y extraordinarias)	$ - (59)
Apoyo familiar	$ - (60)
Total de aportaciones adicionales:	$0.00 (61)

Egresos económicos				
Concepto			*Persona usuaria (62)*	*Dependiente económico (63)*
Alimentación / despensa				
GASTOS DE LA VIVIENDA	Renta / Hipoteca	(64) $0.00		
	Predial			
	Energía eléctrica			
	Suministro de agua			
	Gas			
	Mantenimiento			
	Servicio telefónico e internet.			
Celular				
Ropa y calzado				
Recreación y entretenimiento				
Transporte público				
Gastos médicos				
GASTOS ESCOLARES	Inscripción			
	Colegiatura			
	Útiles			
	Libros			
	Uniforme			
	Zapatos			
	Material extra			
Otros				

EGRESO SUBTOTAL MENSUAL POR PERSONA: (65)	$0.00	$0.00
EGRESO TOTAL MENSUAL	$0.00 (66)	
EGRESO TOTAL PRORRATEADO POR PERSONA	$ (67)	

Línea de Bienestar (Canasta alimentaria más canasta no alimentaria) (68).

Conforme al EGRESO TOTAL MENSUAL POR PERSONA, ¿se cubre la Línea de Bienestar? (69) SI / NO

Canasta Alimentaria (70)

Conforme al EGRESO TOTAL MENSUAL POR PERSONA, ¿se cubre la canasta alimentaria? (71) SI / NO

¿Cuál es su grado de inseguridad alimentaria? (72) (73)

Situación Patrimonial

Es propietario (a) de bien inmueble: (74)

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO — INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

Es propietario (a) de vehículo: (75)

Deudas: (76)

1

2

Observaciones
(77)

ESTRATIFICACIÓN SOCIOECONÓMICA

TABLA: Detección de vulnerabilidades sociales

Variable	*Dimensión*		*Resultado*	
1- EDUCACIÓN	Rezago educativo	(78)	0	0
2-VIVIENDA	Seguridad de la tenencia	(79)	0	0
	Habitabilidad	(80)	0	
	Servicios Básicos	(81)	0	
	Asequibilidad	(82)	0	
	Calidad	(83)	0	
	Ubicación	(84)	0	
3- SALUD	Accesibilidad	(85)	0	0
	Proveedor o receptor de cuidados	(86)	0	
4- ALIMENTOS	Línea de bienestar	(87)	0	0
	Inseguridad alimentaria	(88)	0	0
5- SITUACIÓN LABORAL Y ECONÓMICA	Situación laboral	(89)	0	0
	Seguridad Social	(90)	0	
	Ingreso familiar	(91)	0	
		Puntuación total:	0	(92)

Canasta alimentaria (93)

Egreso total prorrateado por persona (94)

Línea de Bienestar (Canasta alimentaria más canasta no alimentaria) (95).

NIVEL DE VULNERABILIDAD SOCIAL
(96)

NOMBRE DE LA O EL PERITO (97) _____

DESCRIPCIÓN DEL FORMATO

Nombre:	**ESTUDIO SOCIOECONÓMICO**
Clave:	**STS-ETS-GE-03**
Objetivo:	Obtener información para la elaboración del estudio socioeconómico para aplicar descuento o exención de pago en la cuota de recuperación de las periciales que ofrece el Instituto de Servicios Periciales y Ciencias Forenses o la Dirección de Evaluación Psicológica.
Elabora:	Subdirección de Trabajo Social.
Número de tantos:	Original.
Distribución:	Original. - Subdirección de Trabajo Social (Expediente general).

INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
1	FECHA	El día, mes y año en que se realiza el estudio socioeconómico para exención de pago.
2	ETS	El número de trabajo social asignado, al estudio socioeconómico para exención de pago.
3	OBJETIVO	Exponer las características socioeconómicas de la persona entrevistada, en la tramitación para aplicar descuento o exención de pago en la cuota de recuperación señalando el tipo de prueba pericial solicitada.
4	NOMBRE	El nombre completo de la persona usuaria a quien se le realiza el estudio socioeconómico.
5	DOMICILIO	El domicilio completo de la persona usuaria a quien se le realiza el estudio socioeconómico.
6	EDAD	Los años cumplidos que tiene la persona usuaria a quien se le realiza el estudio socioeconómico.
7	FECHA DE NACIMIENTO	El día, mes y año de nacimiento de la persona usuaria a quien se le realiza el estudio socioeconómico.
8	ESCOLARIDAD	El último grado escolar de la persona usuaria a quien se le realiza el estudio socioeconómico.

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
9	VARIABLE EDUCACIÓN REZAGO EDUCATIVO	El número 1 tomando en consideración que la persona a quien se le realizará el estudio socioeconómico cumpla con alguno de los siguientes criterios: • Tiene de 3 a 21 años, no cuenta con la educación obligatoria y no asiste a un centro de educación formal. •Tiene 22 años o más, nació a partir del año 1998 y no ha terminado la educación obligatoria (media superior). • Tiene 16 años o más, nació antes de 1982 y no cuenta con el nivel de educación obligatorio vigente en el momento en que debía haberlo cursado (primaria completa). • Tiene 16 años o más, nació a entre 1982 y 1997 y no cuenta con el nivel de educación obligatoria vigente en el momento en que debía haberla cursado (secundaria completa). En caso contrario, se anotará el número 0, sólo si está en edad escolar y asiste a la escuela o si de acuerdo a su edad ha concluido la primaria o secundaria, según los criterios antes señalados.
10	ESPECIFICAR	En caso de ser carrera técnica, nivel superior o posgrado de la persona a quien se le realizará el estudio socioeconómico.
11	ESTADO CIVIL	El estado civil actual de la persona usuaria a quien se le realiza el estudio socioeconómico.
12	RELIGIÓN	La religión que profesa la persona usuaria a quien se le realiza el estudio socioeconómico.

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
13	NOMBRE	El nombre completo de las personas que habitan en el mismo domicilio que la persona usuaria (en caso de ser más de una, se puede utilizar los demás campos del cuadro, según se requiera).
14	EDAD	La edad de las personas que habitan en el mismo domicilio que la persona usuaria (en caso de ser más de una se puede utilizar los demás campos del cuadro, según se requiera).
15	PARENTESCO	El parentesco de las personas que habitan en el mismo domicilio que la persona usuaria (en caso de ser más de una, persona se puede utilizar los demás campos del cuadro, según se requiera).
16	ESTADO CIVIL	El estado civil de las personas que habitan en el mismo domicilio que la persona usuaria (en caso de ser más de una, se puede utilizar los demás campos del cuadro, según se requiera).
17	ESCOLARIDAD	La escolaridad de las personas que habitan en el mismo domicilio que la persona usuaria (en caso de ser más de una, se puede utilizar los demás campos del cuadro, según se requiera).
18	OCUPACIÓN	La ocupación actual de las personas que habitan en el mismo domicilio que la persona usuaria (en caso de ser más de una, se puede utilizar los demás campos del cuadro, según se requiera).

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
19	POSESIÓN	El tipo de posesión que tiene la persona usuaria respecto de la vivienda en la que habita.
20	VARIABLE VIVIENDA SEGURIDAD DE LA TENENCIA	El número 0, en el caso de contar la persona a quien se le realizara el estudio socioeconómico con escritura pública, contrato, sentencia o cualquier documento público o privado que acredite la compraventa, la donación, la herencia, la prescripción positiva u otro medio de adquisición de inmuebles a su nombre y en particular de la seguridad de la tenencia de la vivienda en alquiler, también se requiere un documento público o privado que certifique su legítima posesión, es decir, en caso de arrendamiento o usufructo; en caso contrario, que no cumple con los criterios antes señalados se anotará en número 1.
21	PROPIETARIO	El nombre completo de la persona propietaria del inmueble que habita la persona usuaria.
22	DISTRIBUCIÓN	En la línea correspondiente el número existente de espacios observados en la vivienda.
23	¿SE DENOTAN CARACTERISTICAS DE HACINAMIENTO?	La opción correspondiente considerando la existencia de hacinamiento en la vivienda en la que habita la persona entrevistada.
24	VARIABLE VIVIENDA HABITABILIDAD	El número 0 tomando en consideración que la vivienda cuente con espacios que permitan que el número de personas por

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
		cuarto sea menor a 2.5 y en caso de no cumplir con lo anterior se deberá colocar el número 1.
25	MATERIAL DE CONSTRUCCIÓN VARIABLE VIVIENDA CALIDAD	En las líneas respectivas el número 0 tomando en consideración que la vivienda cuente con materiales de construcción de calidad y no precarios en cada una de las opciones; y en caso de que alguno de ellos se encuentre en condición de precario anotar el número 1.
26	SERVICIOS BÁSICOS DE LA VIVIENDA VARIABLE SERVICIOS BÁSICOS	En los cuadros respectivos el número 0 tomando en consideración que la vivienda que habita la persona entrevistada cuente con servicios básicos y se tenga conservación de los alimentos; y en caso de que alguno de ellos no se cumpla anotar el número 1.
27	COMERCIOS	La opción correspondiente según sea el caso, considerando si el entorno donde habita la persona usuaria tiene cercanía a tiendas, farmacias, mercados, bancos y servicios médicos.
28	EQUIPAMIENTO	La opción correspondiente según sea el caso, considerando si el entorno de la persona usuaria se encuentra equipado de instituciones educativas y de salud, espacios recreativos, culturales y religiosos.
29	INFRAESTRUCTURA Y SERVICIOS PÚBLICOS	La opción correspondiente según sea el caso, considerando si el entorno de la persona entrevistada cuenta con infraestructura y servicios públicos como lo son agua potable entubada, alumbrado público, recolección de basura, transporte, drenaje y vialidades pavimentadas.

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
30	UBICACIÓN	La zona en la que habita la persona usuaria.
31	VARIABLE VIVIENDA UBICACIÓN	El número 0 tomando en consideración que la gente tenga una vivienda digna emplazada en un espacio adecuado en términos de asentamientos humanos sustentables, es decir, que posea la infraestructura básica y esté próxima a su fuente de empleo y de los espacios donde realiza sus actividades cotidianas, en caso contrario realizar la anotación 1.
32	¿SE DESTINA MÁS DEL 30% DEL INGRESO FAMILIAR A GASTOS ASOCIADOS A LA VIVIENDA?	La opción correspondiente según sea el caso, si la persona usuaria destine más del 30% del ingreso familiar a gastos asociados a la vivienda.
33	VARIABLE VIVIENDA ASEQUIBILIDAD	El número 0 tomando en consideración que una vivienda es asequible si un hogar destina menos del 30% de su ingreso en gastos asociados a la vivienda, en caso contrario colocar 1.
34	¿ES DERECHOHABIENTE O BENEFICIARIO DE SEGURIDAD SOCIAL O DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD?	La opción correspondiente según sea el caso, si la persona usuaria, cuenta con algún tipo de seguridad social o protección social de salud.
35	VARIABLE SALUD ACCESIBILIDAD	El número 0 en caso de que la persona usuaria cuente con algún tipo de seguridad social o protección social de salud o el número 1 si una persona usuaria experimenta esta situación por carecer de adscripción o derecho a recibir servicios médicos de alguna institución que los presta, incluidos el Seguro Popular,

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
		las instituciones públicas de seguridad social o los servicios médicos privados.
36	ESPECIFICAR NOMBRE DE SEGURIDAD SOCIAL O PROGRAMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD	El nombre completo de la institución a la que se encuentra afiliada la persona usuaria.
37	¿A DÓNDE ACUDE A RECIBIR ATENCIÓN MÉDICA?	El lugar en donde la persona usuaria suele recibir atención médica.
38	¿EL PERSONA ENTREVISTADA O ALGUNO DE SUS DEPENDIENTES ECONÓMICOS PRESENTA DISCAPACIDAD, ENFERMEDAD CRÓNICA Y/O DEGENERATIVA?	La opción correspondiente según sea el caso, si la persona usuaria o alguno de sus dependientes económicos padecen alguna enfermedad o discapacidad.
39	ESPECIFICAR QUIÉN LO PADECE, ENFERMEDAD Y LUGAR DÓNDE RECIBE ATENCIÓN MÉDICA	El nombre completo de la persona que padece alguna enfermedad, el tipo de enfermedad, el nombre del tratamiento ya sea físico, psicológico o médico, si lleva algún tratamiento y dónde lo recibe.
40	ES UNA PERSONA RECEPTORA DE CUIDADOS O FUNGE	La opción correspondiente según sea el caso, considerando su la persona usuaria es receptora de cuidados o funja como cuidador primario informal.

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
	COMO CUIDADOR PRIMARIO INFORMAL	
41	VARIABLE SALUD PROVEEDOR O RECEPTOR DE CUIDADOS	El número 0 en caso de no ser una persona receptora de cuidados o fungir como cuidador primaria informal, en caso contrario colocar el número 1.
42	¿ES LABORALMENTE ACTIVO(A)?	La opción correspondiente según sea el caso, considerando si la persona usuaria percibe rendimientos del trabajo como consecuencia de la prestación efectiva de sus servicios retribuidos por cuenta ajena y dentro del ámbito de organización, desarrollando una actividad laboral.
43	VARIABLE SITUACIÓN LABORAL Y ECONÓMICA	El número 0, en caso de haber respondido positivamente a la pregunta número 42 y en caso contrario registrar el número 1, ya que se considera que no puede adquirir la canasta alimentaria con el ingreso de un trabajo.
44	¿POSEE SEGURIDAD SOCIAL?	La opción correspondiente según sea el caso considerando si la persona usuaria cuenta con algún tipo de seguridad social.
45	VARIABLE SITUACIÓN LABORAL Y ECONÓMICA SEGURIDAD SOCIAL	El número 1 si la persona usuaria no entra en alguna de las clasificaciones siguientes: 1) la población económicamente activa (PEA), asalariada, si disfruta de las prestaciones establecidas en el artículo 2° de la Ley del Seguro Social por parte de su trabajo; 2) dado el carácter voluntario de la inscripción al sistema por parte de ciertas categorías ocupacionales, la población trabajadora no asalariada o independiente que tenga acceso a la seguridad social por disponer de servicios médicos como prestación laboral o por

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
		contratación voluntaria al régimen obligatorio del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y, además, contar con un Sistema de Ahorro para el Retiro (SAR) o una Administradora de Fondos para el Retiro (Afore); 3) la población en general que acceda a esta cuando goza de alguna jubilación o pensión o es familiar de una persona dentro o fuera del hogar con acceso a la seguridad social; 4) la población en edad de jubilación (65 años o más) que cuenta con dicho acceso por ser beneficiaria de algún programa social de pensiones para adultos mayores cuyo monto mensual otorgado sea mayor o igual al valor promedio de la canasta alimentaria, en caso contrario, colocar el número 0.
46	ACTIVIDAD, PUESTO O CARGO QUE DESEMPEÑA	El puesto, actividad o cargo que desempeña la persona usuaria.
47	NOMBRE DE LA EMPRESA O NEGOCIO	El nombre de la empresa o negocio donde labora la persona la persona usuaria
48	DOMICILIO	El tipo de contrato con el que cuenta la persona usuaria en el lugar donde labora.
49	TIPO DE CONTRATO	Especificar el tipo de contrato con el que cuenta en el trabajo la persona a evaluar.
50	DÍAS Y HORARIOS	Los días y el horario en el que labora la persona usuaria.
51	SALARIO NETO MENSUAL	El monto mensual que percibe la persona usuaria por su actividad laboral, en caso de que trabaje de manera

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
		independiente, indicar el monto mensual máximo y mínimo de dicha labor.
52	OBSERVACIONES	Si existe algún dato adicional de relevancia de la persona usuaria
53	INGRESO MENSUAL TOTAL DE LA PERSONA USUARIA	El ingreso mensual que percibe en cantidad y letra.
54	SALARIO MÍNIMO MENSUAL	El monto del salario mínimo que debe recibir una persona con empleo por los servicios que ha prestado en su jornada de trabajo, fijados por la Comisión Nacional de los Salarios Mínimos.
55	¿CUMPLE CON EL SALARIO MÍNIMO? VARIABLE SITUACIÓN LABORAL Y ECONÓMICA INGRESO FAMILIAR	El resultado del comparativo entre el ingreso mensual total de la persona usuaria y el monto de salario mínimo mensual, colocando el número 0 en caso de si cumplir y en caso contrario el número 1.
56	¿ES DEPENDIENTE ECONÓMICO?	Marcar con (X) la opción que corresponda, si la persona usuaria es depende económicamente de otra, en razón a que carecen de ingresos propios que les permitan independencia económica.
57	¿DE QUIÉN?	El nombre completo y parentesco de la persona de quien depende económica la persona usuaria.

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
58	PROGRAMAS SOCIALES Y/O GUBERNAMENTALES	El ingreso que recibe la persona usuaria por concepto de programas gubernamentales, en caso de que no reciba colocar 0.
59	PENSIÓN ALIMENTICIA (ORDINARIAS Y EXTRAORDINARIAS)	El ingreso que recibe la persona usuaria por concepto de pensión alimenticia, considerando las prestaciones ordinarias y extraordinarias de esta, en caso de que no reciba colocar 0.
60	APOYO FAMILIAR	El monto del apoyo económico o en especie que recibe la persona usuaria, en caso de que no reciba colocar 0.
61	TOTAL DE APORTACIONES ADICIONALES	El monto mensual en cantidad sumando el ingreso por programas sociales y/o gubernamentales, pensión alimenticia (ordinarias y extraordinarias) y apoyo familiar.
62	PERSONA USUARIA	Según corresponda, el gasto mensual que destina para sí misma la persona usuaria, respecto de los conceptos que se enuncian.
63	DEPENDIENTE ECONÓMICO	De acuerdo al número de dependientes económicos, el gasto mensual que destina la persona usuaria, respecto de los conceptos que se enuncian.
64	GASTOS DE VIVIENDA	La suma de los gastos de la vivienda.
65	EGRESO SUBTOTAL MENSUAL POR PERSONA	La suma mensual de los conceptos enunciados de egresos, considerando a la persona usuaria y a sus dependientes económicos en caso de tenerlos.

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
66	EGRESO TOTAL MENSUAL	La suma mensual del egreso de la persona usuaria y sus dependientes económicos.
67	EGRESO TOTAL PRORRATEADO POR PERSONA	El resultado de la división del egreso total mensual entre el número de personas registradas en la tabla de egresos económicos.
68	LÍNEA DE BIENESTAR (CANASTA ALIMENTARIA MÁS CANASTA NO ALIMENTARIA)	El monto correspondiente de acuerdo a la última actualización por el CONEVAL de los valores monetarios a pesos corrientes por persona de la Línea de Pobreza por Ingresos (canasta alimentaria más no alimentaria) según corresponda para lugares de residencia rurales y urbanos. https://www.coneval.org.mx/Medicion/MP/Paginas/Lineas-de-Pobreza-por-Ingresos.aspx
69	CONFORME AL EGRESO TOTAL MENSUAL POR PERSONA, ¿SE CUBRE LA LÍNEA DE BIENESTAR?	La respuesta según corresponda al resultado del comparativo entre los egresos manifestados en la respuesta 67 y 68, donde será SI en caso de que el egreso total mensual sea igual o mayor al establecido por el CONEVAL y en caso contrario NO, debido a que es insuficiente para adquirir los productos de las canastas referidas.
70	CANASTA ALIMENTARIA	El monto correspondiente de acuerdo a la última actualización por el CONEVAL de los valores monetarios a pesos corrientes por persona de la Línea de Pobreza por Ingresos de canasta alimentaria según corresponda para lugares de residencia rurales y urbanos.
71	CONFORME AL EGRESO TOTAL MENSUAL POR	La respuesta según corresponda al resultado del comparativo entre los egresos manifestados en las respuestas 67 y 70,

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
	PERSONA, ¿SE CUBRE LA CANASTA ALIMENTARIA?	donde será SI en caso de que el egreso por persona sea igual o mayor al establecido por el CONEVAL y en caso contrario NO, debido a que es insuficiente para adquirir los productos de la canasta alimentaria.
72	¿CUÁL ES SU GRADO DE INSEGURIDAD ALIMENTARIA?	El resultado del conjunto de reactivos que tienen por objetivo medir la seguridad alimentaria en el hogar y conocer si en los últimos tres meses por falta de dinero o recursos algún integrante del hogar; tuvo una alimentación basada en muy poca variedad de alimentos, dejó de desayunar, comer o cenar, comió menos de lo que piensa debía comer, se quedó sin comida, sintió hambre pero no comió, comió una vez al día o dejó de comer todo un día y en caso de que habiten con el entrevistado menores de dieciocho años se considera una lista de otras seis preguntas similares a las descritas anteriormente; posteriormente se obtiene la sumatoria de respuestas negativas recibidas por parte de la persona entrevistada, con el fin de determinar el grado de inseguridad alimentaria según el tipo de hogar, ya sea, nulo, leve, moderado o grave.
73	VARIABLE ALIMENTOS SEGURIDAD ALIMENTARIA	El número 0 si la persona usuaria no presenta carencia en el acceso a la alimentación y si los hogares en los que reside tienen seguridad alimentaria o un grado de inseguridad alimentaria leve y en caso contrario el número 1 por presentar un grado de inseguridad alimentaria moderado o severo.
74	ES PROPIETARIO (A) DE BIEN INMUEBLE	La opción correspondiente según sea el caso de la persona usuaria.

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
75	ES PROPIETARIO (A) DE VEHÍCULO	La opción correspondiente según sea el caso de la persona usuaria.
76	DEUDAS	En caso de que la persona a entrevistar cuente con algún tipo de deuda, especificar la persona o la institución, monto, desde cuándo, y el monto de los abonos que realiza para pagar su deuda.
77	OBSERVACIONES	Todos los aspectos que se considere o detecte relevantes y que no se encuentren contemplados anteriormente.
78	REZAGO EDUCATIVO	En la primera columna de resultados el número obtenido en la respuesta número 9.
79	SEGURIDAD DE LA TENENCIA	En la primera columna de resultados el número obtenido en la respuesta número 20.
80	HABITABILIDAD	En la primera columna de resultados el número obtenido en la respuesta número 24.
81	SERVICIOS BÁSICOS	En la primera columna de resultados el número obtenido en la respuesta número 26.
82	ASEQUIBILIDAD	En la primera columna de resultados el número obtenido en la respuesta número 33.
83	CALIDAD	En la primera columna de resultados el número obtenido en la respuesta número 25.
84	UBICACIÓN	En la primera columna de resultados el número obtenido en la respuesta número 31.

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
85	ACCESIBILIDAD	En la primera columna de resultados el número obtenido en la respuesta número 35.
86	PROVEEDOR O RECEPTOR DE CUIDADOS	En la primera columna de resultados el número obtenido en la respuesta número 41.
87	LÍNEA DE BIENESTAR	En la primera columna de resultados el número 0 si la respuesta número 69 es SI y en caso contrario 1 si la respuesta es NO.
88	INSEGURIDAD ALIMENTARIA	En la primera columna de resultados el número obtenido en la respuesta número 73.
89	SITUACIÓN LABORAL	En la primera columna de resultados el número obtenido en la respuesta número 60.
90	SEGURIDAD SOCIAL	En la primera columna de resultados el número obtenido en la respuesta número 62.
91	INGRESO FAMILIAR	En la primera columna de resultados el número obtenido en la respuesta número 55.
92	PUNTUACIÓN TOTAL	La suma del número total obtenido en la segunda columna de resultado, solo se tomará en cuenta en las variables de vivienda, salud y situación laboral y económica, el número 1 en caso de que una o más dimensiones tengan dicho resultado, debido a que es una evaluación binaria de 0 y 1.
93	CANASTA ALIMENTARIA	El monto correspondiente de acuerdo a la última actualización por el CONEVAL de los valores monetarios a pesos corrientes por persona de la Línea de Pobreza por Ingresos de canasta

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
		alimentaria según corresponda para lugares de residencia rurales y urbanos.
94	EGRESO TOTAL PRORRATEADO POR PERSONA	El resultado de la división del egreso total mensual entre el número de personas registradas en la tabla de egresos económicos.
95	LÍNEA DE BIENESTAR (CANASTA ALIMENTARIA MÁS CANASTA NO ALIMENTARIA)	El monto correspondiente de acuerdo a la última actualización por el CONEVAL de los valores monetarios a pesos corrientes por persona de la Línea de Pobreza por Ingresos (canasta alimentaria más no alimentaria) según corresponda para lugares de residencia rurales y urbanos.
96	NIVEL DE VULNERABILIDAD SOCIAL	De acuerdo al resultado obtenido de la tabla de detección de vulnerabilidades sociales y del análisis de egresos tomando en consideración el valor de la Línea de Bienestar (Canasta alimentaria más canasta no alimentaria) y la canasta alimentaria, el nivel de vulnerabilidad que corresponda de acuerdo a los siguientes criterios: **NIVEL 1 – Nula vulnerabilidad social.** Aquella población que su egreso por ALIMENTOS es igual o superior a la Línea de Bienestar (Canasta alimentaria más no alimentaria), y no presenta carencia social. **NIVEL 2 – Baja vulnerabilidad social.** Aquella población que presenta una o más carencias sociales, pero cuyo egreso por ALIMENTOS es igual o superior a la Línea de Bienestar (Canasta alimentaria más no alimentaria). **NIVEL 3 – Media vulnerabilidad social.**

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
		Aquella población que presenta una o más carencias sociales, pero cuyo egreso por ALIMENTOS es menor a la Línea de Bienestar (Canasta alimentaria más no alimentaria). **NIVEL 4 – Alta vulnerabilidad social.** Aquella población que presenta más de tres carencias sociales y cuyo egreso por ALIMENTOS es menor a la Canasta alimentaria.
97	NOMBRE DE LA O EL PERITO	El nombre completo de la o el perito que realizó el estudio socioeconómico.

Procedimiento: CIEAJ-013	Asignación de cita para la práctica de pericial en trabajo social por videollamada.
Objetivo general:	Programar cita para la práctica de pericial en trabajo social por videollamada, ordenadas por las y los juzgadores de las Autoridades 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. La Subdirección de Trabajo Social proporcionará sus servicios únicamente a las personas que expresamente determine la Autoridad Jurisdiccional, derivado de procedimientos seguidos ante la jurisdicción del Tribunal Superior de Justicia de la Ciudad de México.

3. Los oficios que se reciben en la Subdirección de Trabajo Social para la realización de periciales en trabajo social por videollamada deberán contener la siguiente información:
   a) Rubro de referencia;
   b) Motivo del peritaje;
   c) Nombre completo y correcto de la o las persona(s) a quien(es) se les deberá realizar el peritaje en trabajo social;
   d) Domicilio completo del lugar en el que actualmente reside (calle, avenida, callejón, cerrada o andador, número exterior, número interior, colonia, alcaldía y código postal);
   e) Número telefónico, ya sea celular o de casa de la persona usuaria; y,
   f) Correo electrónico de la persona usuaria.

4. El oficio que no cuente con los datos necesarios para poder llevar a cabo la pericial, se le dará contestación indicando a la Autoridad Jurisdiccional los datos que hacen falta.
5. 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 el estudio, seguidas de una diagonal, número consecutivo, diagonal y año del ejercicio. Ejemplo: PTS/0001/2022.

6. 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.

7. La Subdirección de Trabajo Social, una vez recibido el ordenamiento emitido por la Autoridad Jurisdiccional para la práctica de la pericial en trabajo social y de haberse cerciorado de que cumple con los requisitos señalados, por conducto de la Autoridad Jurisdiccional, se solicitará a la persona usuaria que por lo menos 24 horas antes de la fecha programada para el cotejo, envíe copia de su identificación oficial y comprobante de domicilio en el que actualmente habite (no mayor a tres meses), al correo institucional indicado en el oficio de referencia; cuando una persona usuaria no cumpla con el envío de los documentos señalados en el término establecido, se informará a la Autoridad Jurisdiccional para los efectos conducentes.

8. 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.

9. 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.

10. El cotejo realizado por llamada telefónica, se realizará en los horarios laborales establecidos por el Tribunal Superior de Justicia de la Ciudad de México y dará inicio puntualmente el día y hora fijada previamente.

11. La información obtenida durante el cotejo por llamada telefónica, estará protegida, resguardada y será confidencial de conformidad con lo establecido en la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados de la Ciudad de México, así como en los Lineamientos Generales de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados de la Ciudad de México.

12. La persona cotejadora le informará del uso del aviso de privacidad del área, mismo que enviará vía correo electrónico a la persona usuaria para que éste lo firme y devuelva por la misma vía.

13. La persona cotejadora durante el desarrollo del cotejo informará a la persona usuaria en qué consiste el peritaje en trabajo social por videollamada.

14. Si la persona usuaria está de acuerdo en que le sea practicado el peritaje en trabajo social por videollamada y cuente con los medios tecnológicos necesarios para su realización, se le enviará vía correo electrónico el Consentimiento Informado (STS-PTSV-CI-01).

15. La persona usuaria deberá leer y firmar el Consentimiento Informado (STS-PTSV-CI-01) y enviarlo vía correo electrónico a la persona cotejadora, a fin de agendar el día y la hora en que se practicará el peritaje en trabajo social por videollamada.

16. La persona cotejadora enviará el turno de la persona usuaria con la fecha en que se le realizará la pericial en trabajo social por videollamada, mismo que deberá firmar y regresar por la misma vía a la antes referida.

17. La persona cotejadora enviará la encuesta de satisfacción a la persona usuaria, mismo que deberá requisitar y devolver por la misma vía a la antes referida, la cual no es de carácter obligatorio.

18. La Subdirección de Trabajo Social no agendará cita para el peritaje en trabajo social en videollamada, cuando:

    I. La Autoridad Jurisdiccional así lo ordene;

    II. El procedimiento legal haya concluido o se haya celebrado un convenio, siempre que la Autoridad Jurisdiccional lo informe a la Subdirección de Trabajo Social por escrito;

    III. La persona usuaria no conteste personalmente a la llamada telefónica en la fecha programada para la cita de cotejo, para lo cual la persona cotejadora realizará tres intentos y de no obtener respuesta cancelará el cotejo;

IV. La persona usuaria previamente a la cita del cotejo no haya enviado la identificación oficial y/o comprobante de domicilio;

V. La persona cotejadora al comparar la documentación presentada por la persona usuaria con la proporcionada por la Autoridad Jurisdiccional, perciba inconsistencias en el nombre o domicilio del lugar en el que reside;

VI. La persona usuaria ya no viva en el domicilio indicado por la Autoridad Jurisdiccional;

VII. La persona usuaria se niegue a firmar el Consentimiento Informado (STS-PTSV-CI-01) para la práctica del peritaje en trabajo social por videollamada.

19. Para el caso de los supuestos de las fracciones III al VII, la persona Titular de la Subdirección de Trabajo Social hará del conocimiento lo sucedido a la Autoridad Jurisdiccional mediante oficio, para los efectos a que haya lugar.

20. Las personas usuarias deberán proporcionar una copia simple o la digitalización de los siguientes documentos a la Trabajadora o el Trabajador Social en la fecha que acuerden, 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, etc.);
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) Póliza de afiliación INSABI, carnet de citas médicas, credencial de derechohabiente;

h) Pólizas de seguros de vida;
i) Recetas, notas médicas, hojas de referencias o resúmenes clínicos;
j) Pagos de servicio de salud;
k) Facturas de medicamentos;
l) Contrato o recibos de arrendamiento;
m) Estados de cuenta de créditos hipotecarios o depósitos bancarios por créditos hipotecarios;
n) Escrituras;
o) Recibos de pago de servicios de la vivienda (luz, agua, gas, predio, teléfono, mantenimiento, internet, tv de paga, celular, etc.);
p) Facturas de gastos de alimentación (no tickets de compra);
q) Estados de cuenta bancarios de tarjetas de nómina, crédito, débito o departamental;
r) Credencial laboral;
s) Contrato o constancia laboral;
t) Recibos de pago (nómina);
u) Pagos de pensión alimenticia (depósitos bancarios, transferencias, billete de depósito);
v) Declaración ante Hacienda.

21. 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.

22. De presentarse algún caso en el cual la persona usuaria muestre 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)	Recibe y reenvía las solicitudes de las Autoridades Jurisdiccionales a través del Sistema autorizado por el Pleno del Consejo, correo electrónico y/o documento impreso a la Subdirección de Trabajo Social para atender las solicitudes de pericial en trabajo social por videollamada.	• Sistema • Correo electrónico
2	Subdirección de Trabajo Social (Personal administrativo)	Recibe, revisa y verifica que los oficios relativos a las solicitudes de pericial en trabajo social por videollamada 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 a través del Sistema autorizado por el Pleno del Consejo, solicitando a la Autoridad Jurisdiccional, envíe los datos faltantes para poder llevar a cabo la pericial en trabajo social por videollamada, y envía a la Subdirección de Trabajo Social, para su firma.	• Sistema • Oficio
4	Subdirección de Trabajo Social	Recibe, revisa y firma oficio solicitando a la Autoridad Jurisdiccional, envíe los datos faltantes para poder llevar a cabo la pericial en trabajo social por videollamada, y realiza trámite de envío a la Autoridad Jurisdiccional.	
5	Autoridad 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. 1)	

No.	Área.	Descripción de la actividad.	Documentos y/o sistemas de apoyo.
7	Subdirección de Trabajo Social (Personal administrativo)	Valida en el Sistema autorizado por el Pleno del Consejo, si la pericial en trabajo social tienen antecedentes o son nuevos requerimientos. **¿Tienen antecedentes?** **Sí.** Continúa en la actividad no. 8 **No.** Continúa en la actividad no. 10	• Sistema
8		Revisa solicitud para ver si se agenda cita directa o para cotejo. **¿Agenda cita directa o para cotejo?** **Cita directa.** Continúa en la actividad no. 9 **Cita para cotejo.** Continúa en la actividad no. 10	
9		Genera e imprime oficio a través del Sistema autorizado por el Pleno del Consejo, indicando a la Autoridad Jurisdiccional, la fecha y horario en el que se realizará cita directa para la videollamada (STS-PTSV-FCDS-01). (Conecta con el fin del procedimiento)	• Sistema • Oficio • Formato STS-PTSV-FCDS-01
10		Asigna número de registro interno a través del Sistema autorizado por el Pleno del Consejo, para los requerimientos de la pericial en trabajo social por videollamada.	• Sistema
11		Elabora expediente de la pericial en trabajo social por videollamada.	• Expediente

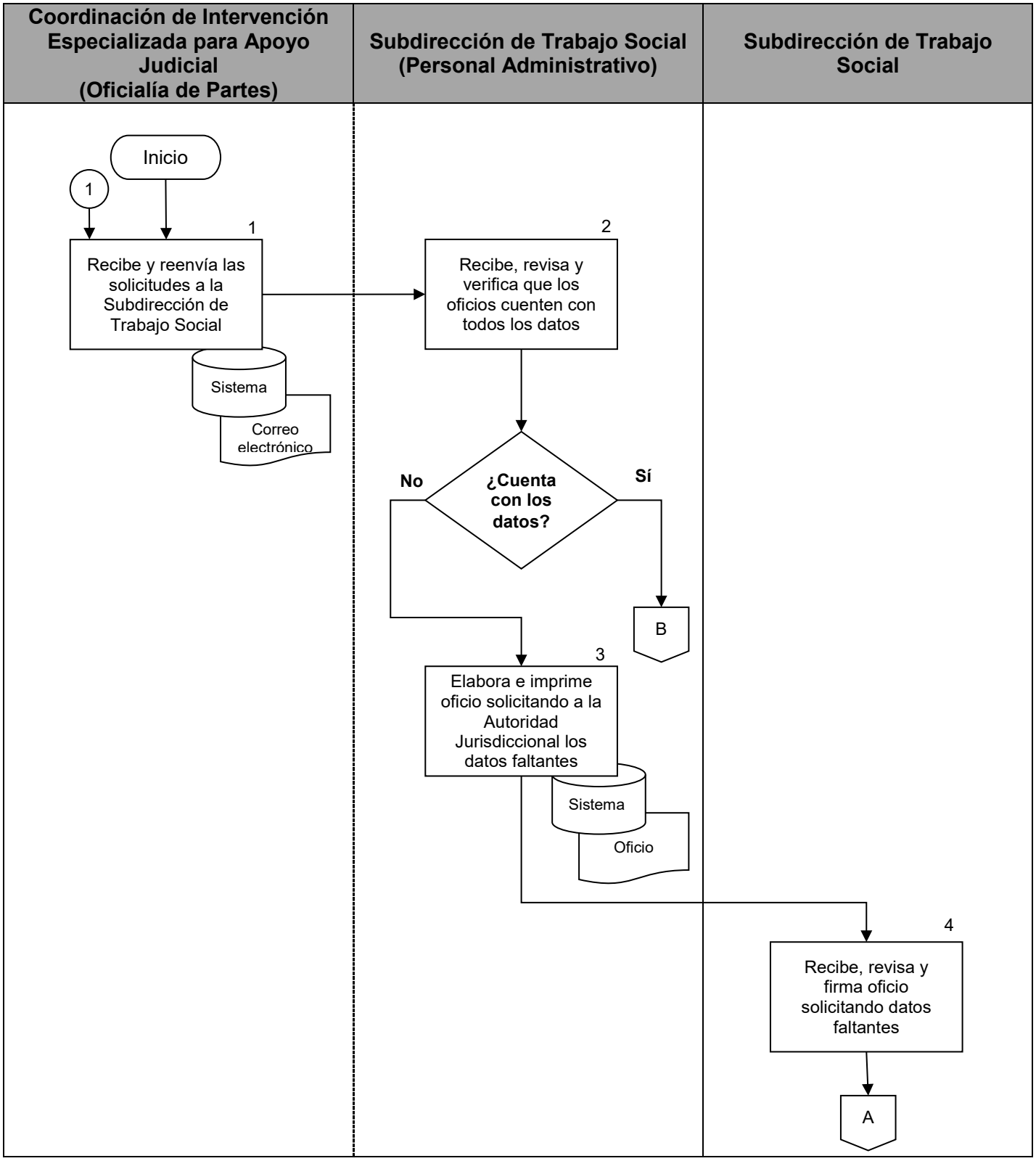
No.	Área.	Descripción de la actividad.	Documentos y/o sistemas de apoyo.
12	Subdirección de Trabajo Social (Personal administrativo)	Genera e imprime oficio a través del Sistema autorizado por el Pleno del Consejo, indicando a la Autoridad Jurisdiccional, la fecha y hora en la que deberá contestar la persona usuaria la llamada telefónica que se le realice por parte del personal de la Subdirección de Trabajo Social, para el cotejo, y envía a la Subdirección de Trabajo Social, para su firma.	• Sistema • Oficio
13	Subdirección de Trabajo Social	Recibe, revisa, firma y realiza trámite de envío a la Autoridad Jurisdiccional.	
14	Autoridad Jurisdiccional (Oficialía de Partes)	Recibe, acusa el oficio y lo devuelve.	
15	Subdirección de Trabajo Social (Personal administrativo)	Recibe y archiva el acuse del oficio en expediente.	
16		Contacta a la persona usuaria por llamada telefónica y realiza el cotejo de la documentación. **¿Es contactada por llamada telefónica?** **No.** Continúa en la actividad no. 17 **Sí.** Continúa en la actividad no. 21	
17		Genera e imprime oficio a través del Sistema autorizado por el Pleno del Consejo, indicando a la Autoridad Jurisdiccional, la imposibilidad de haber establecido la llamada telefónica con la persona usuaria y envía a la Subdirección de Trabajo Social, para su firma.	• Sistema • Oficio
18	Subdirección de Trabajo Social	Recibe, revisa, firma oficio y envía a la Autoridad Jurisdiccional.	

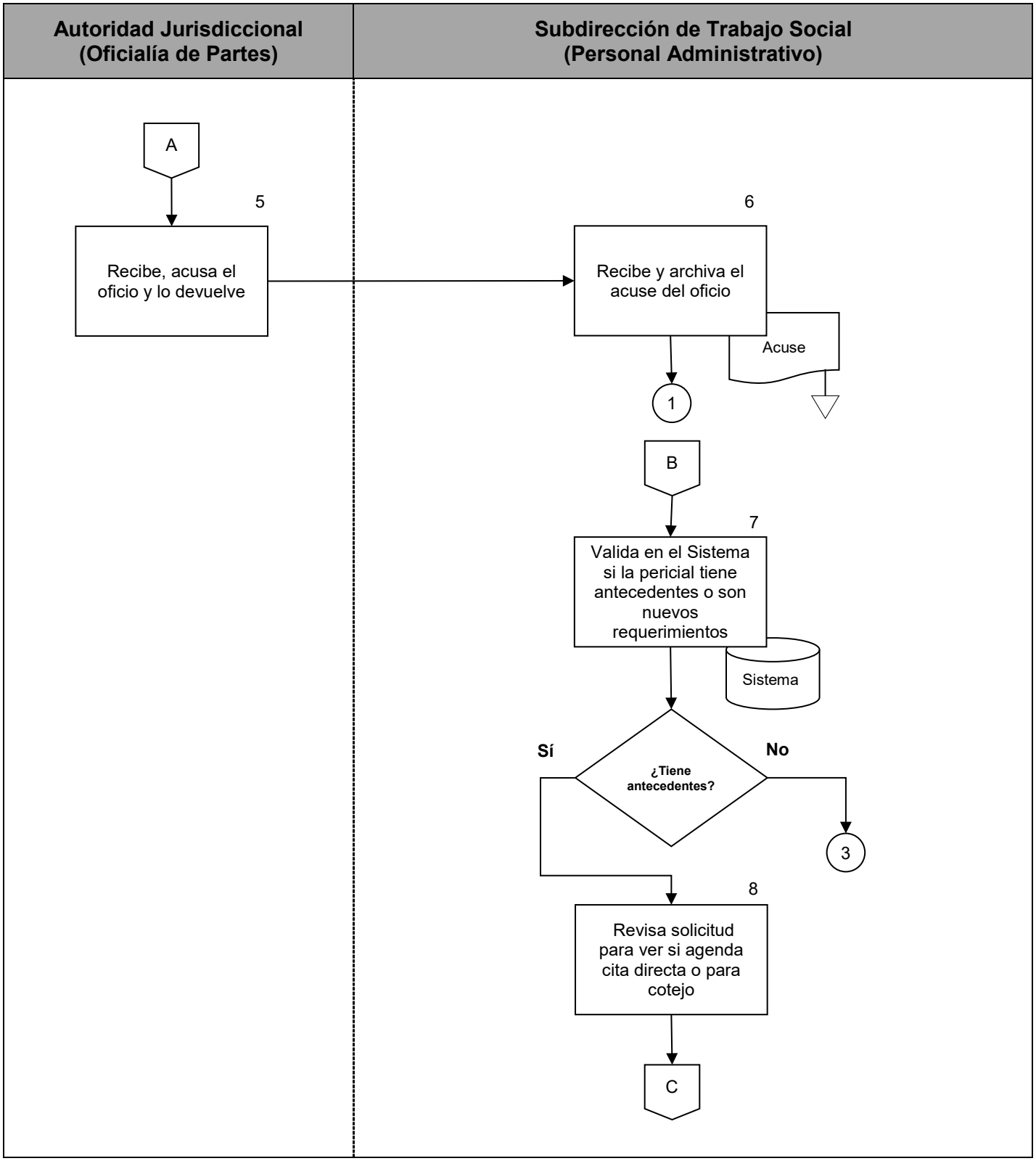
No.	Área.	Descripción de la actividad.	Documentos y/o sistemas de apoyo.
19	Autoridad Jurisdiccional (Oficialía de Partes)	Recibe, acusa el oficio y lo devuelve.	
20	Subdirección de Trabajo Social (Personal administrativo)	Recibe y archiva el acuse del oficio en expediente. (Conecta con el fin del procedimiento)	
21		Contacta por llamada telefónica a la persona usuaria, genera el formato (STS-PTSV-FCS-01) a través del Sistema autorizado por el Pleno del Consejo y realiza el cotejo de documentos para la realización de la pericial en trabajo social por videollamada. **¿Cuenta con los documentos?** **No.** Continúa en la actividad no. 22 **Sí.** Continúa en la actividad no. 27	• Sistema • Formato STS-PTSV-FCS-01
22		Informa a la persona usuaria que no cuenta con los documentos por lo que no podrá llevarse a cabo la pericial en trabajo social por videollamada.	
23		Genera e imprime oficio a través del Sistema autorizado por el Pleno del Consejo, indicando a la Autoridad Jurisdiccional, que la persona usuaria no cuenta con los documentos, cancelando la solicitud, y señalando que en caso, de requerir nuevamente una cita, 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, firma oficio y realiza trámite de envío a la Autoridad Jurisdiccional.	
25	Autoridad Jurisdiccional (Oficialía de Partes)	Recibe, acusa el oficio y lo devuelve.	

No.	Área.	Descripción de la actividad.	Documentos y/o sistemas de apoyo.
26 27	Subdirección de Trabajo Social (Personal administrativo)	Recibe y archiva el acuse del oficio en expediente. (Conecta con el fin del procedimiento). Genera formatos (STS-PTSV-CI-01), (STS-PTSV-F-01) y (STS-PTSV-AP-01) a través del Sistema autorizado por el Pleno del Consejo, con fecha de videollamada y asignación de pericial en trabajo social por videollamada, así mismo los envía al correo electrónico de la persona usuaria junto con el aviso de privacidad y la encuesta de satisfacción.	• Expediente • Sistema • Formatos STS-PTSV-CI-01 STS-PTSV-F-01 STS-PTSV-AP-01
28	Persona usuaria	Recibe, firma y devuelve formatos con fecha de videollamada, vía correo electrónico.	
29	Subdirección de Trabajo Social (Personal administrativo)	Recibe formatos con fecha de videollamada y asignación de pericial en trabajo social por videollamada, así como el aviso de privacidad, el consentimiento informado y la encuesta de satisfacción, los cuales envía a la Subdirección de Trabajo Social, para su firma.	
30	Subdirección de Trabajo Social	Recibe, revisa y firma formatos y entrega al personal administrativo de la Subdirección de Trabajo Social.	
31 32	Subdirección de Trabajo Social (Personal administrativo)	Recibe y archiva formatos con fecha de videollamada y asignación de pericial en trabajo social por videollamada, el aviso de privacidad y la encuesta de satisfacción en expediente. Genera e imprime oficio a través del Sistema autorizado por el Pleno del Consejo, indicando a la Autoridad Jurisdiccional, la fecha y horario de la videollamada, y envía a la Subdirección de Trabajo Social, para su firma.	 • Sistema • Oficio

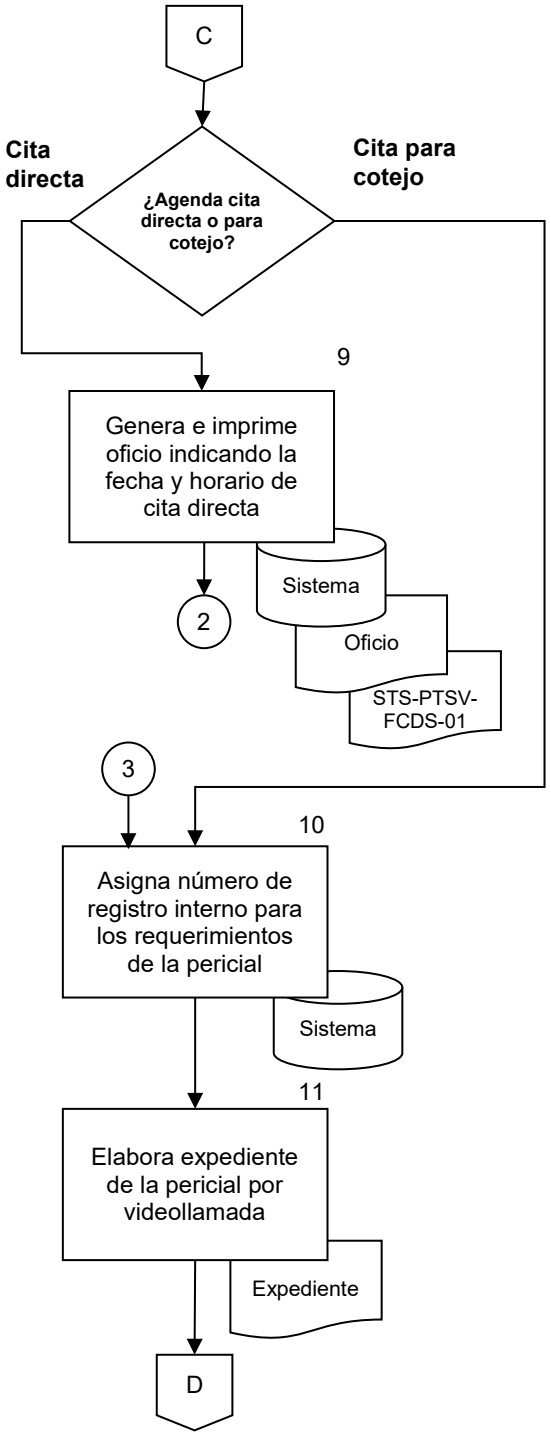
No.	Área.	Descripción de la actividad.	Documentos y/o sistemas de apoyo.
33	Subdirección de Trabajo Social	Recibe, revisa, firma oficio y realiza trámite de envío a la Autoridad Jurisdiccional.	
34	Autoridad Jurisdiccional (Oficialía de Partes)	Recibe, acusa el oficio y lo devuelve.	
35 36	Subdirección de Trabajo Social (Personal administrativo)	Recibe y archiva el acuse del oficio en el expediente. Entrega expediente y formato de asignación de pericial en trabajo social por videollamada a la Trabajadora o el Trabajador Social.	

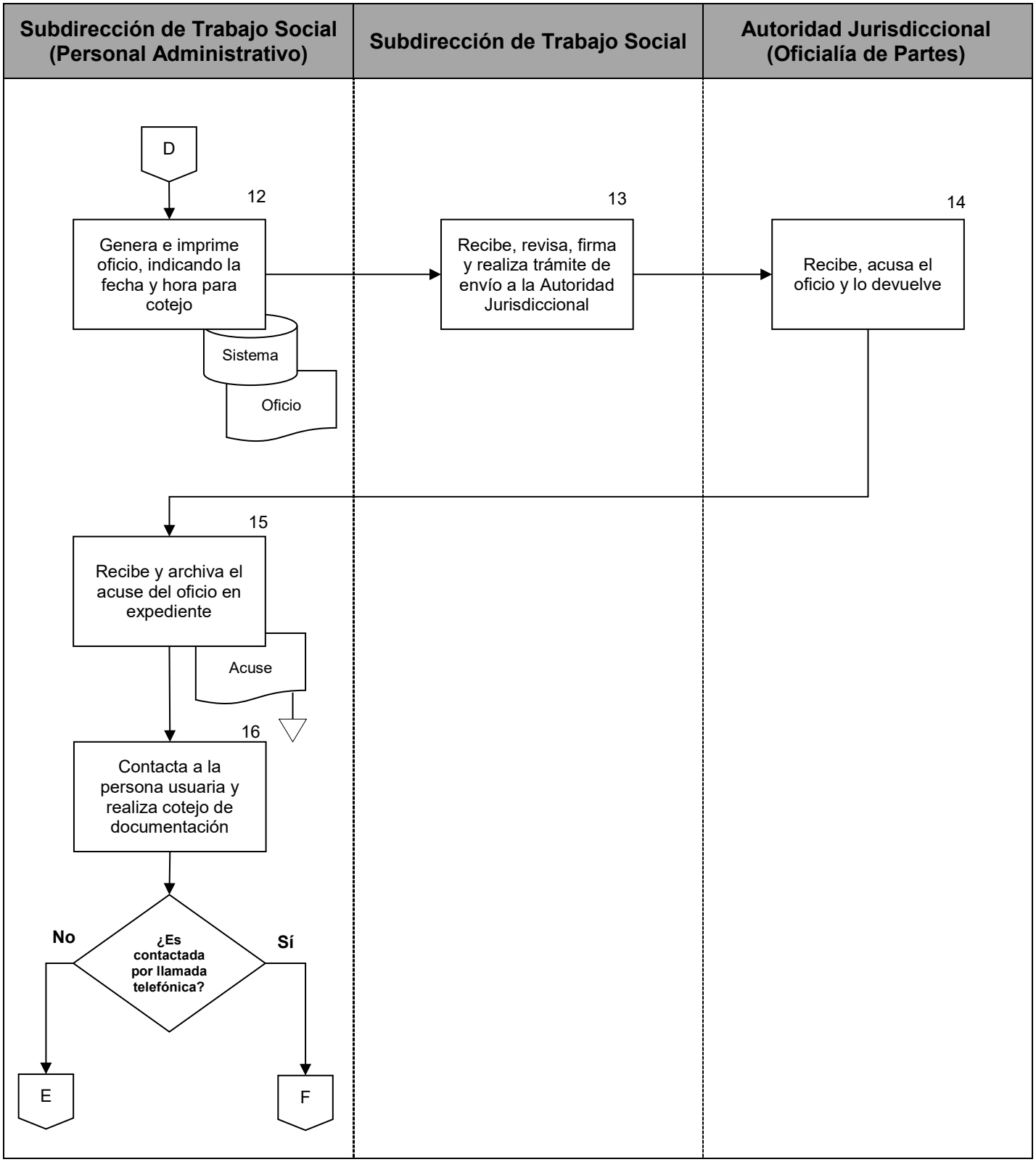
FIN DEL PROCEDIMIENTO

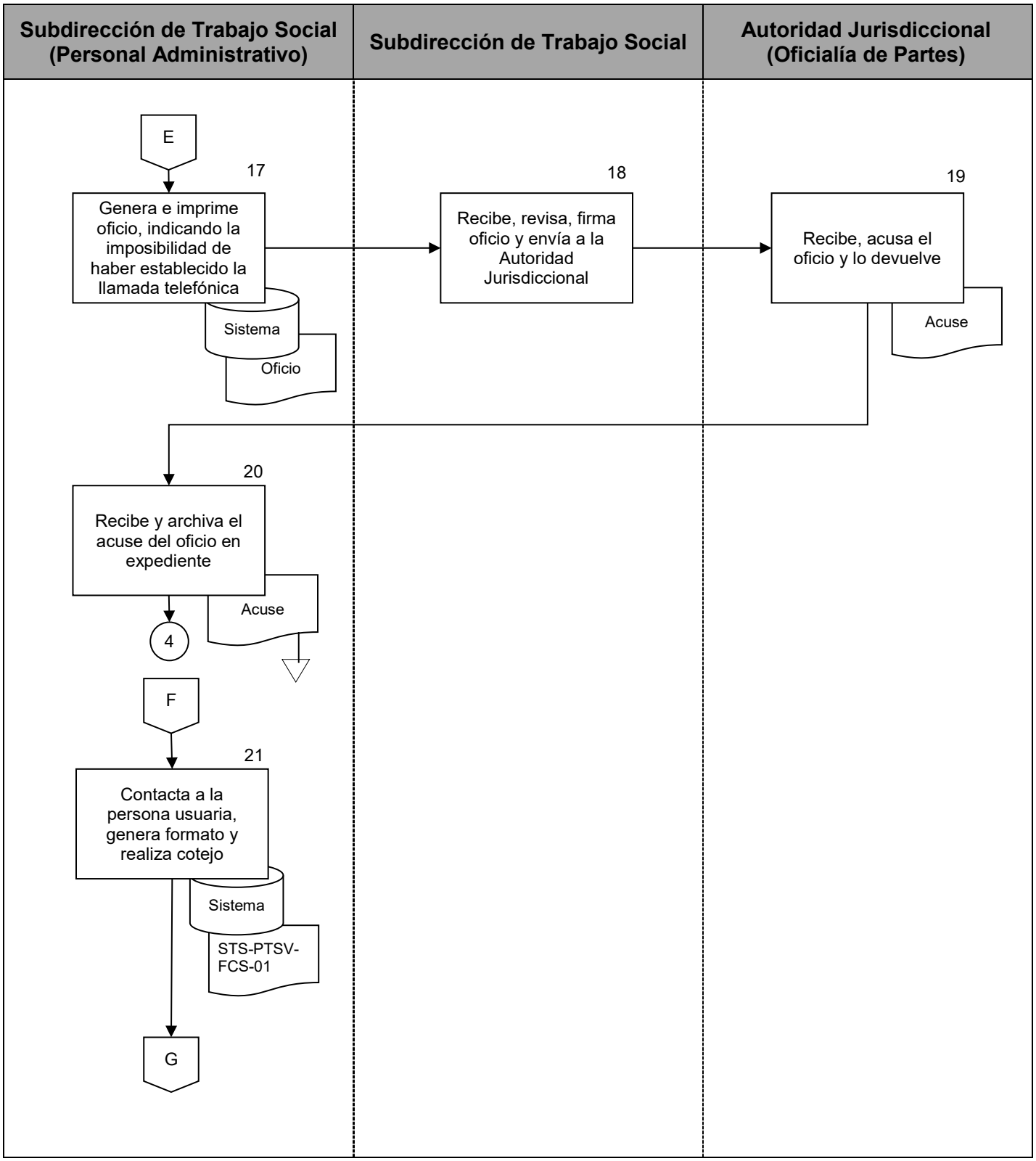

Coordinación de Intervención Especializada para Apoyo Judicial (Oficialía de Partes)
Subdirección de Trabajo Social (Personal Administrativo)
Subdirección de Trabajo Social
Inicio
1
1
Recibe y reenvía las solicitudes a la Subdirección de Trabajo Social
Sistema
Correo electrónico
2
Recibe, revisa y verifica que los oficios cuenten con todos los datos
¿Cuenta con los datos?
No
Sí
B
3
Elabora e imprime oficio solicitando a la Autoridad Jurisdiccional los datos faltantes
Sistema
Oficio
4
Recibe, revisa y firma oficio solicitando datos faltantes
A

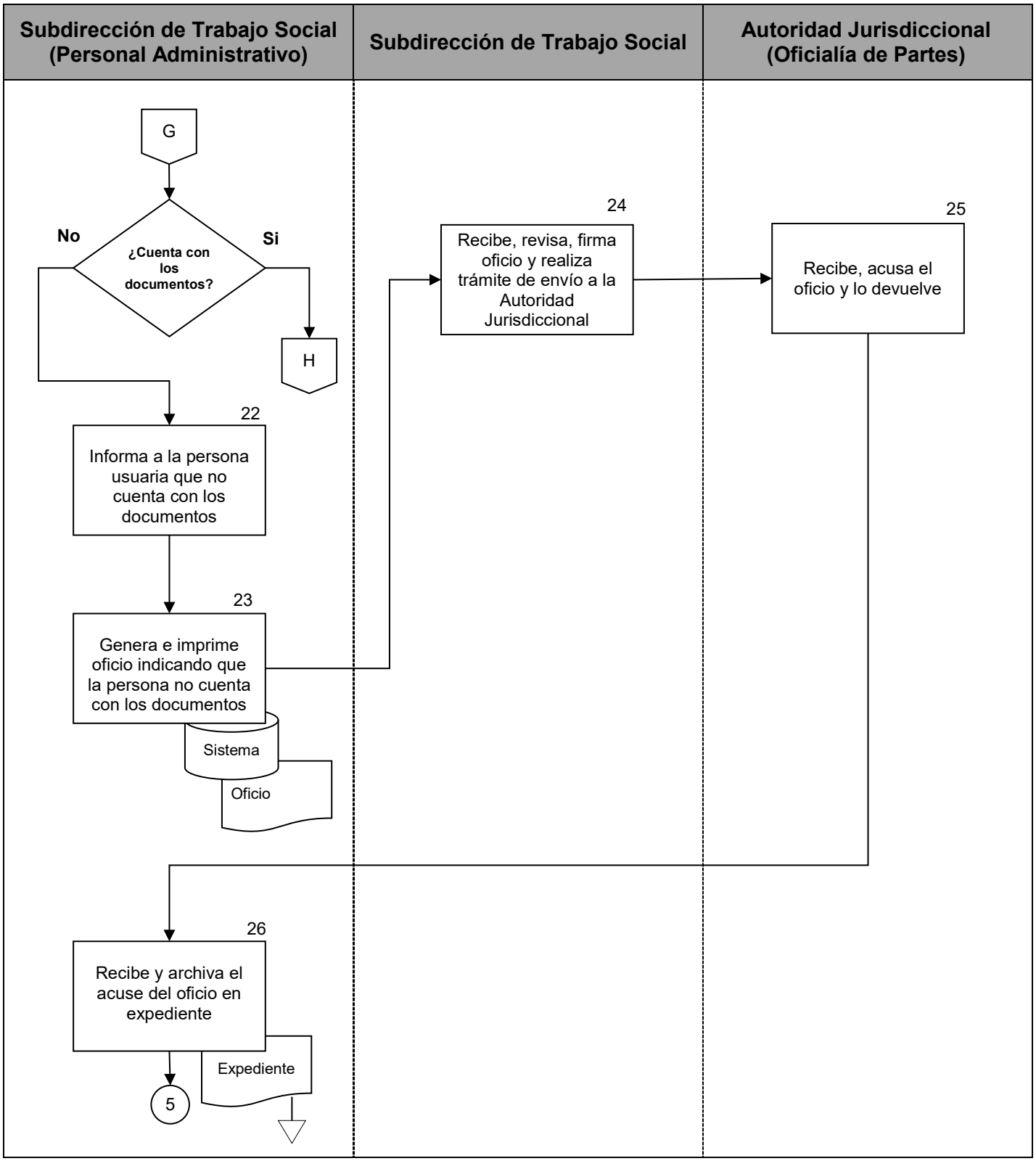

Autoridad Jurisdiccional (Oficialía de Partes)
Subdirección de Trabajo Social (Personal Administrativo)
A
5
Recibe, acusa el oficio y lo devuelve
6
Recibe y archiva el acuse del oficio
Acuse
1
B
7
Valida en el Sistema si la pericial tiene antecedentes o son nuevos requerimientos
Sistema
Sí
¿Tiene antecedentes?
No
3
8
Revisa solicitud para ver si agenda cita directa o para cotejo
C

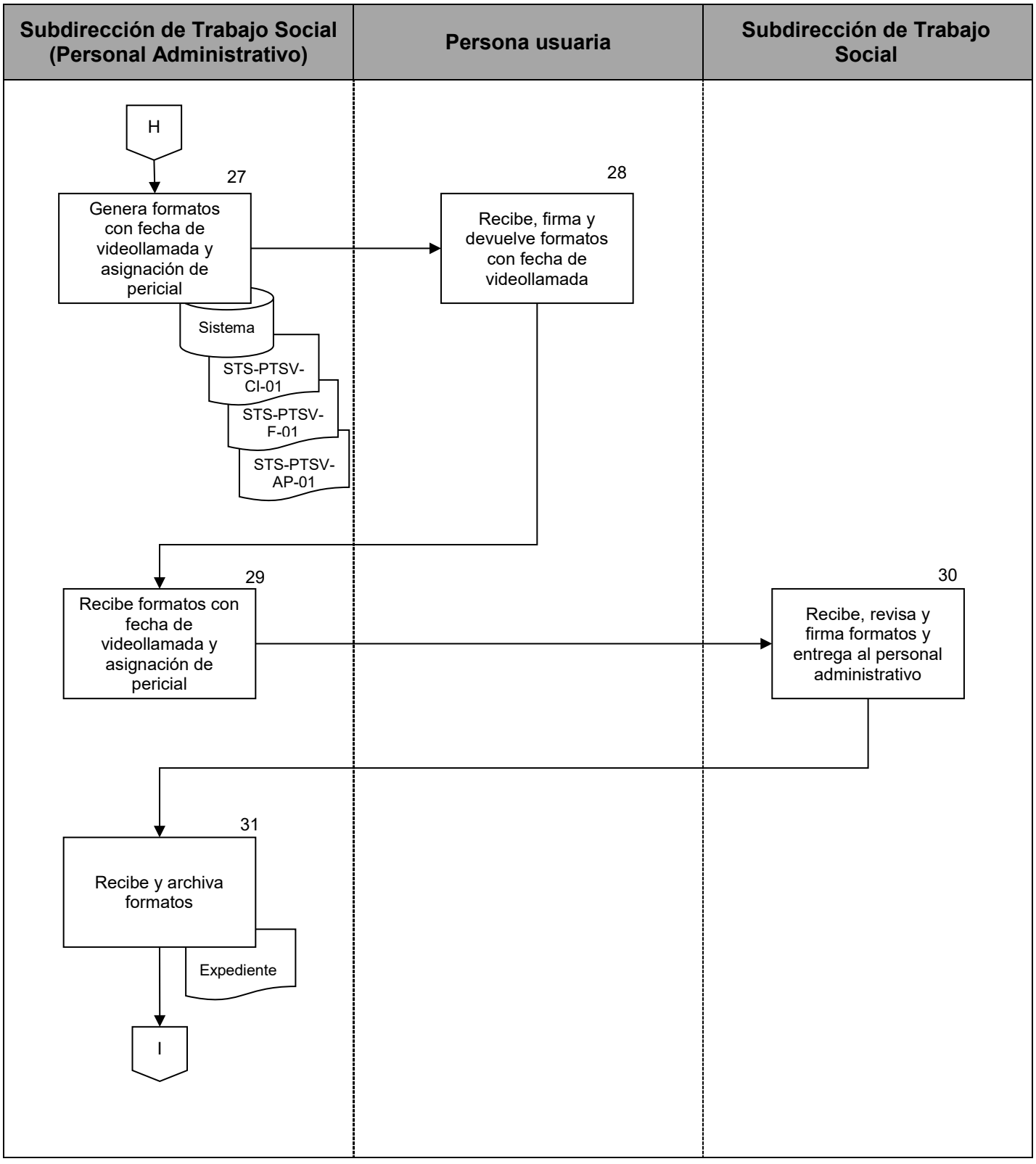
Subdirección de Trabajo Social
(Personal Administrativo)

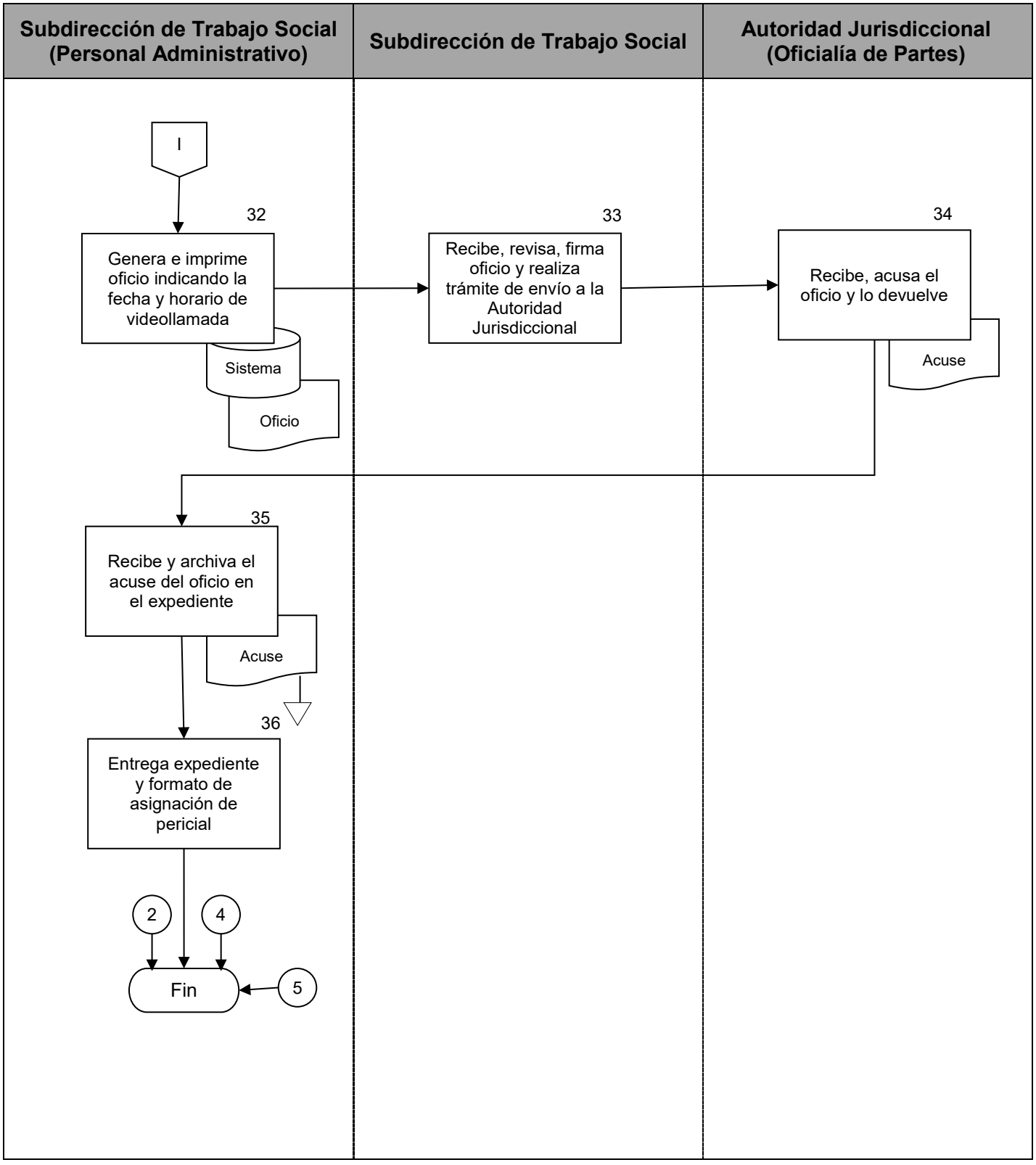



Subdirección de Trabajo Social (Personal Administrativo)
Subdirección de Trabajo Social
Autoridad Jurisdiccional (Oficialía de Partes)
D
12
Genera e imprime oficio, indicando la fecha y hora para cotejo
Sistema
Oficio
13
Recibe, revisa, firma y realiza trámite de envío a la Autoridad Jurisdiccional
14
Recibe, acusa el oficio y lo devuelve
15
Recibe y archiva el acuse del oficio en expediente
Acuse
16
Contacta a la persona usuaria y realiza cotejo de documentación
¿Es contactada por llamada telefónica?
No
Sí
E
F


Subdirección de Trabajo Social (Personal Administrativo)
Subdirección de Trabajo Social
Autoridad Jurisdiccional (Oficialía de Partes)
E
17
Genera e imprime oficio, indicando la imposibilidad de haber establecido la llamada telefónica
Sistema
Oficio
18
Recibe, revisa, firma oficio y envía a la Autoridad Jurisdiccional
19
Recibe, acusa el oficio y lo devuelve
Acuse
20
Recibe y archiva el acuse del oficio en expediente
Acuse
4
F
21
Contacta a la persona usuaria, genera formato y realiza cotejo
Sistema
STS-PTSV-FCS-01
G


Subdirección de Trabajo Social (Personal Administrativo)
Subdirección de Trabajo Social
Autoridad Jurisdiccional (Oficialía de Partes)
G
¿Cuenta con los documentos?
No
Si
H
22
Informa a la persona usuaria que no cuenta con los documentos
23
Genera e imprime oficio indicando que la persona no cuenta con los documentos
Sistema
Oficio
24
Recibe, revisa, firma oficio y realiza trámite de envío a la Autoridad Jurisdiccional
25
Recibe, acusa el oficio y lo devuelve
26
Recibe y archiva el acuse del oficio en expediente
Expediente
5


Subdirección de Trabajo Social (Personal Administrativo)
Persona usuaria
Subdirección de Trabajo Social
H
27
Genera formatos con fecha de videollamada y asignación de pericial
Sistema
STS-PTSV-CI-01
STS-PTSV-F-01
STS-PTSV-AP-01
28
Recibe, firma y devuelve formatos con fecha de videollamada
29
Recibe formatos con fecha de videollamada y asignación de pericial
30
Recibe, revisa y firma formatos y entrega al personal administrativo
31
Recibe y archiva formatos
Expediente
I


Subdirección de Trabajo Social (Personal Administrativo)
Subdirección de Trabajo Social
Autoridad Jurisdiccional (Oficialía de Partes)
I
32
Genera e imprime oficio indicando la fecha y horario de videollamada
Sistema
Oficio
33
Recibe, revisa, firma oficio y realiza trámite de envío a la Autoridad Jurisdiccional
34
Recibe, acusa el oficio y lo devuelve
Acuse
35
Recibe y archiva el acuse del oficio en el expediente
Acuse
36
Entrega expediente y formato de asignación de pericial
2
4
Fin
5

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

SUBDIRECCIÓN DE TRABAJO SOCIAL

FORMATO CITA DIRECTA Y SEGUIMIENTO PARA PERICIAL EN TRABAJO SOCIAL POR VIDEOLLAMADA

CIUDAD DE MÉXICO, A _____ DE _____ DEL 202 __.

PERSONA QUE VERIFICA DATOS: _____

DATOS DEL OFICIO DE REQUERIMIENTO

PTSV: _____ REL.: _____NÚMERO DE OFICIO: _____

JUZGADO O SALA: _____ EXP. O TOCA: _____ JUICIO: _____

PERSONA USUARIA: _____

PARTE DEL JUICIO: ACTOR(A) ( ) DEMANDADA(O) ( ) OTRA(O) ( ):_____

CON DOMICILIO EN: CALLE Y NÚMERO: _____

COLONIA: _____ ALCALDÍA:_____ C.P.:_____

FECHA DE LA PERICIAL EN TRABAJO SOCIAL POR VIDEOLLAMADA:_____

TRABAJADORA O TRABAJADOR SOCIAL ASIGNADO: _____

RESULTADO DE LA PERICIAL EN TRABAJO SOCIAL POR VIDEOLLAMADA

PERICIAL PRACTICADA ( )

HORA DE INICIO: _____ HORA DE TÉRMINO: _____

NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA USUARIA: _____

FIRMA DE LA TRABAJADORA O TRABAJADOR SOCIAL: _____

ACCIONES REALIZADAS: LLAMADA TELEFÓNICA ( ) REVISIÓN DE EXPEDIENTE ( ) REFERENCIAS VECINALES ( )

OBSERVACIONES:_____

_____

PERICIAL CANCELADA ( )

MOTIVO DE CANCELACIÓN: _____

_____

_____

_____

NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA USUARIA: _____

FIRMA DE LA TRABAJADORA O TRABAJADOR SOCIAL: _____

STS-PTSV-FCDS-01

SUBDIRECCIÓN DE TRABAJO SOCIAL

FORMATO CITA DIRECTA Y SEGUIMIENTO PARA PERICIAL EN TRABAJO SOCIAL POR VIDEOLLAMADA

CIUDAD DE MÉXICO, A ____(1)____ DE _____ DEL 202__.

PERSONA QUE VERIFICA DATOS: _____(2)_____

DATOS DEL OFICIO DE REQUERIMIENTO

PTSV:____(3)_____ REL.: _____(4)_____ NÚMERO DE OFICIO: _____(5)_____

JUZGADO O SALA: _____(6)_____ EXP. O TOCA: _____(7)_____ JUICIO: _____(8)_____

PERSONA USUARIA: _____(9)_____

PARTE DEL JUICIO: ACTOR(A) ( ) DEMANDADA(O) ( ) OTRA(O) ( ): _____(10)_____

CON DOMICILIO EN: CALLE Y NÚMERO: _____(11)_____

COLONIA: _____(12)_____ ALCALDÍA:_____(13)_____ C.P._____(14)_____

FECHA DE LA PERICIAL EN TRABAJO SOCIAL POR VIDEOLLAMADA:_____(15)_____

TRABAJADORA O TRABAJADOR SOCIAL ASIGNADO: _____(16)_____

RESULTADO DE LA PERICIAL EN TRABAJO SOCIAL POR VIDEOLLAMADA

PERICIAL PRACTICADA ( ) (17)

HORA DE INICIO: _____(18)_____ HORA DE TÉRMINO: _____(19)_____

NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA USUARIA: _____(20)_____

FIRMA DE LA TRABAJADORA O TRABAJADOR SOCIAL: _____(21)_____

ACCIONES REALIZADAS: LLAMADA TELEFÓNICA ( ) REVISIÓN DE EXPEDIENTE ( ) REFERENCIAS VECINALES ( ) (22)

OBSERVACIONES: _____(23)_____

_____

PERICIAL CANCELADA ( ) (24)

MOTIVO DE CANCELACIÓN:

_____(25)_____

_____

_____

_____

NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA USUARIA: _____(26)_____

FIRMA DE LA TRABAJADORA O TRABAJADOR SOCIAL: _____(27)_____

STS-PTSV-FCDS-01

DESCRIPCIÓN DEL FORMATO

Nombre:	**FORMATO CITA DIRECTA Y SEGUIMIENTO PARA PERICIAL EN TRABAJO SOCIAL POR VIDEOLLAMADA**
Clave:	**STS-PTSV-FCDS-01**
Objetivo:	Asignar día mes y año en la que se llevará a cabo la cita directa para la realización de la pericial de trabajo social por videollamada en las solicitudes que ya exista un cotejo previo
Elabora:	Subdirección de Trabajo Social.
Número de tantos:	Original.
Distribución:	Original. - Expediente de la Subdirección de Trabajo Social.

INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
1	FECHA	El día, mes y año en el que se realiza la asignación de la cita directa.
2	PERSONA QUE VERIFICA DATOS	El nombre completo de la persona Servidora Pública que revisa la información de la persona usuaria.
3	PTSV	El número de trabajo social designado para registro y seguimiento de la Subdirección de Trabajo Social.
4	REL.	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	El número de oficio del cual se genera el ordenamiento en las Áreas Jurisdiccionales.
6	JUZGADO O SALA	El número de la Autoridad Jurisdiccional donde se encuentra radicado el juicio.
7	EXP. O TOCA	El número de expediente o toca de la Autoridad Jurisdiccional donde se encuentra radicado el juicio.
8	JUICIO	La denominación del juicio a que hace referencia el ordenamiento judicial.
9	PERSONA USUARIA	El nombre completo de la persona usuaria en la cual recae el ordenamiento de la pericial.

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
10	PARTE DEL JUICIO	Marcar con (X) la opción correspondiente de acuerdo a la parte en la que haya recaído el ordenamiento de la pericial.
11	CON DOMICILIO EN: CALLE Y NÚMERO	El nombre completo de la calle, avenida, circuito, callejón, cerrada y número exterior e interior; según corresponda el domicilio de la persona usuaria.
12	COLONIA	El nombre completo de la colonia, según corresponda el domicilio de la persona usuaria.
13	ALCALDÍA	El nombre completo de la Alcaldía de acuerdo al domicilio de la persona usuaria.
14	C.P.	El código postal del domicilio de la persona usuaria.
15	FECHA DE LA PERICIAL EN TRABAJO SOCIAL POR VIDEOLLADAMA	La fecha asignada para la realización de la pericial en trabajo social por videollamada.
16	TRABAJADORA O TRABAJADOR SOCIAL ASIGNADO	El nombre completo de la trabajadora o trabajador social asignado para la realización de la pericial en trabajo social por videollamada.
17	PERICIAL PRACTICADA	Marcar con (X) si la pericial se realizó.
18	HORA DE INICIO	La hora en la que inicia la realización de la pericial en trabajo social.
19	HORA DE TÉRMINO	La hora en la que se termina la realización de la pericial en trabajo social.

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
20	NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA USUARIA	El nombre completo y firma de la persona usuaria, al término de la realización de la pericial en trabajo social.
21	FIRMA DE LA TRABAJADORA O TRABAJADOR SOCIAL	La firma de la trabajadora o trabajador social quien realizó la pericial en trabajo social.
22	ACCIONES REALIZADAS	Marcar con (X) la opción correspondiente según las acciones que se realizaron para llevar a cabo la pericial en trabajo social.
23	OBSERVACIONES	Las observaciones realizadas respecto de las acciones realizadas.
24	PERICIAL CANCELADA	Marcar con (X) si es que la pericial en trabajo social no pudo ser realizada.
25	MOTIVO DE CANCELACIÓN	El motivo por el cual no se pudo realizar la pericial en trabajo social.
26	NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA USUARIA	El nombre completo y firma de la persona usuaria.
27	FIRMA DE LA TRABAJADORA O TRABAJADOR SOCIAL	La firma de la trabajadora o trabajador social asignado al caso.

SUBDIRECCIÓN DE TRABAJO SOCIAL

FORMATO COTEJO Y SEGUIMIENTO PARA PERICIAL EN TRABAJO SOCIAL POR VIDEOLLAMADA

CIUDAD DE MÉXICO, A _____ DE _____ DEL 202__.

PERSONA QUE VERIFICA DATOS: _____

DATOS DEL OFICIO DE REQUERIMIENTO

PTSV:_____ REL.: _____ NÚMERO DE OFICIO:_____

JUZGADO O SALA: _____ EXP. O TOCA: _____ JUICIO: _____

PERSONA USUARIA: _____

PARTE DEL JUICIO ACTOR(A)( ) DEMANDADA(O)( ) OTRA(O)( ):_____

CON DOMICILIO EN: CALLE Y NÚMERO: _____

COLONIA: _____ ALCALDÍA: _____ C.P. _____

IDENTIFICACIÓN PRESENTADA: COMPROBANTE DE DOMICILIO:

RESULTADO DEL COTEJO

CITA PARA LA PERICIAL EN TRABAJO SOCIAL POR VIDEOLLAMADA ( )

FECHA ASIGNADA PARA SU REALIZACIÓN:

TRABAJADORA O TRABAJADOR SOCIAL ASIGNADO:

NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA USUARIA:

INFORMACIÓN DE LA PERICIAL EN TRABAJO SOCIAL POR VIDEOLLAMADA

LA PRÁCTICA DE LA PERICIAL EN TRABAJO SOCIAL COMPRENDE:

- ENTREVISTA PERSONAL ( )
- RECORRIDO VIRTUAL DEL DOMICILIO ( )
- TOMA DE FOTOGRAFÍAS ( )
- ENTREGA DE DOCUMENTOS ( )

NOTA: LOS DOCUMENTOS ORIGINALES ÚNICAMENTE SERÁN PARA COTEJO.

NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA USUARIA: _____

QUIEN DEBERÁ BRINDAR LAS FACILIDADES NECESARIAS PARA LA REALIZACIÓN DE LA PERICIAL EN TRABAJO SOCIAL.

SUBDIRECCIÓN DE TRABAJO SOCIAL

DATOS DE UBICACIÓN

1. TELÉFONO DE CONTACTO: CASA CELULAR
2. CORREO ELECTRÓNICO:
3. ENTRE QUÉ CALLE Y QUÉ CALLE:
4. PUNTOS DE REFERENCIA CERCANOS:
5. VÍAS DE ACCESO AL DOMICILIO, RUTAS DE TRANSPORTE Y LUGARES DE SALIDA: (DE SER POSIBLE 2 RUTAS)
6. DESCRIPCIÓN DE LA FACHADA DE LA VIVIENDA:
7. OBSERVACIONES PARA LA TRABAJADORA O TRABAJADOR SOCIAL:

RESULTADO DE LA PERICIAL EN TRABAJO SOCIAL POR VIDEOLLAMADA

PERICIAL PRACTICADA ( )

HORA DE INICIO: HORA DE TÉRMINO:

NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA USUARIA:

FIRMA DE LA TRABAJADORA O TRABAJADOR SOCIAL:

ACCIONES REALIZADAS: LLAMADA TELEFÓNICA ( ) REVISIÓN DE EXPEDIENTE ( ) REFERENCIAS VECINALES ( )

OBSERVACIONES:

PERICIAL CANCELADA ( )

MOTIVO DE CANCELACIÓN:

NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA USUARIA:

FIRMA DE LA TRABAJADORA O TRABAJADOR SOCIAL:

SUBDIRECCIÓN DE TRABAJO SOCIAL

FORMATO COTEJO Y SEGUIMIENTO PARA PERICIAL EN TRABAJO SOCIAL POR VIDEOLLAMADA

CIUDAD DE MÉXICO, A _____(1)_____ DE _____ DEL 202 ____ .

PERSONA QUE VERIFICA DATOS: _____(2)_____

DATOS DEL OFICIO DE REQUERIMIENTO

PTSV:_____(3)_____ REL.: __(4)_____ NÚMERO DE OFICIO:_____(5)_____

JUZGADO O SALA: _____(6)___ EXP. O TOCA: _____(7)_____ JUICIO: _____(8)_____

PERSONA USUARIA: _____(9)_____

PARTE DEL JUICIO ACTOR(A)( ) DEMANDADA(O)( ) OTRA (O)( ):_____(10)_____

CON DOMICILIO EN: CALLE Y NÚMERO: _____(11)_____

COLONIA:_____(12)_____ ALCALDÍA:_____(13)_____ C.P. _____(14)_____

IDENTIFICACIÓN PRESENTADA: (15) COMPROBANTE DE DOMICILIO: (16)

RESULTADO DEL COTEJO

CITA PARA LA PERICIAL EN TRABAJO SOCIAL POR VIDEOLLAMADA ( ) (17)

FECHA ASIGNADA PARA SU REALIZACIÓN: (18)

TRABAJADORA O TRABAJADOR SOCIAL ASIGNADO: (19)

NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA USUARIA: (20)

INFORMACIÓN DE LA PERICIAL EN TRABAJO SOCIAL POR VIDEOLLAMADA

LA PRÁCTICA DE LA PERICIAL EN TRABAJO SOCIAL COMPRENDE: (21)

- ENTREVISTA PERSONAL ( )
- RECORRIDO VIRTUAL DEL DOMICILIO ( )
- TOMA DE FOTOGRAFÍAS ( )
- ENTREGA DE DOCUMENTOS ( )

NOTA: LOS DOCUMENTOS ORIGINALES ÚNICAMENTE SERÁN PARA COTEJO.

NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA USUARIA: _____(22)_____

QUIEN DEBERÁ BRINDAR LAS FACILIDADES NECESARIAS PARA LA REALIZACIÓN DE LA PERICIAL EN TRABAJO SOCIAL POR VIDEOLLAMADA.

Página 1 de 2 STS-PTSV-FCS-01

SUBDIRECCIÓN DE TRABAJO SOCIAL

DATOS DE UBICACIÓN

1. TELÉFONO DE CONTACTO: (23) CASA CELULAR
2. CORREO ELECTRÓNICO: (24)
3. ENTRE QUÉ CALLE Y QUÉ CALLE: (25)
4. PUNTOS DE REFERENCIA CERCANOS: (26)
5. VÍAS DE ACCESO AL DOMICILIO, RUTAS DE TRANSPORTE Y LUGARES DE SALIDA: (DE SER POSIBLE 2 RUTAS): (27)
6. DESCRIPCIÓN DE LA FACHADA DE LA VIVIENDA: (28)
7. OBSERVACIONES PARA LA TRABAJADORA O TRABAJADOR SOCIAL: (29)

RESULTADO DE LA PERICIAL EN TRABAJO SOCIAL POR VIDEOLLAMADA

PERICIAL PRACTICADA: ( ) (30)

HORA DE INICIO: (31) HORA DE TÉRMINO: (32)

NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA USUARIA: (33)

FIRMA DE LA TRABAJADORA O TRABAJADOR SOCIAL: (34)

ACCIONES REALIZADAS: LLAMADA TELEFÓNICA (35) ( ) REVISIÓN DE EXPEDIENTE ( ) REFERENCIAS VECINALES ( )

OBSERVACIONES: (36)

PERICIAL CANCELADA ( ) (37)

MOTIVO DE CANCELACIÓN: (38)

NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA USUARIA: (39)

FIRMA DE LA TRABAJADORA O TRABAJADOR SOCIAL: (40)

DESCRIPCIÓN DEL FORMATO

Nombre:	**FORMATO COTEJO Y SEGUIMIENTO PARA PERICIAL EN TRABAJO SOCIAL POR VIDEOLLAMADA**
Clave:	**STS-PTSV-FCS-01**
Objetivo:	Cotejar los documentos para la asignación de la fecha de realización de la pericial en trabajo social por videollamada y requisita datos para la misma.
Elabora:	Subdirección de Trabajo Social.
Número de tantos:	Original.
Distribución:	Original. - Expediente de la Subdirección de Trabajo Social.

INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
1	FECHA	El día, mes y año en el que se realiza el cotejo de documentos.
2	PERSONA QUE VERIFICA DATOS	El nombre completo de la persona Servidora Pública que revisa la información de la persona usuaria.
3	PTSV	El número de trabajo social designado para registro y seguimiento de la Subdirección de Trabajo Social.
4	REL.	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	El número de oficio del cual se genera el ordenamiento en las Áreas Jurisdiccionales.
6	JUZGADO O SALA	El número de la Autoridad Jurisdiccional donde se encuentra radicado el juicio.
7	EXP. O TOCA	El número de expediente o toca de la Autoridad Jurisdiccional donde se encuentra el juicio.
8	JUICIO	La denominación del Juicio a que hace referencia el ordenamiento Judicial.
9	PERSONA USUARIA	El nombre completo de la persona usuaria al cual recae el ordenamiento de la pericial.
10	PARTE DEL JUICIO	Marcar con (X) la opción correspondiente de acuerdo a la parte en la que haya recaído el ordenamiento de la pericial.

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
11	CON DOMICILIO EN: CALLE Y NÚMERO	El nombre completo de la calle, avenida, circuito, callejón, cerrada y número exterior e interior; según corresponda el domicilio de la persona usuaria.
12	COLONIA	El nombre completo de la colonia, según corresponda el domicilio de la persona usuaria.
13	ALCALDÍA	El nombre completo de la Alcaldía de acuerdo al domicilio de la persona usuaria.
14	C.P.	El código postal del domicilio de la persona usuaria.
15	IDENTIFICACIÓN PRESENTADA	El nombre completo del documento con el cual se identifica la persona usuaria.
16	COMPROBANTE DE DOMICILIO	El nombre completo del documento con el cual la persona usuaria comprueba su domicilio particular.
17	CITA PARA LA PERICIAL EN TRABAJO SOCIAL POR VIDEOLLAMADA	Marcar con (X) si se otorgará fecha para la pericial en trabajo social por videollamada.
18	FECHA ASIGNADA PARA SU REALIZACIÓN	El día, mes y año en que se realizará la pericial en trabajo social por videollamada.
19	TRABAJADORA O TRABAJADOR SOCIAL ASIGNADO	El nombre completo de la trabajadora o trabajador social a quien se le asignó la realización de la pericial en trabajo social por videollamada.
20	NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA USUARIA	El nombre completo y firma de la persona usuaria, al término de la realización de la pericial en trabajo social por videollamada.

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
21	LA PRÁCTICA DE LA PERICIAL EN TRABAJO SOCIAL COMPRENDE	Marcar con (X) los cuatro puntos que corresponden a la realización de la pericial, de la misma manera se aclaran las dudas al respecto.
22	NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA USUARIA	El nombre completo y firma de la persona usuaria, al término de la realización de la pericial en trabajo social por videollamada.
23	TELÉFONO DE CONTACTO	El número telefónico de casa o celular para poder tener contacto con la persona usuaria.
24	CORREO ELECTRÓNICO	El correo electrónico de la persona usuaria para poder tener contacto con ella.
25	ENTRE QUÉ CALLE Y QUÉ CALLE	Las calles entre las que se encuentra el domicilio de la persona usuaria.
26	PUNTOS DE REFERENCIA CERCANOS	Los puntos de referencia cercanos al domicilio, ya sea tiendas, iglesias, parques, que ayuden a su localización.
27	VÍAS DE ACCESO AL DOMICILIO, RUTAS DE TRANSPORTE Y LUGARES DE SALIDA	Se hace referencia de ser posible de dos rutas de transporte para poder llegar al domicilio y los tiempos de recorrido.
28	DESCRIPCIÓN DE LA FACHADA DE LA VIVIENDA	Las características físicas de la fachada de la vivienda de la persona usuaria.
29	OBSERVACIONES PARA LA TRABAJADORA O TRABAJADOR SOCIAL	Información referente a las patologías sociales detectadas en los alrededores del domicilio, en específico a seguridad peatonal y datos anexos a la información recabada que sean de relevancia para la trabajadora o trabajador social.

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
30	PERICIAL PRACTICADA	Marcar con (X) si la pericial se realizó.
31	HORA DE INICIO	La hora en la que inicia la realización de la pericial en trabajo social por videollamada.
32	HORA DE TÉRMINO	La hora en la que se termina la realización de la pericial en trabajo social por videollamada.
33	NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA USUARIA	El nombre completo y firma de la persona usuaria, al término de la realización de la pericial en trabajo social por videollamada.
34	FIRMA DE LA TRABAJADORA O TRABAJADOR SOCIAL	La firma de la trabajadora o trabajador social quien realizó la pericial en trabajo social por videollamada.
35	ACCIONES REALIZADAS	Marcar con (X) la opción correspondiente según las acciones que se realizaron para llevar a cabo la pericial en trabajo social por videollamada.
36	OBSERVACIONES	Las observaciones realizadas respecto de las acciones realizadas.
37	PERICIAL CANCELADA	Marcar con (X) si es que la pericial en trabajo social por videollamada no pudo ser realizada.
38	MOTIVO DE CANCELACIÓN	El motivo por el cual no se pudo realizar la pericial en trabajo social por videollamada.
39	NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA USUARIA	El nombre completo y firma de la persona usuaria.

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
40	FIRMA DE LA TRABAJADORA O TRABAJADOR SOCIAL	La firma de la trabajadora o trabajador social asignado al caso.

SUBDIRECCIÓN DE TRABAJO SOCIAL

FORMATO COTEJO Y SEGUIMIENTO NO PRODECENTE

CIUDAD DE MÉXICO, A _____ DE _____ DEL 202___.

PERSONA QUE VERIFICA DATOS:

DATOS DEL OFICIO DE REQUERIMIENTO

PTSV: _____ REL.: _____ NÚMERO DE OFICIO: _____

JUZGADO O SALA: _____ EXP. O TOCA: _____ JUICIO: _____

PERSONA USUARIA: _____

PARTE DEL JUICIO: ACTOR(A)( ) DEMANDADA(O)( ) OTRA (O)( ):_____

CON DOMICILIO EN: CALLE Y NÚMERO: _____

COLONIA: _____ ALCALDÍA: _____ C.P. _____

IDENTIFICACIÓN PRESENTADA:

COMPROBANTE DE DOMICILIO:

RESULTADO DEL COTEJO

CANCELACIÓN ( )

MOTIVO DE CANCELACIÓN:

NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA USUARIA:

STS-PTSV-FCSNP-02

FORMATO COTEJO Y SEGUIMIENTO NO PRODECENTE

CIUDAD DE MÉXICO, A _____(1)_____ DE _____ DEL 202___.

PERSONA QUE VERIFICA DATOS: (2)

DATOS DEL OFICIO DE REQUERIMIENTO

PTSV: _____ (3) REL.: ___(4)_____ NÚMERO DE OFICIO: _____(5)_____

JUZGADO O SALA: ____(6)_____ EXP. O TOCA: _____(7)_____ JUICIO: _____(8)_____

PERSONA USUARIA: _____(9)_____

PARTE DEL JUICIO: ACTOR(A)( ) DEMANDADA(O)( ) OTRA (O)( ):_____(10)_____

CON DOMICILIO EN: CALLE Y NÚMERO: _____(11)_____

COLONIA:_____(12)_____ ALCALDÍA:_____(13)_____ C.P. _____(14)_____

IDENTIFICACIÓN PRESENTADA: (15)

COMPROBANTE DE DOMICILIO: (16)

RESULTADO DEL COTEJO

CANCELACIÓN ( ) (17)

MOTIVO DE CANCELACIÓN: (18)

NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA USUARIA: (19)

STS-PTSV-FCSNP-02

DESCRIPCIÓN DEL FORMATO

Nombre:	**FORMATO COTEJO Y SEGUIMIENTO NO PROCEDENTE**
Clave:	**STS-PTSV-FCSNP-02**
Objetivo:	Cotejar los documentos para la asignación de la pericial en materia de trabajo social por videollamada, e informarle a la persona usuaria su no procedencia.
Elabora:	Subdirección de Trabajo Social.
Número de tantos:	Original.
Distribución:	Original. - Expediente de la Subdirección de Trabajo Social.

INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
1	FECHA	El día, mes y año en el que se realiza el cotejo de documentos.
2	PERSONA QUE VERIFICA DATOS	El nombre completo de la persona Servidora Pública que revisa la información de la persona usuaria.
3	PTSV	El número de trabajo social designado para registro y seguimiento de la Subdirección de Trabajo Social, ya sea de pericial en trabajo social o de estudio socioeconómico.
4	REL.	El número de trabajo social asignado para registro y seguimiento de la Subdirección de Trabajo Social, en caso de tener antecedentes.
5	NÚMERO DE OFICIO	El número de oficio del cual se genera el ordenamiento en las Áreas Jurisdiccionales.
6	JUZGADO O SALA	El número de la Autoridad Jurisdiccional donde se encuentra radicado el juicio.
7	EXP. O TOCA	El número expediente o toca de la Autoridad Jurisdiccional donde se encuentra el juicio.
8	JUICIO	La denominación del Juicio a que hace referencia el ordenamiento judicial.
9	PERSONA USUARIA	El nombre completo de la persona usuaria en la cual recae la pericial en trabajo social por videollamada.

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
10	PARTE DEL JUICIO	Marcar con (X) la opción correspondiente de acuerdo a la parte en la que haya recaído el ordenamiento.
11	CON DOMICILIO EN: CALLE Y NÚMERO	El nombre completo de la calle, avenida, circuito, callejón, cerrada y número exterior e interior; según corresponda el domicilio de la persona usuaria.
12	COLONIA	El nombre completo de la colonia, según corresponda el domicilio de la persona usuaria.
13	ALCALDÍA	El nombre completo de la Alcaldía de acuerdo al domicilio de la persona usuaria.
14	C.P.	El código postal del domicilio de la persona usuaria.
15	IDENTIFICACIÓN PRESENTADA	El nombre completo del documento con el cual se identifica la persona usuaria.
16	COMPROBANTE DE DOMICILIO	El nombre completo del documento con el cual la persona usuaria comprueba su domicilio particular.
17	CANCELACIÓN	Marcar con (X) en cancelación en caso de que no proceda el cotejo.
18	MOTIVO DE CANCELACIÓN	El motivo por el cual no procedió el cotejo.
19	NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA USUARIA	El nombre completo y firma de la persona usuaria.

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

SUBDIRECCIÓN DE TRABAJO SOCIAL

FECHA: ____ /_____ / 202__
PTSV/ _____ / _____

***CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PRÁCTICA DEL PERITAJE EN TRABAJO SOCIAL EN LA MODALIDAD DE VIDEOLLAMADA* EN LA SUBDIRECCIÓN DE TRABAJO SOCIAL DE LA COORDINACIÓN DE INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA PARA APOYO JUDICIAL DEL TRIBUNAL SUPERIOR DE JUSTICIA DE LA CIUDAD DE MÉXICO**

La práctica del peritaje en Trabajo Social en la modalidad de videollamada, tiene como objeto hacer del conocimiento al Órgano Jurisdiccional lo referente a la información social actual de las o los usuarios respecto a su situación familiar, laboral, económica y de salud, así como las condiciones de vivienda y el entorno en el que ésta se localiza, información que se obtendrá a través de la modalidad de videollamada, mediante la plataforma digital autorizada por el Consejo de la Judicatura de la Ciudad de México.

El peritaje en Trabajo Social en la modalidad de videollamada, se realizará en las siguientes etapas:

1. **Entrevista**, será llevada a cabo en el domicilio particular de la o el usuario, por la Perita o Perito en Trabajo Social designado por la Subdirección de Trabajo Social dela Coordinación de Intervención Especializada para Apoyo Judicial, mediante el uso de un dispositivo electrónico a través de la Plataforma Digital autorizada.

    - La entrevista es exclusiva para la o el usuario, a quien a través del ordenamiento judicial correspondiente, se le indica que se realizará el peritaje en Trabajo Social a través dela modalidad de videollamada, por lo que bajo ninguna circunstancia sus abogados, familiares o conocidos, podrán intervenir en el misma.

    - Para el desarrollo adecuado de la entrevista, la o el usuario deberá mantener una actitud cooperadora y comprometida, así como una comunicación asertiva y respetuosa, reportando cualquier circunstancia que impida el desarrollo de la entrevista a la o el Perito designado.

    - La o el usuario deberá realizar las acciones que al efecto y para cumplimiento del ordenamiento judicial, le indique la o el Perito, durante la que le indique la práctica del peritaje en Trabajo Social en la modalidad de videollamada.

2. **Inspección domiciliaria,** es la acción por la cual, la o el Perito solicita a la o el usuario realizar a través de un dispositivo electrónico y por videollamada, un recorrido virtual por el interior y exterior, así como por cada una de las áreas de su domicilio particular, en el que muestre la distribución del inmueble que habita. En razón a la entrevista programada, se le harán los requerimientos que consideré la o el perito pedirá a la o el usuario mostrar la evidencia de lo referido durante la entrevista a fin de que la o el perito pueda corroborar la residencia de la o el usuario, su entorno familiar y social, así como la forma y nivel de vida actual. Durante el recorrido se tomarán capturas de pantalla o fotografías que servirán como evidencia fotográfica de cada una de las áreas del inmueble, las cuales se adjuntarán al dictamen pericial que se entregue al órgano jurisdiccional que lo requirió.

    - Se hace de su conocimiento que en la evidencia fotográfica no se realizará la captura de imágenes de personas y por ningún motivo ni circunstancia tampoco pueden aparecer niñas, niños y/o

STS-PTSV-CI-01

adolescentes, por lo que al momento de tomar las capturas de pantalla (o fotografías), las partes involucradas serán las responsables de evitar que aparezcan en la evidencia fotográfica, a fin de preservar su identidad y privacidad.

3. **Solicitud de evidencia documental**, se le requerirá a la o el usuario que remita digitalizados a la o el perito, los documentos justificativos de ingresos y egresos, mismos que le fueron indicados en el cotejo y que la o el Perito puntualizará durante la práctica del peritaje en Trabajo Social en la modalidad de videollamada.

    - Los documentos se harán llegar al correo electrónico institucional que la o el Perito en Trabajo Social proporcione a la o el usuario, el mismo día de la entrevista.

4. **Indicaciones generales para llevar a cabo la práctica de la pericial en Trabajo Social en la modalidad de videollamada:**

    I. El día y hora establecidos para la práctica de la pericial en Trabajo Social, la o el usuario deberá contar con las condiciones tecnológicas para el uso de la Plataforma Digital autorizada; cabe mencionar que se dispondrá de un tiempo de tolerancia de hasta 10 (diez) minutos, además de que deberá contar con disponibilidad de tiempo necesario para la práctica de la pericial en Trabajo Social en la modalidad de videollamada.

    II. Seguir de manera cordial y respetuosa, las indicaciones por parte de la o el Perito en Trabajo Social, para que se lleve a cabo de manera óptima la práctica del peritaje en Trabajo Social en la modalidad de videollamada.

La información que proporcione estará protegida, resguardada y será confidencial de conformidad con lo establecido en la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados de la Ciudad de México, así como en los Lineamientos Generales de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados de la Ciudad de México.

_____

NOMBRE COMPLETO Y
FIRMA DE CONFORMIDAD DE LA PERSONA USUARIA

STS-PTSV-CI-01

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

SUBDIRECCIÓN DE TRABAJO SOCIAL

(1)

FECHA: ____ /_____ / 202__

PTSV/ _____ / _____ (2)

***CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PRÁCTICA DEL PERITAJE EN TRABAJO SOCIAL EN LA MODALIDAD DE VIDEOLLAMADA* EN LA SUBDIRECCIÓN DE TRABAJO SOCIAL DE LA COORDINACIÓN DE INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA PARA APOYO JUDICIAL DEL TRIBUNAL SUPERIOR DE JUSTICIA DE LA CIUDAD DE MÉXICO**

La práctica del peritaje en Trabajo Social en la modalidad de videollamada, tiene como objeto hacer del conocimiento al Órgano Jurisdiccional lo referente a la información social actual de las o los usuarios respecto a su situación familiar, laboral, económica y de salud, así como las condiciones de vivienda y el entorno en el que ésta se localiza, información que se obtendrá a través de la modalidad de videollamada, mediante la plataforma digital autorizada por el Consejo de la Judicatura de la Ciudad de México.

El peritaje en Trabajo Social en la modalidad de videollamada, se realizará en las siguientes etapas:

1. **Entrevista**, será llevada a cabo en el domicilio particular de la o el usuario, por la Perita o Perito en Trabajo Social designado por la Subdirección de Trabajo Social dela Coordinación de Intervención Especializada para Apoyo Judicial, mediante el uso de un dispositivo electrónico a través de la Plataforma Digital autorizada.

    - La entrevista es exclusiva para la o el usuario, a quien a través del ordenamiento judicial correspondiente, se le indica que se realizará el peritaje en Trabajo Social a través dela modalidad de videollamada, por lo que bajo ninguna circunstancia sus abogados, familiares o conocidos, podrán intervenir en el misma.

    - Para el desarrollo adecuado de la entrevista, la o el usuario deberá mantener una actitud cooperadora y comprometida, así como una comunicación asertiva y respetuosa, reportando cualquier circunstancia que impida el desarrollo de la entrevista a la o el Perito designado.

    - La o el usuario deberá realizar las acciones que al efecto y para cumplimiento del ordenamiento judicial, le indique la o el Perito, durante la que le indique la práctica del peritaje en Trabajo Social en la modalidad de videollamada.

2. **Inspección domiciliaria,** es la acción por la cual, la o el Perito solicita a la o el usuario realizar a través de un dispositivo electrónico y por videollamada, un recorrido virtual por el interior y exterior, así como por cada una de las áreas de su domicilio particular, en el que muestre la distribución del inmueble que habita. En razón a la entrevista programada, se le harán los requerimientos que consideré la o el perito pedirá a la o el usuario mostrar la evidencia de lo referido durante la entrevista a fin de que la o el perito pueda corroborar la residencia de la o el usuario, su entorno familiar y social, así como la forma y nivel de vida actual. Durante el recorrido se tomarán capturas de pantalla o fotografías que servirán como evidencia fotográfica de cada una de las áreas del inmueble, las cuales se adjuntarán al dictamen pericial que se entregue al órgano jurisdiccional que lo requirió.

    - Se hace de su conocimiento que en la evidencia fotográfica no se realizará la captura de imágenes de personas y por ningún motivo ni circunstancia tampoco pueden aparecer niñas, niños y/o

STS-PTSV-CI-01

adolescentes, por lo que al momento de tomar las capturas de pantalla (o fotografías), las partes involucradas serán las responsables de evitar que aparezcan en la evidencia fotográfica, a fin de preservar su identidad y privacidad.

3. **Solicitud de evidencia documental**, se le requerirá a la o el usuario que remita digitalizados a la o el perito, los documentos justificativos de ingresos y egresos, mismos que le fueron indicados en el cotejo y que la o el Perito puntualizará durante la práctica del peritaje en Trabajo Social en la modalidad de videollamada.

    - Los documentos se harán llegar al correo electrónico institucional que la o el Perito en Trabajo Social proporcione a la o el usuario, el mismo día de la entrevista.

4. **Indicaciones generales para llevar a cabo la práctica de la pericial en Trabajo Social en la modalidad de videollamada:**

    I. El día y hora establecidos para la práctica de la pericial en Trabajo Social, la o el usuario deberá contar con las condiciones tecnológicas para el uso de la Plataforma Digital autorizada; cabe mencionar que se dispondrá de un tiempo de tolerancia de hasta 10 (diez) minutos, además de que deberá contar con disponibilidad de tiempo necesario para la práctica de la pericial en Trabajo Social en la modalidad de videollamada.

    II. Seguir de manera cordial y respetuosa, las indicaciones por parte de la o el Perito en Trabajo Social, para que se lleve a cabo de manera óptima la práctica del peritaje en Trabajo Social en la modalidad de videollamada.

La información que proporcione estará protegida, resguardada y será confidencial de conformidad con lo establecido en la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados de la Ciudad de México, así como en los Lineamientos Generales de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados de la Ciudad de México.

(3)

_____

NOMBRE COMPLETO Y
FIRMA DE CONFORMIDAD DE LA PERSONA USUARIA

STS-PTSV-CI-01

DESCRIPCIÓN DEL FORMATO

Nombre:	**CONSENTIMIENTO INFORMADO**
Clave:	**STS-PTSV-CI-01**
Objetivo:	Informar a la persona usuaria en que consiste la práctica del peritaje en Trabajo Social por videollamada, así como las etapas para su realización; además de indicaciones generales para llevar a cabo dicha pericial.
Elabora:	Subdirección de Trabajo Social.
Número de tantos:	Original.
Distribución:	Original. – Expediente de la Subdirección de Trabajo Social.

INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
1	FECHA	El día mes y año en que se le hace del conocimiento la forma en la que se llevará a cabo la pericial en trabajo social por videollamada a la persona usuaria.
2	PTSV	El número de trabajo social designado para registro y seguimiento de la Subdirección de Trabajo Social.
3	NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DE CONFORMIDAD DE LA PERSONA USUARIA	El nombre completo de la persona usuaria, así como su firma de conformidad.

SUBDIRECCIÓN DE TRABAJO SOCIAL

FECHA DE LA PERICIAL EN TRABAJO SOCIAL POR VIDEOLLAMADA	
Núm. de PTSV:	**Fecha de la pericial en trabajo social por videollamada:**
	Entre el horario de:
Exp. o Toca:	**Nombre de la trabajadora o trabajador social:**
Tipo de juicio:	
Nombre de la persona usuaria a quien se realizará la pericial en trabajo social por videollamada	

NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA TITULAR DE LA SUBDIRECCIÓN DE TRABAJO SOCIAL.

NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA USUARIA

STS-PTSV-F-01

Relación de documentación del último año que, según sea su caso, DEBERÁ PROPORCIONAR EN DOS COPIAS, siendo únicamente las copias simples las que la o el perito recibirán y anexarán como sustento al 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).
- 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).
- Pagos de pensión alimenticia (depósitos bancarios, transferencias, billete de depósito)
- Declaración ante Hacienda.

STS-PTSV-F-01

SUBDIRECCIÓN DE TRABAJO SOCIAL

FECHA DE LA PERICIAL EN TRABAJO SOCIAL POR VIDEOLLAMADA	
Núm. de PTSV: (1)	Fecha de la pericial en trabajo social por videollamada: (2)
	Entre el horario de: (4)
Exp. o Toca: (3)	Nombre de la trabajadora o trabajador social: (5)
Tipo de juicio: (6)	
Nombre de la persona usuaria a quien se realizará la pericial en trabajo social por videollamada	
(7)	

(8)
NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA TITULAR DE LA SUBDIRECCIÓN DE TRABAJO SOCIAL

(9)
NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA USUARIA

STS-PTSV-F-01

Relación de documentación del último año que, según sea su caso, DEBERA PROPORCIONAR EN DOS COPIAS, siendo únicamente las copias simples las que la o el perito recibirán y anexarán como sustento al 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).
- 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).
- Pagos de pensión alimenticia (depósitos bancarios, transferencias, billete de depósito)
- Declaración ante Hacienda.

STS-PTSV-F-01

DESCRIPCIÓN DEL FORMATO

Nombre:	**FECHA DE LA PERICIAL EN TRABAJO SOCIAL POR VIDEOLLAMADA**
Clave:	**STS-PTSV-F-01**
Objetivo:	Proporcionar a la persona usuaria la fecha en que se le realizará la pericial en trabajo social por videollamada y los datos de quién se la realizará.
Elabora:	Subdirección de Trabajo Social.
Número de tantos:	Dos originales.
Distribución:	Original. – Persona usuaria. Original. – Expediente de la Subdirección de Trabajo Social.

INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
1	NÚM. DE PTSV	El número de trabajo social asignado, para la realización de la pericial en trabajo social por videollamada.
2	FECHA DE LA PERICIAL EN TRABAJO SOCIAL POR VIDEOLLAMADA	El día, mes y año en que se realizará la pericial en trabajo social por videollamada.
3	EXP. O TOCA	El número de expediente o toca de la Autoridad Jurisdiccional donde se encuentra el juicio.
4	ENTRE EL HORARIO DE	El horario en que se realizará la pericial en Trabajo Social por videollamada, contemplando el horario laboral de lunes a jueves de 9:00 a 15:00 horas y viernes de 9:00 a 14:00 horas.
5	NOMBRE DE LA TRABAJADORA O TRABAJADOR SOCIAL	El nombre completo de la trabajadora o trabajador social quien realizará la pericial en trabajo social por videollamada.
6	TIPO DE JUICIO	La denominación del Juicio a que hace referencia el ordenamiento Judicial.
7	NOMBRE DE LA PERSONA A QUIEN SE REALIZARÁ LA PERICIAL EN TRABAJO SOCIAL POR VIDEOLLAMADA	El nombre completo de la persona usuaria a la que se le realizará la pericial en trabajo social por videollamada.

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
8	NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA TITULAR DE LA SUBDIRECCIÓN DE TRABAJO SOCIAL	El nombre completo y firma de la persona responsable de la Subdirección de Trabajo Social.
9	EL NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA USUARIA	El nombre completo y firma de la persona usuaria a quien se le realizará la pericial en trabajo social por videollamada.

SUBDIRECCIÓN DE TRABAJO SOCIAL

Asignación de pericial en trabajo social por videollamada		
Núm de PTSV:	**Día de realización:**	**Seguimiento**
Oficio de Sol. Sala o Jgdo:	**Fecha límite de entrega para revisión:**	**Fecha de entrega a revisión:**
Exp. o toca:	**Fecha Vo. Bo.**	**Fecha de devolución de revisión:**
Sala o juzgado:	**Fecha de entrega a Sala o juzgado:**	**Fecha de Vo. Bo.**

Nombre de la persona usuaria

NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA TITULAR DE LA SUBDIRECCIÓN DE TRABAJO SOCIAL.

NOMBRE Y FIRMA DE LA TRABAJADORA O TRABAJADOR SOCIAL.

STS-PTSV-AP-01

SUBDIRECCIÓN DE TRABAJO SOCIAL

Asignación de pericial en trabajo social por videollamada		
Núm. de PTSV: (1)	**Día de realización: (5)**	**Seguimiento**
Oficio de Sol. Sala o Jgdo: (2)	**Fecha límite de entrega para revisión: (6)**	**Fecha de entrega a revisión: (9)**
Exp. o toca: (3)	**Fecha Vo. Bo. (7)**	**Fecha de devolución de revisión: (10)**
Sala o juzgado: (4)	**Fecha de entrega a Sala o juzgado: (8)**	**Fecha de Vo. Bo. (11)**

Nombre de la persona usuaria
(12)

(13)

NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA TITULAR DE LA SUBDIRECCIÓN DE TRABAJO SOCIAL.

(14)

NOMBRE Y FIRMA DE LA TRABAJADORA O TRABAJADOR SOCIAL.

STS-PTSV-AP-01

DESCRIPCIÓN DEL FORMATO

Nombre:	**ASIGNACIÓN DE LA PERICIAL EN TRABAJO SOCIAL POR VIDEOLLAMADA.**
Clave:	**STS-PTSV-AP-01**
Objetivo:	Establecer los tiempos y procesos a seguir para el cumplimiento de la orden dictada por la Autoridad Jurisdiccional correspondiente.
Elabora:	Subdirección de Trabajo Social.
Número de tantos:	Original.
Distribución:	Original. - Expediente de la Subdirección de Trabajo Social.

INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
1	NÚM. DE PTSV	El número de trabajo social asignado, para la realización de la pericial en trabajo social por videollamada.
2	OFICIO DE SOL. SALA O JGDO.	El número de oficio remitido por la Autoridad Jurisdiccional en el que ordena la práctica de la pericial en trabajo social por videollamada.
3	EXP. O TOCA	El número de expediente o toca de la Autoridad Jurisdiccional que remite la orden.
4	SALA O JUZGADO	La Autoridad Jurisdiccional donde se encuentra radicado el juicio.
5	DÍA DE REALIZACIÓN	El día, mes y año en que se realizó la pericial en trabajo social por videollamada.
6	FECHA LÍMITE DE ENTREGA PARA REVISIÓN	El día, mes y año limite en la que la trabajadora o trabajador social habrá de entregar el dictamen pericial por videollamada para su revisión.
7	FECHA DE VO.BO.	El día, mes y año límite en la que la trabajadora o trabajador social deberá obtener el Vo.Bo. de la persona titular de la Subdirección de Trabajo Social para el envío del dictamen a la Autoridad Jurisdiccional solicitante.
8	FECHA DE ENTREGA A SALA O JUZGADO	El día, mes y año límite en el que el dictamen ha de ser entregado a la Autoridad Jurisdiccional en el que se encuentra radicado el juicio.

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
9	FECHA DE ENTREGA A REVISIÓN	El día, mes y año en el que la trabajadora o trabajador social entrega el dictamen en trabajo social para su revisión, además de plasmar su firma.
10	FECHA DE DEVOLUCIÓN DE REVISIÓN	El día, mes y año en el que la trabajadora o trabajador social recibe el dictamen en trabajo social con observaciones, además de plasmar su firma.
11	FECHA DE VO.BO.	El día, mes y año en la que la persona titular de la Subdirección de Trabajo Social firma el oficio de envío del dictamen en trabajo social a la Autoridad Jurisdiccional, además plasmar su firma.
12	NOMBRE DE LA PERSONA USUARIA	El nombre completo de la persona usuaria.
13	NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA TITULAR DE LA SUBDIRECCIÓN DE TRABAJO SOCIAL	El nombre completo y firma de la persona titular de la Subdirección de Trabajo Social.
14	NOMBRE Y FIRMA DE LA TRABAJADORA O TRABAJADOR SOCIAL	El nombre completo, firma de la trabajadora o trabajador social y el día, mes y año en que recibe el expediente para la elaboración de la pericial en trabajo social por videollamada.

Procedimiento: CIEAJ-014	Aplicación de pericial en trabajo social por videollamada.
Objetivo general:	Realizar la aplicación de pericial en trabajo social por videollamada con base al protocolo establecido y de acuerdo a las solicitudes de las Autoridades 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, ordenadas por la Autoridad Jurisdiccional.

2. Las periciales en trabajo social por videollamada se realizarán cuando, por caso fortuito o fuerza mayor, el Pleno del Consejo de la Judicatura de la Ciudad de México determine la suspensión total o parcial de las actividades presenciales.

3. Las periciales en trabajo social por videollamada se realizarán en circunstancias especiales, en las que estén autorizados los peritajes en trabajo social por videollamada y no existan condiciones físicas o materiales óptimas para desahogarse en forma presencial.

4. Para la realización de la pericial en trabajo social por videollamada, se envía a través de correo electrónico institucional a la persona usuaria las siguientes indicaciones:

   a) Descargar la aplicación de videollamada para utilizar en su dispositivo móvil;
   b) Tener en su dispositivo móvil la aplicación de mensajería utilizada, ya que el día de la reunión tendrá que enviar su ubicación en tiempo real, al número celular institucional que le proporcione la Trabajadora o el Trabajador Social;
   c) El equipo móvil deberá contar con batería suficiente;
   d) Se darán diez minutos de tolerancia a la persona usuaria para que se conecte a la reunión;
   e) En el correo se deberá adjuntar manual de usuario y encuesta de salida.

5. Cuando no sea posible realizar la pericial en trabajo social por videollamada solicitada por la Autoridad Jurisdiccional, la Trabajadora o el Trabajador Social deberá realizar un informe que contenga la siguiente información:
   a) Rubro de referencia;
   b) Lugar, día y hora en qué se llevaría a cabo la pericial en trabajo social por videollamada;
   c) Descripción de las acciones que se realizaron para poder determinar que no fue posible realizar la pericial en trabajo social por videollamada (especificando tiempo en que inicio la conexión, el tiempo de espera, las llamadas telefónicas realizadas, los mensajes de texto enviados, etc.);
   d) Incluir captura de pantalla de la hora de inicio de la sesión de la videollamada, así como la captura de la hora de término de la misma, añadiendo, las respectivas capturas de las llamadas realizadas o los mensajes enviados.

6. Únicamente y mediante solicitud por oficio por parte de la Autoridad Jurisdiccional se reagendará una nueva fecha para la realización de la pericial en trabajo social por videollamada.

7. Si las Autoridades Jurisdiccionales hacen solicitud de reprogramar la realización de la pericial en trabajo social por videollamada y ya se ha realizado un cotejo y asignado fecha y ésta no haya podido ser realizada, se asignará una cita directa, misma que se le informará mediante oficio respectivo.

8. La Subdirección de Trabajo Social proporcionará sus servicios únicamente a las personas que expresamente determine la Autoridad Jurisdiccional, derivado de procedimientos seguidos ante la jurisdicción del Tribunal.

9. Las periciales en trabajo social por videollamada se realizarán dentro de los horarios previamente señalados.

10. Las periciales en trabajo social por videollamada se realizarán en el domicilio particular que previamente haya señalado la Autoridad Jurisdiccional.

11. La realización de la pericial en trabajo social por videollamada se suspenderá por la Trabajadora o el Trabajador Social cuando:
    a) Por caso fortuito o fuerza mayor la persona usuaria no pueda acceder a la Plataforma;
    b) No existan las condiciones tecnológicas para utilizar la Plataforma;
    c) La persona usuaria esté impedida para utilizar la Plataforma. En este caso, la persona usuaria deberá acreditar las razones de dicho impedimento ante la Autoridad Jurisdiccional, para los efectos legales a que haya lugar;
    d) La persona usuaria incumpla alguno de los rubros del Consentimiento Informado. En este caso, la persona usuaria deberá informarlo a la Autoridad Jurisdiccional al día hábil inmediato posterior.

12. Las y los Trabajadores Sociales imprimirán por duplicado el dictamen pericial solicitado por la Autoridad Jurisdiccional.

13. Al concluir la pericial en trabajo social por videollamada la persona usuaria deberá responder la encuesta de satisfacción, misma que recibirá por correo electrónico con las instrucciones para la realización de la videollamada, la cual deberá estar impresa al momento de la entrevista.

14. Los dictámenes periciales en trabajo social serán enviados a las Autoridades 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.

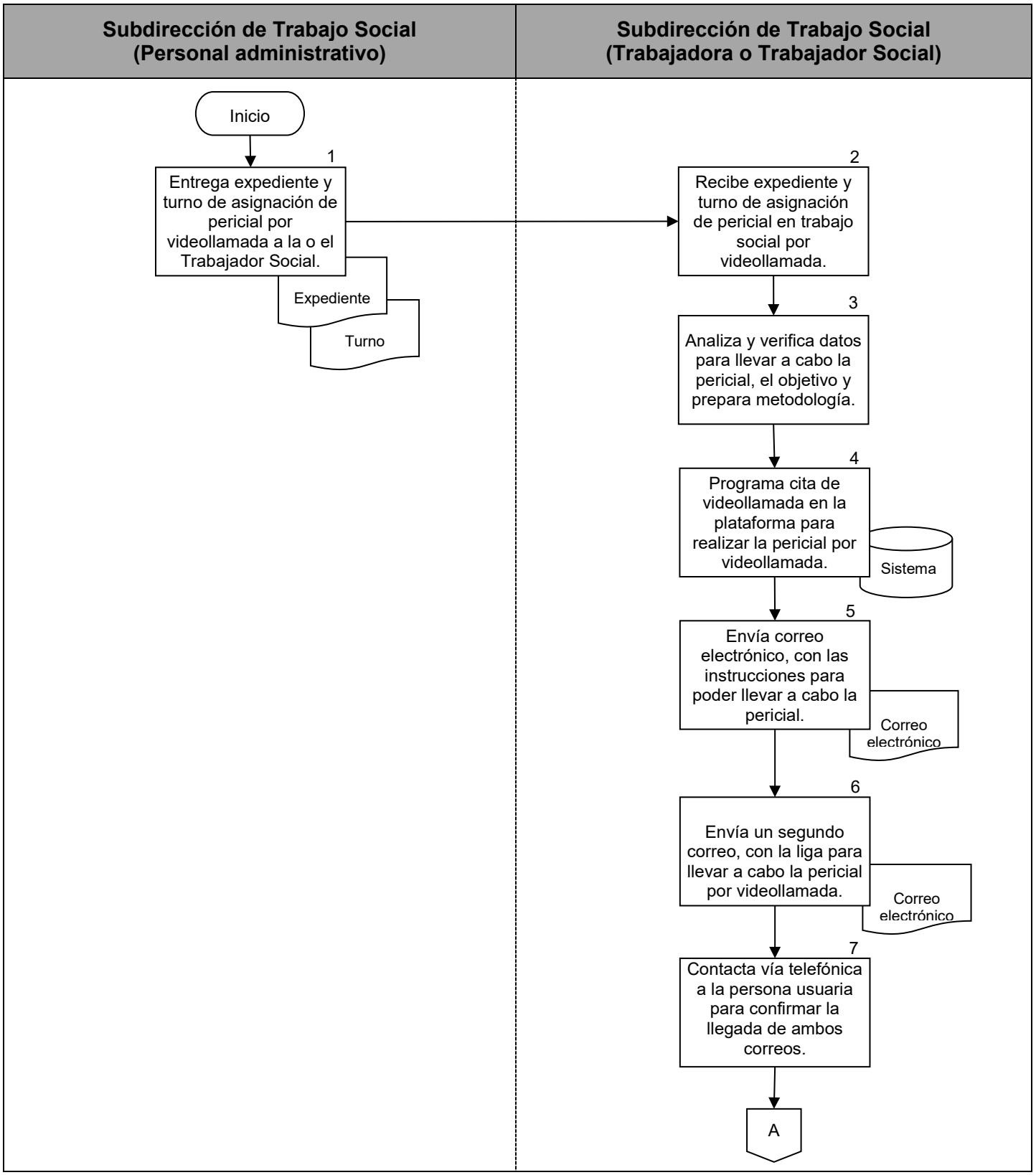
16. De presentarse algún caso en el cual la persona usuaria, muestre algún tipo de discapacidad (auditiva, visual, motriz, intelectual u otras), que hablen otro idioma o dialecto que impida establecer la comunicación directa con ellos, se solicitará el apoyo especializado correspondiente.

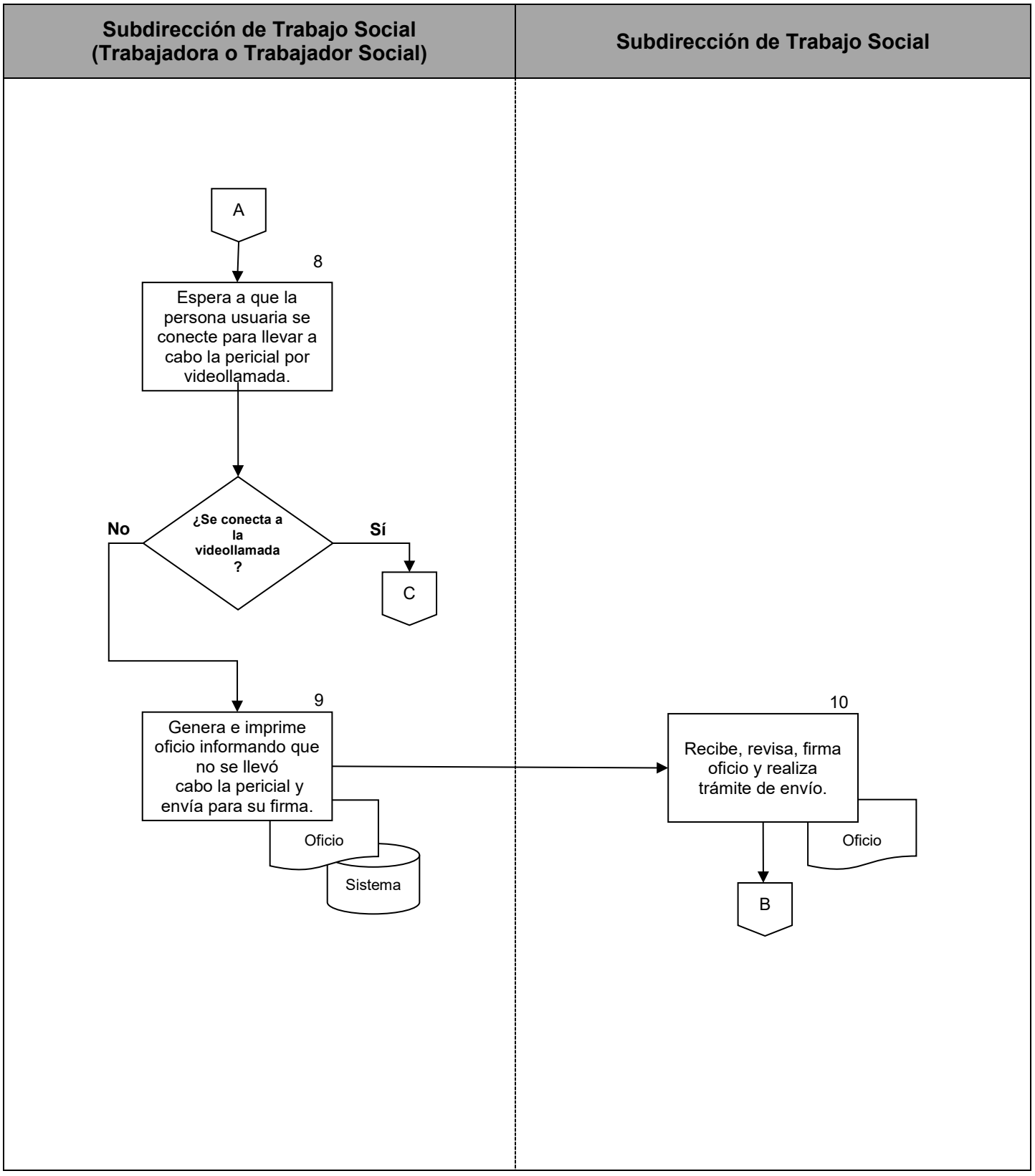
No.	Área.	Descripción de la actividad.	Documentos y/o sistemas de apoyo.
1	Subdirección de Trabajo Social (Personal administrativo)	Entrega expediente y turno de asignación de pericial en trabajo social por videollamada a la Trabajadora o el Trabajador Social.	
2	Subdirección de Trabajo Social (Trabajadora o Trabajador Social)	Recibe expediente y turno de asignación de pericial en trabajo social por videollamada.	
3		Analiza y verifica los datos de las personas para llevar a cabo la pericial en trabajo social por videollamada y el objetivo de la misma, y prepara metodología.	
4		Programa cita de videollamada en la plataforma autorizada por el Pleno del Consejo, para realizar la pericial en trabajo social por videollamada.	• Plataforma
5		Envía mediante correo electrónico las instrucciones para poder llevar a cabo la pericial en trabajo social por videollamada, a la persona usuaria.	• Correo electrónico
6		Envía un segundo correo, con la liga para llevar a cabo la pericial en trabajo social por videollamada previamente programada, a la persona usuaria.	• Correo electrónico
7		Contacta vía telefónica a la persona usuaria para confirmar la llegada de ambos correos.	
8		Espera a que la persona usuaria se conecte a la reunión para llevar a cabo la pericial en trabajo social por videollamada **¿Se conecta a la videollamada?** **No.** Continúa en la actividad no. 9 **Sí.** Continúa en la actividad no. 13	

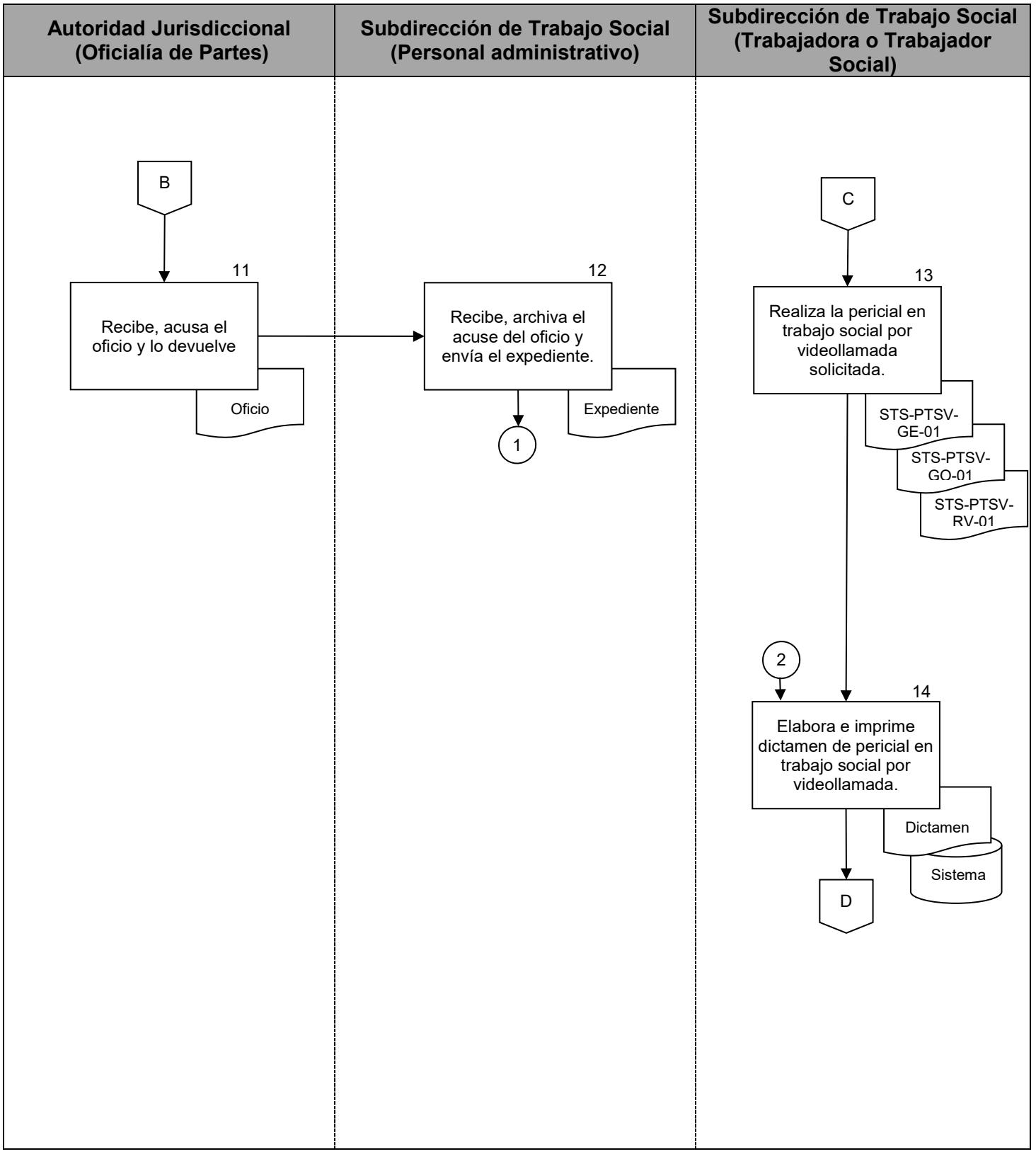
No.	Área.	Descripción de la actividad.	Documentos y/o sistemas de apoyo.
9	Subdirección de Trabajo Social (Trabajadora o Trabajador Social)	Genera e imprime oficio a través del Sistema autorizado por el Pleno del Consejo, informando a la Autoridad Jurisdiccional que no se llevó a cabo la pericial en trabajo social por videollamada, y envía a la Subdirección de Trabajo Social, para su firma.	• Sistema • Oficio
10	Subdirección de Trabajo Social	Recibe, revisa, firma oficio y realiza trámite de envío a la Autoridad Jurisdiccional.	
11	Autoridad Jurisdiccional (Oficialía de Partes)	Recibe, acusa el oficio y lo devuelve.	
12	Subdirección de Trabajo Social (Personal administrativo)	Recibe, archiva el acuse del oficio y envía el expediente a la Subdirección de Trabajo Social. (Continúa en la actividad no. 22)	
13 14	Subdirección de Trabajo Social (Trabajadora o Trabajador Social)	Realiza la pericial en trabajo social por videollamada solicitada, utilizando los formatos “Guía de Entrevista” STS-PTSV-GE-01, “Guía de Observación” STS-PTSV--GO-01 y “Referencia Vecinales” STS-PTSV-RV-01, según corresponda. Elabora e imprime dictamen de la pericial en trabajo social por videollamada, a través del Sistema autorizado por el Pleno del Consejo, y envía a la Subdirección de Trabajo Social.	• Formato STS-PTSV-GE-01 STS-PTSV-GO-01 STS-PTSV-RV-01 • Sistema • Dictamen
15	Subdirección de Trabajo Social	Recibe dictamen pericial en trabajo social por videollamada y documentos soporte para su revisión, visto bueno y autorización. **¿Autoriza el dictamen pericial en trabajo social?** **No.** Continúa en la actividad no. 16 **Sí.** Continúa en la actividad no. 17	

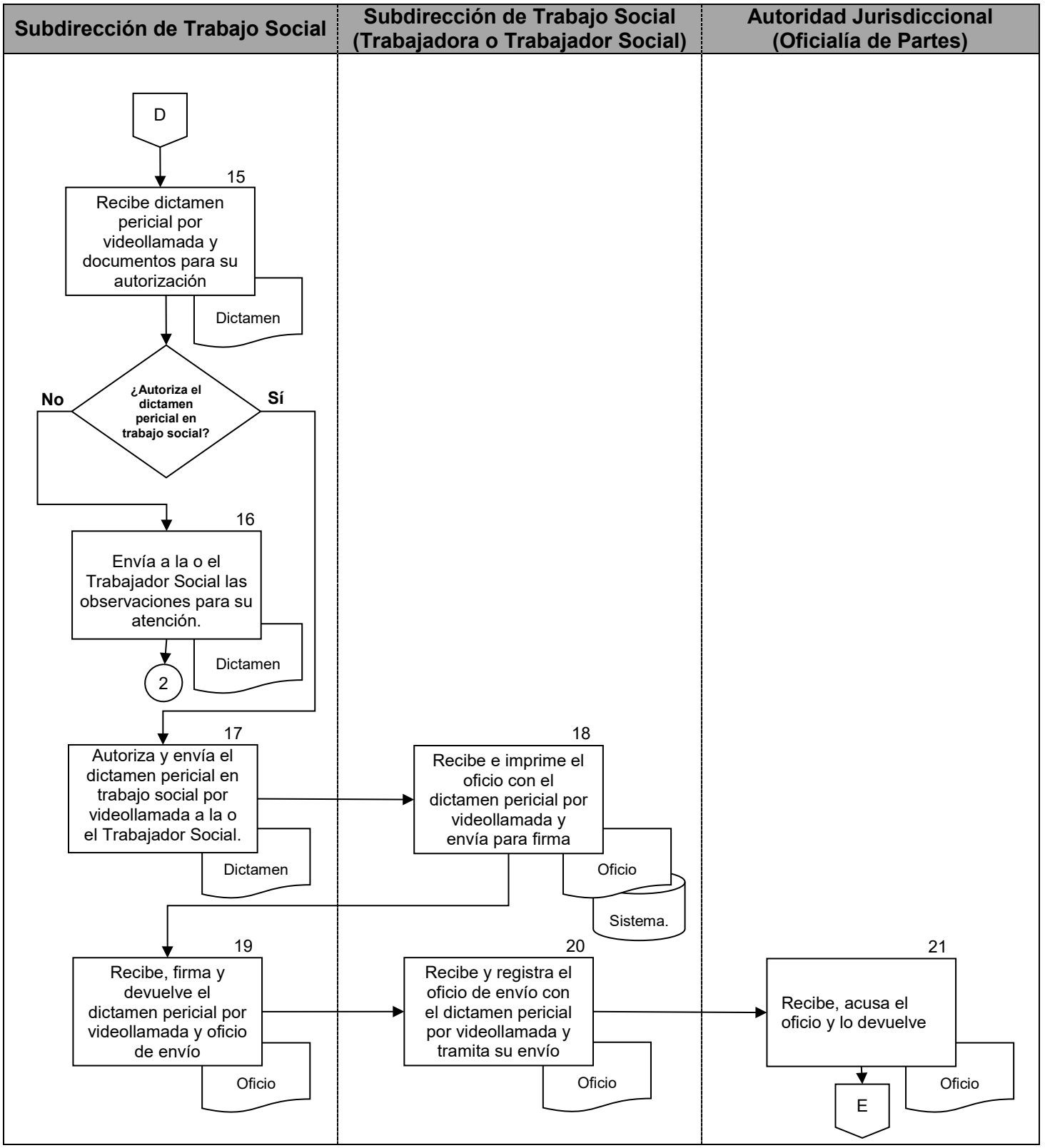
No.	Área.	Descripción de la actividad.	Documentos y/o sistemas de apoyo.
16	Subdirección de Trabajo Social	Envía a la Trabajadora o el Trabajador Social las observaciones del dictamen en trabajo social por videollamada para su atención. (Regresa a la actividad no. 14)	
17		Autoriza y envía el dictamen pericial en trabajo social por videollamada a la Trabajadora o el Trabajador Social.	
18	Subdirección de Trabajo Social (Trabajadora o Trabajador Social)	Recibe e imprime el oficio de envío con el dictamen en trabajo social por videollamada, a través del Sistema autorizado por el Pleno del Consejo, prepara documentación y envía a la Subdirección de Trabajo Social, para su firma.	• Sistema • Oficio
19	Subdirección de Trabajo Social	Recibe, firma y devuelve a la Trabajadora o el Trabajador Social el dictamen en trabajo social por videollamada y oficio de envío.	
20	Subdirección de Trabajo Social (Trabajadora o Trabajador Social)	Recibe y registra en Libreta de oficios de envío el número de oficio con el dictamen pericial en trabajo social por videollamada, y realiza trámite de envío a la Autoridad Jurisdiccional.	• Libreta de oficios de envío
21	Autoridad Jurisdiccional (Oficialía de Partes)	Recibe, acusa el oficio y lo devuelve.	
22	Subdirección de Trabajo Social (Personal administrativo)	Recibe, registra la fecha de acuse en el Sistema autorizado por el Pleno del Consejo, archiva acuse del oficio y resguarda en el área el expediente de pericial en trabajo social por videollamada, hasta que concluya su periodo de archivo en trámite.	• Sistema
23		Envía expediente al Archivo Judicial.	

FIN DEL PROCEDIMIENTO

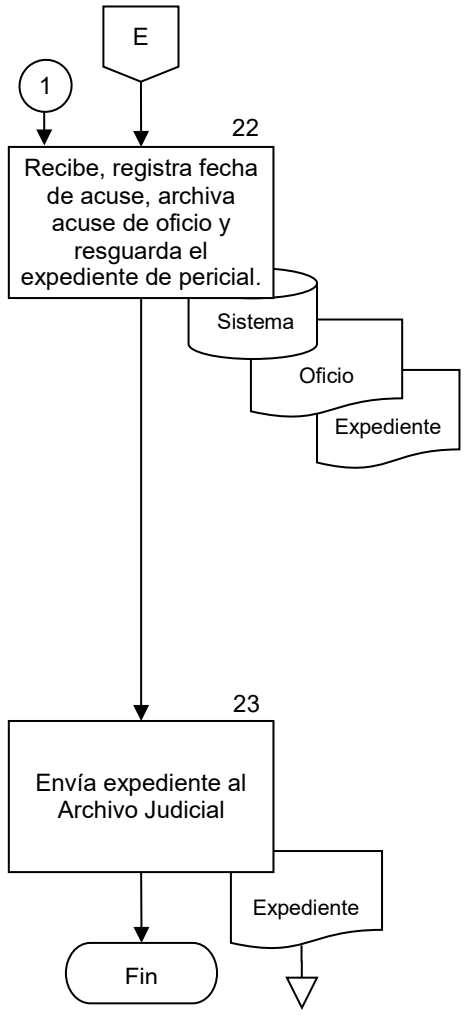

Subdirección de Trabajo Social (Personal administrativo)
Subdirección de Trabajo Social (Trabajadora o Trabajador Social)
Inicio
1
Entrega expediente y turno de asignación de pericial por videollamada a la o el Trabajador Social.
Expediente
Turno
2
Recibe expediente y turno de asignación de pericial en trabajo social por videollamada.
3
Analiza y verifica datos para llevar a cabo la pericial, el objetivo y prepara metodología.
4
Programa cita de videollamada en la plataforma para realizar la pericial por videollamada.
Sistema
5
Envía correo electrónico, con las instrucciones para poder llevar a cabo la pericial.
Correo electrónico
6
Envía un segundo correo, con la liga para llevar a cabo la pericial por videollamada.
Correo electrónico
7
Contacta vía telefónica a la persona usuaria para confirmar la llegada de ambos correos.
A


Subdirección de Trabajo Social (Trabajadora o Trabajador Social)
Subdirección de Trabajo Social
A
8
Espera a que la persona usuaria se conecte para llevar a cabo la pericial por videollamada.
¿Se conecta a la videollamada ?
No
Sí
C
9
Genera e imprime oficio informando que no se llevó cabo la pericial y envía para su firma.
Oficio
Sistema
10
Recibe, revisa, firma oficio y realiza trámite de envío.
Oficio
B


Autoridad Jurisdiccional (Oficialía de Partes)
Subdirección de Trabajo Social (Personal administrativo)
Subdirección de Trabajo Social (Trabajadora o Trabajador Social)
B
11
Recibe, acusa el oficio y lo devuelve
Oficio
12
Recibe, archiva el acuse del oficio y envía el expediente.
Expediente
1
C
13
Realiza la pericial en trabajo social por videollamada solicitada.
STS-PTSV-GE-01
STS-PTSV-GO-01
STS-PTSV-RV-01
2
14
Elabora e imprime dictamen de pericial en trabajo social por videollamada.
Dictamen
Sistema
D


Subdirección de Trabajo Social
Subdirección de Trabajo Social (Trabajadora o Trabajador Social)
Autoridad Jurisdiccional (Oficialía de Partes)
D
15
Recibe dictamen pericial por videollamada y documentos para su autorización
Dictamen
¿Autoriza el dictamen pericial en trabajo social?
No
Sí
16
Envía a la o el Trabajador Social las observaciones para su atención.
Dictamen
2
17
Autoriza y envía el dictamen pericial en trabajo social por videollamada a la o el Trabajador Social.
Dictamen
18
Recibe e imprime el oficio con el dictamen pericial por videollamada y envía para firma
Oficio
Sistema.
19
Recibe, firma y devuelve el dictamen pericial por videollamada y oficio de envío
Oficio
20
Recibe y registra el oficio de envío con el dictamen pericial por videollamada y tramita su envío
Oficio
21
Recibe, acusa el oficio y lo devuelve
Oficio
E

Subdirección de Trabajo Social
(Personal administrativo)



PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

SUBDIRECCIÓN DE TRABAJO SOCIAL

GUÍA DE ENTREVISTA

FECHA _____

JUICIO_____

PTSV_____

DATOS GENERALES

NOMBRE_____

DOMICILIO_____

_____

EDAD_____ FECHA DE NACIMIENTO_____ LUGAR DE NACIMIENTO_____

ÚLTIMO GRADO DE ESTUDIOS: _____ ESTADO CIVIL: _____

RELIGIÓN_____ SEXO___ _____

ESTRUCTURA Y DINÁMICA FAMILIAR

NOMBRE	PARENTESCO	EDAD	ESTADO CIVIL	ESCOLARIDAD	OCUPACIÓN

¿QUÉ ACTIVIDADES REALIZAN EN SU FAMILIA, DÓNDE LA MAYORÍA DE SUS INTEGRANTES SE VEN INVOLUCRADOS Y CON QUÉ FRECUENCIA?

_____

_____

STS-PTSV-GE-01

Página 1 de 8

¿CÓMO SE INVOLUCRA LA FAMILIA CUANDO ALGUNO DE SUS INTEGRANTES, PRESENTA SENTIMIENTOS DE MALESTAR O PROBLEMAS? _____

_____

¿CUENTAN CON ALGÚN MOMENTO PARA CONVERSAR? SI ( ) NO ( ) ¿QUÉ TEMÁTICAS TRATAN?

_____

_____

CONSIDERA QUE LOS INTEGRANTES DE SU FAMILIA, PUEDEN EXPRESAR SUS OPINIONES DE MANERA LIBRE AL INTERIOR DE LA FAMILIA. SI ( ) NO ( ) EXPLIQUE _____

_____

LOS INTEGRANTES DE SU FAMILIA, ¿PUEDEN EXPRESAR DE MANERA ABIERTA EMOCIONES O SENTIMIENTOS? SI ( ) NO ( ) EXPLIQUE_____

_____

¿EXISTE ALGÚN MOMENTO PARA EXPRESAR AFECTOS ENTRE LOS INTEGRANTES DE LA FAMILIA? SI ( ) NO ( ) EXPLIQUE

_____

¿QUIÉN PREPARA LOS ALIMENTOS EN EL HOGAR? _____

¿QUIÉN PROVEE ECONÓMICAMENTE EL HOGAR? _____

¿QUIÉN EJERCE LA AUTORIDAD EN EL HOGAR? _____

¿CÓMO SE DISTRIBUYEN LAS ACTIVIDADES DOMÉSTICAS EN SU HOGAR? _____

_____

¿QUIÉN CUIDA A LA NIÑA, NIÑO O ADOLESCENTE? _____

EN SU FAMILIA, ¿CÓMO RESUELVEN LOS PROBLEMAS QUE SE PRESENTAN? _____

¿QUIÉNES PARTICIPAN EN LA TOMA DE DECISIONES PARA RESOLVER LOS PROBLEMAS QUE SE PRESENTAN?

_____

¿QUIÉN ESTABLECE LAS REGLAS DENTRO LA FAMILIA? (EJEMPLOS) _____

_____

¿QUÉ SUCEDE CUANDO ALGÚN INTEGRANTE DE LA FAMILIA NO CUMPLE CON LAS REGLAS ESTABLECIDAS?

_____

CONVIVENCIAS_____ PENSIÓN ALIMENTICIA_____

REDES DE APOYO:

NOMBRE	EDAD	PARENTESCO	OCUPACIÓN	DOMICILIO

TIPO DE FAMILIA: NUCLEAR ( ), MONOPARENTAL PATERNA ( ), MONOPARENTAL MATERNA ( ), EXTENSA ( ), HOGAR UNIPERSONAL ( ), RECONSTITUIDA ( ), OTRA ( ) _____

TIEMPO LIBRE:

_____

_____

ANTECEDENTES:

_____

_____

_____

_____

_____

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

SUBDIRECCIÓN DE TRABAJO SOCIAL

EDUCACIÓN

NOMBRE DE LA NIÑA, NIÑO Y/O ADOLESCENTE _____

NOMBRE DE LA ESCUELA_____

DOMICILIO_____ PARTICULAR ( ) GOBIERNO ( )

HORARIO_____ PROMEDIO _____ AÑO ESCOLAR /EDAD CORRESPONDIENTE SI NO

ACTIVIDADES EXTRAESCOLARES _____

_____

TIEMPO DE TRASLADO DE LA ESCUELA AL DOMICILIO _____

NOMBRE DE LA NIÑA, NIÑO Y/O ADOLESCENTE _____

NOMBRE DE LA ESCUELA_____

DOMICILIO_____ PARTICULAR ( ) GOBIERNO ( )

HORARIO_____ PROMEDIO _____ AÑO ESCOLAR /EDAD CORRESPONDIENTE SI NO

ACTIVIDADES EXTRAESCOLARES _____

_____

TIEMPO DE TRASLADO DE LA ESCUELA AL DOMICILIO _____

NOMBRE DE LA NIÑA, NIÑO Y/O ADOLESCENTE _____

NOMBRE DE LA ESCUELA_____

DOMICILIO_____ PARTICULAR ( ) GOBIERNO ( )

HORARIO_____ PROMEDIO _____ AÑO ESCOLAR /EDAD CORRESPONDIENTE SI NO

ACTIVIDADES EXTRAESCOLARES _____

_____

TIEMPO DE TRASLADO DE LA ESCUELA AL DOMICILIO _____

QUIÉN ACUDE A LAS JUNTAS ESCOLARES _____

PERSONA ENCARGADA DE LLEVAR Y TRAER A LA NIÑA, NIÑO Y/O ADOLESCENTE DE LA ESCUELA _____

ALIMENTACIÓN

N° DE COMIDAS AL DIA:			HORARIO:	LUGAR	OBSERVACIONES:
DESAYUNO	SI	NO			
COLACION	SI	NO			
COMIDA	SI	NO			
COLACION	SI	NO			
CENA	SI	NO			
OTRO	SI	NO			

DESPENSA ALIMENTARIA				
LUGAR:		TIEMPO DE TRASLADO:	FRECUENCIA DE COMPRA:	GASTO MENSUAL:
SUPERMERCADO				
MERCADO FIJO				
MERCADO SOBRE RUEDAS				
TIENDAS DE ABARROTES				
OTRO				

SALUD

SEGURIDAD SOCIAL_____ QUIÉN LA PROPORCIONA_____

DÒNDE ACUDE REGULARMENTE A RECIBIR ATENCIÒN MÉDICA_____

PADECE ENFERMEDADES SI ( ) NO ( ) LLEVA ALGÚN TRATAMIENTO SI ( ) NO ( )

STS-PTSV-GE-01

Página 3 de 8

PADECIMIENTO O TRATAMIENTO (FISICO, PSICOLÓGICO Y/O MÉDICO)	OBSERVACIÓN (DX/TX)	LUGAR DE ATENCIÓN	TRATAMIENTO: CONSULTAS, TERAPIAS, MEDICAMENTOS, INSUMOS, MATERIALES O ADITAMENTOS (COSTO MENSUAL)	COSTO DE TRASLADO (MENSUAL)	TOTAL (MENSUAL)

ESTADO DE SALUD _____ PORQUÉ_____

HÁBITOS DE CONSUMO: ALCOHOL_____DROGAS_____ CIGARRO_____

VIVIENDA

PROPIEDAD DE QUIÉN _____ TIEMPO DE VIVIR EN EL DOMICILIO _____

RENTADA _____PROPIA_____ PRESTADA_____ HIPOTECADA _____

DEPARTAMENTO____ CASA SOLA____ DUPLEX ____ CUARTO ____VECINDAD____

¿CUÁNTAS FAMILIAS VIVEN EN EL DOMICILIO? (SIN CONSIDERAR A LA DE LA PERSONA USUARIA)

_____

_____

DATOS ECONÓMICOS

TRABAJO FORMAL ( ) TRABAJO INFORMAL ( ) DEPENDIENTE ECONÓMICO SI ( ) NO ( ) ¿DE QUIÉN?_____

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? SI ( ) NO ( ) DESCRIPCIÓN_____

_____

_____

_____

Monto mensual de ingreso _____

INGRESOS EXTRA				
CONCEPTO	ACTIVIDAD LABORAL/OTROS INGRESOS		PENSION ALIMENTICIA	
	MONTO	PERIODICIDAD	MONTO	PERIODICIDAD
Aguinaldo				
Prima vacacional				
Utilidades				
caja/ fondo de ahorro				
vales de despensa				
Bono				
Becas				
programas gubernamentales				
pensión alimenticia				

EGRESOS

CONCEPTO	PERSONA USUARIA	DEPENDIENTE ECONÓMICO	DEPENDIENTE ECONÓMICO	DEPENDIENTE ECONÓMICO
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				
Refrendo				
Seguro de vehículo				
Recreación y entretenimiento				
Educación escolar:		inscripción colegiatura útiles libros uniforme zapatos escolares gastos extra transporte escolar eventos escolares	inscripción colegiatura útiles libros uniforme zapatos escolares gastos extra transporte escolar eventos escolares	inscripción colegiatura útiles libros uniforme zapatos escolares gastos extra transporte escolar eventos escolares
Vestido y Calzado				
Artículos de aseo personal				
Pensión alimenticia				
otros				

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

SUBDIRECCIÓN DE TRABAJO SOCIAL

APOYOS FAMILIARES					
NOMBRE DE QUIÉN LO RECIBE	PARENTESCO	¿DESDE CUÁNDO?	¿CON QUE PERIODICIDAD?	MONTO	¿EN QUÉ LO OCUPA?

SITUACIÓN PATRIMONIAL

DEUDAS:

Persona/institución_____ **monto**_____ **desde cuándo**_____ **abonos** _____
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: _____
Maneja tarjetas departamentales: _____
Casas/terrenos o accesorias:
_____
_____

Vehículos:_____
_____

STS-PTSV-GE-01

Página 6 de 8

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

SUBDIRECCIÓN DE TRABAJO SOCIAL

CUESTIONARIO REGLA AMAI 2022

1. Pensando en el jefe o jefa de hogar, ¿cuál fue el último año de estudios que aprobó en la escuela?

respuesta	puntos
No estudio	0
Primaria incompleta	6
Primaria Completa	11
Secundaria incompleta	12
Secundaria Completa	18
Carrera comercial, carrera técnica o preparatoria incompleta	23
Preparatoria completa	27
Licenciatura incompleta	38
Licenciatura completa	58
Diplomado o maestría	86
Doctorado	86

2. ¿Cuántos baños completos con regadera y W.C. (excusado) hay en esta vivienda?

respuesta	puntos
0	0
1	24
2 o más	47

3. ¿Cuántos automóviles o camionetas tienen en su hogar, incluyendo camionetas cerradas, o con cabina o caja?

respuesta	puntos
0	0
1	22
2 o más	43

4. Sin tomar en cuenta la conexión móvil que pudiera tener desde algún celular ¿este hogar cuenta con internet?

respuesta	puntos
No tiene	0
Sí tiene	32

5. De todas las personas de 14 años o más que viven en el hogar, ¿cuántas trabajaron en el último mes?

respuesta	puntos
0	0
1	15
2	31
3	46
4 o más	61

6. En esta vivienda, ¿cuántos cuartos se usan para dormir, sin contar pasillos ni baños?

respuesta	puntos
0	0
1	8
2	16
3	24
4 o más	32

Tabla para determinar el Nivel socioeconómico al que pertenece.

Nivel	puntos
A/B	202 y más
C+	168 a 201
C	141 a 167
C-	116 a 140
D+	95 a 115
D	48 a 94
E	0 a 47

STS-PTSV-GE-01

Página 7 de 8

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

SUBDIRECCIÓN DE TRABAJO SOCIAL

Dimensiones de la seguridad alimentaria : Evaluación Estratégica de Nutrición y Abasto — CONEVAL

Cuadro 1.5. Preguntas de acceso a la alimentación en los hogares, ENIGH 2008

Acceso a la alimentación en los hogares	
1. En los últimos tres meses, por falta de dinero o recursos ¿alguna vez usted o algún adulto en su hogar tuvo una alimentación basada en muy poca variedad de alimentos? Sí..... [1] No..... [2]	Si en el hogar no hay personas menores de 18 años pase a la sección V. Equipamiento del hogar 7. En los últimos tres meses, por falta de dinero o recursos ¿alguna vez algún menor de 18 años en su hogar tuvo una alimentación basada en muy poca variedad de alimentos? Sí..... [1] No..... [2]
2. En los últimos tres meses, por falta de dinero o recursos ¿alguna vez usted o algún adulto en su hogar dejó de desayunar, comer o cenar? Sí..... [1] No..... [2]	8. En los últimos tres meses, por falta de dinero o recursos ¿alguna vez algún menor de 18 años en su hogar comió menos de lo que debía? Sí..... [1] No..... [2]
3. En los últimos tres meses, por falta de dinero o recursos ¿alguna vez usted o algún adulto en su hogar comió menos de lo que usted piensa debía comer Sí..... [1] No..... [2]	9. En los últimos tres meses, por falta de dinero o recursos ¿alguna vez tuvieron que disminuir la cantidad servida en la comida a algún menor de 18 años del hogar? Sí..... [1] No..... [2]
4. En los últimos tres meses, por falta de dinero o recursos ¿alguna vez se quedaron sin comida? Sí..... [1] No..... [2]	10. En los últimos tres meses, por falta de dinero o recursos ¿alguna vez algún menor de 18 años sintió hambre pero no comió? Sí..... [1] No..... [2]
5. En los últimos tres meses, por falta de dinero o recursos ¿alguna vez usted o algún adulto de este hogar sintió hambre pero no comió? Sí..... [1] No..... [2]	11. En los últimos tres meses, por falta de dinero o recursos ¿algún menor de 18 años se acostó con hambre? Sí..... [1] No..... [2]
6. En los últimos tres meses, por falta de dinero o recursos ¿alguna vez usted o algún adulto en su hogar sólo comió una vez al día o dejó de comer todo un día? Sí..... [1] No..... [2]	12. En los últimos tres meses, por falta de dinero o recursos ¿alguna vez algún menor de 18 años comió una vez al día o dejó de comer todo un día? Sí..... [1] No..... [2]

Cuadro 1.6. Grado de inseguridad alimentaria según tipo de hogar

Grado	Hogares con adultos y menores[1]	Hogares con sólo adultos[2]
Nulo	Responde negativamente a todas las preguntas de la escala	
Leve	Responde afirmativamente de 1 a 3 preguntas de la escala	Responde afirmativamente de 1 a 2 preguntas de la escala
Moderado	Responde afirmativamente de 4 a 7 preguntas de la escala	Responde afirmativamente de 3 a 4 preguntas de la escala
Grave	Responde afirmativamente de 8 a 12 preguntas de la escala	Responde afirmativamente de 5 a 6 preguntas de la escala

[1] Se consideran las 12 preguntas de la escala
[2] Se consideran solamente las primeras seis preguntas de la escala

Fuente: elaboración del CONEVAL con base en el Módulo de Condiciones Socioeconómicas de la ENIGH 2008.

NOMBRE DE LA O EL PERITO _____

STS-PTSV-GE-01

Página 8 de 8

SUBDIRECCIÓN DE TRABAJO SOCIAL

GUÍA DE ENTREVISTA

FECHA _____(1)_____
JUICIO_____(2)_____
PTSV_____(3)_____

DATOS GENERALES

NOMBRE_____(4)_____

DOMICILIO_____(5)_____

_____

EDAD___(6)___ FECHA DE NACIMIENTO_____(7)_____ LUGAR DE NACIMIENTO___(8)_____

ÚLTIMO GRADO DE ESTUDIOS: _____(9)_____ ESTADO CIVIL: _____(10)_____

RELIGIÓN_____(11)_____ SEXO ____(12)_____

ESTRUCTURA Y DINÁMICA FAMILIAR

NOMBRE	PARENTESCO	EDAD	ESTADO CIVIL	ESCOLARIDAD	OCUPACIÓN
(13)	(14)	(15)	(16)	(17)	(18)

¿QUÉ ACTIVIDADES REALIZAN EN SU FAMILIA, DÓNDE LA MAYORÍA DE SUS INTEGRANTES SE VEN INVOLUCRADOS Y CON QUÉ FRECUENCIA? (19)

_____

_____

STS-PTSV-GE-01

¿CÓMO SE INVOLUCRA LA FAMILIA CUANDO ALGUNO DE SUS INTEGRANTES, PRESENTA SENTIMIENTOS DE MALESTAR O PROBLEMAS? (20)

¿CUENTAN CON ALGÚN MOMENTO PARA CONVERSAR? SI ( ) NO ( ) ¿QUÉ TEMÁTICAS TRATAN? (21)

CONSIDERA QUE LOS INTEGRANTES DE SU FAMILIA, PUEDEN EXPRESAR SUS OPINIONES DE MANERA LIBRE AL INTERIOR DE LA FAMILIA. SI ( ) NO ( ) EXPLIQUE (22)

LOS INTEGRANTES DE SU FAMILIA, ¿PUEDEN EXPRESAR DE MANERA ABIERTA EMOCIONES O SENTIMIENTOS? SI ( ) NO ( ) (31) EXPLIQUE (23)

¿EXISTE ALGÚN MOMENTO PARA EXPRESAR AFECTOS ENTRE LOS INTEGRANTES DE LA FAMILIA? SI ( ) NO ( ) EXPLIQUE (24)

¿QUIÉN PREPARA LOS ALIMENTOS EN EL HOGAR? (25)

¿QUIÉN PROVEE ECONÓMICAMENTE EL HOGAR? (26)

¿QUIÉN EJERCE LA AUTORIDAD EN EL HOGAR? (27)

¿CÓMO SE DISTRIBUYEN LAS ACTIVIDADES DOMÉSTICAS EN SU HOGAR? (28)

¿QUIÉN CUIDA A LA NIÑA, NIÑO O ADOLESCENTE? (29)

EN SU FAMILIA, ¿CÓMO RESUELVEN LOS PROBLEMAS QUE SE PRESENTAN? (30)

¿QUIÉNES PARTICIPAN EN LA TOMA DE DECISIONES PARA RESOLVER LOS PROBLEMAS QUE SE PRESENTAN? (31)

¿QUIÉN ESTABLECE LAS REGLAS DENTRO LA FAMILIA? (EJEMPLOS) (32)

¿QUÉ SUCEDE CUANDO ALGÚN INTEGRANTE DE LA FAMILIA NO CUMPLE CON LAS REGLAS ESTABLECIDAS? (33)

CONVIVENCIAS (34) PENSIÓN ALIMENTICIA (35)

REDES DE APOYO:

NOMBRE	EDAD	PARENTESCO	OCUPACIÓN	DOMICILIO
(36)	(37)	(38)	(39)	(40)

TIPO DE FAMILIA: NUCLEAR ( ), MONOPARENTAL PATERNA ( ), MONOPARENTAL MATERNA ( ), EXTENSA ( ), HOGAR UNIPERSONAL ( ), RECONSTITUIDA ( ), OTRA ( ) (41)

TIEMPO LIBRE: (42)

ANTECEDENTES: (43)

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

SUBDIRECCIÓN DE TRABAJO SOCIAL

EDUCACIÓN

NOMBRE DE LA NIÑA, NIÑO Y/O ADOLESCENTE _____(44)_____

NOMBRE DE LA ESCUELA_____(45)_____

DOMICILIO____(46)_____ PARTICULAR ( ) GOBIERNO ( ) (47)

HORARIO____(48)_____ PROMEDIO ___(49)_____ AÑO ESCOLAR /EDAD CORRESPONDIENTE SI NO (50)

ACTIVIDADES EXTRAESCOLARES _____(51)_____

TIEMPO DE TRASLADO DE LA ESCUELA AL DOMICILIO _____(52)_____

NOMBRE DE LA NIÑA, NIÑO Y/O ADOLESCENTE _____

NOMBRE DE LA ESCUELA_____

DOMICILIO_____ PARTICULAR ( ) GOBIERNO ( )

HORARIO_____ PROMEDIO _____ AÑO ESCOLAR /EDAD CORRESPONDIENTE SI NO

ACTIVIDADES EXTRAESCOLARES _____

TIEMPO DE TRASLADO DE LA ESCUELA AL DOMICILIO _____

NOMBRE DE LA NIÑA, NIÑO Y/O ADOLESCENTE _____

NOMBRE DE LA ESCUELA_____

DOMICILIO_____ PARTICULAR ( ) GOBIERNO ( )

HORARIO_____ PROMEDIO _____ AÑO ESCOLAR /EDAD CORRESPONDIENTE SI NO

ACTIVIDADES EXTRAESCOLARES _____

TIEMPO DE TRASLADO DE LA ESCUELA AL DOMICILIO _____

QUIÉN ACUDE A LAS JUNTAS ESCOLARES _____(53)_____

PERSONA ENCARGADA DE LLEVAR Y TRAER A LA NIÑA, NIÑO Y/O ADOLESCENTE DE LA ESCUELA _____(54)_____

ALIMENTACIÓN

Nº DE COMIDAS AL DIA: (55)			HORARIO: (56)	LUGAR: (57)	OBSERVACIONES: (58)
DESAYUNO	SI	NO			
COLACION	SI	NO			
COMIDA	SI	NO			
COLACION	SI	NO			
CENA	SI	NO			
OTRO	SI	NO			

DESPENSA ALIMENTARIA				
LUGAR (59)		TIEMPO DE TRASLADO: (60)	FRECUENCIA DE COMPRA (61)	GASTO MENSUAL(62)
SUPERMERCADO				
MERCADO FIJO				
MERCADO SOBRE RUEDAS				
TIENDAS DE ABARROTES				
OTRO				

SALUD

SEGURIDAD SOCIAL_____(63)_____ QUIÉN LA PROPORCIONA_____(64)_____

DÓNDE ACUDE REGULARMENTE A RECIBIR ATENCIÓN MÉDICA___(65)_____

PADECE ENFERMEDADES SI ( ) NO ( ) (66) LLEVA ALGÚN TRATAMIENTO SI ( ) NO ( ) (67)

STS-PTSV-GE-01

Página 3 de 8

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

SUBDIRECCIÓN DE TRABAJO SOCIAL

PADECIMIENTO O TRATAMIENTO (FISICO, PSICOLÓGICO Y/O MÉDICO)	OBSERVACIÓN (DX/TX)	LUGAR DE ATENCIÓN	TRATAMIENTO: CONSULTAS, TERAPIAS, MEDICAMENTOS, INSUMOS, MATERIALES O ADITAMENTOS (COSTO MENSUAL)	COSTO DE TRASLADO (MENSUAL)	TOTAL (MENSUAL)
(68)	(69)	(70)	(71)	(72)	(73)

ESTADO DE SALUD _____ PORQUÉ_____(74)_____

HÁBITOS DE CONSUMO: ALCOHOL_____DROGAS_____ CIGARRO_____(75)_____

VIVIENDA

PROPIEDAD DE QUIÉN _____(76)_____ TIEMPO DE VIVIR EN EL DOMICILIO _____(77)_____

RENTADA _____PROPIA_____ PRESTADA_____ HIPOTECADA _____ (78)

DEPARTAMENTO____ CASA SOLA____ DUPLEX ____ CUARTO ____VECINDAD____ (79)

¿CUÁNTAS FAMILIAS VIVEN EN EL DOMICILIO? (SIN CONSIDERAR A LA DE LA PERSONA USUARIA)

__(80)_____

_____

DATOS ECONÓMICOS

TRABAJO FORMAL ( ) TRABAJO INFORMAL ( ) (81) DEPENDIENTE ECONÓMICO SI ( ) NO ( ) ¿DE QUIÉN?_____(82)____

PUESTO:	(83)
NOMBRE DE LA EMPRESA O NEGOCIO	(84)
DIRECCIÓN DE LA EMPRESA O NEGOCIO	(85)
ANTIGÜEDAD:	(86)
TIPO DE CONTRATO	(87)
DÍAS Y HORARIOS	(88)
INGRESO MENSUAL	(89)

¿TRABAJA POR SU CUENTA? SI ( ) NO ( ) DESCRIPCIÓN (90)_____

_____

_____

_____

Monto mensual de ingreso _____(91)_____

STS-PTSV-GE-01

Página 4 de 8

INGRESOS EXTRA				
CONCEPTO	ACTIVIDAD LABORAL/OTROS INGRESOS (92)		PENSION ALIMENTICIA (93)	
	MONTO	PERIODICIDAD	MONTO	PERIODICIDAD
Aguinaldo				
Prima vacacional				
Utilidades				
Caja/ fondo de ahorro				
Vales de despensa				
Bono				
Becas				
Programas gubernamentales				
Pensión alimenticia				

EGRESOS

CONCEPTO	PERSONA USUARIA (94)	DEPENDIENTE ECONÓMICO (95)	DEPENDIENTE ECONÓMICO	DEPENDIENTE ECONÓMICO
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				
Refrendo				
Seguro de vehículo				
Recreación y entretenimiento				
Educación escolar:		Inscripción		
		Colegiatura		
		Útiles		
		Libros		
		Uniforme		
		Zapatos escolares		
		Gastos extra		
		Transporte escolar		
		Eventos escolares		
Vestido y calzado				
Artículos de aseo personal				
Pensión alimenticia				
Otros				

APOYOS FAMILIARES					
NOMBRE DE QUIÉN LO RECIBE	PARENTESCO	¿DESDE CUÁNDO?	¿CON QUE PERIODICIDAD?	MONTO	¿EN QUÉ LO OCUPA?
(96)	(97)	(98)	(99)	(100)	(101)

SITUACIÓN PATRIMONIAL

DEUDAS:

Persona/institución (102) monto (103) desde cuándo (104) abonos (105)
Persona/institución monto desde cuándo abonos
Persona/institución monto desde cuándo abonos
Persona/institución monto desde cuándo abonos

AHORROS: (106)

Maneja tarjetas de crédito: (107)
Maneja tarjetas de débito: (108)
Maneja tarjetas departamentales: (109)
Casas/terrenos o accesorias: (110)

Vehículos: (111)

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

SUBDIRECCIÓN DE TRABAJO SOCIAL

CUESTIONARIO REGLA AMAI 20XX

1. Pensando en el jefe o jefa de hogar, ¿cuál fue el último año de estudios que aprobó en la escuela? **(112)**

respuesta	puntos
No estudio	0
Primaria incompleta	6
Primaria Completa	11
Secundaria incompleta	12
Secundaria Completa	18
Carrera comercial, carrera técnica o preparatoria incompleta	23
Preparatoria completa	27
Licenciatura incompleta	36
Licenciatura completa	59
Diplomado o maestría	85
Doctorado	85

2. ¿Cuántos baños completos con regadera y W.C. (excusado) hay en esta vivienda? **(113)**

respuesta	puntos
0	0
1	24
2 o más	47

3. ¿Cuántos automóviles o camionetas tienen en su hogar, incluyendo camionetas cerradas, o con cabina o caja? **(114)**

respuesta	puntos
0	0
1	22
2 o más	43

4. Sin tomar en cuenta la conexión móvil que pudiera tener desde algún celular ¿este hogar cuenta con internet? **(115)**

respuesta	puntos
No tiene	0
Si tiene	32

5. De todas las personas de 14 años o más que viven en el hogar, ¿cuántas trabajaron en el último mes? **(116)**

respuesta	puntos
0	0
1	15
2	31
3	46
4 o más	61

6. En esta vivienda, ¿cuántos cuartos se usan para dormir, sin contar pasillos ni baños? **(117)**

respuesta	puntos
0	0
1	8
2	16
3	24
4 o más	32

Tabla para determinar el Nivel socioeconómico al que pertenece. **(118)**

Nivel	puntos
A/B	202 y más
C+	168 a 201
C	141 a 167
C-	116 a 140
D+	95 a 115
D	48 a 94
E	0 a 47

STS-PTS-GE-01

Página 7 de 8

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

SUBDIRECCIÓN DE TRABAJO SOCIAL

Dimensiones de la seguridad alimentaria : Evaluación Estratégica de Nutrición y Abasto — CONEVAL

Cuadro 1.5. Preguntas de acceso a la alimentación en los hogares, ENIGH 2008

Acceso a la alimentación en los hogares	
1. En los últimos tres meses, por falta de dinero o recursos ¿alguna vez usted o algún adulto en su hogar tuvo una alimentación basada en muy poca variedad de alimentos? Sí..... |1| No..... |2| (119)	Si en el hogar no hay personas menores de 18 años pase a la sección V. Equipamiento del hogar
2. En los últimos tres meses, por falta de dinero o recursos ¿alguna vez usted o algún adulto en su hogar dejó de desayunar, comer o cenar? Sí..... |1| No..... |2| (120)	7. En los últimos tres meses, por falta de dinero o recursos ¿alguna vez algún menor de 18 años en su hogar tuvo una alimentación basada en muy poca variedad de alimentos? Sí..... |1| No..... |2| (125)
3. En los últimos tres meses, por falta de dinero o recursos ¿alguna vez usted o algún adulto en su hogar comió menos de lo que usted piensa debía comer Sí..... |1| No..... |2| (121)	8. En los últimos tres meses, por falta de dinero o recursos ¿alguna vez algún menor de 18 años en su hogar comió menos de lo que debía? Sí..... |1| No..... |2| (126)
4. En los últimos tres meses, por falta de dinero o recursos ¿alguna vez se quedaron sin comida? Sí..... |1| No..... |2| (122)	9. En los últimos tres meses, por falta de dinero o recursos ¿alguna vez tuvieron que disminuir la cantidad servida en la comida a algún menor de 18 años del hogar? Sí..... |1| No..... |2| (127)
5. En los últimos tres meses, por falta de dinero o recursos ¿alguna vez usted o algún adulto de este hogar sintió hambre pero no comió? Sí..... |1| No..... |2| (123)	10. En los últimos tres meses, por falta de dinero o recursos ¿alguna vez algún menor de 18 años sintió hambre pero no comió? Sí..... |1| No..... |2| (128)
6. En los últimos tres meses, por falta de dinero o recursos ¿alguna vez usted o algún adulto en su hogar sólo comió una vez al día o dejó de comer todo un día? Sí..... |1| No..... |2| (124)	11. En los últimos tres meses, por falta de dinero o recursos ¿algún menor de 18 años se acostó con hambre? Sí..... |1| No..... |2| (129) 12. En los últimos tres meses, por falta de dinero o recursos ¿alguna vez algún menor de 18 años comió una vez al día o dejó de comer todo un día? Sí..... |1| No..... |2| (130)

Cuadro 1.6. Grado de inseguridad alimentaria según tipo de hogar

Grado	Hogares con adultos y menores[1] (131)	Hogares con sólo adultos[2] (132)
Nulo	Responde negativamente a todas las preguntas de la escala	
Leve	Responde afirmativamente de 1 a 3 preguntas de la escala	Responde afirmativamente de 1 a 2 preguntas de la escala
Moderado	Responde afirmativamente de 4 a 7 preguntas de la escala	Responde afirmativamente de 3 a 4 preguntas de la escala
Grave	Responde afirmativamente de 8 a 12 preguntas de la escala	Responde afirmativamente de 5 a 6 preguntas de la escala

[1] Se consideran las 12 preguntas de la escala
[2] Se consideran solamente las primeras seis preguntas de la escala

Fuente: elaboración del CONEVAL con base en el Módulo de Condiciones Socioeconómicas de la ENIGH 2008.

NOMBRE DE LA O EL PERITO _____ (133)

STS-PTSV-GE-01

Página 8 de 8

DESCRIPCIÓN DEL FORMATO

Nombre:	**GUÍA DE ENTREVISTA**
Clave:	**STS-PTSV-GE-01**
Objetivo:	Obtener información para la elaboración de la pericial en trabajo social por videollamada.
Elabora:	Subdirección de Trabajo Social.
Número de tantos:	Original.
Distribución:	Original.- Subdirección de Trabajo Social (Expediente general).

INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
1	FECHA	El día, mes y año en que se realiza la entrevista para la pericial en trabajo social por videollamada.
2	JUICIO	El juicio que se lleva acabo con la Autoridad Jurisdiccional que haya solicitado la realización de la pericial en trabajo social por videollamada.
3	PTSV	El número de trabajo social asignado, para la realización de la pericial en trabajo social por videollamada.
4	NOMBRE	El nombre completo de la persona usuaria a quien se le realiza la pericial en trabajo social por videollamada.
5	DOMICILIO	El domicilio completo de la persona usuaria a quien se le realiza la pericial en trabajo social por videollamada.
6	EDAD	Los años cumplidos que tiene la persona usuaria a quien se le realiza la pericial en trabajo social por videollamada.
7	FECHA DE NACIMIENTO	El día, mes y año de nacimiento de la persona usuaria a quien se le realiza la pericial en trabajo social por videollamada.
8	LUGAR DE NACIMIENTO	En el caso de que la persona usuaria a quien se le realiza la pericial en trabajo social por videollamada tenga nacionalidad mexicana, el estado y el país en el que nació y al tratarse de persona extranjera únicamente indicar el país de nacimiento.
9	ÚLTIMO GRADO DE ESTUDIOS	El último grado escolar de la persona usuaria a quien se le realiza la pericial en trabajo social por videollamada.

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
10	ESTADO CIVIL	El estado civil actual de la persona usuaria a quien se le realiza la pericial en trabajo social por videollamada.
11	RELIGIÓN	La religión que profesa la persona usuaria a quien se le realizará la pericial en trabajo social por videollamada.
12	SEXO	El sexo de la persona usuaria a quien se le realizará la pericial en trabajo social por videollamada.
13	NOMBRE	El nombre completo de las personas que habitan en el mismo domicilio que la persona usuaria (en caso de ser más de una, se puede utilizar los demás campos del cuadro, según se requiera).
14	PARENTESCO	El parentesco de las personas que habitan en el mismo domicilio que la persona usuaria (en caso de ser más de una, persona se puede utilizar los demás campos del cuadro, según se requiera).
15	EDAD	La edad de las personas que habitan en el mismo domicilio que la persona usuaria (en caso de ser más de una se puede utilizar los demás campos del cuadro, según se requiera).
16	ESTADO CIVIL	El estado civil de las personas que habitan en el mismo domicilio que la persona usuaria (en caso de ser más de una, se puede utilizar los demás campos del cuadro, según se requiera).
17	ESCOLARIDAD	La escolaridad de las personas que habitan en el mismo domicilio que la persona usuaria (en caso de ser más de una,

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
		se puede utilizar los demás campos del cuadro, según se requiera).
18	OCUPACIÓN	La ocupación actual de las personas que habitan en el mismo domicilio que la persona usuaria (en caso de ser más de una, se puede utilizar los demás campos del cuadro, según se requiera).
19	¿QUÉ ACTIVIDADES REALIZAN EN SU FAMILIA, DÓNDE LA MAYORÍA DE SUS INTEGRANTES SE VEN INVOLUCRADOS Y CON QUÉ FRECUENCIA?	Las actividades que realizan en familia, cuando conviven todos los integrantes de la familia y cada cuándo las realizan.
20	¿CÓMO SE INVOLUCRA LA FAMILIA CUANDO ALGUNO DE SUS INTEGRANTES, PRESENTA SENTIMIENTOS DE MALESTAR O PROBLEMAS?	La forma de reaccionar de los integrantes de la familia, ante alguna situación de malestar o problemas de alguno de sus miembros.
21	¿CUENTAN CON ALGÚN MOMENTO PARA CONVERSAR?	Marcar con (X) la opción correspondiente y en caso de ser afirmativa la respuesta, describir las temáticas que abordan en sus momentos para conversar.

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
22	CONSIDERA QUE LOS INTEGRANTES DE SU FAMILIA, PUEDEN EXPRESAR SUS OPINIONES DE MANERA LIBRE AL INTERIOR DE LA FAMILIA	Marcar con (X) la opción correspondiente y posteriormente explicar las razones según su respuesta por las que considera se puedan o no expresar de manera libre en la familia.
23	LOS INTEGRANTES DE SU FAMILIA, ¿PUEDEN EXPRESAR DE MANERA ABIERTA EMOCIONES O SENTIMIENTOS?	Marcar con (X) la opción correspondiente y posteriormente explicar las razones según su respuesta por las que considera se pueden expresar de manera abierta las emociones o sentimientos.
24	¿EXISTE ALGÚN MOMENTO PARA EXPRESAR AFECTOS ENTRE LOS INTEGRANTES DE LA FAMILIA?	Marcar con (X) la opción correspondiente y posteriormente explicar las razones según su respuesta por las que considera se pueden expresar afectos entre los integrantes de la familia.
25	¿QUIÉN PREPARA LOS ALIMENTOS EN EL HOGAR?	El nombre completo de la(s) persona(s) encargada(s) de la elaboración de los alimentos en la vivienda.
26	¿QUIÉN PROVEE ECONÓMICAMENTE EL HOGAR?	El nombre completo de la(s) persona(s) que aportan para cubrir los gastos de la familia.

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
27	¿QUIÉN EJERCE LA AUTORIDAD EN EL HOGAR?	El nombre completo de la(s) persona(s) que establecen las reglas, normas y límites a los miembros de la familia.
28	¿CÓMO SE DISTRIBUYEN LAS ACTIVIDADES DOMÉSTICAS EN SU HOGAR?	La forma es que se distribuyen y quienes participan en las actividades de lavado, planchado y aseo de la vivienda.
29	¿QUIÉN CUIDA A LA NIÑA, NIÑO O ADOLESCENTE?	El nombre completo de la(s) persona(s) encargada(s) del cuidado de los niños, niñas y adolescentes involucrados en el juicio.
30	EN SU FAMILIA, ¿CÓMO RESUELVEN LOS PROBLEMAS QUE SE PRESENTAN?	La forma en que la familia resuelve los problemas de cualquier índole que se les van presentando.
31	¿QUIÉNES PARTICIPAN EN LA TOMA DE DECISIONES PARA RESOLVER LOS PROBLEMAS QUE SE PRESENTAN?	El nombre completo de la(s) persona(s) que participan en la toma de decisiones para la resolución de los problemas de los miembros de la familia.
32	¿QUIÉN ESTABLECE LAS REGLAS DENTRO LA FAMILIA? (EJEMPLOS)	El nombre completo de la(s) persona(s) que dictan las reglas del comportamiento familiar, describiendo algunos ejemplos.

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
33	¿QUÉ SUCEDE CUANDO ALGÚN INTEGRANTE DE LA FAMILIA NO CUMPLE CON LAS REGLAS ESTABLECIDAS?	Lo que acontece si alguno de los integrantes de la familia incumple las reglas establecidas.
34	CONVIVENCIAS	Si existe convivencia entre la madre o el padre no custodio y la niña, niño o adolescente; así como la modalidad y periodicidad de las mismas.
35	PENSIÓN ALIMENTICIA	Si la persona usuaria recibe el pago de pensión alimenticia, así como el monto y periodicidad en que lo recibe.
36	NOMBRE	El nombre completo de la(s) persona(s) que forman parte de la red de apoyo de la persona usuaria (en caso de ser más de una persona, se puede utilizar los demás campos del cuadro, según se requiera).
37	EDAD	La edad de la(s) persona(s) que forman parte de la red de apoyo de la persona usuaria (en caso de ser más de una persona, se puede utilizar los demás campos del cuadro, según se requiera).
38	PARENTESCO	El parentesco de la(s) persona(s) que forman parte de la red de apoyo de la persona usuaria (en caso de ser más de una persona, se puede utilizar los demás campos del cuadro, según se requiera).

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
39	OCUPACIÓN	La ocupación de la(s) persona(s) que forman parte de la red de apoyo de la persona usuaria (en caso de ser más de una persona, se puede utilizar los demás campos del cuadro, según se requiera).
40	DOMICILIO	El domicilio de la(s) persona(s) que forman parte de la red de apoyo de la persona usuaria (en caso de ser más de una persona, se puede utilizar los demás campos del cuadro, según se requiera).
41	TIPO DE FAMILIA	Marcar con (X) alguna opción de las que se encuentran señaladas o en su defecto especificar el tipo de familia que no se encuentre enlistada.
42	TIEMPO LIBRE	Las actividades de esparcimiento y/o descanso que la persona usuaria realiza en los horarios en los que no lleva a cabo actividades obligatorias.
43	ANTECEDENTES	De forma breve y concreta, la información relevante que se relaciona y antecede al caso.
44	NOMBRE DE LA NIÑA, NIÑO Y/O ADOLESCENTE	El nombre completo de la niña, niño o adolescente involucrada(o) en el juicio (en caso de ser más de uno, se anota la información en los siguientes espacios, según sea el caso).
45	NOMBRE DE LA ESCUELA	El nombre completo de la institución educativa a la que acude la niña, niño o adolescente involucrada(o) en el juicio (en caso de ser más de uno, se anota la información en los siguientes espacios, según sea el caso).

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
46	DOMICILIO	El domicilio completo de la institución educativa a la que acude de la niña, niño o adolescente involucrada(o) en el juicio (en caso de ser más de uno, se anota la información en los siguientes espacios, según sea el caso).
47	PARTICULAR / GOBIERNO	Marcar con (X) alguna opción que corresponda al sector al que pertenece la institución educativa a la que acude la niña, niño o adolescente involucrada(o) en el juicio (en caso de ser más de uno, se anota la información en los siguientes espacios, según sea el caso).
48	HORARIO	El horario de clases en que la niña, niño o adolescente involucrada(o) en el juicio (en caso de ser más de uno, se anota la información en los siguientes espacios, según sea el caso).
49	PROMEDIO	El promedio escolar de la niña, niño o adolescente involucrada(o) en el juicio (en caso de ser más de uno, se anota la información en los siguientes espacios, según sea el caso).
50	AÑO ESCOLAR /EDAD CORRESPONDIENTE	Marcar con (X) si la edad que tiene la niña, niño o adolescente involucrada(o) en el juicio corresponde o no, al grado escolar que cursa, (en caso de ser más de uno, se anota la información en los siguientes espacios, según sea el caso).
51	ACTIVIDADES EXTRAESCOLARES	Aquellas actividades que la niña, niño o adolescente involucrada(o) en el juicio realiza fuera del horario escolar (en caso de ser más de uno, se anota la información en los siguientes espacios, según sea el caso).
52	TIEMPO DE TRASLADO DE LA ESCUELA AL DOMICILIO	El tiempo de traslado de la niña, niño o adolescente involucrada(o) en el juicio desde su casa hasta la institución

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
		educativa, (en caso de ser más de uno, se anota la información en los siguientes espacios, según sea el caso).
53	QUIÉN ACUDE A LAS JUNTAS ESCOLARES	El nombre completo de la persona que asiste a las juntas escolares de la niña, niño o adolescente involucrada(o) en el juicio.
54	PERSONA ENCARGADA DE LLEVAR Y TRAER A LA NIÑA, NIÑO Y/O ADOLESCENTE DE LA ESCUELA	El nombre completo de la persona que acompaña en el traslado del domicilio a la escuela y viceversa a la niña, niño o adolescente involucrada(o) en el juicio.
55	Nº DE COMIDAS	Marcar con (X) las comidas que realicen al día, tanto la persona usuaria como la niña, niño o adolescente involucrada(o) en el juicio.
56	HORARIO	El horario en que, tanto de la persona usuaria como la niña, niño o adolescente involucrada(o) en el juicio acostumbran realizar las comidas señaladas.
57	LUGAR	El lugar en donde tanto de la persona usuaria como la niña, niño o adolescente involucrada(o) en el juicio acostumbran realizar las comidas señaladas.
58	OBSERVACIONES	Si existe alguna dieta especial, así como gastos extra por la compra de alimentos elaborados y escolares relacionados con la persona usuaria así como con la niña, niño o adolescente involucrada(o) en el juicio.
59	LUGAR	Marcar con (X) el lugar en el que la persona usuaria adquiera la despensa.

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
60	TIEMPO DE TRASLADO	El tiempo de traslado que realiza la persona usuaria desde su domicilio al lugar en el que adquiere la despensa.
61	FRECUENCIA DE COMPRA	La frecuencia con que la persona usuaria asiste a comprar la despensa.
62	GASTO MENSUAL	El monto mensual que la persona usuaria destina para comprar despensa.
63	SEGURIDAD SOCIAL	Si la persona usuaria, así como la niña, niño o adolescente involucrada(o) en el juicio cuenta con algún tipo de seguridad social.
64	QUIÉN LA PROPORCIONA	El nombre completo de la institución en la que se encuentra afiliada tanto la persona usuaria, así como la niña, niño o adolescente involucrada(o) en el juicio.
65	DÓNDE ACUDE REGULARMENTE A RECIBIR ATENCIÓN MÉDICA	El lugar en donde suelen recibir atención médica tanto la persona usuaria como la niña, niño o adolescente involucrada(o) en el juicio.
66	PADECE ENFERMEDADES	Marcar con (X) la opción que corresponda si es que la persona usuaria, así como la niña, niño o adolescente involucrada(o) en el juicio padece alguna enfermedad.
67	LLEVA ALGÚN TRATAMIENTO	Marcar con (X) la opción que corresponda si es que la persona usuaria, así como la niña, niño o adolescente involucrada(o) en el juicio, lleva algún tratamiento.

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
68	PADECIMIENTO O TRATAMIENTO (FÍSICO, PSICOLÓGICO Y/O MÉDICO)	En caso de padecer una enfermedad tanto la persona usuaria, así como la niña, niño o adolescente involucrada(o) en el juicio, el nombre del padecimiento o tratamiento que en su caso lleve.
69	OBSERVACIÓN (DX/TX)	En caso de padecer alguna enfermedad tanto la persona usuaria, así como la niña, niño o adolescente involucrada(o) en el juicio, el diagnóstico y tipo de tratamiento recibido.
70	LUGAR DE ATENCIÓN	En caso de padecer alguna enfermedad tanto la persona usuaria, así como la niña, niño o adolescente involucrada(o) en el juicio, el lugar donde recibe atención médica.
71	TRATAMIENTO: CONSULTAS, TERAPIAS, MEDICAMENTOS, INSUMOS, MATERIALES O ADITAMENTOS (COSTO MENSUAL)	En caso de padecer alguna enfermedad tanto la persona usuaria, así como la niña, niño o adolescente involucrada(o) en el juicio, los materiales y medicamentos utilizados, además del costo mensual de los mismos.
72	COSTO DE TRASLADO (MENSUAL)	En caso de padecer alguna enfermedad tanto la persona usuaria, así como la niña, niño o adolescente involucrada(o) en el juicio, el costo de traslado al lugar de atención o para recibir tratamientos médicos.
73	TOTAL (MENSUAL)	El costo mensual destinado a tratamiento, medicamentos, traslados y otros gastos generados para la atención de la enfermedad que pueda padecer tanto la persona usuaria, así como la niña, niño o adolescente involucrada(o) en el juicio.
74	ESTADO DE SALUD	La consideración que tiene de su estado de salud la persona usuaria, así como la de la niña, niño o adolescente

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
		involucrada(o) en el juicio, además de explicar el porqué de su respuesta.
75	HÁBITOS DE CONSUMO	Marcar con (X) la opción que corresponda, si es que la persona usuaria consume alguna de ellas.
76	PROPIEDAD DE QUIÉN	El nombre completo de la persona propietaria del inmueble donde vive la persona usuaria.
77	TIEMPO DE VIVIR EN EL DOMICILIO	El tiempo que lleva viviendo en el domicilio la persona usuaria.
78	TENENCIA DE LA VIVIENDA	Marcar con (X) la opción que corresponda de acuerdo a la tenencia que tenga la persona usuaria, respecto de la vivienda en la que habita.
79	TIPO DE VIVIENDA	Marcar con (X) la opción que corresponda de acuerdo al tipo de vivienda que ocupa la persona usuaria.
80	¿CUÁNTAS FAMILIAS VIVEN EN EL DOMICILIO?	El número de familias que viven en el domicilio, sin considerar a la de la persona usuaria.
81	ACTIVIDAD LABORAL	Marcar con (X) la opción que corresponda de acuerdo a la actividad laboral que realiza la persona usuaria.
82	DEPENDIENTE ECONÓMICO	Marcar con (X) la opción que corresponda, considerando si la persona usuaria es dependiente económica de alguna persona y señalar el nombre completo de esta.
83	PUESTO	El puesto que desempeña la persona usuaria en su lugar de trabajo.
84	NOMBRE DE LA EMPRESA O NEGOCIO	El nombre completo de la empresa o negocio donde labora la persona usuaria.

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
85	DIRECCIÓN DE LA EMPRESA O NEGOCIO	El domicilio completo del lugar donde labora la persona usuaria.
86	ANTIGÜEDAD	La antigüedad ya sea en años, meses o días, que tiene la persona usuaria en el lugar donde labora.
87	TIPO DE CONTRATO	El tipo de contrato con el que cuenta la persona usuaria en el lugar donde labora.
88	DÍAS Y HORARIOS	Los días que labora y el horario en el que labora la persona usuaria.
89	INGRESO MENSUAL	El monto mensual que percibe por su actividad laboral la persona usuaria.
90	TRABAJA POR SU CUENTA	Marcar con (X) la opción que corresponda si es que la persona usuaria trabaja por su cuenta, en caso afirmativo indicar en qué, la dirección, la antigüedad, días y horario.
91	MONTO MENSUAL DE INGRESO	En caso de que la persona usuaria trabaje por su cuenta, el monto mensual máximo y mínimo que obtiene por la realización de dicha actividad.
92	ACTIVIDAD LABORAL/OTROS INGRESOS	El monto y periodicidad que recibe la persona usuaria respecto de las prestaciones laborales y de otros ingresos según corresponda.
93	PENSIÓN ALIMENTICIA	En caso de que reciba pensión alimenticia, el monto y periodicidad que recibe la persona usuaria respecto de las prestaciones de esta, según corresponda.
94	PERSONA USUARIA	Según corresponda, el gasto mensual que destina para sí misma la persona usuaria, respecto de los conceptos que se enuncian.

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
95	DEPENDIENTE ECONÓMICO	De acuerdo al número de dependientes económicos, el gasto mensual que destina la persona usuaria, respecto de los conceptos que se enuncian.
96	NOMBRE DE QUIÉN LO RECIBE	El nombre completo de la persona de la cual recibe la persona usuaria algún apoyo económico o en especie.
97	PARENTESCO	El parentesco que tiene la persona que le aporta algún apoyo económico o en especie con relación a la persona usuaria.
98	¿DESDE CUÁNDO?)	La fecha desde la cual la persona usuaria recibe el apoyo económico o en especie.
99	¿CON QUE PERIODICIDAD?	El periodo en que la persona usuaria recibe el apoyo económico o en especie.
100	MONTO	El monto del apoyo económico o en especie que recibe la persona usuaria.
101	¿EN QUÉ LO OCUPA?	En qué ocupa la persona usuaria el apoyo económico o en especie que recibe.
102	PERSONA/INSTITUCIÓN	El nombre completo de la persona o institución con la que la persona usuaria tenga una deuda.
103	MONTO	El monto de la deuda que tiene la persona usuaria con la persona o institución antes referida.
104	DESDE CUÁNDO	La fecha desde la cual la persona usuaria tiene la deuda con la persona o institución antes referida.
105	ABONOS	El monto que abona a la deuda que tiene la persona usuaria con la persona o institución antes referida.
106	AHORROS	En caso de que la persona usuaria cuente con ahorros, el monto de los mismos y en dónde los tiene.

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
107	MANEJA TARJETAS DE CRÉDITO	En caso de que la persona usuaria maneje tarjetas de crédito, el nombre del banco a la que pertenece, el monto de crédito del cual se dispone y en qué la ocupa.
108	MANEJA TARJETAS DE DÉBITO	En caso de que la persona usuaria maneje tarjetas de débito, el nombre del banco a la que pertenece y en qué la ocupa.
109	MANEJA TARJETAS DEPARTAMENTALES	En caso de que la persona usuaria maneje tarjetas departamentales, el nombre de la institución a la que pertenece, el monto de crédito del cual se dispone y en qué la ocupa.
110	CASAS/TERRENOS O ACCESORIAS	En caso de que la persona usuaria sea propietaria(o) de algún inmueble, el domicilio completo y en qué ocupa dicha propiedad.
111	VEHÍCULOS	En caso de que la persona usuaria sea propietaria(o) de algún vehículo, especificar el número, modelo y año de este.
112	¿CUÁL FUE EL ÚLTIMO AÑO DE ESTUDIOS QUE APROBÓ EN LA ESCUELA?	Marcar con (X) la opción que corresponda según el último año de estudios que aprobó en la escuela la jefa o jefe del hogar.

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
113	¿CUÁNTOS BAÑOS COMPLETOS CON REGADERA Y W.C. (EXCUSADO) HAY EN ESTA VIVIENDA?	Marcar con (X) la opción que corresponda de acuerdo al número de baños completos que existan en la vivienda que ocupa la persona usuaria.
114	¿CUÁNTOS AUTOMÓVILES O CAMIONETAS TIENEN EN SU HOGAR, INCLUYENDO CAMIONETAS CERRADAS, ¿O CON CABINA O CAJA?	Marcar con (X) la opción que corresponda de acuerdo al número de automóviles con los que cuente la persona usuaria.
115	SIN TOMAR EN CUENTA LA CONEXIÓN MÓVIL QUE PUDIERA TENER DESDE ALGÚN CELULAR ¿ESTE HOGAR CUENTA CON INTERNET?	Marcar con (X) la opción que corresponda si la vivienda en la que habita la persona usuaria cuenta con internet.
116	DE TODAS LAS PERSONAS DE 14 AÑOS O MÁS QUE VIVEN EN EL HOGAR, ¿CUÁNTAS TRABAJARON EN EL ÚLTIMO MES?	Marcar con (X) la opción que corresponda de acuerdo al número de personas que trabajaron en el último mes.

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
117	EN ESTA VIVIENDA, ¿CUÁNTOS CUARTOS SE USAN PARA DORMIR, SIN CONTAR PASILLOS NI BAÑOS?	Marcar con (X) la opción que corresponda de acuerdo al número de cuartos que se ocupen para dormir.
118	TABLA PARA DETERMINAR EL NIVEL SOCIOECONÓMICO AL QUE PERTENECE.	Marcar con (X) la opción que corresponda de acuerdo a la sumatoria de la respuesta de las preguntas marcadas del 112 al 117, obteniendo así el nivel socioeconómico al que pertenece la persona usuaria.
119	EN LOS ÚLTIMOS TRES MESES, POR FALTA DE DINERO O RECURSOS ¿ALGUNA VEZ USTED O ALGÚN ADULTO DE SU HOGAR TUVO UNA ALIMENTACIÓN BASADA EN MUY POCA VARIEDAD DE ALIMENTOS?	Marcar con (X) la opción que corresponda en concordancia con pregunta.
120	EN LOS ÚLTIMOS TRES MESES, POR FALTA DE DINERO O RECURSOS ¿ALGUNA VEZ USTED O ALGÚN ADULTO EN SU HOGAR DEJÓ DE DESAYUNAR, COMER O CENAR?	Marcar con (X) la opción que corresponda en concordancia con pregunta.

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
121	EN LOS ÚLTIMOS TRES MESES, POR FALTA DE DINERO O RECURSOS ¿ALGUNA VEZ USTED O ALGÚN ADULTO EN SU HOGAR COMIÓ MENOS DE LO QUE USTED PIENSA QUE DEBÍA COMER?	Marcar con (X) la opción que corresponda en concordancia con pregunta.
122	EN LOS ÚLTIMOS TRES MESES, POR FALTA DE DINERO O RECURSOS ¿ALGUNA VEZ SE QUEDARON SIN COMIDA?	Marcar con (X) la opción que corresponda en concordancia con pregunta.
123	EN LOS ÚLTIMOS TRES MESES, POR FALTA DE DINERO O RECURSOS ¿ALGUNA VEZ USTED O ALGÚN ADULTO EN SU HOGAR SINTIÓ HAMBRE, PERO NO COMIÓ?	Marcar con (X) la opción que corresponda en concordancia con pregunta.
124	EN LOS ÚLTIMOS TRES MESES, POR FALTA DE DINERO O RECURSOS ¿ALGUNA VEZ USTED O ALGÚN ADULTO EN SU HOGAR SÓLO COMIÓ UNA	Marcar con (X) la opción que corresponda en concordancia con pregunta.

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
	VEZ AL DÍA O DEJÓ DE COMER TODO UN DÍA?	
125	EN LOS ÚLTIMOS TRES MESES, POR FALTA DE DINERO O RECURSOS ¿ALGUNA VEZ ALGÚN MENOR DE 18 AÑOS EN SU HOGAR TUVO UNA ALIMENTACIÓN BASADA EN MUY POCA VARIEDAD DE ALIMENTOS?	Marcar con (X) la opción que corresponda en concordancia con pregunta.
126	EN LOS ÚLTIMOS TRES MESES, POR FALTA DE DINERO O RECURSOS ¿ALGUNA VEZ ALGÚN MENOR DE 18 AÑOS EN SU HOGAR COMIÓ MENOS DE LOS QUE DEBÍA?	Marcar con (X) la opción que corresponda en concordancia con pregunta.
127	EN LOS ÚLTIMOS TRES MESES, POR FALTA DE DINERO O RECURSOS ¿ALGUNA VEZ TUVIERON QUE DISMINUIR LA CANTIDAD SERVIDA EN LA COMIDA A ALGÚN MENOR DE 18 AÑOS DEL HOGAR?	Marcar con (X) la opción que corresponda en concordancia con pregunta.

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
128	EN LOS ÚLTIMOS TRES MESES, POR FALTA DE DINERO O RECURSOS ¿ALGUNA VEZ ALGÚN MENOR DE 18 AÑOS SINTIÓ HAMBRE, PERO NO COMIÓ?	Marcar con (X) la opción que corresponda en concordancia con pregunta.
129	EN LOS ÚLTIMOS TRES MESES, POR FALTA DE DINERO O RECURSOS ¿ALGÚN MENOR DE 18 AÑOS SE ACOSTÓ CON HAMBRE?	Marcar con (X) la opción que corresponda en concordancia con pregunta.
130	EN LOS ÚLTIMOS TRES MESES, POR FALTA DE DINERO O RECURSOS ¿ALGUNA VEZ ALGÚN MENOR DE 18 AÑOS COMIÓ UNA VEZ AL DÍA O DEJO DE COMER TODO UN DÍA?	Marcar con (X) la opción que corresponda en concordancia con pregunta.
131	HOGARES CON ADULTOS Y MENORES	Marcar con (X) la opción que corresponda de acuerdo a la sumatoria de respuestas negativas con relación a las preguntas marcadas del número 119 a la 130, para obtener el grado de inseguridad alimentaria según el tipo de hogar que ocupa la persona usuaria.

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
132	HOGARES SOLO CON ADULTOS	Marcar con (X) la opción que corresponda de acuerdo a la sumatoria de respuestas negativas con relación a las preguntas marcadas del número 119 a la 124, para obtener el grado de inseguridad alimentaria según el tipo de hogar que ocupa la persona usuaria.
133	NOMBRE DE LA O EL PERITO	El nombre completo de la o el perito que realizó la entrevista.

PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

SUBDIRECCIÓN DE TRABAJO SOCIAL

GUÍA DE OBSERVACIÓN

FECHA: _____

JUICIO_____

PTSV_____

Objetivo: Registrar lo observado durante la visita domiciliaria, para el análisis de la información que se requiere en el dictamen en Trabajo Social.

RUBROS	ASPECTOS A CONSIDERAR
DINÁMICA FAMILIAR	(Apoyo e integración, comunicación, afecto y emociones, roles, identificación de problemas y toma de decisiones)
EDUCACIÓN	(Útiles escolares, uniformes, articulos de talleres, mochilas)
SALUD	(Medicamentos, aparatos para movilidad asistida, silla de ruedas, cama especial, etc.)
ALIMENTACIÓN	(Despensa, insumos de cocina)
DATOS ECONÓMICOS	(Uniformes de trabajo, materiales, apoyos en especie)
SITUACIÓN PATRIMONIAL	(vehículos, empresas y/o negocios propios, inmuebles, pagos de tarjetas de crédito)

VIVIENDA	**CONDICIONES DE HABITABILIDAD**							
	Orden		Servicios intra-domiciliarios (agua, luz, drenaje, gas)					
	Limpieza		Mascotas					
	Iluminación		Factores de riesgo (Asfixia, caídas, intoxicaciones, quemaduras y electrocuciones)					
	Ventilación		Adaptabilidad para personas con discapacidad					
	Hacinamiento		Verificación de personas que habitan el domicilio					
	TIPO DE VIVIENDA							
	Departamento		Dúplex		Vecindad			
	Casa sola		Cuarto					
	DISTRIBUCIÓN							
	N° de Niveles		Sala		Baño		Medio baño	
	Patio		Comedor		Cocina		Espacio para lavar	
	Estudio		Patio		Estacionamiento		N° de recámaras	
	Quién ocupa cada recámara:	1.			2.			
		3.			4.			
		5.			6.			
	MATERIALES DE CONSTRUCCIÓN QUE PREDOMINAN							
	(Piso, paredes y techo)							
	MOBILIARIO							
	(Cantidad, condiciones)							
RELIGIÓN	(Aditamentos religiosos, formas de expresión, vestimenta)							

ENTORNO	**Comercios**						
	Tiendas		Mercados		Servicios médico		
	Farmacias		Bancos				
	EQUIPAMIENTO URBANO						
	Instituciones educativas		Espacios culturales		Accesibilidad para discapacitados		
	Espacios recreativos		Centros religiosos				
	INFRAESTRUCTURA Y SERVICIOS PÚBLICOS						
	Abastecimiento de agua potable		Transporte		Gas		
	Alumbrado público		Drenaje		Vialidades pavimentadas		
	Recolección de basura		Vigilancia				
	RIESGOS DETECTADOS						
	Delincuencia		Vandalismo		Alcoholismo		
	Drogadicción						
ASPECTOS GENERALES DE LA ENTREVISTA	(Actitud, apariencia, lenguaje y participación del usuario y familiares presentes)						

NOMBRE DE LA O EL PERITO _____

PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

SUBDIRECCIÓN DE TRABAJO SOCIAL

GUÍA DE OBSERVACIÓN

FECHA: (1)

JUICIO (2)

PTSV (3)

Objetivo: Registrar lo observado durante la visita domiciliaria, para el análisis de la información que se requiere en el dictamen en Trabajo Social.

RUBROS	ASPECTOS A CONSIDERAR
DINÁMICA FAMILIAR (4)	(Apoyo e integración, comunicación, afecto y emociones, roles, identificación de problemas y toma de decisiones)
EDUCACIÓN (5)	(Útiles escolares, uniformes, artículos de talleres, mochilas)
SALUD (6)	(Medicamentos, aparatos para movilidad asistida, silla de ruedas, cama especial, etc.)
ALIMENTACIÓN (7)	(Despensa, insumos de cocina)
DATOS ECONÓMICOS (8)	(Uniformes de trabajo, materiales, apoyos en especie)
SITUACIÓN PATRIMONIAL (9)	(vehículos, empresas y/o negocios propios, inmuebles, pagos de tarjetas de crédito)

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

SUBDIRECCIÓN DE TRABAJO SOCIAL

VIVIENDA	**CONDICIONES DE HABITABILIDAD (10)**							
	Orden		Servicios intra-domiciliarios (agua, luz, drenaje, gas)					
	Limpieza		Mascotas					
	Iluminación		Factores de riesgo (Asfixia, caídas, intoxicaciones, quemaduras y electrocuciones)					
	Ventilación		Adaptabilidad para personas con discapacidad					
	Hacinamiento		Verificación de personas que habitan el domicilio					
	TIPO DE VIVIENDA (11)							
	Departamento		Dúplex		Vecindad			
	Casa sola		Cuarto					
	DISTRIBUCIÓN (12)							
	N° de Niveles		Sala		Baño		Medio baño	
	Patio		Comedor		Cocina		Espacio para lavar	
	Estudio		Patio		Estacionamiento		N° de recámaras	
	Quién ocupa cada recámara: **(13)**	1.		2.				
		3.		4.				
		5.		6.				
	MATERIALES DE CONSTRUCCIÓN QUE PREDOMINAN (14)							
	(Piso, paredes y techo)							
	MOBILIARIO (15)							
	(Cantidad, condiciones)							
RELIGIÓN (16)	(Aditamentos religiosos, formas de expresión, vestimenta)							

ENTORNO	**Comercios (17)**						
	Tiendas		Mercados		Servicios médico		
	Farmacias		Bancos				
	EQUIPAMIENTO URBANO (18)						
	Instituciones educativas		Espacios culturales		Accesibilidad para discapacitados		
	Espacios recreativos		Centros religiosos				
	INFRAESTRUCTURA Y SERVICIOS PÚBLICOS (19)						
	Abastecimiento de agua potable		Transporte		Gas		
	Alumbrado público		Drenaje		Vialidades pavimentadas		
	Recolección de basura		Vigilancia				
	RIESGOS DETECTADOS (20)						
	Delincuencia		Vandalismo		Alcoholismo		
	Drogadicción						
ASPECTOS GENERALES DE LA ENTREVISTA (21)	(Actitud, apariencia, lenguaje y participación del usuario y familiares presentes)						

NOMBRE DE LA O EL PERITO_____(22)_____

DESCRIPCIÓN DEL FORMATO

Nombre:	**GUÍA DE OBSERVACIÓN**
Clave:	**STS-PTSV-GO-01**
Objetivo:	Obtener información para la elaboración de la pericial en trabajo social por videollamada.
Elabora:	Subdirección de Trabajo Social.
Número de tantos:	Original.
Distribución:	Original.- Subdirección de Trabajo Social (Expediente general).

INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
1	FECHA	El día, mes y año en que se realiza la entrevista para la pericial en trabajo social por videollamada.
2	JUICIO	El juicio que se lleva acabo con la Autoridad Jurisdiccional que haya solicitado la realización de la pericial en trabajo social por videollamada.
3	PTSV	El número de trabajo social asignado, para la realización de la pericial en trabajo social por videollamada.
4	DINÁMICA FAMILIAR	Si se observó apoyo e integración, comunicación, afecto y emociones, roles, identificación de problemas y toma de decisiones, durante la videollamada.
5	EDUCACIÓN	Si se observaron útiles escolares, uniformes, artículos de talleres, mochilas, etc., durante la videollamada.
6	SALUD	Si se observaron medicamentos, aparatos para movilidad asistida, silla de ruedas, cama especial, etc., durante la videollamada.
7	ALIMENTACIÓN	La despensa, alimentos e insumos de cocina observada durante la videollamada.
8	DATOS ECONÓMICOS	Si se encontraron uniformes laborales, materiales y apoyos en especie, durante la videollamada.
9	SITUACIÓN PATRIMONIAL	Si se observó en la vivienda, vehículos, empresas y/o negocios.

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
10	CONDICIONES DE HABITABILIDAD	Marcar con (X) la opción que corresponda de acuerdo a las condiciones observadas durante la videollamada.
11	TIPO DE VIVIENDA	Marcar con (X) la opción que corresponda de acuerdo al tipo de vivienda que se observe durante la videollamada.
12	DISTRIBUCIÓN	En el recuadro el número existente de espacios observados en la vivienda.
13	QUIÉN OCUPA CADA RECÁMARA	El nombre completo de la persona que ocupe la recámara respectiva.
14	MATERIALES DE CONSTRUCCIÓN QUE PREDOMINAN	El tipo de material observable en la vivienda.
15	MOBILIARIO	El mobiliario existente en la vivienda, así como las condiciones físicas de este.
16	RELIGIÓN	Los aditamentos religiosos, formas de expresión y vestimenta religiosa existente en la vivienda.
17	COMERCIOS	Marcar con (X) la opción que corresponda de acuerdo a los establecimientos observados en el entorno de la vivienda, además de añadir algún aspecto relevante que considere necesario.
18	EQUIPAMIENTO URBANO	Marcar con (X) la opción que corresponda de acuerdo a los espacios observados en el entorno de la vivienda, además de añadir algún aspecto relevante que considere necesario.

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
19	INFRAESTRUCTURA Y SERVICIOS PÚBLICOS	Marcar con (X) la opción que corresponda de acuerdo a la infraestructura y servicios públicos observados en el entorno de la vivienda, además de añadir algún aspecto relevante que considere necesario.
20	RIESGOS DETECTADOS	Marcar con (X) la opción que corresponda de acuerdo a riesgos detectados en el entorno de la vivienda, además de añadir algún aspecto relevante que considere necesario.
21	ASPECTOS GENERALES DE LA ENTREVISTA	La actitud, apariencia, lenguaje y participación de la persona usuaria; así como de los familiares presentes al momento de la entrevista.
22	NOMBRE DE LA O EL PERITO	El nombre completo de la o el perito que realizó la entrevista.

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

SUBDIRECCIÓN DE TRABAJO SOCIAL

FECHA: _____

JUICIO: _____

PTSV: _____

REFERENCIAS VECINALES

¿Conoce a la persona usuaria? ☐Sí ¿Desde cuándo? _____ ☐No ¿por qué? _____

Lo considera como una persona (tranquila, problemática, distante, otorga el saludo cuando lo ven):

¿Tiene algún vicio (drogas, alcohol, tabaquismo...)? ☐Sí ☐No ☐ Desconoce ¿Cuál? _____

¿A qué se dedica? _____

¿Qué trato tiene hacia las o los integrantes de su familia (los tienen atendidos/desatendidos, quién los cuida, los llevan a la escuela, ha sabido que los golpeen o a oído gritos o peleas)? _____

Nombre completo de la referencia: _____

Mostró identificación: ☐Sí ☐No (En caso de no proporcionar su nombre, explicar el por qué y llenar la descripción de la persona):

Actitud de la persona entrevistada: ☐Amable ☐Indecisa ☐Nerviosa ☐Indiferente ☐Grosera ☐Otra, ¿Cuál?_____

DESCRIPCIÓN DE LA PERSONA ENTREVISTADA – MEDIA FILIACIÓN

(contestar por observación en caso de no tener el nombre completo de la persona entrevistada).

Sexo	Edad aproximada	Estatura aproximada	Complexión	Color de piel
☐ Hombre ☐ Mujer	I__I__I años	I__I.I__I__I m	☐ Delgada ☐Media ☐Robusta ☐Atlética ☐Obesa	☐Blanca ☐Morena clara ☐Morena ☐Negra

Cabello			
Según cantidad	**Forma**	**Largo**	**Color**
☐Abundante ☐Regular ☐Escaso ☐Calvicie	☐ Lacio ☐Ondulado ☐Crespo ☐Rizado	☐Corto ☐Mediano ☐Largo	☐Rubio ☐Rojizo ☐Castaño claro ☐Castaño oscuro ☐Negro ☐Cano

Rostro				
Forma	**Cejas**		**Color de ojos**	
☐Ovalada ☐Redonda ☐Cuadrada ☐Rectangular	☐Pobladas ☐Semi pobladas ☐Escasas	☐Cortas ☐Largas	☐Café oscuro ☐Café claro ☐Verdes ☐ Azules ☐Grises	
Forma de ojos	**Nariz**		**Labios/boca**	
☐Redondos ☐Alargados	☐Aguileña ☐Recta ☐Ancha ☐Respingada ☐Redonda	☐Grande ☐Mediana ☐Pequeña	☐Gruesos ☐Superior grueso ☐ Inferior grueso ☐Finos ☐Corazón	☐Grande ☐Mediana ☐Pequeña

Señas particulares
☐Cicatrices ☐Usa lentes ☐Tatuajes ☐Piercing ☐Discapacidad física ☐Lunares ☐Otro:_____ ☐Ninguno

Información adicional

NOMBRE DE LA O EL PERITO _____

STS-PTSV-RV-01

Página 1 de 1

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

SUBDIRECCIÓN DE TRABAJO SOCIAL

FECHA: (1)

JUICIO: (2)

PTSV: (3)

REFERENCIAS VECINALES

¿Conoce a la persona usuaria? ☐Sí ¿Desde cuándo? _____ ☐No ¿por qué? _____(4) _____

Lo considera como una persona (tranquila, problemática, distante, otorga el saludo cuando lo ven): **(5)**

¿Tiene algún vicio **(6)** (drogas, alcohol, tabaquismo...)? ☐Sí ☐No ☐ Desconoce ¿Cuál? _____

¿A qué se dedica? _____ **(7)** _____

¿Qué trato tiene hacia las o los integrantes de su familia (los tienen atendidos/desatendidos, quién los cuida, los llevan a la escuela, ha sabido que los golpeen o a oído gritos o peleas)? _____ **(8)** _____

Nombre completo de la referencia: _____ **(9)** _____

Mostró identificación: ☐Sí ☐No (En caso de no proporcionar su nombre, explicar el por qué y llenar la descripción de la persona): **(10)**

Actitud de la persona entrevistada: ☐Amable ☐Indecisa ☐Nerviosa ☐Indiferente ☐Grosera ☐Otra, ¿Cuál?_____ **(11)**

DESCRIPCIÓN DE LA PERSONA ENTREVISTADA – MEDIA FILIACIÓN

(contestar por observación en caso de no tener el nombre completo de la persona entrevistada).

Sexo (12)	Edad aproximada (13)	Estatura aproximada (14)	Complexión (15)	Color de piel (16)
☐ Hombre ☐ Mujer	I__I__I años	I__I.I__I__I m	☐ Delgada ☐Media ☐Robusta ☐Atlética ☐Obesa	☐Blanca ☐Morena clara ☐Morena ☐Negra

Cabello			
Según cantidad (17)	**Forma (18)**	**Largo (19)**	**Color (20)**
☐Abundante ☐Regular ☐Escaso ☐Calvicie	☐ Lacio ☐Ondulado ☐Crespo ☐Rizado	☐Corto ☐Mediano ☐Largo	☐Rubio ☐Rojizo ☐Castaño claro ☐Castaño oscuro ☐Negro ☐Cano

Rostro				
Forma (21)	**Cejas (22)**		**Color de ojos (23)**	
☐Ovalada ☐Redonda ☐Cuadrada ☐Rectangular	☐Pobladas ☐Semi pobladas ☐Escasas	☐Cortas ☐Largas	☐Café oscuro ☐Café claro ☐Verdes ☐ Azules ☐Grises	
Forma de ojos (24)	**Nariz (25)**		**Labios/boca (26)**	
☐Redondos ☐Alargados	☐Aguileña ☐Recta ☐Ancha ☐Respingada ☐Redonda	☐Grande ☐Mediana ☐Pequeña	☐Gruesos ☐Superior grueso ☐ Inferior grueso ☐Finos ☐Corazón	☐Grande ☐Mediana ☐Pequeña

Señas particulares (27)
☐Cicatrices ☐Usa lentes ☐Tatuajes ☐Piercing ☐Discapacidad física ☐Lunares ☐Otro:_____ ☐Ninguno

Información adicional (28)

NOMBRE DE LA O EL PERITO (A) _____ (29) _____

STS-PTSV-RV-01

DESCRIPCIÓN DEL FORMATO

Nombre:	**REFERENCIAS VECINALES**
Clave:	**STS-PTSV-RV-01**
Objetivo:	Obtener información para la elaboración de la pericial en trabajo social por videollamada.
Elabora:	Subdirección de Trabajo Social.
Número de tantos:	Original.
Distribución:	Original.- Subdirección de Trabajo Social (Expediente general).

INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
1	FECHA	El día, mes y año en que se realiza la referencia vecinal.
2	JUICIO	El juicio que se lleva acabo con la Autoridad Jurisdiccional que haya solicitado la realización de la pericial en trabajo social por videollamada.
3	PTSV	El número de trabajo social asignado, para la realización de la pericial en trabajo social por videollamada.
4	¿CONOCE A LA PERSONA USUARIA?	Marcar con (X) si la persona entrevistada conoce o no a la persona usuaria, en caso afirmativo precisar desde cuándo y en caso negativo indicar el por qué.
5	LO CONSIDERA COMO UNA PERSONA	Cómo considera la persona entrevistada, a la persona usuaria.
6	¿TIENE ALGÚN VICIO?	Marcar con (X) si la persona entrevistada sabe si la persona usuaria tiene algún vicio y en caso necesario señalar cuál.
7	¿A QUÉ SE DEDICA?	A qué se dedica la persona usuaria.
8	¿QUÉ TRATO TIENE HACIA LOS INTEGRANTES DE SU FAMILIA?	El trato que observa que la persona usuaria le otorga a su familia.
9	NOMBRE COMPLETO DE LA REFERENCIA	El nombre completo de la persona que proporciona las referencias vecinales.

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
10	MOSTRÓ IDENTIFICACIÓN	Marcar con (X) si la persona entrevistada mostró identificación, en caso de que no la haya mostrado referir el por qué.
11	ACTITUD DE LA PERSONA ENTREVISTADA	Marcar con (X) cualquiera de las opciones que ejemplifique la actitud de la persona entrevistada o en su defecto indicar cuál otra presentó.
12	SEXO	Marcar con (X) el sexo correspondiente a la persona entrevistada.
13	EDAD APROXIMADA	Los años aproximados de acuerdo a la observación.
14	ESTATURA APROXIMADA	La estatura aproximada de acuerdo a la observación.
15	COMPLEXIÓN	Marcar con (X) la complexión que presenta la persona entrevistada.
16	COLOR DE PIEL	Marcar con (X) el color de piel que tiene la persona entrevistada.
17	SEGÚN CANTIDAD	Marcar con (X) la cantidad de cabello que tiene la persona entrevistada.
18	FORMA	Marcar con (X) la forma del cabello que tiene la persona entrevistada.
19	LARGO	Marcar con (X) el largo del cabello con la que cuenta la persona entrevistada.
20	COLOR	Marcar con (X) el color del cabello que tiene la persona entrevistada.

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
21	FORMA	Marcar con (X) la forma del rostro con la que cuenta la persona entrevistada.
22	CEJAS	Marcar con (X) las características de las cejas con las que cuenta la persona entrevistada.
23	COLOR DE OJOS	Marcar con (X) el color de los ojos que tiene la persona entrevistada.
24	FORMA DE OJOS	Marcar con (X) la forma de los ojos que posee la persona entrevistada.
25	NARIZ	Marcar con (X) las características de la nariz que posee la persona entrevistada.
26	LABIOS/BOCA	Marcar con (X) las características de los labios y la boca que se observan en la persona entrevistada.
27	SEÑAS PARTICULARES	Marcar con (X) las señas particulares que se observan en la persona entrevistada.
28	INFORMACIÓN ADICIONAL	Toda aquella información que no se encuentre contemplada en los puntos anteriores y que sea relevante en el juicio.
29	NOMBRE DE LA O EL PERITO	El nombre completo de la o el perito que realizó la entrevista.

Procedimiento: CIEAJ-015	Recepción y trámite de los oficios de la Autoridad Jurisdiccional en materia Familiar para el auxilio de Regímenes de Visitas y Convivencias.
Objetivo general:	Recibir los ordenamientos de la Autoridad Jurisdiccional, con la finalidad de promover y facilitar la convivencia paterno–filial en aquellos casos que a juicio de las personas 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 Adolescentes.
Políticas y normas de operación:	

1. El Servicio del Programa de Revinculación Familiar será otorgado previa solicitud por escrito a la Autoridad Jurisdiccional, misma que deberá contener en su totalidad, los siguientes requisitos:
   a) Rubro de referencia;
   b) Nombre de la o el Responsable Custodio;
   c) Nombre de la o el 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 la Autoridad 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 a la Autoridad 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 la o el Responsable Conviviente y la o 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 la o el Responsable Custodio y la o el 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 la o el Responsable Conviviente o la 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 a la Autoridad Jurisdiccional la fecha y el retardo de la persona usuaria, 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 de la o el Responsable Custodio o la o el Responsable Conviviente sobre el que no presente su identificación.

8. Cuando por cuestiones de salud o desconocimiento las personas usuarias 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, a efecto de que la o el Facilitador cuente con los elementos que le permitan identificar la viabilidad del servicio. Al finalizar cada Entrevista Diagnóstica se aplicará a la o el Responsable Custodio, a la o el

Responsable Conviviente y a cada Niña, Niño y/o Adolescente, la Encuesta de Satisfacción sobre la Entrevista Diagnóstica de carácter obligatorio.

10. La o 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. Abstenerse de presentar a su representante legal.

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. Al finalizar el Primer Encuentro, la o el Facilitador a cargo aplicará a la o el Responsable Custodio, a la o el Responsable Conviviente y a cada Niña, Niño y/o Adolescente, la Encuesta de Satisfacción sobre Primer Encuentro, la cual es de carácter obligatorio.

14. Se informará a la Autoridad Jurisdiccional el resultado y la recomendación para procurar el interés superior de la Niña, Niño y/o Adolescente de la familia referida, en el término de 15 días hábiles siguientes a la realización de la Entrevista Diagnóstica y/o Primer Encuentro.

15. En caso de que no asista la o el Responsable Conviviente y la o el Responsable Custodio a la cita para programar Entrevista Diagnóstica, se informará la inasistencia a la Autoridad Jurisdiccional en el término de 5 días hábiles posteriores a la misma.

16. En caso de que no asista la o el Responsable Conviviente y la o el Responsable Custodio a la Entrevista Diagnóstica, se informará la inasistencia a la Autoridad Jurisdiccional en el término de 5 días hábiles posteriores.

17. En caso de no asistir la o el Responsable Custodio o la o el Responsable Conviviente a la Entrevista Diagnóstica, se enviará a la Autoridad Jurisdiccional informe parcial de los asistentes en el término de 7 días hábiles.

18. En caso de no asistir la o el Responsable Custodio o la o el Responsable Conviviente al Primer Encuentro, se enviará a la Autoridad Jurisdiccional informe parcial de los asistentes en el término de 10 días hábiles.

19. Excepcionalmente, cuando la Autoridad 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.

20. Al iniciar la familia en el Programa de Revinculación Familiar, sin distinción de la Fase, deberán acudir a la Plática Propedéutica en la sede que se les sea indicado, o bien, ingresar a la misma a través de videollamada.

21. La o el Responsable Custodio y la o el Responsable Conviviente deberán realizar su registro en el Sistema Biométrico para el control de acceso a las instalaciones del Centro de Convivencia Familiar Supervisada.

22. 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	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, a través del Sistema autorizado por el Pleno del Consejo y/o correo electrónico, para atender las solicitudes de auxilio de Regímenes de Visitas y Convivencias de la Autoridad Jurisdiccional.	• Sistema • Correo electrónico
2 3	Jefatura de Unidad Departamental de Gestión Administrativa del Programa de Revinculación Familiar	Descarga a través del Sistema autorizado por el Pleno del Consejo, 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.	• Sistema
4	Jefatura de Unidad Departamental de Gestión Administrativa del Programa de Revinculación Familiar (Personal administrativo)	Genera e imprime oficio a través del Sistema autorizado por el Pleno del Consejo, solicitando a la Autoridad 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

No.	Área.	Descripción de la actividad.	Documentos y/o sistemas de apoyo.
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 en el Sistema autorizado por el Pleno del Consejo y envía oficio a la Autoridad Jurisdiccional.	• Sistema
7	Autoridad 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 en el Sistema autorizado por el Pleno del Consejo y archiva el acuse del oficio en el expediente. (Regresa a la actividad no. 2)	• Sistema
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.	

No.	Área.	Descripción de la actividad.	Documentos y/o sistemas de apoyo.
11	Jefatura de Unidad Departamental de Gestión Administrativa del Programa de Revinculación Familiar (Personal administrativo)	Recibe e ingresa información al Sistema autorizado por el Pleno del Consejo 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.	
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, a través del Sistema autorizado por el Pleno del Consejo.	• Sistema
16		Genera e imprime oficio y/o notificación a través del Sistema autorizado por el Pleno del Consejo, 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 del Centro de Convivencia Familiar Supervisada a programar Entrevista Diagnóstica.	• Sistema • Oficio

No.	Área.	Descripción de la actividad.	Documentos y/o sistemas de apoyo.
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 en el Sistema autorizado por el Pleno del Consejo y envía oficio a la Autoridad Jurisdiccional.	• Sistema
20	Autoridad 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 22	Jefatura de Unidad Departamental de Gestión Administrativa del Programa de Revinculación Familiar (Personal administrativo)	Recibe, registra en el Sistema autorizado por el Pleno del Consejo y archiva el acuse del oficio en el expediente. 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	• Sistema

No.	Área.	Descripción de la actividad.	Documentos y/o sistemas de apoyo.
23 24	Jefatura de Unidad Departamental de Gestión Administrativa del Programa de Revinculación Familiar (Personal administrativo)	Registra inasistencia de una o ambas partes, en el Sistema autorizado por el Pleno del Consejo. Genera e imprime oficio a través del Sistema autorizado por el Pleno del Consejo y turna a la Jefatura de Unidad Departamental de Gestión Administrativa del Programa de Revinculación Familiar, para informar a la Autoridad Jurisdiccional de la o las inasistencias de las y los Responsables Convivientes y las y los Responsables Custodios.	• Sistema • Sistema • Oficio
25	Jefatura de Unidad Departamental de Gestión Administrativa del Programa de Revinculación Familiar	Recibe, revisa, firma y devuelve el oficio.	
26	Jefatura de Unidad Departamental de Gestión Administrativa del Programa de Revinculación Familiar (Personal administrativo)	Recibe, registra en el Sistema autorizado por el Pleno del Consejo y envía oficio para informar a la Autoridad Jurisdiccional.	• Sistema
27	Autoridad 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 en el Sistema autorizado por el Pleno del Consejo y archiva el acuse del oficio en el expediente. (Conecta con el fin del procedimiento)	• Sistema

No.	Área.	Descripción de la actividad.	Documentos y/o sistemas de apoyo.
29 30	Jefatura de Unidad Departamental de Gestión Administrativa del Programa de Revinculación Familiar (Personal administrativo)	Registra asistencia de la o el Responsable Conviviente y la o el Responsable Custodio, en el Sistema autorizado por el Pleno del Consejo. Entrega a las y los Responsables Convivientes y a las y los Responsables Custodios la Hoja de Antecedentes.	• Sistema
31	Responsable Conviviente y Responsable Custodio	Recibe, requisita y devuelve “Hoja de Antecedentes” (CECOFAM-01).	• Formato CECOFAM-01
32 33	Jefatura de Unidad Departamental de Gestión Administrativa del Programa de Revinculación Familiar (Personal administrativo)	Recibe Hoja de Antecedentes. (Continúa en las actividades no. 33 y 36) Genera e imprime por duplicado hoja(s) de “Confirmación de Cita para Entrevista Diagnóstica Conviviente” (CECOFAM-02) y/o de “Confirmación de Cita para Entrevista Diagnóstica Responsable Custodio” (CECOFAM-03), a través del Sistema autorizado por el Pleno del Consejo, que contiene la fecha, hora y nombre del Facilitador de la Entrevista Diagnóstica, y la entrega a las y los Responsables Convivientes, las y los Responsables Custodios.	• Sistema • Formato CECOFAM-02 CECOFAM-03
34	Responsable Conviviente y 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.	

No.	Área.	Descripción de la actividad.	Documentos y/o sistemas de apoyo.
35	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.	
36		Registra en el Sistema autorizado por el Pleno del Consejo y archiva la Información de la Hoja de Antecedentes en expediente.	• Sistema
37		Entrega expediente al Facilitador, del Programa de Revinculación Familiar para la Entrevista Diagnóstica.	
38	Subdirección del CECOFAM Niños Héroes (Facilitador)	Recibe expediente del Programa de Revinculación Familiar y revisa la información de la hoja de antecedentes.	
39		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. **¿Existe inasistencia de ambas partes a la Entrevista Diagnóstica?** **Sí.** Continua en la actividad no. 40 **No.** Continua en la actividad no. 47	
40	Subdirección del CECOFAM Niños Héroes (Facilitador)	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.	

No.	Área.	Descripción de la actividad.	Documentos y/o sistemas de apoyo.
41	Jefatura de Unidad Departamental de Gestión Administrativa del Programa de Revinculación Familiar (Personal administrativo)	Registra inasistencias en el Sistema autorizado por el Pleno del Consejo.	• Sistema
42		Genera e imprime oficio a través del Sistema autorizado por el Pleno del Consejo y turna a la Jefatura de Unidad Departamental de Gestión Administrativa del Programa de Revinculación Familiar, para informar a la Autoridad 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 en el Sistema autorizado por el Pleno del Consejo y envía oficio a la Autoridad Jurisdiccional, en el que informa las inasistencias a la Entrevista Diagnóstica.	• Sistema
45	Autoridad 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.	

No.	Área.	Descripción de la actividad.	Documentos y/o sistemas de apoyo.
46	Jefatura de Unidad Departamental de Gestión Administrativa del Programa de Revinculación Familiar (Personal administrativo)	Recibe, registra en el Sistema autorizado por el Pleno del Consejo y archiva el acuse del oficio de la o las inasistencias a la Entrevista Diagnóstica. (Conecta con el fin de procedimiento)	• Sistema
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.	
48	Responsable Conviviente y Responsable Custodio	Recibe Tríptico del Programa de Revinculación Familiar, así como formato de "Consentimiento Informado" (CECOFAM-04) o "Carta de Desistimiento" (CECOFAM-05), requisita documentos 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 e imprime por duplicado hoja(s) de "Confirmación de Cita para Primer Encuentro Responsable Conviviente" (CECOFAM-06) y/o "Confirmación de Cita para Primer Encuentro Responsable Custodio" (CECOFAM-07), a través del Sistema autorizado por el Pleno del Consejo, que contiene el día y la hora para la realización del Primer Encuentro, y la entrega a las y los Responsables Convivientes, las y los Responsables Custodios.	• Sistema • Formato CECOFAM-06 CECOFAM-07

No.	Área.	Descripción de la actividad.	Documentos y/o sistemas de apoyo.
51	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 envía para su archivo la hoja de Confirmación de Primer Encuentro en expediente, a la Jefatura de Unidad Departamental de Gestión Administrativa del Programa de Revinculación Familiar.	
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 personas usuarias al Primer Encuentro?** **No.** Continua en la actividad no. 54 **Sí**. Continua en la actividad no. 61	
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 autorizado por el Pleno del Consejo.	• Sistema

No.	Área.	Descripción de la actividad.	Documentos y/o sistemas de apoyo.
56	Jefatura de Unidad Departamental de Gestión Administrativa del Programa de Revinculación Familiar (Personal administrativo)	Genera e imprime oficio de la o las inasistencias, a través del Sistema autorizado por el Pleno del Consejo, y turna a la Jefatura de Unidad Departamental de Gestión Administrativa del Programa de Revinculación Familiar.	• Sistema • Oficio
57	Jefatura de Unidad Departamental de Gestión Administrativa del Programa de Revinculación Familiar	Recibe, revisa, firma y turna al personal administrativo de la Jefatura de Unidad Departamental de Gestión Administrativa del Programa de Revinculación Familiar, oficio para informar la o las inasistencias.	
58	Jefatura de Unidad Departamental de Gestión Administrativa del Programa de Revinculación Familiar (Personal administrativo)	Recibe, registra en el Sistema autorizado por el Pleno del Consejo y envía a la Autoridad Jurisdiccional el oficio de la o las inasistencias.	• Sistema
59	Autoridad Jurisdiccional (Oficialía de Partes)	Recibe, acusa y devuelve al personal administrativo de la Jefatura de Unidad Departamental de Gestión Administrativa del Programa de Revinculación Familiar, el oficio de la o las inasistencias.	
60	Jefatura de Unidad Departamental de Gestión Administrativa del Programa de Revinculación Familiar (Personal administrativo)	Recibe, registra en el Sistema autorizado por el Pleno del Consejo y archiva el oficio de la o las inasistencias en el expediente. (Regresa a la actividad no. 53)	• Sistema
61	Subdirección del CECOFAM Niños Héroes (Facilitador)	Entrega Formato de Asistencia a Primer Encuentro a las y los Responsables Convivientes y a las y los Responsables Custodios.	

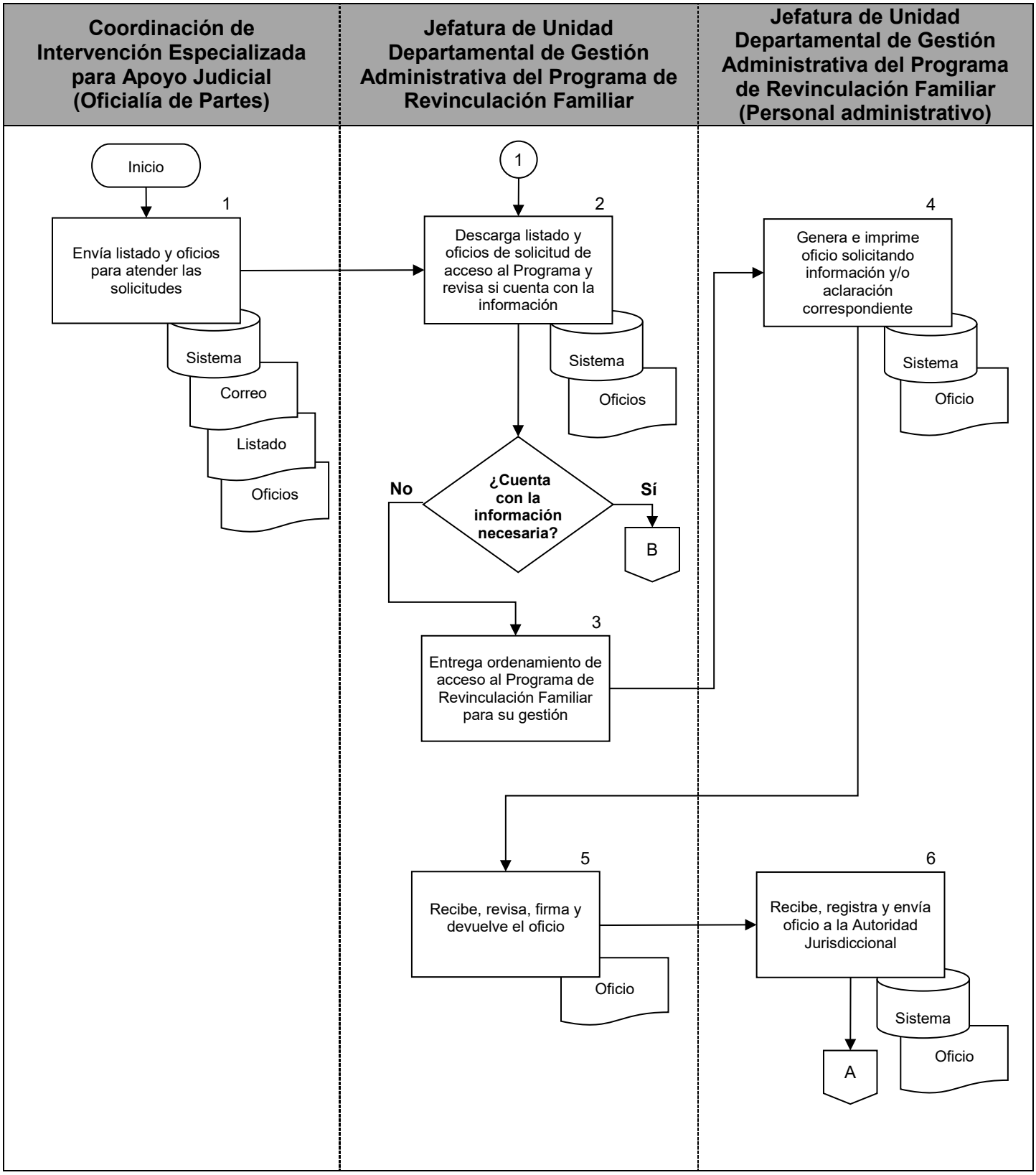
No.	Área.	Descripción de la actividad.	Documentos y/o sistemas de apoyo.
62	Responsable Conviviente y Responsable Custodio	Recibe, requisita y devuelve al Facilitador "Formato de Asistencia a Primer Encuentro" (CECOFAM-08).	• Formato CECOFAM-08
63	Subdirección del CECOFAM Niños Héroes (Facilitador)	Recibe Formato de Asistencia a 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.	
64	Responsable Conviviente y 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.	
65	Subdirección del CECOFAM Niños Héroes (Facilitador)	Observa el desarrollo del Primer Encuentro entre la o el Responsable Conviviente y Niña, Niño y/o Adolescente y al concluir, evalúa y determina si personas usuarias son candidatos para recibir el Programa de Revinculación Familiar. **¿Las personas usuarias son candidatos para recibir el servicio?** **No.** Continua en la actividad no. 66 **Sí.** Continua en la actividad no. 74	
66		Elabora e imprime "Informe de Entrevista Diagnóstica" (CECOFAM-10) con recomendaciones, a través del Sistema autorizado por el Pleno del Consejo, con el fin de procurar el interés superior de la Niña, Niño y/o Adolescente, y entrega a la Subdirección del CECOFAM Niños Héroes para revisión.	• Formato CECOFAM-10

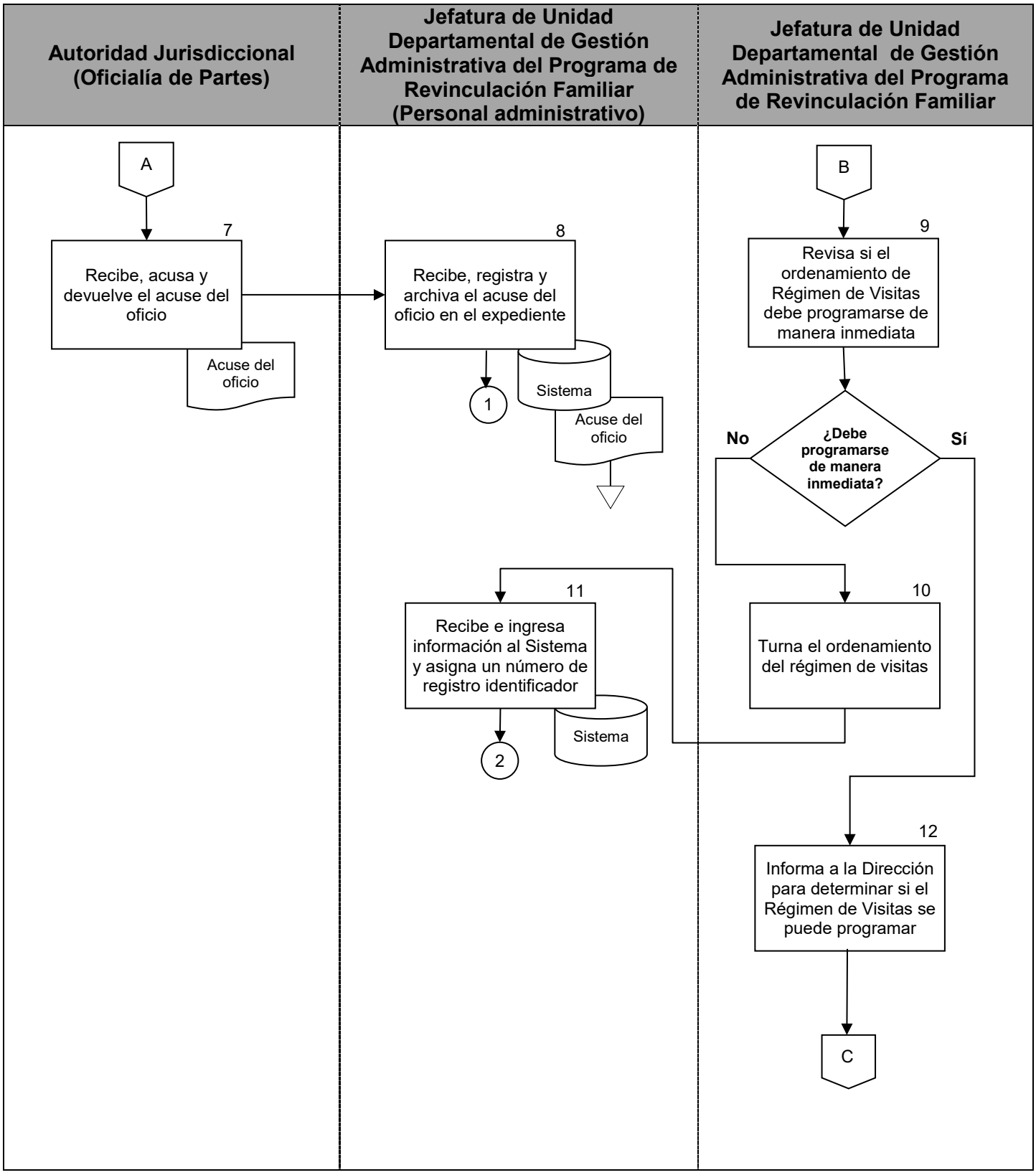
No.	Área.	Descripción de la actividad.	Documentos y/o sistemas de apoyo.
67	Subdirección del CECOFAM Niños Héroes	Recibe, revisa y turna el Informe al personal administrativo de la Jefatura de Unidad Departamental de Gestión Administrativa del Programa de Revinculación Familiar.	
68	Jefatura de Unidad Departamental de Gestión Administrativa del Programa de Revinculación Familiar (Personal administrativo)	Recibe informe y genera e imprime oficio a través del Sistema autorizado por el Pleno del Consejo, para enviar el Informe a la Autoridad Jurisdiccional, y turna a la Jefatura de Unidad Departamental de Gestión Administrativa del Programa de Revinculación Familiar.	• Sistema • Oficio
69	Jefatura de Unidad Departamental de Gestión Administrativa del Programa de Revinculación Familiar	Recibe, revisa y entrega oficio e informe a la persona titular de la Dirección del Centro de Convivencia Familiar Supervisada, para su revisión y firma.	
70	Dirección del Centro de Convivencia Familiar Supervisada	Recibe, revisa, firma y turna el oficio e informe al personal administrativo de la Jefatura de Unidad Departamental de Gestión Administrativa del Programa de Revinculación Familiar.	
71	Jefatura de Unidad Departamental de Gestión Administrativa del Programa de Revinculación Familiar (Personal administrativo)	Recibe, registra en el Sistema autorizado por el Pleno del Consejo y envía el oficio e informe a la Autoridad Jurisdiccional.	• Sistema
72	Autoridad Jurisdiccional (Oficialía de Partes)	Recibe, acusa el oficio e informe, y devuelve al personal administrativo de la Jefatura de Unidad Departamental de Gestión Administrativa del Programa de Revinculación Familiar.	

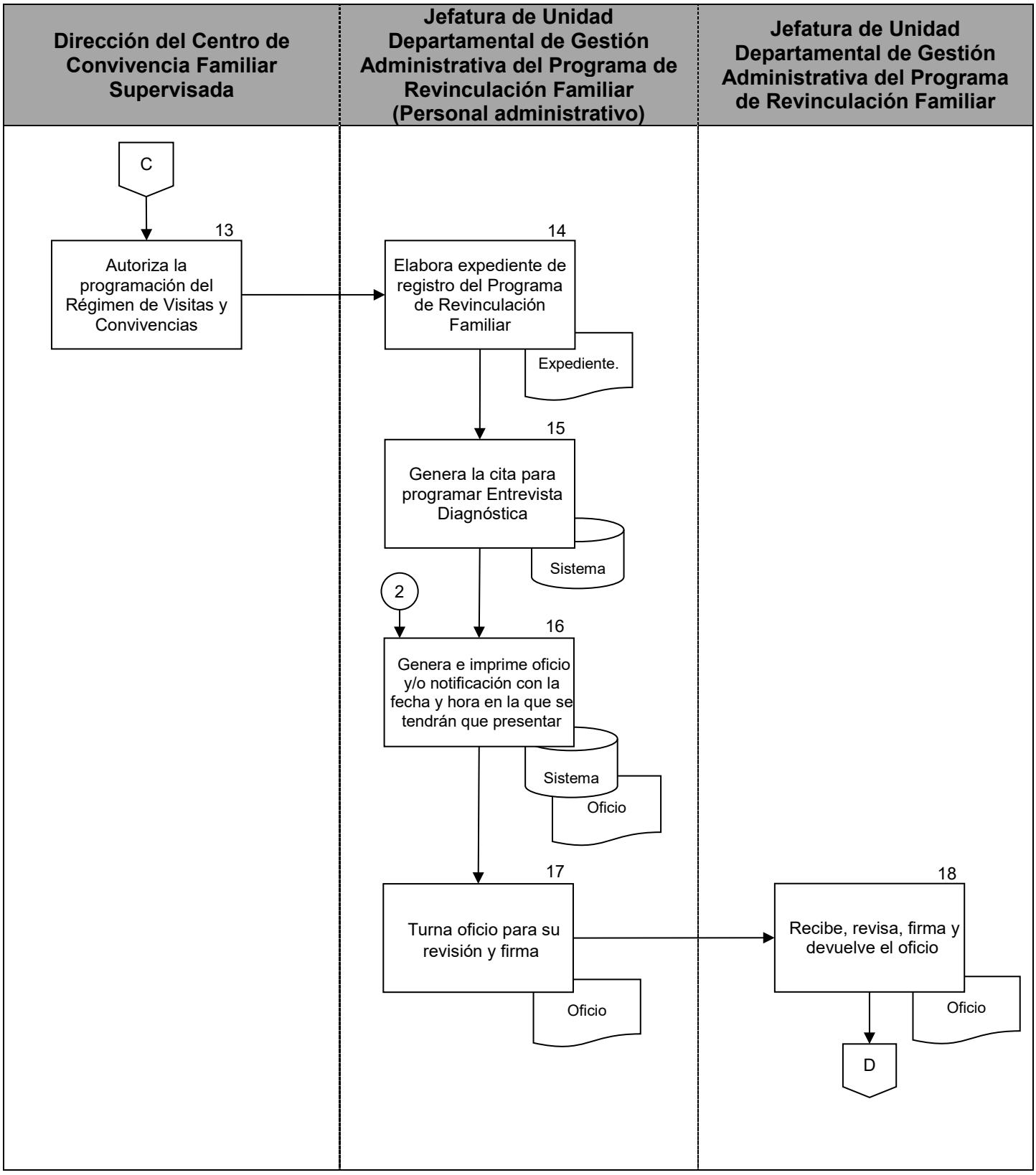
No.	Área.	Descripción de la actividad.	Documentos y/o sistemas de apoyo.
73	Jefatura de Unidad Departamental de Gestión Administrativa del Programa de Revinculación Familiar (Personal administrativo)	Recibe, registra en el Sistema autorizado por el Pleno del Consejo y archiva el oficio de la o las inasistencias a la Entrevista Diagnóstica. (Conecta con el fin del procedimiento).	• Sistema
74 75	Subdirección del CECOFAM Niños Héroes (Facilitador)	Elabora “Informe de Entrevista Diagnóstica” (CECOFAM-09), con la fase del Programa de Revinculación Familiar a la cual se integrará su familia. Entrega a la Subdirección del CECOFAM Niños Héroes, Informe de Entrevista Diagnóstica, para revisión.	• Formato CECOFAM-09
76	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 Entrevista Diagnóstica.	
77 78 79	Jefatura de Unidad Departamental de Gestión Administrativa del Programa de Revinculación Familiar (Personal administrativo)	Recibe el Informe de Entrevista Diagnóstica. Consulta disponibilidad de horarios y Facilitadores en el Sistema autorizado por el Pleno del Consejo, para incluir a la familia en la fase que corresponda. Genera e imprime oficio a través del Sistema autorizado por el Pleno del Consejo, para enviar el Informe de Resultado de Entrevista Diagnóstica, y entrega a la Jefatura de Unidad Departamental de Gestión Administrativa del Programa de Revinculación Familiar, para revisión.	• Sistema • Sistema • Oficio

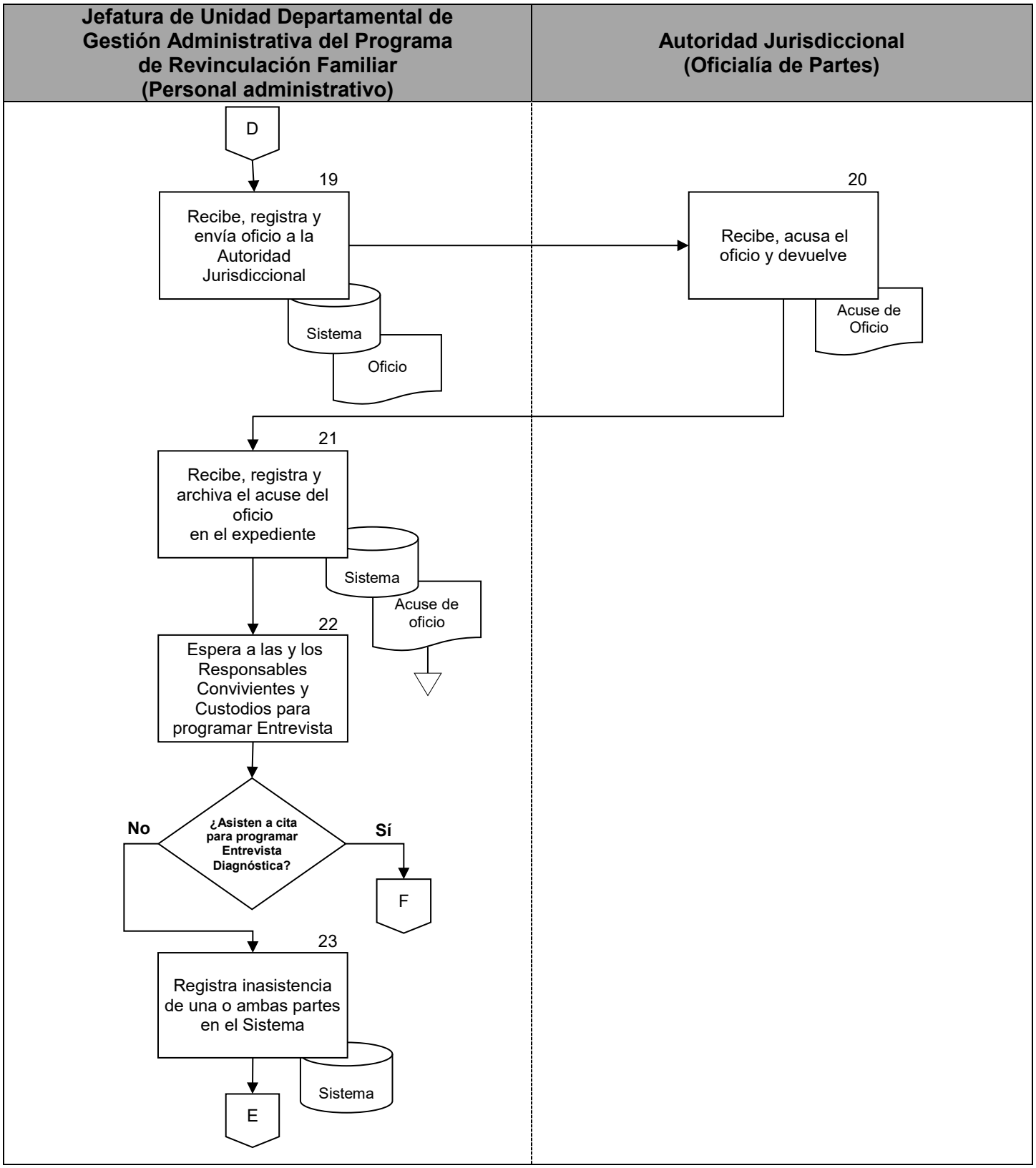
No.	Área.	Descripción de la actividad.	Documentos y/o sistemas de apoyo.
80	Jefatura de Unidad Departamental de Gestión Administrativa del Programa de Revinculación Familiar	Recibe, revisa y entrega oficio e informe a la persona titular de la Dirección del Centro de Convivencia Familiar Supervisada para su revisión y firma.	
81	Dirección del Centro de Convivencia Familiar Supervisada	Recibe, revisa, firma y turna el oficio e informe al personal administrativo de la Jefatura de Unidad Departamental de Gestión Administrativa del Programa de Revinculación Familiar.	
82	Jefatura de Unidad Departamental de Gestión Administrativa del Programa de Revinculación Familiar (Personal administrativo)	Recibe, registra en el Sistema autorizado por el Pleno del Consejo y envía el oficio e informe a la Autoridad Jurisdiccional.	• Sistema
83	Autoridad Jurisdiccional (Oficialía de Partes)	Recibe, acusa el oficio e informe y devuelve al personal administrativo de la Jefatura de Unidad Departamental de Gestión Administrativa del Programa de Revinculación Familiar.	
84 85 86	Jefatura de Unidad Departamental de Gestión Administrativa del Programa de Revinculación Familiar (Personal administrativo)	Recibe y registra el oficio en el Sistema autorizado por el Pleno del Consejo. Registra en el Sistema autorizado por el Pleno del Consejo, la fase, los días, periodicidad y horarios que corresponden a la familia que ingresará al Programa. Envía expediente al archivo para su resguardo.	• Sistema • Sistema

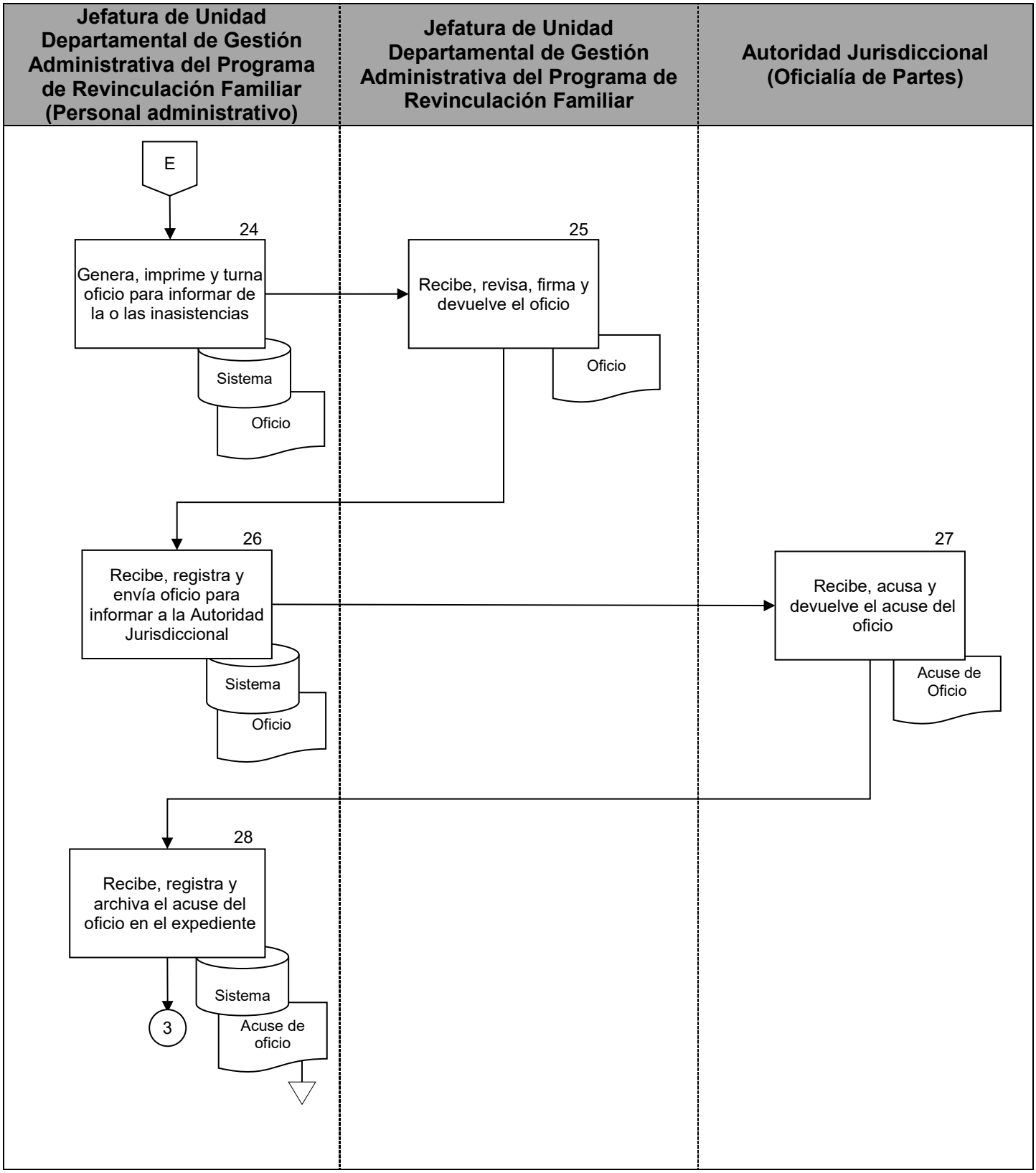
FIN DEL PROCEDIMIENTO

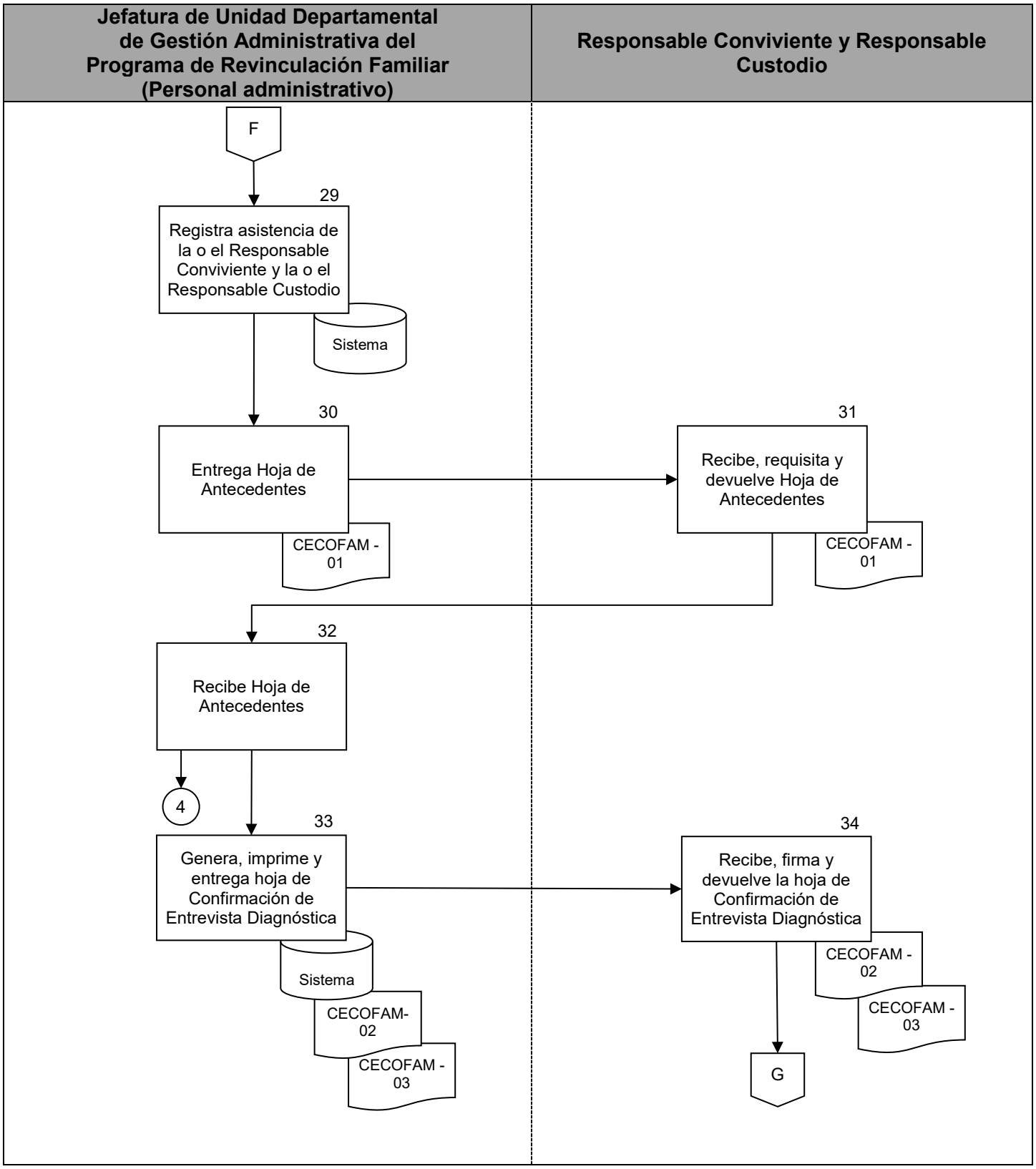

Coordinación de Intervención Especializada para Apoyo Judicial (Oficialía de Partes)
Jefatura de Unidad Departamental de Gestión Administrativa del Programa de Revinculación Familiar
Jefatura de Unidad Departamental de Gestión Administrativa del Programa de Revinculación Familiar (Personal administrativo)
Inicio
1
Envía listado y oficios para atender las solicitudes
Sistema
Correo
Listado
Oficios
1
2
Descarga listado y oficios de solicitud de acceso al Programa y revisa si cuenta con la información
Sistema
Oficios
¿Cuenta con la información necesaria?
No
Sí
B
3
Entrega ordenamiento de acceso al Programa de Revinculación Familiar para su gestión
4
Genera e imprime oficio solicitando información y/o aclaración correspondiente
Sistema
Oficio
5
Recibe, revisa, firma y devuelve el oficio
Oficio
6
Recibe, registra y envía oficio a la Autoridad Jurisdiccional
Sistema
Oficio
A

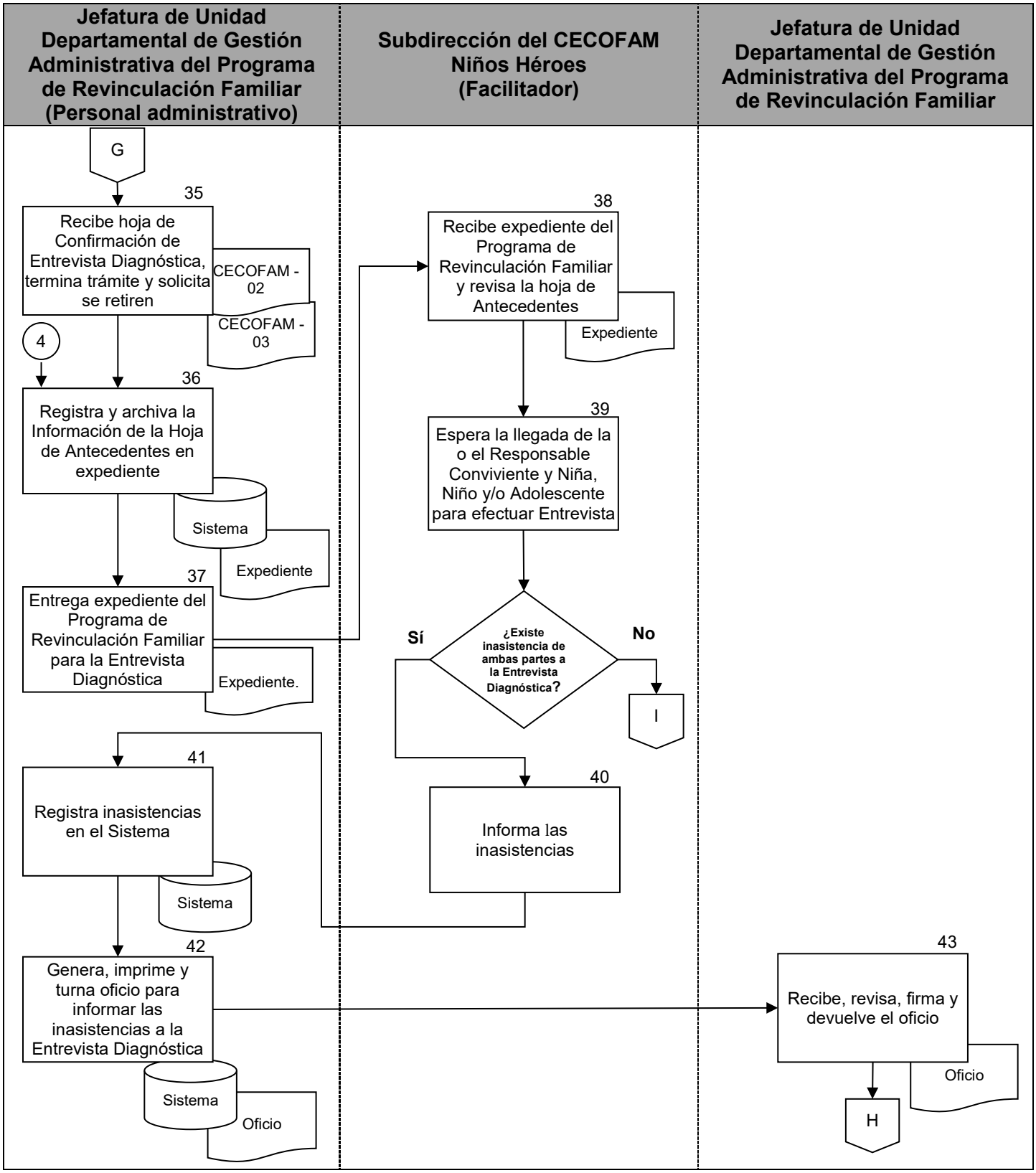

Autoridad Jurisdiccional (Oficialía de Partes)
Jefatura de Unidad Departamental de Gestión Administrativa del Programa de Revinculación Familiar (Personal administrativo)
Jefatura de Unidad Departamental de Gestión Administrativa del Programa de Revinculación Familiar
A
7
Recibe, acusa y devuelve el acuse del oficio
Acuse del oficio
8
Recibe, registra y archiva el acuse del oficio en el expediente
1
Sistema
Acuse del oficio
B
9
Revisa si el ordenamiento de Régimen de Visitas debe programarse de manera inmediata
No
¿Debe programarse de manera inmediata?
Sí
10
Turna el ordenamiento del régimen de visitas
11
Recibe e ingresa información al Sistema y asigna un número de registro identificador
2
Sistema
12
Informa a la Dirección para determinar si el Régimen de Visitas se puede programar
C

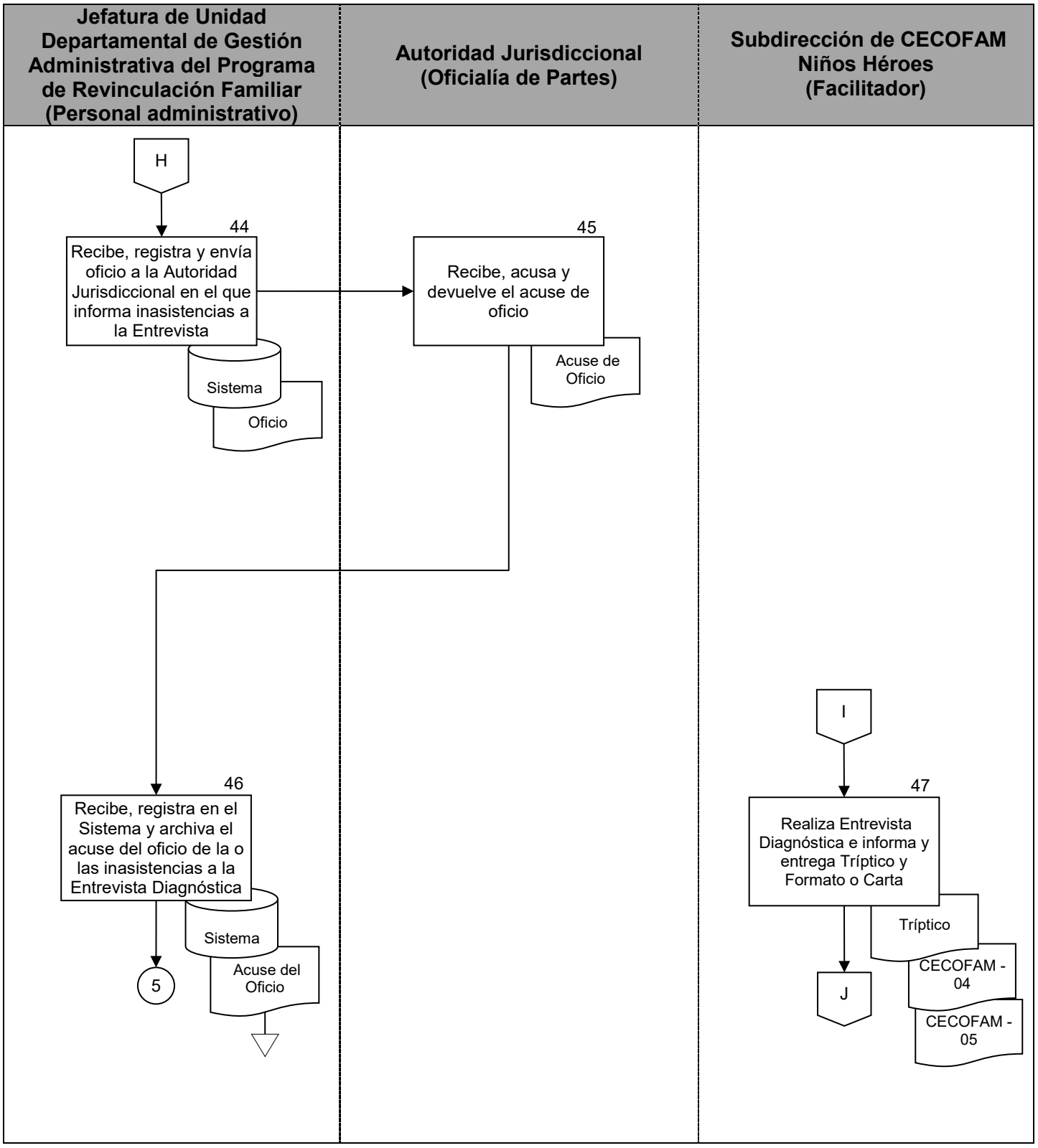

Dirección del Centro de Convivencia Familiar Supervisada
Jefatura de Unidad Departamental de Gestión Administrativa del Programa de Revinculación Familiar (Personal administrativo)
Jefatura de Unidad Departamental de Gestión Administrativa del Programa de Revinculación Familiar
C
13
Autoriza la programación del Régimen de Visitas y Convivencias
14
Elabora expediente de registro del Programa de Revinculación Familiar
Expediente.
15
Genera la cita para programar Entrevista Diagnóstica
Sistema
2
16
Genera e imprime oficio y/o notificación con la fecha y hora en la que se tendrán que presentar
Sistema
Oficio
17
Turna oficio para su revisión y firma
Oficio
18
Recibe, revisa, firma y devuelve el oficio
Oficio
D

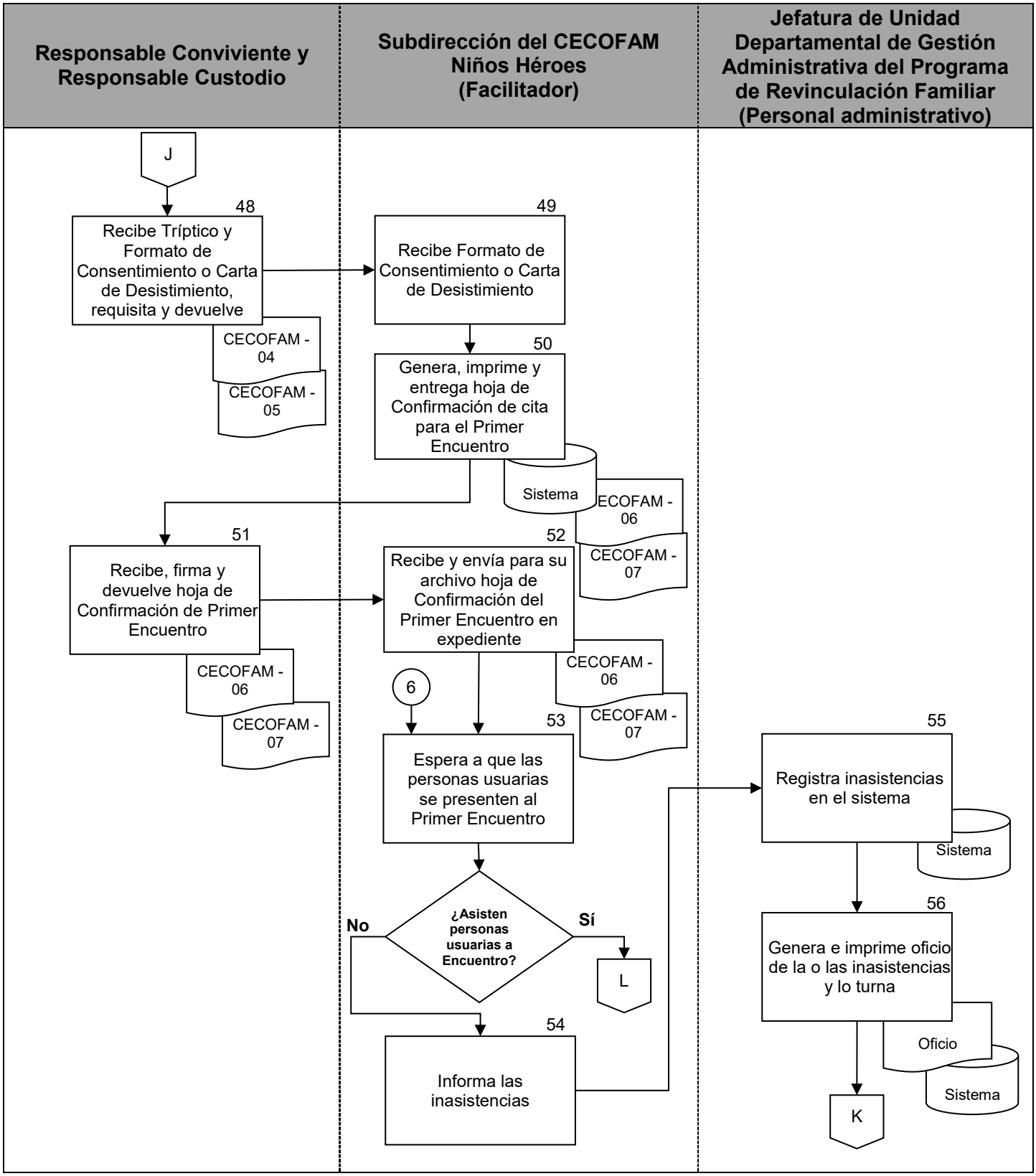

Jefatura de Unidad Departamental de Gestión Administrativa del Programa de Revinculación Familiar (Personal administrativo)
Autoridad Jurisdiccional (Oficialía de Partes)
D
19
Recibe, registra y envía oficio a la Autoridad Jurisdiccional
Sistema
Oficio
20
Recibe, acusa el oficio y devuelve
Acuse de Oficio
21
Recibe, registra y archiva el acuse del oficio en el expediente
Sistema
Acuse de oficio
22
Espera a las y los Responsables Convivientes y Custodios para programar Entrevista
¿Asisten a cita para programar Entrevista Diagnóstica?
No
Sí
F
23
Registra inasistencia de una o ambas partes en el Sistema
Sistema
E

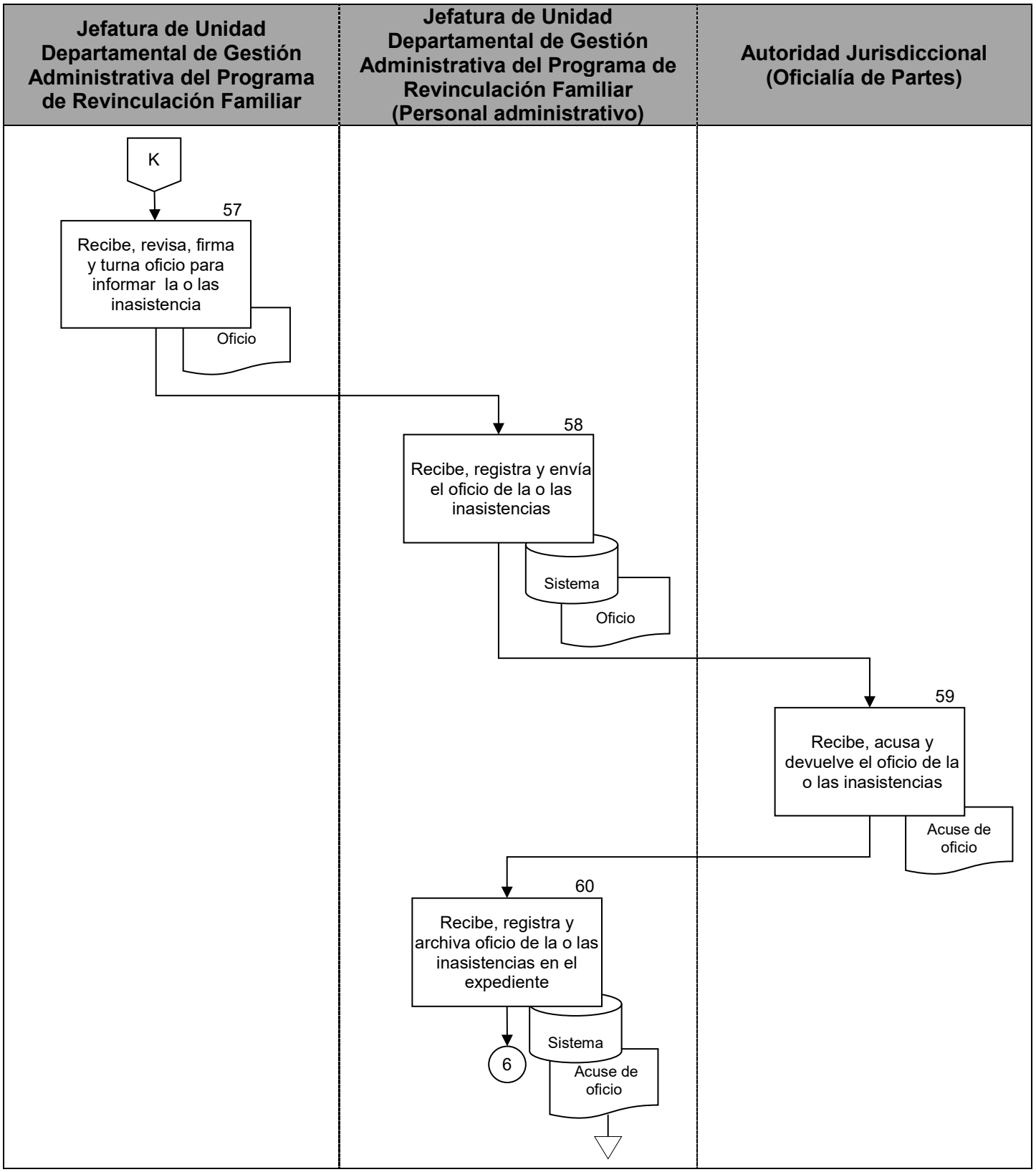

Jefatura de Unidad Departamental de Gestión Administrativa del Programa de Revinculación Familiar (Personal administrativo)
Jefatura de Unidad Departamental de Gestión Administrativa del Programa de Revinculación Familiar
Autoridad Jurisdiccional (Oficialía de Partes)
E
24
Genera, imprime y turna oficio para informar de la o las inasistencias
Sistema
Oficio
25
Recibe, revisa, firma y devuelve el oficio
Oficio
26
Recibe, registra y envía oficio para informar a la Autoridad Jurisdiccional
Sistema
Oficio
27
Recibe, acusa y devuelve el acuse del oficio
Acuse de Oficio
28
Recibe, registra y archiva el acuse del oficio en el expediente
Sistema
Acuse de oficio
3

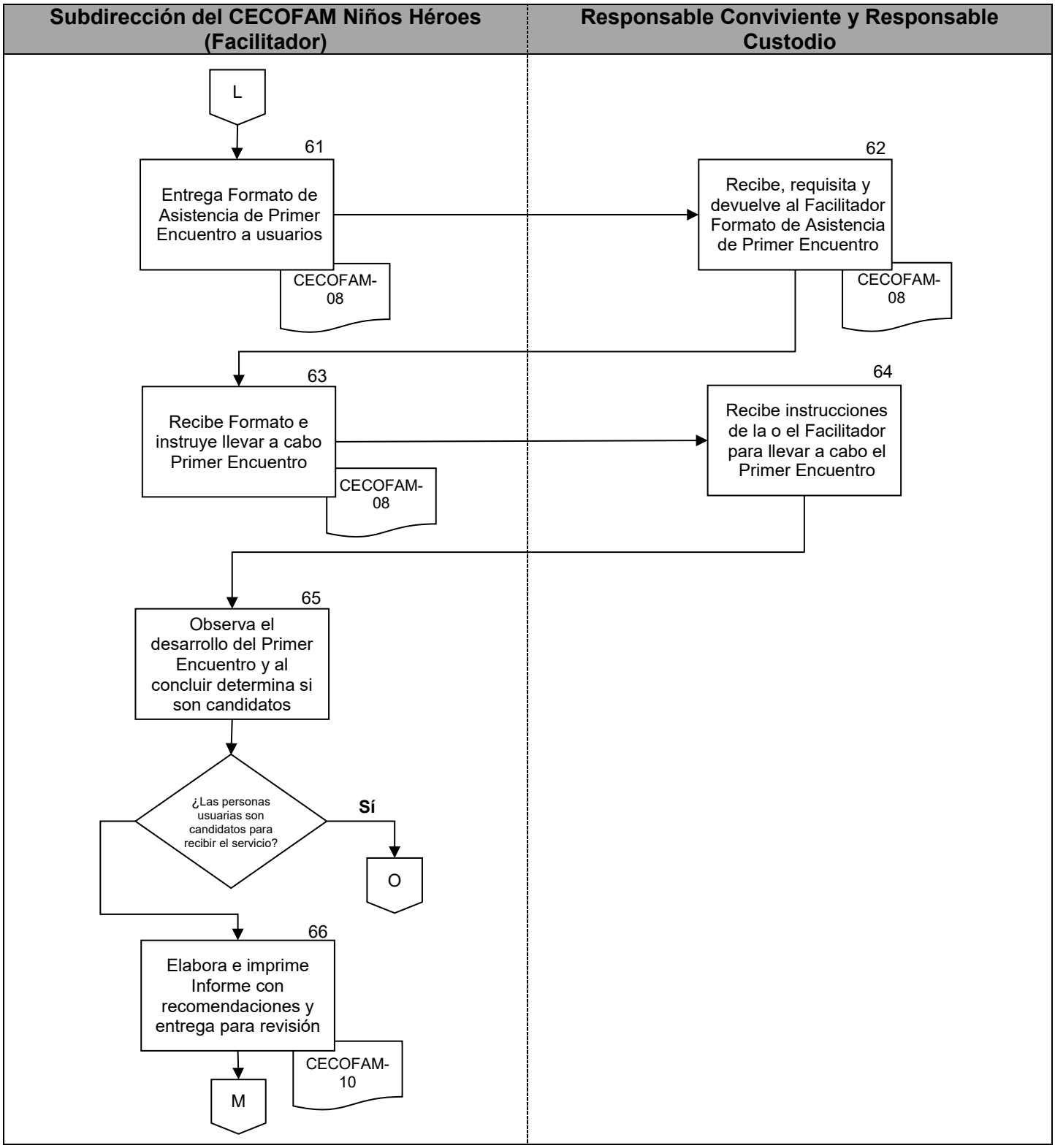

Jefatura de Unidad Departamental de Gestión Administrativa del Programa de Revinculación Familiar (Personal administrativo)
Responsable Conviviente y Responsable Custodio
F
29
Registra asistencia de la o el Responsable Conviviente y la o el Responsable Custodio
Sistema
30
Entrega Hoja de Antecedentes
CECOFAM - 01
31
Recibe, requisita y devuelve Hoja de Antecedentes
CECOFAM - 01
32
Recibe Hoja de Antecedentes
4
33
Genera, imprime y entrega hoja de Confirmación de Entrevista Diagnóstica
Sistema
CECOFAM- 02
CECOFAM - 03
34
Recibe, firma y devuelve la hoja de Confirmación de Entrevista Diagnóstica
CECOFAM - 02
CECOFAM - 03
G

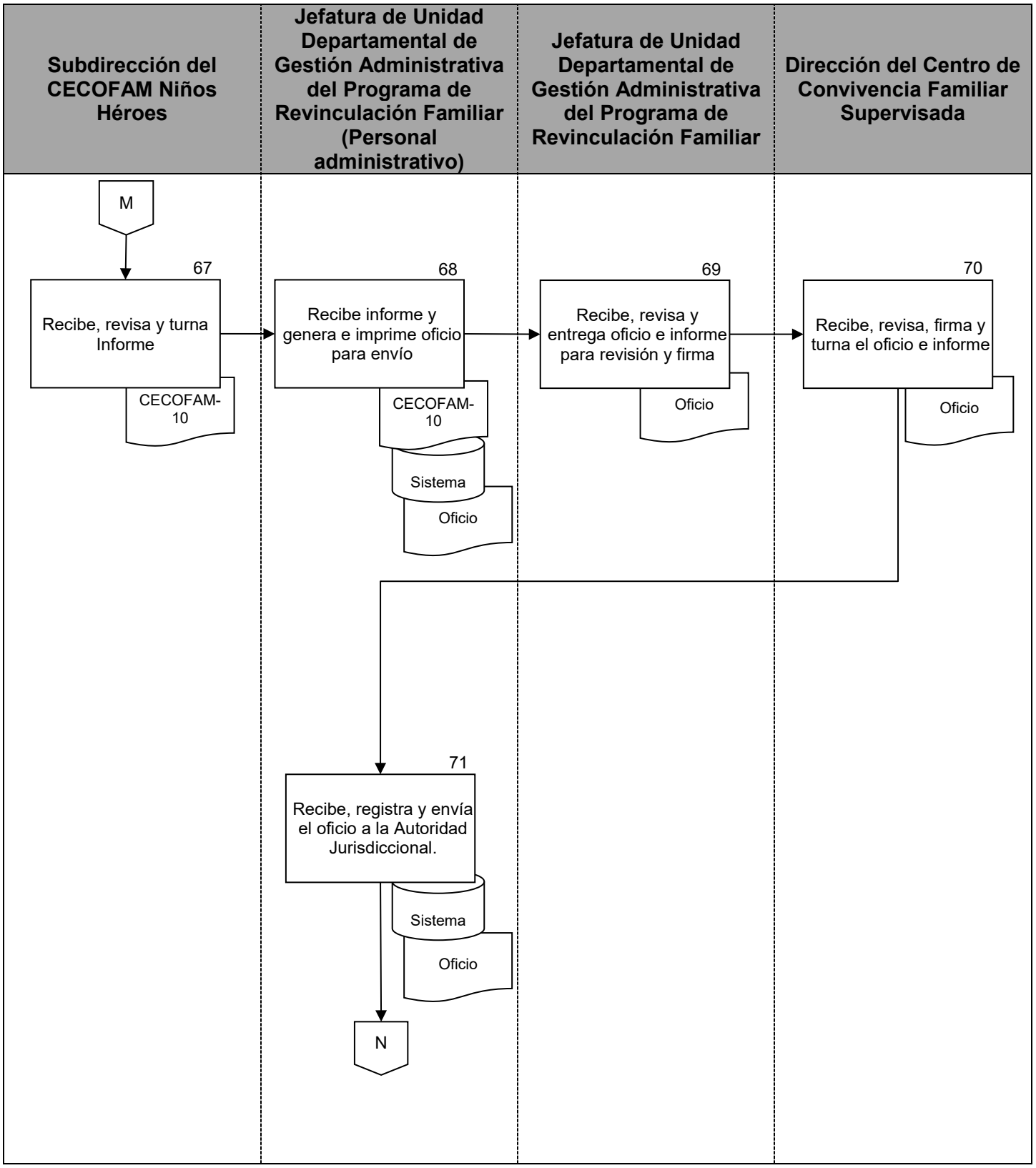

Jefatura de Unidad Departamental de Gestión Administrativa del Programa de Revinculación Familiar (Personal administrativo)
Subdirección del CECOFAM Niños Héroes (Facilitador)
Jefatura de Unidad Departamental de Gestión Administrativa del Programa de Revinculación Familiar
G
35
Recibe hoja de Confirmación de Entrevista Diagnóstica, termina trámite y solicita se retiren
CECOFAM - 02
CECOFAM - 03
4
36
Registra y archiva la Información de la Hoja de Antecedentes en expediente
Sistema
Expediente
37
Entrega expediente del Programa de Revinculación Familiar para la Entrevista Diagnóstica
Expediente.
38
Recibe expediente del Programa de Revinculación Familiar y revisa la hoja de Antecedentes
Expediente
39
Espera la llegada de la o el Responsable Conviviente y Niña, Niño y/o Adolescente para efectuar Entrevista
¿Existe inasistencia de ambas partes a la Entrevista Diagnóstica?
Sí
No
I
40
Informa las inasistencias
41
Registra inasistencias en el Sistema
Sistema
42
Genera, imprime y turna oficio para informar las inasistencias a la Entrevista Diagnóstica
Sistema
Oficio
43
Recibe, revisa, firma y devuelve el oficio
Oficio
H

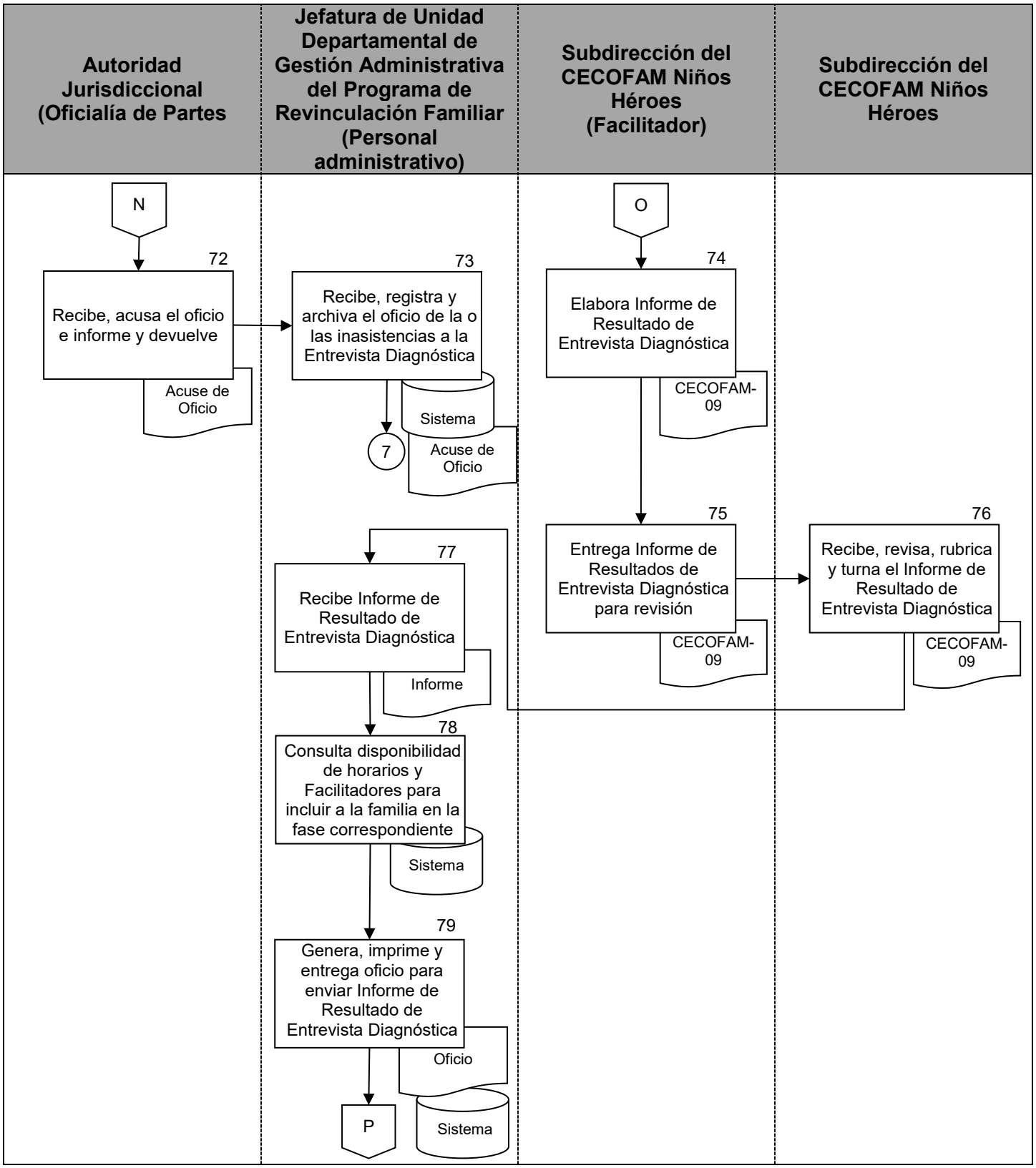

Jefatura de Unidad Departamental de Gestión Administrativa del Programa de Revinculación Familiar (Personal administrativo)
Autoridad Jurisdiccional (Oficialía de Partes)
Subdirección de CECOFAM Niños Héroes (Facilitador)
H
44
Recibe, registra y envía oficio a la Autoridad Jurisdiccional en el que informa inasistencias a la Entrevista
Sistema
Oficio
45
Recibe, acusa y devuelve el acuse de oficio
Acuse de Oficio
46
Recibe, registra en el Sistema y archiva el acuse del oficio de la o las inasistencias a la Entrevista Diagnóstica
Sistema
Acuse del Oficio
5
I
47
Realiza Entrevista Diagnóstica e informa y entrega Tríptico y Formato o Carta
Tríptico
CECOFAM - 04
CECOFAM - 05
J

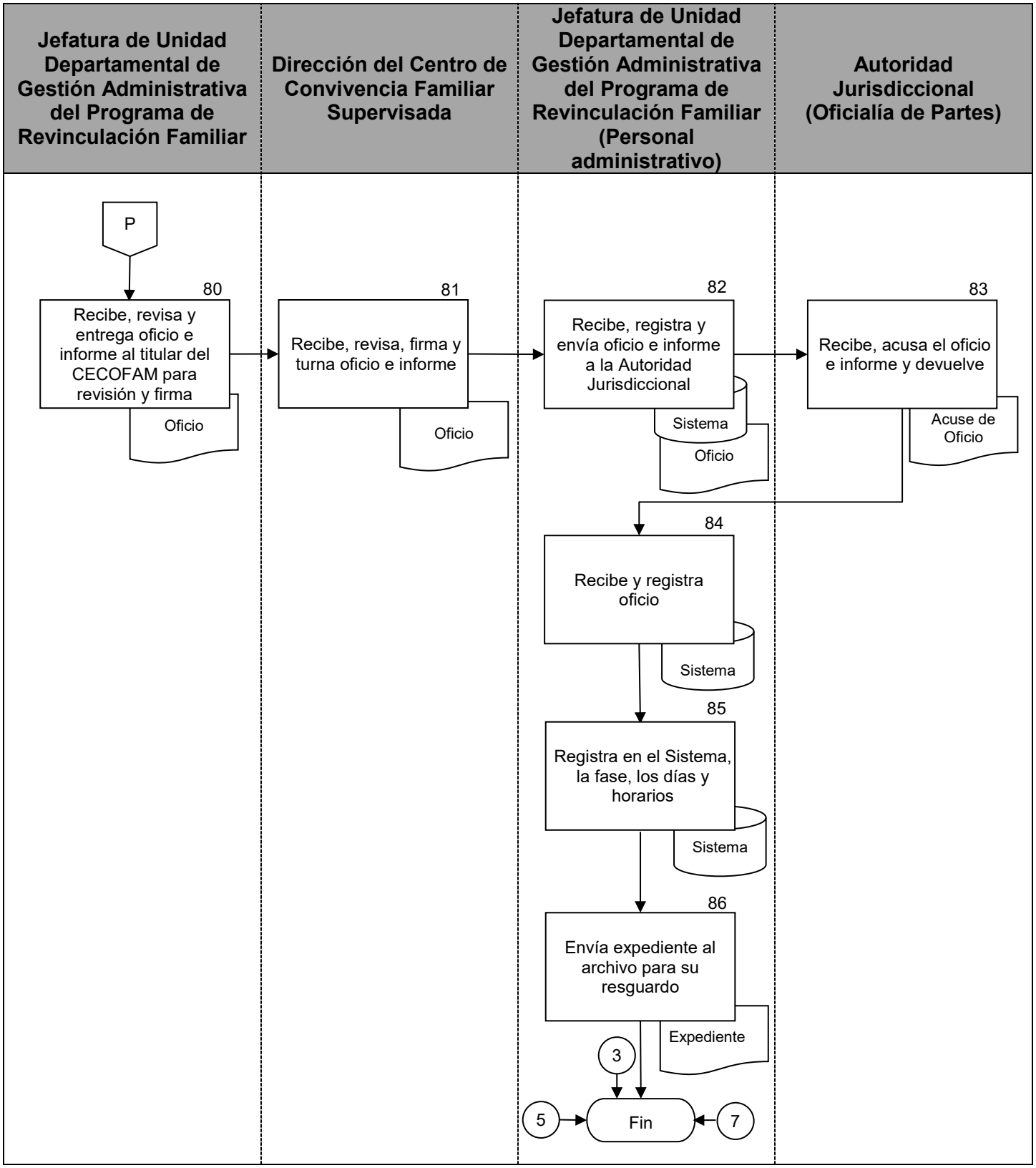

Responsable Conviviente y Responsable Custodio
Subdirección del CECOFAM Niños Héroes (Facilitador)
Jefatura de Unidad Departamental de Gestión Administrativa del Programa de Revinculación Familiar (Personal administrativo)
J
48
Recibe Tríptico y Formato de Consentimiento o Carta de Desistimiento, requisita y devuelve
CECOFAM - 04
CECOFAM - 05
49
Recibe Formato de Consentimiento o Carta de Desistimiento
50
Genera, imprime y entrega hoja de Confirmación de cita para el Primer Encuentro
Sistema
CECOFAM - 06
CECOFAM - 07
51
Recibe, firma y devuelve hoja de Confirmación de Primer Encuentro
CECOFAM - 06
CECOFAM - 07
52
Recibe y envía para su archivo hoja de Confirmación del Primer Encuentro en expediente
CECOFAM - 06
CECOFAM - 07
6
53
Espera a que las personas usuarias se presenten al Primer Encuentro
¿Asisten personas usuarias a Encuentro?
No
Sí
L
54
Informa las inasistencias
55
Registra inasistencias en el sistema
Sistema
56
Genera e imprime oficio de la o las inasistencias y lo turna
Oficio
Sistema
K


Jefatura de Unidad Departamental de Gestión Administrativa del Programa de Revinculación Familiar
Jefatura de Unidad Departamental de Gestión Administrativa del Programa de Revinculación Familiar (Personal administrativo)
Autoridad Jurisdiccional (Oficialía de Partes)
K
57
Recibe, revisa, firma y turna oficio para informar la o las inasistencia
Oficio
58
Recibe, registra y envía el oficio de la o las inasistencias
Sistema
Oficio
59
Recibe, acusa y devuelve el oficio de la o las inasistencias
Acuse de oficio
60
Recibe, registra y archiva oficio de la o las inasistencias en el expediente
Sistema
Acuse de oficio
6


Subdirección del CECOFAM Niños Héroes (Facilitador)
Responsable Conviviente y Responsable Custodio
L
61
Entrega Formato de Asistencia de Primer Encuentro a usuarios
CECOFAM-08
62
Recibe, requisita y devuelve al Facilitador Formato de Asistencia de Primer Encuentro
CECOFAM-08
63
Recibe Formato e instruye llevar a cabo Primer Encuentro
CECOFAM-08
64
Recibe instrucciones de la o el Facilitador para llevar a cabo el Primer Encuentro
65
Observa el desarrollo del Primer Encuentro y al concluir determina si son candidatos
¿Las personas usuarias son candidatos para recibir el servicio?
Sí
O
66
Elabora e imprime Informe con recomendaciones y entrega para revisión
CECOFAM-10
M


Subdirección del CECOFAM Niños Héroes
Jefatura de Unidad Departamental de Gestión Administrativa del Programa de Revinculación Familiar (Personal administrativo)
Jefatura de Unidad Departamental de Gestión Administrativa del Programa de Revinculación Familiar
Dirección del Centro de Convivencia Familiar Supervisada
M
67
Recibe, revisa y turna Informe
CECOFAM-10
68
Recibe informe y genera e imprime oficio para envío
CECOFAM-10
Sistema
Oficio
69
Recibe, revisa y entrega oficio e informe para revisión y firma
Oficio
70
Recibe, revisa, firma y turna el oficio e informe
Oficio
71
Recibe, registra y envía el oficio a la Autoridad Jurisdiccional.
Sistema
Oficio
N


Autoridad Jurisdiccional (Oficialía de Partes
Jefatura de Unidad Departamental de Gestión Administrativa del Programa de Revinculación Familiar (Personal administrativo)
Subdirección del CECOFAM Niños Héroes (Facilitador)
Subdirección del CECOFAM Niños Héroes
N
72
Recibe, acusa el oficio e informe y devuelve
Acuse de Oficio
73
Recibe, registra y archiva el oficio de la o las inasistencias a la Entrevista Diagnóstica
Sistema
Acuse de Oficio
7
O
74
Elabora Informe de Resultado de Entrevista Diagnóstica
CECOFAM-09
75
Entrega Informe de Resultados de Entrevista Diagnóstica para revisión
CECOFAM-09
76
Recibe, revisa, rubrica y turna el Informe de Resultado de Entrevista Diagnóstica
CECOFAM-09
77
Recibe Informe de Resultado de Entrevista Diagnóstica
Informe
78
Consulta disponibilidad de horarios y Facilitadores para incluir a la familia en la fase correspondiente
Sistema
79
Genera, imprime y entrega oficio para enviar Informe de Resultado de Entrevista Diagnóstica
Oficio
Sistema
P


Jefatura de Unidad Departamental de Gestión Administrativa del Programa de Revinculación Familiar
Dirección del Centro de Convivencia Familiar Supervisada
Jefatura de Unidad Departamental de Gestión Administrativa del Programa de Revinculación Familiar (Personal administrativo)
Autoridad Jurisdiccional (Oficialía de Partes)
P
80
Recibe, revisa y entrega oficio e informe al titular del CECOFAM para revisión y firma
Oficio
81
Recibe, revisa, firma y turna oficio e informe
Oficio
82
Recibe, registra y envía oficio e informe a la Autoridad Jurisdiccional
Sistema
Oficio
83
Recibe, acusa el oficio e informe y devuelve
Acuse de Oficio
84
Recibe y registra oficio
Sistema
85
Registra en el Sistema, la fase, los días y horarios
Sistema
86
Envía expediente al archivo para su resguardo
Expediente
3
5
Fin
7

Área: CECOFAM "Revinculación Familiar"

HOJA DE ANTECEDENTES

REGISTRO:

1. DATOS GENERALES.				
NOMBRE COMPLETO	EDAD	FECHA DE NACIMIENTO		

TELÉFONO CASA	TELÉFONO MOVIL	ENTIDAD FEDERATIVA	ALCALDÍA O MUNICIPIO

NACIONALIDAD	RELIGIÓN	ESTADO CIVIL		ESCOLARIDAD
		Casado(a) ☐	Soltero(a) ☐	

ACTIVIDAD LABORAL:	
HORARIO LABORAL:	
NÚMERO DE HIJOS(AS):	

2. DATOS DE LAS NIÑAS, NIÑOS Y/O ADOLESCENTES.				
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

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

Área: CECOFAM "Revinculación Familiar"

HOJA DE ANTECEDENTES

3. DATOS CLÍNICOS. (PAPÁ, MAMÁ, NIÑA, NIÑO Y/O ADOLESCENTE)		
¿HA SIDO EVALUADO(A) 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(A) 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) A ALGÚN MEDICAMENTO?	SI ☐	NO ☐
¿QUIÉN(ES)?		

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

Área: CECOFAM "Revinculación Familiar"

HOJA DE ANTECEDENTES

¿CUENTA CON ALGÚN TIPO DE SERVICIO MÉDICO?	SI ☐	NO ☐
¿QUIÉN(ES)?		
ESPECIFICAR:		
EN CASO DE EMERGENCIA AVISAR A:		
NÚMERO TELEFÓNICO:		

4. SITUACIÓN JURÍDICA.		
SE DETERMINÓ 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, DÍAS Y HORARIOS:		
POR FAVOR INDIQUE QUIÉN INICIÓ EL PROCESO JURÍDICO, EL MOTIVO Y QUÉ ES LO QUE SE PRETENDE:		
¿LOS HIJOS(AS) TIENEN CONOCIMIENTO DEL PROCESO JUDICIAL?	SI ☐	NO ☐
¿CÓMO SE LES HA INFORMADO?:		

Área: CECOFAM "Revinculación Familiar"

HOJA DE ANTECEDENTES

¿EXISTENCIA DE ACUERDOS?	SI ☐	NO ☐
¿CUÁLES?		
¿SE HAN CUMPLIDO?	**SI ☐**	**NO ☐**
CAUSAS:		
OTROS PROCESOS JURÍDICOS (ÓRDENES DE RESTRICCIÓN, DENUNCIAS POR VIOLENCIA, ABUSO SEXUAL, ETC):		

NOMBRE:	FECHA:	FIRMA:

CECOFAM-01

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

Área: CECOFAM "Revinculación Familiar"

HOJA DE ANTECEDENTES

REGISTRO: (1)

1. DATOS GENERALES.				
NOMBRE COMPLETO	EDAD	FECHA DE NACIMIENTO		
(2)	(3)	(4)	(5)	(6)

TELÉFONO CASA	TELÉFONO MOVIL	ENTIDAD FEDERATIVA	ALCALDÍA O MUNICIPIO
(7)	(8)	(9)	(10)

NACIONALIDAD	RELIGIÓN	ESTADO CIVIL		ESCOLARIDAD
(11)	(12)	Casado(a) ☐	Soltero(a) (13) ☐	(14)

ACTIVIDAD LABORAL:	(15)
HORARIO LABORAL:	(16)
NÚMERO DE HIJOS(AS):	(17)

2. DATOS DE LAS NIÑAS, NIÑOS Y/O ADOLESCENTES.				
NOMBRE COMPLETO	EDAD	FECHA DE NACIMIENTO		
(18)	(19)	DÍA (20)	MES (21)	AÑO (22)
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

Página 1 de 4

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

Área: CECOFAM "Revinculación Familiar"

HOJA DE ANTECEDENTES

3. DATOS CLÍNICOS. (PAPÁ, MAMÁ, NIÑA, NIÑO Y/O ADOLESCENTE)		
¿HA SIDO EVALUADO(A) PSICOLÓGICAMENTE? (23)	SI ☐	NO ☐
¿QUIÉN(ES)? (24)		
FECHA DE EVALUACIÓN: (25)		
LUGAR: (26)		
¿HA TOMADO TERAPÍA PSICOLÓGICA? (27)	SI ☐	NO ☐
¿QUIÉN(ES)? (28)		
PERIODO DE LA TERAPÍA: (29)		
LUGAR: (30)		
¿HA SIDO VALORADO(A) POR MÉDICO PSIQUIATRA? (31)	SI ☐	NO ☐
¿QUIÉN(ES)? (32)		
FECHA DE VALORACIÓN: (33)		
LUGAR: (34)		
DIAGNÓSTICO: (35)		
MEDICAMENTOS PRESCRITOS: (36)		
FRECUENCIA DE LA TOMA DE MEDICAMENTO: (37)		
¿PRESENTA ALGUNA ENFERMEDAD DE TIPO CRÓNICA O DEGENERATIVA? (38)	SI ☐	NO ☐
¿QUIÉN(ES)? (39)		
DIAGNÓSTICO: (40)		
MEDICAMENTOS PRESCRITOS: (41)		
FRECUENCIA DE LA TOMA DE MEDICAMENTO: (42)		
¿ES ALERGICO(A) A ALGÚN MEDICAMENTO? (43)	SI ☐	NO ☐
¿QUIÉN(ES)? (44)		

Área: CECOFAM "Revinculación Familiar"

HOJA DE ANTECEDENTES

		SI	NO
¿CUENTA CON ALGÚN TIPO DE SERVICIO MÉDICO? **(45)**		☐	☐
¿QUIÉN(ES)?	**(46)**		
ESPECIFICAR:	**(47)**		
EN CASO DE EMERGENCIA AVISAR A:	**(48)**		
NÚMERO TELEFÓNICO:	**(49)**		

4. SITUACIÓN JURÍDICA.			
SE DETERMINÓ LA GUARDA Y CUSTODIA A FAVOR DE: **(50)**			
¿PENSIÓN ALIMENTICIA? **(51)**		SI ☐	NO ☐
¿EXISTE UN RÉGIMEN DE VISITAS Y CONVIVENCIAS PREVIO? **(52)**		SI ☐	NO ☐
A FAVOR DE:	**(53)**		
LUGAR, DÍAS Y HORARIOS:	**(54)**		
POR FAVOR INDIQUE QUIÉN INICIÓ EL PROCESO JURÍDICO, EL MOTIVO Y QUÉ ES LO QUE SE PRETENDE:			
(55)			
¿LOS HIJOS(AS) TIENEN CONOCIMIENTO DEL PROCESO JUDICIAL? **(56)**		SI ☐	NO ☐
¿CÓMO SE LES HA INFORMADO?: **(57)**			

Área: CECOFAM "Revinculación Familiar"

HOJA DE ANTECEDENTES

¿EXISTENCIA DE ACUERDOS? (58)	SI ☐	NO ☐
¿CUÁLES?: (59)		
¿SE HAN CUMPLIDO? (60)	SI ☐	NO ☐
CAUSAS: (61)		
OTROS PROCESOS JURÍDICOS (ÓRDENES DE RESTRICCIÓN, DENUNCIAS POR VIOLENCIA, ABUSO SEXUAL, ETC): (62)		

NOMBRE:	FECHA:	FIRMA:
(63)	(64)	(65)

CECOFAM-01

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	NOMBRE COMPLETO	.El nombre completo de la persona que proporcionó la información del formato.
3	EDAD	La edad de la persona que proporcionó la información del formato.
4	FECHA DE NACIEMIENTO DIA	El día de la fecha de nacimiento de la persona que proporcionó la información del formato.
5	FECHA DE NACIMIENTO MES	El mes de la fecha de nacimiento de la persona que proporcionó la información del formato.
6	FECHA DE NACIMIENTO AÑO	El año de la fecha de nacimiento de la persona que proporcionó la información del formato.
7	TELÉFONO CASA	El número telefónico del domicilio de la persona que proporcionó la información del formato.
8	TELÉFONO MOVIL	El número telefónico móvil de la persona que proporcionó la información del formato.
9	ENTIDAD FEDERATIVA	Entidad Federativa en la que vive la persona que proporcionó la información del formato.

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
10	ALCALDÍA O MUNICIPIO	Alcaldía o municipio en la que vive la persona que proporcionó la información del formato.
11	NACIONALIDAD	Nacionalidad de la persona que proporcionó la información del formato.
12	RELIGIÓN	Religión de la persona que proporcionó la información del formato.
13	ESTADO CIVIL	Estado Civil de la persona que proporcionó la información del formato.
14	ESCOLARIDAD	Escolaridad de la persona que proporcionó la información del formato.
15	ACTIVIDAD LABORAL	Actividad laboral de la persona que proporcionó la información del formato.
16	HORARIO LABORAL	Horario laboral de la persona que proporcionó la información del formato.
17	NÚMERO DE HIJOS	Número de hijos de la persona que proporcionó la información del formato.
18	NOMBRE COMPLETO	Nombre completo de las niñas, niños y adolescentes hijos de las partes.
19	EDAD	Edad de las niñas, niños y adolescentes hijos de las partes.
20	FECHA DE NACIEMIENTO DIA	El día de la fecha de nacimiento de las niñas, niños y adolescentes hijos de las partes.

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
21	FECHA DE NACIMIENTO MES	El mes de la fecha de nacimiento de las niñas, niños y adolescentes hijos de las partes.
22	FECHA DE NACIMIENTO AÑO	El año de la fecha de nacimiento de las niñas, niños y adolescentes hijos de las partes.
23	¿HA SIDO EVALUADO PSICOLÓGICAMENTE?	Marcar SÍ o NO.
24	¿QUIÉN(ES)?	El nombre de la persona que ha sido evaluada psicológicamente.
25	FECHA DE EVALUACIÓN:	La fecha en la que se realizó la evaluación psicológica.
26	LUGAR:	El lugar en el que se realizó la evaluación psicológica.
27	¿HA TOMADO TERAPÍA PSICOLÓGICA?	Marcar SÍ o NO.
28	¿QUIÉN(ES)?	El nombre de la persona que tomó terapia psicológica.
29	PERIODO DE LA TERAPÍA:	El periodo en el que se realizó la terapia psicológica.
30	LUGAR:	El Lugar en el que se realizó la terapia psicológica.
31	¿HA SIDO VALORADO POR MÉDICO PSIQUIATRA?	Marcar SÍ o NO.
32	¿QUIÉN(ES)?	El nombre de la persona que ha sido valorado por el médico psiquiatra.

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
33	FECHA DE VALORACIÓN	La fecha en que fue valorado por el médico psiquiatra.
34	LUGAR:	El lugar en que se realizó la valoración por el médico psiquiatra.
35	DIAGNÓSTICO:	El diagnóstico que le fue dado por el médico psiquiatra.
36	MEDICAMENTOS PRESCRITOS	Los medicamentos prescritos por el médico psiquiatra.
37	FRECUENCIA DE LA TOMA DE MEDICAMENTO	La frecuencia con la que toma los medicamentos prescritos por el médico psiquiatra.
38	¿PRESENTA ALGUNA ENFERMEDAD DE TIPO CRÓNICA O DEGENERATIVA?	Marcar SÍ o NO.
39	¿QUIÉN(ES)?	El nombre de la persona que presenta alguna enfermedad de tipo crónica o degenerativa.
40	DIAGNÓSTICO:	El diagnóstico de la enfermedad de tipo crónica o degenerativa.
41	MEDICAMENTOS PRESCRITOS	Los medicamentos prescritos por el médico para la la enfermedad de tipo crónica o degenerativa.
42	FRECUENCIA DE LA TOMA DE MEDICAMENTO	La frecuencia con la que toma los medicamentos para la enfermedad de tipo crónica o degenerativa.
43	¿ES ALERGICO A ALGÚN MEDICAMENTO?	Marcar SÍ o NO.

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
44	¿QUIÉN(ES)?	El nombre de la persona que es alérgica a algún medicamento.
45	¿CUENTA CON ALGÚN TIPO DE SERVICIO MÉDICO?	Marcar SÍ o NO.
46	¿QUIÉN(ES)?	El nombre de la persona que cuenta con el servicio médico.
47	ESPECIFICAR:	El nombre de la institución que proporciona el seguro médico.
48	EN CASO DE EMERGENCIA AVISAR A:	El nombre de la persona a la que se le avisará en caso de una emergencia.
49	NÚMERO TELEFÓNICO:	El número telefónico de la persona a la que se le avisará en caso de una emergencia.
50	SE DETERMINÓ LA GUARDA Y CUSTODIA A FAVOR DE	El nombre de la persona que detenta la guarda y custodia de las niñas, niños y adolescentes.
51	¿PENSIÓN ALIMENTICIA?	Marcar SÍ o NO.
52	¿EXISTE UN RÉGIMEN DE VISITAS Y CONVIVENCIAS PREVIO?	Marcar SÍ o NO.
53	A FAVOR DE	El nombre de la persona que tuvo el régimen de visitas previo.
54	LUGAR, DÍAS Y HORARIOS	El lugar, días y horarios del régimen de visitas previo.

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
55	POR FAVOR INDIQUE QUIÉN INICIÓ EL PROCESO JURÍDICO, EL MOTIVO Y QUÉ ES LO QUE SE PRETENDE	El nombre de la persona que inicio el proceso jurídico, el motivo y especificar que, es lo que pretende.
56	¿LOS HIJOS TIENEN CONOCIMIENTO DEL PROCESO JUDICIAL?	Marcar SÍ o NO.
57	¿CÓMO SE LES HA INFORMADO?	Como se ha informado a las niñas, niños y adolescentes, sobre el proceso judicial.
58	¿EXISTENCIA DE ACUERDOS?	Marcar SÍ o NO.
59	¿CUÁLES?	Los acuerdos a los que las han llegado las partes.
60	¿SE HAN CUMPLIDO?	Marcar SÍ o NO.
61	CAUSAS	Las causas por las que se han cumplido o no los acuerdos a los que llegaron las partes.
62	OTROS PROCESOS JURÍDICOS (ORDENES DE RESTRICCIÓN, DENUNCIAS POR VIOLENCIA, ABUSO SEXUAL, ETC)	Sí existen otros procesos jurídicos, y describirlos.

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
63	NOMBRE	El nombre completo de la persona que proporcionó la información.
64	FECHA	La fecha en la que la persona proporcionó la información del formato.
65	FIRMA	La firma de la persona que proporcionó la información.

Área: "CECOFAM, Revinculación Familiar"

ACTOR:	
	VS
DEMANDADO:	
EXPEDIENTE:	
SECRETARÍA:	
TIPO DE JUICIO:	
JUZGADO:	
Registro:	

CONFIRMACIÓN DE CITA PARA ENTREVISTA DIAGNÓSTICA

CONVIVIENTE

Nombre del Conviviente:

- 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.
- Asimismo, como parte del proceso de Entrevistas Diagnósticas se realizará el Primer Encuentro de la o el Responsable Conviviente con el niño, niña o adolescente, por lo cual deberán considerar que el presente procedimiento se realizará en horario posterior del mismo día. El o la facilitadora a cargo le brindará el horario para la realización del mismo.

NOMBRE DE PERSONA	FECHA DE ENTREVISTA	HORARIO DE ENTREVISTA	NOMBRE DEL FACILITADOR

NOMBRE Y FIRMA DE ENTERADO

Ciudad de México a de de

CECOFAM-02

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

Área: "CECOFAM, Revinculación Familiar"

ACTOR:	**(1)**
	VS
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)

- 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.
- Asimismo, como parte del proceso de Entrevistas Diagnósticas se realizará el Primer Encuentro de la o el Responsable Conviviente con el niño, niña o adolescente, por lo cual deberán considerar que el presente procedimiento se realizará en horario posterior del mismo día. El o la facilitadora a cargo le brindará el horario para la realización del mismo.

NOMBRE DE PERSONA	FECHA DE ENTREVISTA	HORARIO DE ENTREVISTA	NOMBRE DEL FACILITADOR
(9)	**(10)**	**(11)**	**(12)**

NOMBRE Y FIRMA DE ENTERADO (13)

Ciudad de México a de de **(14)**

CECOFAM-02

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.

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:

- Cabe hacer mención que el responsable custodio deberá acudir a su cita en conjunto de sus hijos con una persona adicional mayor de edad, en el horario de su cita. **(IMPORTANTE QUE NO SEA SU ABOGADO O REPRESENTANTE LEGAL).**
- Asimismo, como parte del proceso de Entrevistas Diagnósticas se realizará el Primer Encuentro de la o el Responsable Conviviente con el niño, niña o adolescente, por lo cual deberán considerar que el presente procedimiento se realizará en horario posterior del mismo día. El o la facilitadora a cargo le brindará el horario para la realización del mismo.
- 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 DE PERSONA	FECHA DE ENTREVISTA	HORARIO DE ENTREVISTA	NOMBRE DEL FACILITADOR

NOMBRE Y FIRMA DE ENTERADO

Ciudad de México a de de

CECOFAM-03

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)

- Cabe hacer mención que el responsable custodio deberá acudir a su cita en conjunto de sus hijos con una persona adicional mayor de edad, en el horario de su cita. **(IMPORTANTE QUE NO SEA SU ABOGADO O REPRESENTANTE LEGAL).**
- Asimismo, como parte del proceso de Entrevistas Diagnósticas se realizará el Primer Encuentro de la o el Responsable Conviviente con el niño, niña o adolescente, por lo cual deberán considerar que el presente procedimiento se realizará en horario posterior del mismo día. El o la facilitadora a cargo le brindará el horario para la realización del mismo.
- 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 DE PERSONA	FECHA DE ENTREVISTA	HORARIO DE ENTREVISTA	NOMBRE DEL FACILITADOR
(9)	(10)	(11)	(12)

NOMBRE Y FIRMA DE ENTERADO (13)

Ciudad de México a de de (14)

CECOFAM-03

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.

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
9	NOMBRE DE LA PERSONA	El nombre del Responsable Custodio y las Niñas, Niños y/o Adolescentes que asistirán a la Entrevista Diagnóstica, 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.

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA
TSJCDMX

Área: CECOFAM "Revinculación Familiar"

ACTOR:	
	VS
DEMANDADO:	
EXPEDIENTE:	
SECRETARÍA:	
TIPO DE JUICIO:	
Juzgado o Sala:	
Registro:	

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____ hago constar que recibí tríptico del Programa de Revinculación Familiar y que me fue informado en que constan los servicios en auxilio del Régimen de Visitas y Convivencias, por lo que al conocer las características, me comprometo a contribuir para el adecuado desempeño de la convivencia materno o paterno-filial y alcanzar el objetivo de las Fases del Programa y Proceso de Reforzamiento Transversal, conforme a las Bases Generales que Reglamentan los servicios que proporciona el Centro de Convivencia Familiar Supervisada del Tribunal Superior de Justicia de la Ciudad de México.

Lo anterior con la finalidad de que sea informado al Operador de Justicia que conoce del asunto.

Ciudad de México, a_____.

_____

NOMBRE, FECHA Y FIRMA

De conformidad con lo dispuesto en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y la de esta Ciudad; la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados; la Ley de Protección de Datos en Posesión de Sujetos Obligados de la Ciudad de México y los Lineamientos Generales de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados de la Ciudad de México, se hace de su conocimiento que la información que se remite contiene datos personales, los que son considerados como cualquier información concerniente a personas físicas identificadas o identificables, por lo que, una persona física es identificable cuando su identidad pueda determinarse directa o indirectamente. En este sentido, los datos personales son estimados por la ley como confidenciales, por lo que, deben ser tratados bajo su más estricta responsabilidad en el debido cumplimiento de sus funciones, facultades y atribuciones derivadas de la ley que rige la protección de datos personales y su actuar como autoridad; por lo tanto, en cumplimiento al principio de confidencialidad, se debe garantizar que **exclusivamente el TITULAR DE LOS DATOS PUEDA ACCEDER A SUS DATOS PERSONALES,** o bien, la **PERSONA QUE ÉL AUTORICE**, o en su caso, la **AUTORIDAD COMPETENTE**.

CECOFAM- 04

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

Área: CECOFAM "Revinculación Familiar"

ACTOR:	**(1)**
	VS
DEMANDADO:	**(2)**
EXPEDIENTE:	**(3)**
SECRETARÍA:	**(4)**
TIPO DE JUICIO:	**(5)**
Juzgado o Sala:	**(6)**
Registro:	**(7)**

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____**(8)**_____ hago constar que recibí tríptico del Programa de Revinculación Familiar y que me fue informado en que constan los servicios en auxilio del Régimen de Visitas y Convivencias, por lo que al conocer las características, me comprometo a contribuir para el adecuado desempeño de la convivencia materno o paterno-filial y alcanzar el objetivo de las Fases del Programa y Proceso de Reforzamiento Transversal, conforme a las Bases Generales que Reglamentan los servicios que proporciona el Centro de Convivencia Familiar Supervisada del Tribunal Superior de Justicia de la Ciudad de México.

Lo anterior con la finalidad de que sea informado al Operador de Justicia que conoce del asunto.

Ciudad de México, a_____**(9)**_____.

_____**(10)**_____

NOMBRE, FECHA Y FIRMA

De conformidad con lo dispuesto en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y la de esta Ciudad; la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados; la Ley de Protección de Datos en Posesión de Sujetos Obligados de la Ciudad de México y los Lineamientos Generales de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados de la Ciudad de México, se hace de su conocimiento que la información que se remite contiene datos personales, los que son considerados como cualquier información concerniente a personas físicas identificadas o identificables, por lo que, una persona física es identificable cuando su identidad pueda determinarse directa o indirectamente. En este sentido, los datos personales son estimados por la ley como confidenciales, por lo que, deben ser tratados bajo su más estricta responsabilidad en el debido cumplimiento de sus funciones, facultades y atribuciones derivadas de la ley que rige la protección de datos personales y su actuar como autoridad; por lo tanto, en cumplimiento al principio de confidencialidad, se debe garantizar que **exclusivamente el TITULAR DE LOS DATOS PUEDA ACCEDER A SUS DATOS PERSONALES,** o bien, la **PERSONA QUE ÉL AUTORICE**, o en su caso, la **AUTORIDAD COMPETENTE**.

CECOFAM- 04

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	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	NOMBRE	El nombre de la persona que requiere el Consentimiento Informado, automáticamente el sistema proporciona el nombre.
9	Fecha	La fecha en la que se suscribió el Consentimiento Informado.
10	NOMBRE, FECHA Y FIRMA	Nombre, fecha y firma en la que se suscribió el Consentimiento Informado.

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

Área: "CECOFAM, Revinculación Familiar"

ACTOR:	
	VS
DEMANDADO:	
EXPEDIENTE:	
SECRETARÍA:	
TIPO DE JUICIO:	
JUZGADO:	
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 ENTERADA(O)

Ciudad de México a, _____

CECOFAM-05

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA
TSJCDMX

Área: "CECOFAM, Revinculación Familiar"

ACTOR:	(1)
	VS
DEMANDADO:	(2)
EXPEDIENTE:	(3)
SECRETARÍA:	(4)
TIPO DE JUICIO:	(5)
JUZGADO:	(6)
Registro:	(7)

CARTA DE DESISTIMIENTO

Yo, _____(8)_____informo que recibí información sobre el servicio que proporciona el CECOFAM, sin embargo, debido a : _____(9)_____

_____

_____

_____, 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.

_____(10)_____

NOMBRE Y FIRMA DE ENTERADA(O)

Ciudad de México a, _____(11)_____

CECOFAM-05

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	JUZGADO	El Juzgado en el que se lleva el caso
7	REGISTRO	El número de Registro, automáticamente el sistema proporciona el número
8	NOMBRE	El nombre de la persona que requiere la Carta de Desistimiento, automáticamente el sistema proporciona el nombre.
9	MOTIVO	Los motivos por los que la persona se niega a participar en la Revinculación Familiar.

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
10	NOMBRE Y FIRMA DE ENTERADO	El nombre y la firma la persona que requiere la Carta de Desistimiento.
11	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 JUCIO:	
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

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

Área: "CECOFAM, Revinculación Familiar"

ACTOR:	**(1)**
DEMANDADO:	**(2)**
EXPEDIENTE:	**(3)**
SECRETARÍA:	**(4)**
TIPO DE JUCIO:	**(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

DESCRIPCIÓN DEL FORMATO

Nombre:	**CONFIRMACIÓN DE CITA PARA PRIMER ENCUENTRO CONVIVIENTE**
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.

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 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-07

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

Área: "CECOFAM, Revinculación Familiar"

ACTOR:	**(1)**
DEMANDADO:	**(2)**
EXPEDIENTE:	**(3)**
SECRETARÍA:	**(4)**
TIPO DE JUCIO:	**(5)**
JUZGADO O SALA:	**(6)**
Registro:	**(7)**

CONFIRMACIÓN DE CITA PARA PRIMER ENCUENTRO

RESPONSABLE CUSTODIO

(1)

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-07

DESCRIPCIÓN DEL FORMATO

Nombre:	**CONFIRMACIÓN DE CITA PARA PRIMER ENCUENTRO RESPONSABLE CUSTODIO**
Clave:	**CECOFAM -07**
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	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.

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

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

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 Autoridad 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

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

Área: CECOFAM "Revinculación Familiar"

INFORME DE ENTREVISTA DIAGNÓSTICA

Autoridad Ordenadora:	
No. de Expediente Judicial:	
Registro de Convivencia:	

Tipo de Juicio:	
Responsable Custodio:	
Conviviente:	
Nombre y edad de la niña y del niño:	

METODOLOGÍA.

ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN RECABADA.

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/o adolescente.	

CANALIZACIÓN.	
Intervención Psicológica.	
Evaluaciones Psicológicas.	

PROCESO DE REFORZAMIENTO TRANSVERSAL.	
Taller Psicoeducativo	
Plática Asistida	

CECOFAM-09

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

Área: CECOFAM "Revinculación Familiar"

INFORME DE ENTREVISTA DIAGNÓSTICA

REFERENCIAS.

Ciudad de México a de de 20.**
Atentamente

_____

Nombre
Profesión
Cédula profesional

De conformidad con lo dispuesto en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y la de esta Ciudad; la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados; la Ley de Protección de Datos en Posesión de Sujetos Obligados de la Ciudad de México y los Lineamientos Generales de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados de la Ciudad de México, se hace de su conocimiento que la información que se remite contiene datos personales, los que son considerados como cualquier información concerniente a personas físicas identificadas o identificables, por lo que, una persona física es identificable cuando su identidad pueda determinarse directa o indirectamente. En este sentido, los datos personales son estimados por la ley como confidenciales, por lo que, deben ser tratados bajo su más estricta responsabilidad en el debido cumplimiento de sus funciones, facultades y atribuciones derivadas de la ley que rige la protección de datos personales y su actuar como autoridad; por lo tanto, en cumplimiento al principio de confidencialidad, se debe garantizar que **exclusivamente el TITULAR DE LOS DATOS PUEDA ACCEDER A SUS DATOS PERSONALES,** o bien, la **PERSONA QUE ÉL AUTORICE**, o en su caso, la **AUTORIDAD COMPETENTE**.

CECOFAM-09

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

Área: CECOFAM "Revinculación Familiar"

INFORME DE ENTREVISTA DIAGNÓSTICA

Autoridad Ordenadora:	(1)
No. de Expediente Judicial:	(2)
Registro de Convivencia:	(3)

Tipo de Juicio:	(4)
Responsable Custodio:	(5)
Conviviente:	(6)
Nombre y edad de la niña y del niño:	(7)

METODOLOGÍA.
(8)

ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN RECABADA.
(9)

RECOMENDACIONES.
(10)

PROGRAMA DE REVINCULACIÓN FAMILIAR. (11)			
Fase I. Convivencia de Reencuentro.		Fase III. Convivencia en Espacios Semi-Libres.	
Fase II. Convivencia Asistida.		Fase IV. Entrega-Recepción de niña, niño y/o adolescente.	

CANALIZACIÓN. (12)	
Intervención Psicológica.	
Evaluaciones Psicológicas.	

PROCESO DE REFORZAMIENTO TRANSVERSAL. (13)	
Taller Psicoeducativo	
Plática Asistida	

CECOFAM-09

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

Área: CECOFAM "Revinculación Familiar"

INFORME DE ENTREVISTA DIAGNÓSTICA.

REFERENCIAS.
(14)

Ciudad de México a de de 20**.(15)

Atentamente

(16)

_____

Nombre (17)

Profesión (18)

Cédula profesional (19)

De conformidad con lo dispuesto en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y la de esta Ciudad; la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados; la Ley de Protección de Datos en Posesión de Sujetos Obligados de la Ciudad de México y los Lineamientos Generales de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados de la Ciudad de México, se hace de su conocimiento que la información que se remite contiene datos personales, los que son considerados como cualquier información concerniente a personas físicas identificadas o identificables, por lo que, una persona física es identificable cuando su identidad pueda determinarse directa o indirectamente. En este sentido, los datos personales son estimados por la ley como confidenciales, por lo que, deben ser tratados bajo su más estricta responsabilidad en el debido cumplimiento de sus funciones, facultades y atribuciones derivadas de la ley que rige la protección de datos personales y su actuar como autoridad; por lo tanto, en cumplimiento al principio de confidencialidad, se debe garantizar que **exclusivamente el TITULAR DE LOS DATOS PUEDA ACCEDER A SUS DATOS PERSONALES,** o bien, la **PERSONA QUE ÉL AUTORICE**, o en su caso, la **AUTORIDAD COMPETENTE**.

CECOFAM-09

DESCRIPCIÓN DEL FORMATO

Nombre:	**INFORME DE ENTREVISTA DIAGNÓSTICA**
Clave:	**CECOFAM-09**
Objetivo:	Informar al Autoridad Jurisdiccional la disposición de personas usuarias para propiciar la Revinculación, familiar, el grado de conflictiva familiar, la fase del Programa de Revinculación Familiar que corresponde.
Elabora:	Centro de Convivencia Familiar Supervisada.
Número de tantos:	Dos Originales
Distribución:	Original. - Archivo del Centro de Convivencia Familiar Supervisada Original.- Autoridad Jurisdiccional

INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
1	AUTORIDAD ORDENADORA	El número de Sala o Juzgado, automáticamente el sistema proporciona el número.
2	NO. DE EXPEDIENTE JUDICIAL	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.
3	REGISTRO DE CONVIVENCIA	El número de Registro, automáticamente el sistema proporciona el número
4	TIPO DE JUICIO	El tipo de Juicio, automáticamente el sistema proporciona el tipo de Juicio.
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	La instrumentación de cada Entrevista Diagnóstica y primer encuentro.

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
09	ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN RECABADA.	Análisis respecto a lo escuchado en cada entrevista diagnóstica y observado en el Primer Encuentro, valoración del nivel de conflictiva familiar, cooperación para progresar en el ejercicio de coparentalidad, calidad de interacción parento-filial y habilidades parentales presentes.
10	RECOMENDACIONES	Fase asignada a la familia dentro del Programa de Revinculación Familiar, recomendaciones diversas para coadyuvar en el progreso de Rol Parental desempeñado y/o para que el Autoridad Jurisdiccional se allegue de mayores elementos para el juicio que corresponda.
11	PROGRAMA DE REVINCULACIÓN FAMILIAR	Marcar con una “x” la Fase correspondiente.
12	CANALIZACIÓN	Marcar con una “x” si la familia es candidata a alguna Canalización de servicio diverso.
13	PROCESO DE REFORZAMIENTO TRANSVERSAL	Marcar con una “x” el proceso correspondiente.
14	REFERENCIAS	Referencias Teóricas que dan sustento a la opinión profesional del Facilitador(a).
15	FECHA	Día, mes y año de elaboración de informe.
16	FIRMA	Firma de la o el Facilitador responsable.

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
17	NOMBRE	Nombre completo de la o el Facilitador que realizó la Entrevista Diagnóstica y Primer Encuentro.
18	PROFESIÓN	Profesión de la o el Facilitador que realizó la Entrevista Diagnóstica y Primer Encuentro
19	CÉDULA PROFESIONAL	Número de cédula profesional de la o el Facilitador que realizó la Entrevista Diagnóstica y Primer Encuentro

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

Área: CECOFAM "Revinculación Familiar"

INFORME DE ENTREVISTA DIAGNÓSTICA

Autoridad Ordenadora:	
No. de Expediente Judicial:	
Registro de Convivencia:	

Tipo de Juicio:	
Conviviente:	
Responsable Custodio:	
Nombre y edad del niño:	

METODOLOGÍA.

ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN RECABADA.

RECOMENDACIONES.

CANALIZACIÓN.	
Atención Psicológica.	
Evaluación Psiquiátrica.	
Peritaje Social.	

INDICADORES.			
A. Violencia	Mencionado por el padre	Mencionado por la madre	Mencionado por Ignacio
Física			
Sexual			
Emocional			
Psicológica			
Verbal			
Patrimonial			
Negligencia			
Desacuerdo			
Otras			
B. Conflicto Alto			
Denigración del padre o la madre			

CECOFAM-10

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

Área: CECOFAM "Revinculación Familiar"

INFORME DE ENTREVISTA DIAGNÓSTICA

Rechazo sin justificación			
Más de tres años de litigio			
Relatos Irreales			
Impedir o rechazar la comunicación entre los miembros			
Pensamiento extremista			
Ambivalencia Emocional			
Incongruencia			
Otras			

REFERENCIAS.

Ciudad de México a de de 20.**
Atentamente

Nombre
Profesión
Cédula profesional

De conformidad con lo dispuesto en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y la de esta Ciudad; la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados; la Ley de Protección de Datos en Posesión de Sujetos Obligados de la Ciudad de México y los Lineamientos Generales de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados de la Ciudad de México, se hace de su conocimiento que la información que se remite contiene datos personales, los que son considerados como cualquier información concerniente a personas físicas identificadas o identificables, por lo que, una persona física es identificable cuando su identidad pueda determinarse directa o indirectamente. En este sentido, los datos personales son estimados por la ley como confidenciales, por lo que, deben ser tratados bajo su más estricta responsabilidad en el debido cumplimiento de sus funciones, facultades y atribuciones derivadas de la ley que rige la protección de datos personales y su actuar como autoridad; por lo tanto, en cumplimiento al principio de confidencialidad, se debe garantizar que **exclusivamente el TITULAR DE LOS DATOS PUEDA ACCEDER A SUS DATOS PERSONALES,** o bien, la **PERSONA QUE ÉL AUTORICE**, o en su caso, la **AUTORIDAD COMPETENTE**.

CECOFAM-10

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

Área: CECOFAM "Revinculación Familiar"

INFORME DE ENTREVISTA DIAGNÓSTICA

Autoridad Ordenadora:	**(1)**
No. de Expediente Judicial:	**(2)**
Registro de Convivencia:	**(3)**

Tipo de Juicio:	**(4)**
Conviviente:	**(5)**
Responsable Custodio:	**(6)**
Nombre y edad del niño:	**(7)**

METODOLOGÍA.
(8)

ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN RECABADA.
(9)

RECOMENDACIONES.
(10)

CANALIZACIÓN.	**(11)**
Atención Psicológica.	
Evaluación Psiquiátrica.	
Peritaje Social.	

INDICADORES.	**(12)**		
A. Violencia	Mencionado por el padre	Mencionado por la madre	Mencionado por Ignacio
Física			
Sexual			
Emocional			
Psicológica			
Verbal			
Patrimonial			
Negligencia			
Desacuerdo			
Otras			
B. Conflicto Alto			
Denigración del padre o la madre			

CECOFAM-10

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

Área: CECOFAM "Revinculación Familiar"

INFORME DE ENTREVISTA DIAGNÓSTICA.

Rechazo sin justificación			
Más de tres años de litigio			
Relatos Irreales			
Impedir o rechazar la comunicación entre los miembros			
Pensamiento extremista			
Ambivalencia Emocional			
Incongruencia			
Otras			

REFERENCIAS.
(13)

Ciudad de México a de de 20**. (14)

Atentamente

(15)

Nombre (16)

Profesión (17)

Cédula profesional (18)

De conformidad con lo dispuesto en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y la de esta Ciudad; la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados; la Ley de Protección de Datos en Posesión de Sujetos Obligados de la Ciudad de México y los Lineamientos Generales de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados de la Ciudad de México, se hace de su conocimiento que la información que se remite contiene datos personales, los que son considerados como cualquier información concerniente a personas físicas identificadas o identificables, por lo que, una persona física es identificable cuando su identidad pueda determinarse directa o indirectamente. En este sentido, los datos personales son estimados por la ley como confidenciales, por lo que, deben ser tratados bajo su más estricta responsabilidad en el debido cumplimiento de sus funciones, facultades y atribuciones derivadas de la ley que rige la protección de datos personales y su actuar como autoridad; por lo tanto, en cumplimiento al principio de confidencialidad, se debe garantizar que **exclusivamente el TITULAR DE LOS DATOS PUEDA ACCEDER A SUS DATOS PERSONALES**, o bien, la **PERSONA QUE ÉL AUTORICE**, o en su caso, la **AUTORIDAD COMPETENTE**.

CECOFAM-10

DESCRIPCIÓN DEL FORMATO

Nombre:	**INFORME DE ENTREVISTA DIAGNÓSTICA**
Clave:	**CECOFAM- 10**
Objetivo:	Informar al Autoridad Jurisdiccional que el proceso de entrevista diagnóstica está incompleto, por ausencia de una o ambas partes involucradas en el juicio, por lo que se carece de la información para realizar alguna recomendación.
Elabora:	Centro de Convivencia Familiar Supervisada.
Número de tantos:	Dos Originales
Distribución:	Original. - Archivo del Centro de Convivencia Familiar Supervisada Original.- Autoridad Jurisdiccional

INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
1	AUTORIDAD ORDENADORA	El número de Sala o Juzgado, automáticamente el sistema proporciona el número.
2	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.
3	REGISTRO DE CONVIVENCIA	El número de Registro, automáticamente el sistema proporciona el número
4	TIPO DE JUICIO	El tipo de Juicio, automáticamente el sistema proporciona el tipo de Juicio.
5	CONVIVIENTE	El nombre del Responsable Conviviente..
6	RESPONSABLE CUSTODIO	El nombre del Responsable Custodio
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	La instrumentación de cada Entrevista Diagnóstica y primer encuentro.

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
9	ANÁLISIS DE LA INTERACCIÓN RECABADA.	Análisis respecto a lo escuchado en cada entrevista diagnóstica y observado en el Primer Encuentro, valoración del nivel de conflictiva familiar, indicadores que obstaculicen o sean riesgosos para el ejercicio de coparentalidad y la relación paterno filial; factores peligrosos y que dañen la esfera psicosocioemocional de la niña, niño y/o Adolescentes.
10	RECOMENDACIONES	Referencia a atención diversa de los integrantes de la familia, de acuerdo a su necesidad particular como Evaluación y/o Terapia psicológica, Estudio Socioeconómico, Psiquiátrico y/o Toxicológico, o cualquier otro que pueda ser benéfico para el interés superior de la niña, niño y/o adolescente.
11	CANALIZACIÓN	Marcar con una “x” si la familia es candidata a alguna Canalización de servicio diverso.
12	INDICADORES	Marcar con una “x” todos aquellos indicadores de riesgo detectados en todos los miembros de la familia entrevistada.
13	REFERENCIAS	Referencias Teóricas que dan sustento a la opinión profesional del Facilitador(a).
14	FECHA	Día, mes y año de elaboración de informe.
15	FIRMA	Firma de la o el Facilitador responsable.
16	NOMBRE	Nombre completo de la o el Facilitador que realizó la Entrevista Diagnóstica y Primer Encuentro.

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
17	PROFESIÓN	Profesión de la o el Facilitador que realizó la Entrevista Diagnóstica y Primer Encuentro
18	CÉDULA PROFESIONAL	Número de cédula profesional de la o el Facilitador que realizó la Entrevista Diagnóstica y Primer Encuentro

Procedimiento: CIEAJ-016	Fase I Aprendizaje Formal, Convivencia de Reencuentro.
Objetivo general:	Propiciar el reencuentro y/o construcción de la relación materno o paterno-filial con el auxilio de la o el Responsable Custodio, el desarrollo de habilidades parentales, de comunicación y confianza de las y los integrantes de las familias que permita generar un vínculo a futuro, en auxilio a las Niñas, Niños y Adolescentes que dejaron de convivir o no conocen a la o el Responsable Conviviente, pero es propicio reiniciar o generar el vínculo y requieren de la participación activa y propositiva de la o el Responsable Custodio.
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, tendrán una duración aproximada 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 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 personas usuarias 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 concluirá el servicio en punto de la hora, ya que las personas usuarias deben llegar 10 minutos antes de iniciado el servicio, posteriormente se pedirá que se retire del lugar. Sin embargo, una vez concluido el horario se encuentran en las instalaciones, la Niña, Niño y/o Adolescente, la o el Responsable Conviviente y la o el Responsable Custodio o Tercero Emergente deberá privilegiarse el desarrollo de la convivencia al estar de acuerdo la Niña, Niño y Adolescente. Asimismo, a través de Compromiso Coparental ambas partes deberán comprometerse a dar cumplimiento estricto a los horarios de inicio y fin de la convivencia en lo subsecuente.

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 personas extranjeras, 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 Responsable Conviviente para el inicio de su convivencia y por ningún motivo, podrán dejarlo a cargo de la o el Facilitador o

personal adscrito de la Dirección del Centro de Convivencia Familiar Supervisada, respetando en todo momento los horarios establecidos.

10. Si Personal de Seguridad que apoya a la Dirección del Centro de Convivencia Familiar Supervisada percibe indicios de que alguna de las personas usuarias presenta aliento alcohólico, se les negará el acceso a las instalaciones y se informará a la Autoridad Jurisdiccional a través de Nota Informativa.

11. En caso de que la o el Responsable Conviviente, la Niña, Niño 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 la o el Responsable Custodio o la o el Tercero Emergente se presente a recoger a la Niña, Niño o Adolescente.

13. Si la o el Responsable Custodio o la o el Tercero Emergente no se presenta a recoger a la Niña, Niño o Adolescente al término del horario de la Convivencia de Reencuentro, se buscará localizar vía telefónica a la o el Responsable Custodio o la o el 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 o Adolescente a la Agencia del Ministerio Público, lo que se hará del conocimiento a la Autoridad Jurisdiccional a través de Nota Informativa.

15. 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 sus hijas y/o hijos.

16. 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.

17. La o el Facilitador realizará observación de la interacción parento-filial al interior de las salas lúdicas, pudiendo auxiliarse de prestadores(as) de servicio social y/o prestadores(as) de prácticas profesionales.

18. En caso de ser necesario, se solicitará mediante escrito a la Autoridad Jurisdiccional, la autorización para que la o el Facilitador asignado realice revisión del expediente judicial.

19. La o el Facilitador a cargo de la convivencia, utilizará como opción para poder constituir en ciertos casos los informes enviados a la Autoridad Jurisdiccional, métodos clínicos propios de su perfil profesional, con el objetivo de identificar y advertir rasgos o indicadores de las o los Responsables Custodios y/o las o los Responsables Convivientes, que pongan en riesgo el desarrollo psicosocioemocional de las Niñas, Niños o Adolescentes.
20. Se remitirá a la Autoridad Jurisdiccional Nota Informativa en el término de 5 días hábiles, para hacer de su conocimiento hechos relevantes acontecidos durante la convivencia familiar, así como el incumplimiento del régimen de visitas y convivencias de manera consecutiva y/o recurrente de la o el Responsable Custodio y/o Responsable Conviviente.

21. La Autoridad Jurisdiccional 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. Previo a los 3 meses de la Fase I, se dará a conocer a la o el Responsable Conviviente y/o la o el Responsable Custodio la transición de fase, a efecto de que firmen la “Carta de Recepción de Horarios” y con ello dar continuidad a la convivencia en el Programa de Revinculación Familiar, lo que se informará a la Autoridad Jurisdiccional. Sin embrago, en caso de negativa por parte de la o el Responsable Conviviente y/o la o el Responsable Custodio para suscribir dicho documento, la o el Facilitador emitirá un Informe de Redirección con el análisis de la dinámica familiar y la recomendación para para transitar a una nueva Fase en función del interés superior de la Niña, Niño y/o Adolescente, el cual se remitirá vía oficio a la Autoridad Jurisdiccional con los horarios sugeridos.

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 o 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 Autoridad Jurisdiccional.

24. Se aplicará encuesta de satisfacción a la o el Responsable Custodio, la o el Responsable Conviviente, Niña, Niño y/o Adolescente en los meses de febrero, mayo, agosto y noviembre.

25. Se informará por oficio las inasistencias de la o el Responsable Custodio, de la o el Responsable Conviviente y de la Niña, Niño o Adolescente, para efecto de que la Autoridad Jurisdiccional autorice la baja administrativa.

26. Las inscripciones de las personas usuarias a los Talleres Psicoeducativos estarán a cargo de la o el Facilitador que acompaña la convivencia, se realizarán al inicio de la Fase I y son de carácter obligatorio.

27. La o el Facilitador desarrollará Pláticas Asistidas con la o el Responsable Custodio y la o el Responsable Conviviente, las cuales podrán realizarse de manera semanal, quincenal o mensual según sea necesario para la consecución de acuerdos coparentales en función del cumplimiento del régimen de Visitas y Convivencias.

    En caso de negativa por parte de la o el Responsable Custodio y/o la o el Responsable Conviviente a participar en ellas, éstas se solicitarán mediante oficio al juzgado de referencia.

28. En caso de que la Niña, Niño o Adolescente manifestara indisposición 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.

29. 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 a la Autoridad Jurisdiccional el apoyo especializado correspondiente.

30. En aquellos casos que la familia requiera pautas conductuales específicas de aspectos relacionados con alimentación, higiene y/o salud, se utilizará la Bitácora de Cuidados y Atenciones.

31. En aquellos casos en los que no se cuente con información personal de la o el Responsable Custodio y/o la o el Responsable Conviviente se dará para su llenado el

"Formato único para recabar datos personales", previa lectura del Aviso de Privacidad correspondiente.

32. Para que las personas usuarias que se inscriban en diversos cursos y talleres impartidos por la Fundación "Carlos Slim", se utilizará la "Carta Compromiso Adultos FCS"

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 personas usuarias 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.	
3 4 5 6	Subdirección del CECOFAM Niños Héroes (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	Responsable Custodio y/o Responsable Conviviente	Coloca su huella en el lector biométrico o indica su número de registro y presenta su identificación.	
8	Subdirección del CECOFAM Niños Héroes (Facilitador)	Verifica en el Sistema autorizado por el Pleno del Consejo, 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.	• Sistema
9		Entrega a la o el Responsable Custodio y/o a la o el Responsable Conviviente, Formato de Asistencia Mensual de Convivencia de Reencuentro.	
10	Responsable Custodio y/o Responsable Conviviente	Recibe, requisita el “Formato de Asistencia Mensual Convivencia de Reencuentro” (CECOFAM-CR-01) y devuelve a la o el Facilitador.	• Formato CECOFAM-CR-01
11	Subdirección del CECOFAM Niños Héroes (Facilitador)	Recibe y revisa que el Formato de Asistencia Mensual de Reencuentro esté debidamente requisitado.	
12		Entrega a la o el Responsable Conviviente un gafete denominado “Usuario en Convivencia”.	
13		Verifica en el Formato de Asistencia Mensual de Convivencia de Reencuentro los términos en los que se debe llevar a cabo la Convivencia.	
14		Observa la interacción inicial de la o el Responsable Custodio, la o el Responsable Conviviente y Niña, Niño y/o Adolescente.	

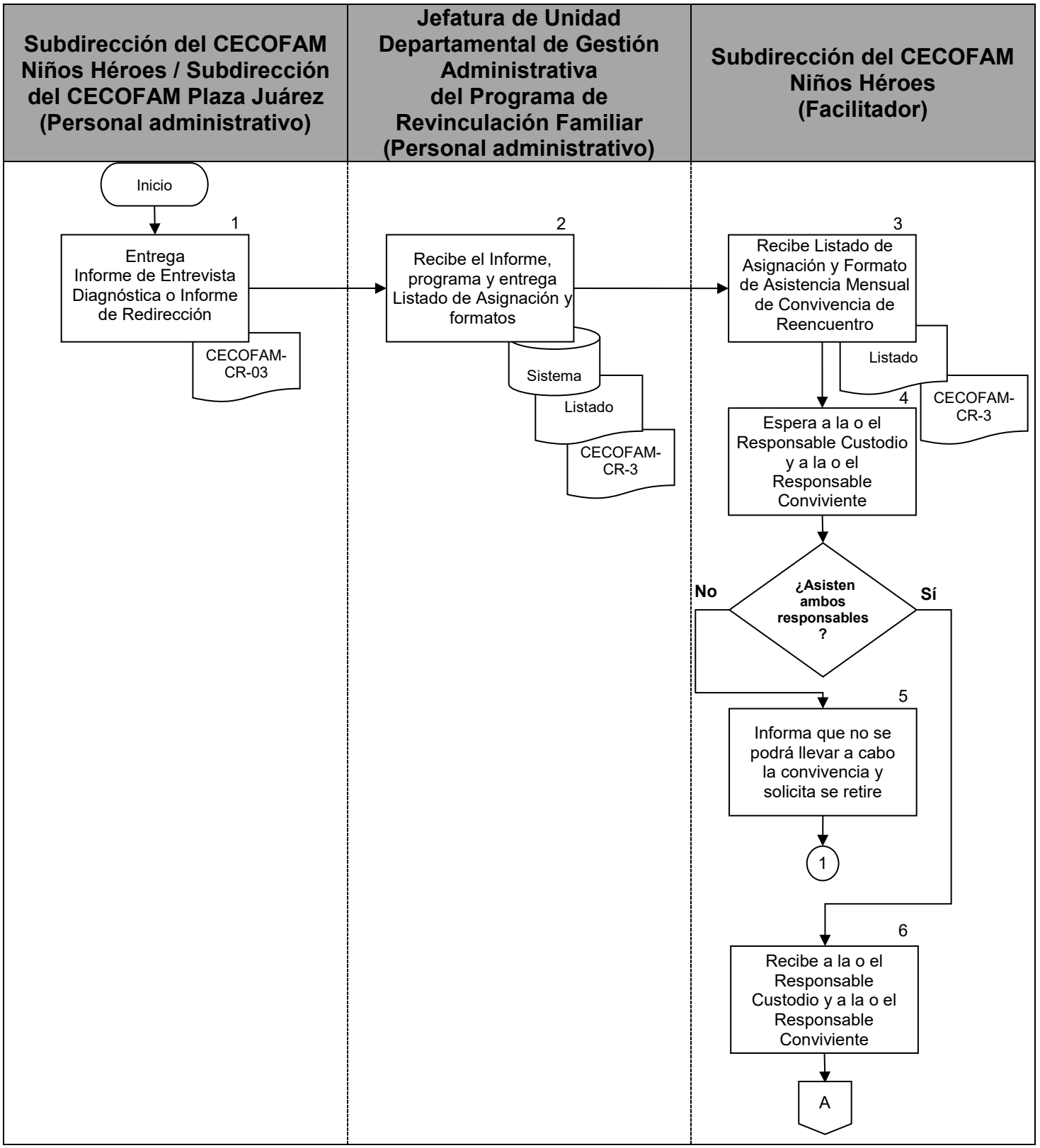
No.	Área.	Descripción de la actividad.	Documentos y/o sistemas de apoyo.
15	Subdirección del CECOFAM Niños Héroes (Facilitador)	Solicita a la o el Responsable Custodio se retire del lugar.	
16	Responsable Custodio	Registra en el lector biométrico su huella digital y se retira de las instalaciones.	
17	Subdirección del CECOFAM Niños Héroes (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.	
18		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.	
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	Responsable Custodio	Reingresa a las instalaciones, realiza registro en el lector biométrico y recibe a la Niña, Niño y/o Adolescente.	
21	Subdirección del CECOFAM Niños Héroes (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.	

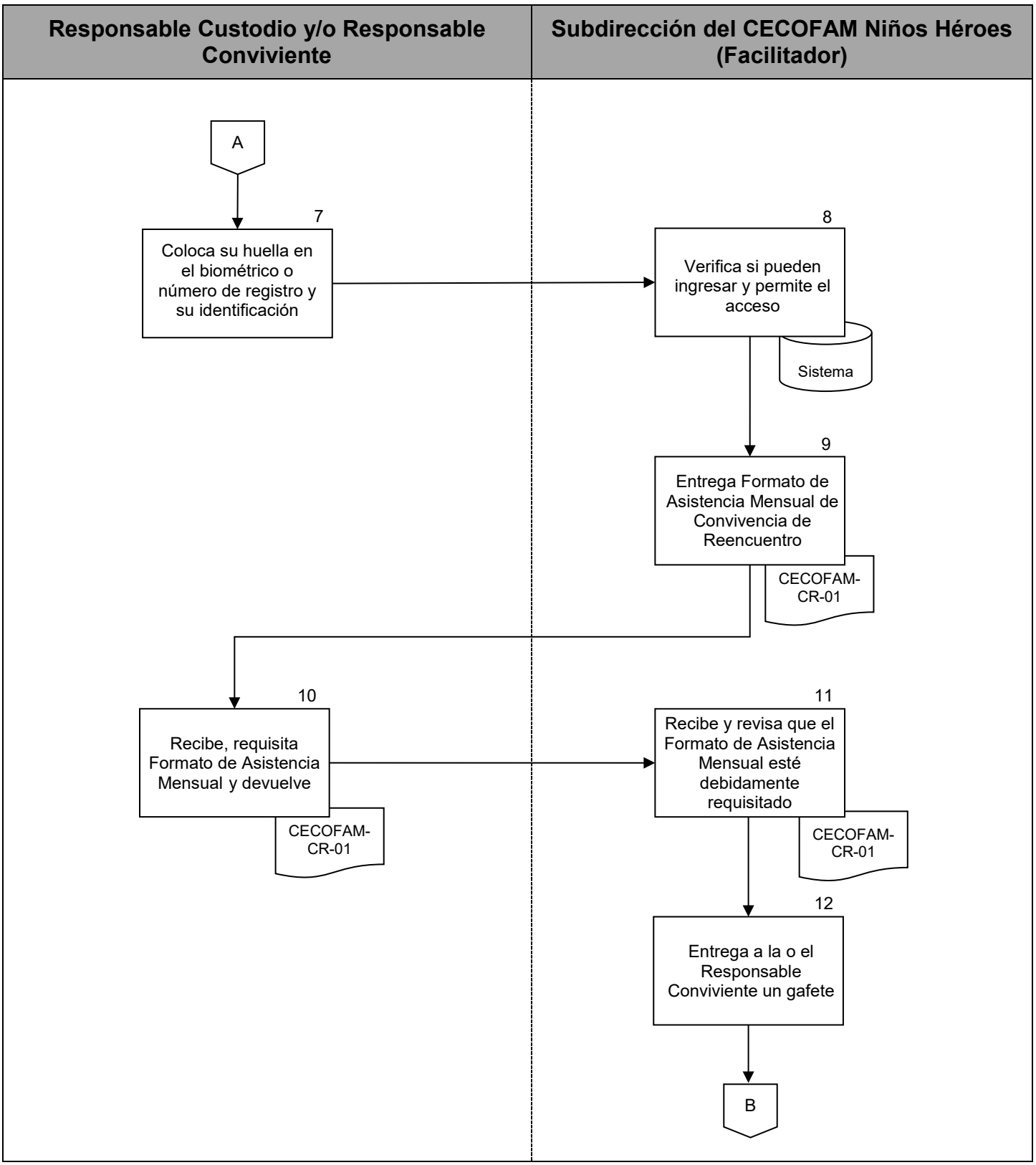
No.	Área.	Descripción de la actividad.	Documentos y/o sistemas de apoyo.
22	Subdirección del CECOFAM Niños Héroes (Facilitador)	Entrega a la o el Responsable Custodio y la o el Responsable Conviviente el Formato de Asistencia Mensual de Convivencia de Reencuentro.	
23	Responsable Custodio y/o Responsable Conviviente	Recibe, requisita el "Formato de Asistencia Mensual Convivencia de Reencuentro" (CECOFAM-CR-01) 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	Responsable Custodio	Recibe pase de salida y a la Niña, Niño y/o Adolescente.	
26	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 retiren del lugar.	
29	Responsable Custodio y/o Responsable Conviviente	Registra en el lector biométrico su huella digital y se retira del inmueble. (Conecta con el fin del procedimiento)	
30	Subdirección del CECOFAM Niños Héroes (Facilitador)	Actualiza en el Sistema autorizado por el Pleno del Consejo el estatus de la asistencia o inasistencia de las o los Responsables Custodios y las o los Responsables Convivientes.	• Sistema

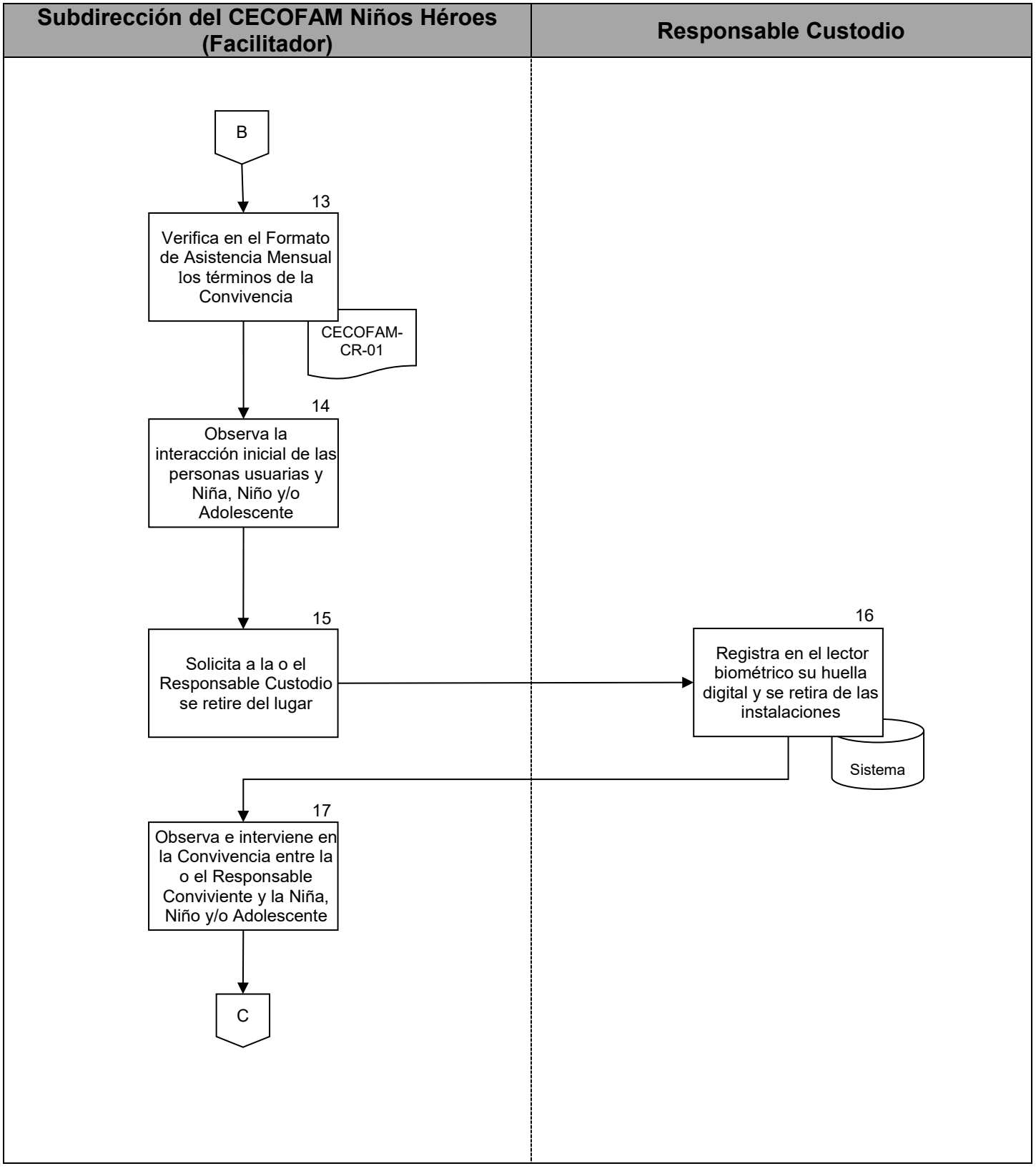
No.	Área.	Descripción de la actividad.	Documentos y/o sistemas de apoyo.
31	Subdirección del CECOFAM Niños Héroes (Facilitador)	Entrega Formato de Asistencia Mensual al personal administrativo de la Jefatura de Unidad Departamental de Gestión Administrativa del Programa de Revinculación Familiar. (Continúa en la actividad no.32 y 38)	
32		Elabora “Informe Mensual” (CECOFAM-CR-02) y/o “Informe de Redirección” (CECOFAM-CR-03) 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, rubrica 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, genera oficio de envío del Informe Mensual o Informe de Redirección, a través del sistema autorizado por el Pleno del Consejo, 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 a la Autoridad 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 a la Autoridad Jurisdiccional.	

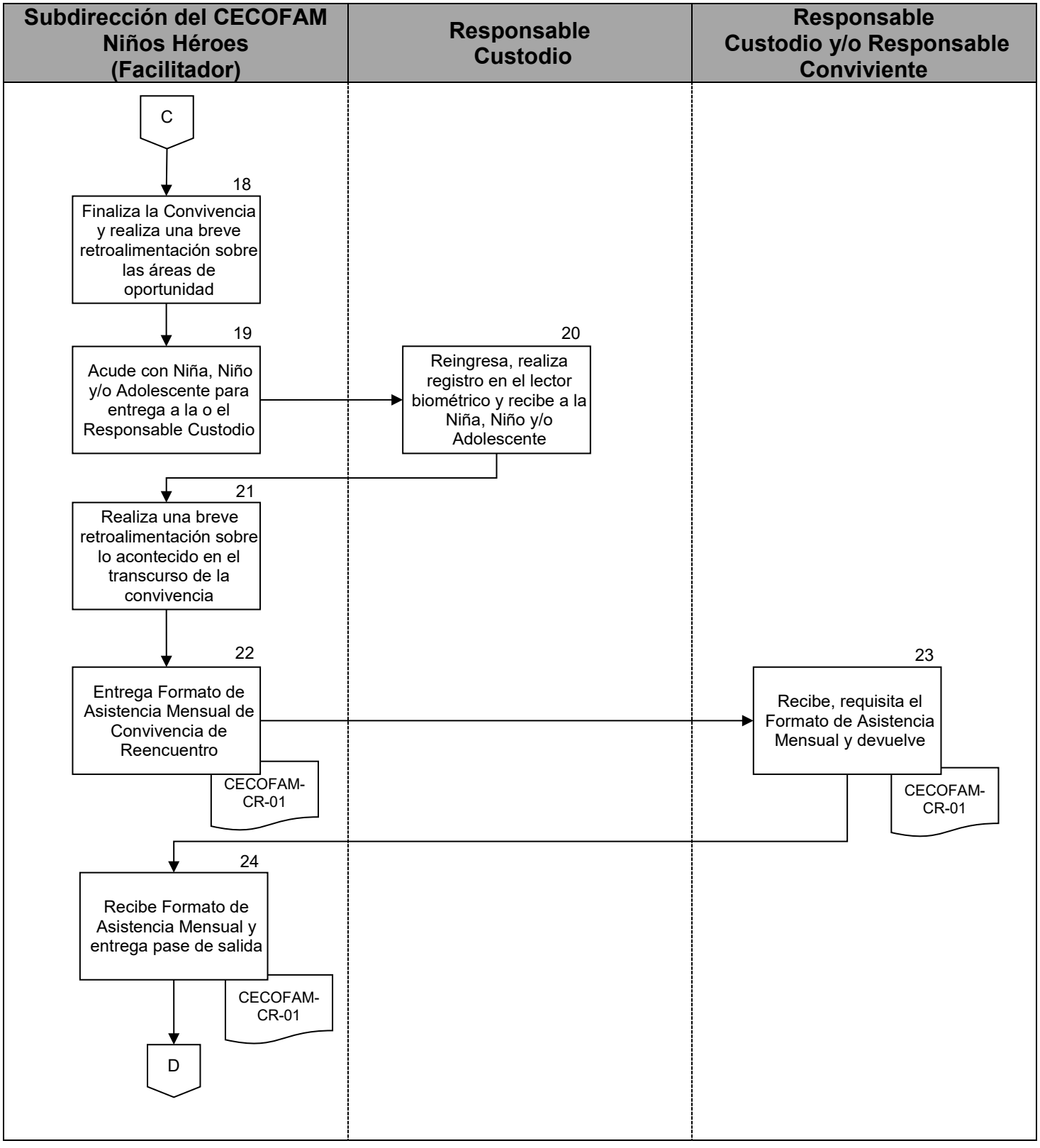
No.	Área.	Descripción de la actividad.	Documentos y/o sistemas de apoyo.
37	Autoridad Jurisdiccional (Oficialía de partes)	Recibe, acusa y devuelve el oficio e Informe Mensual o Informe de Redirección al personal administrativo de la Jefatura de Unidad Departamental de Gestión Administrativa del Programa de Revinculación Familiar.	
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.	
39		Guarda expediente de la Fase I hasta que concluya su periodo de archivo en trámite.	
40		Envía expediente al Archivo Judicial.	

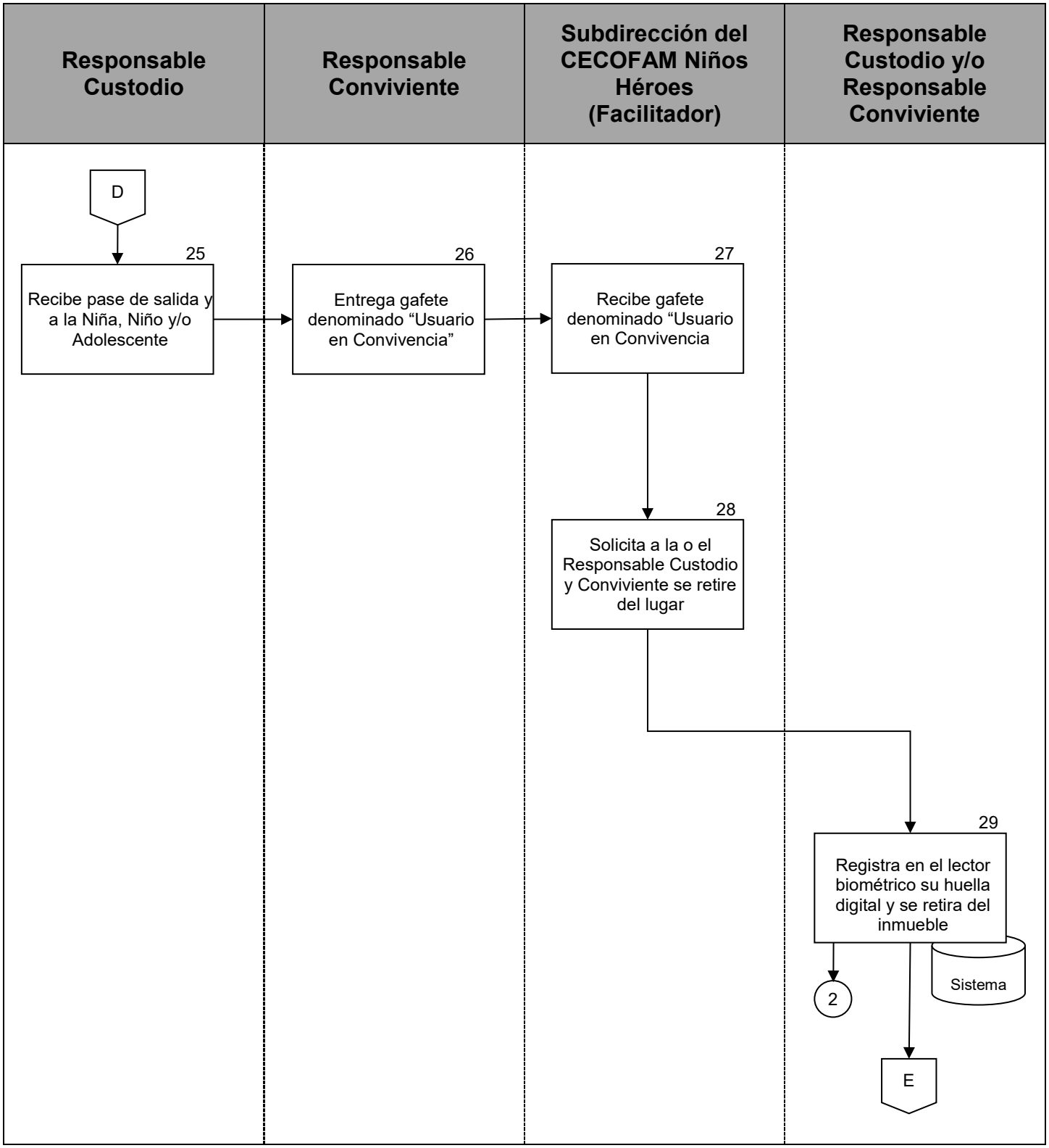
FIN DEL PROCEDIMIENTO

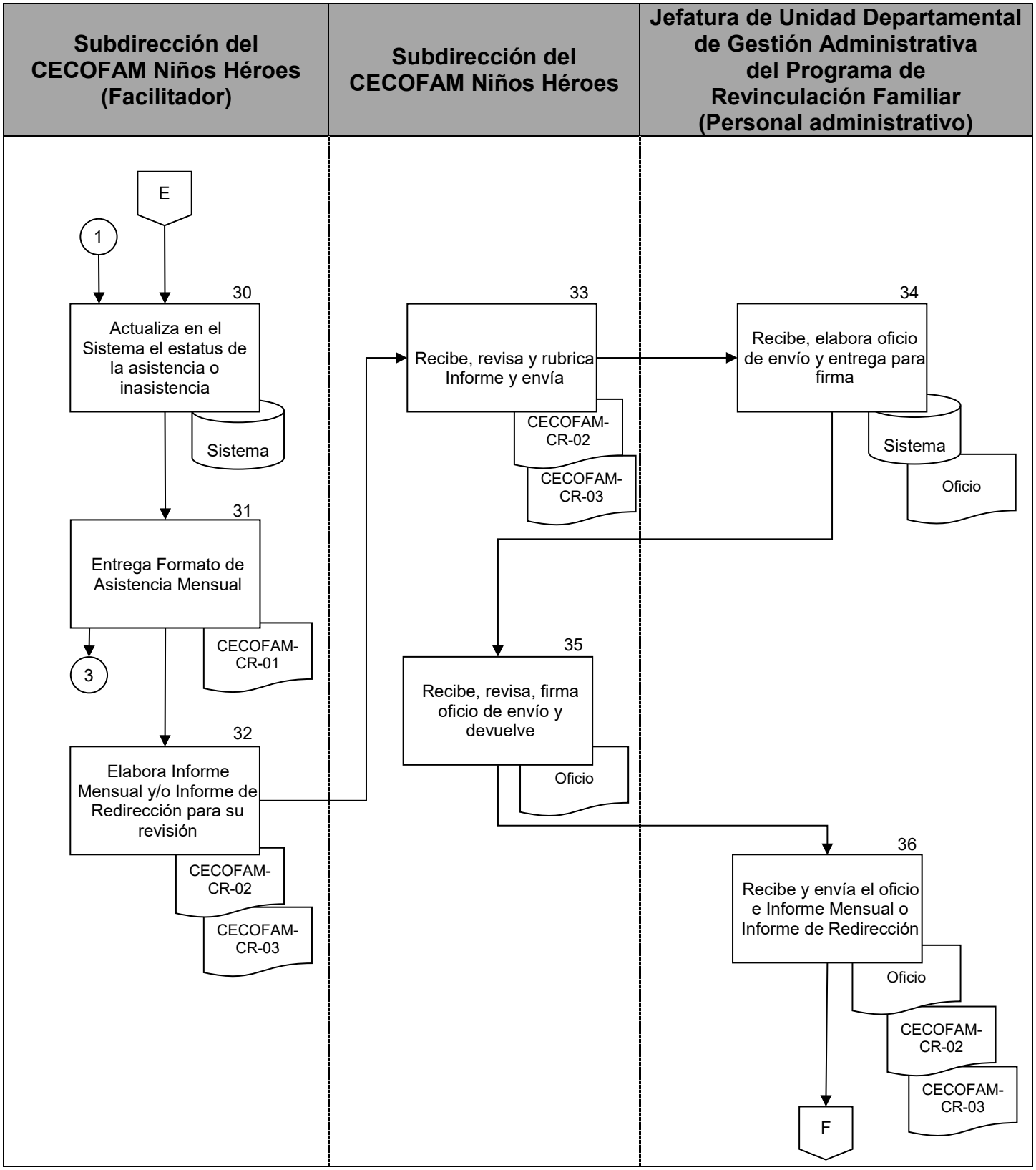

Subdirección del CECOFAM Niños Héroes / Subdirección del CECOFAM Plaza Juárez (Personal administrativo)
Jefatura de Unidad Departamental de Gestión Administrativa del Programa de Revinculación Familiar (Personal administrativo)
Subdirección del CECOFAM Niños Héroes (Facilitador)
Inicio
1
Entrega Informe de Entrevista Diagnóstica o Informe de Redirección
CECOFAM-CR-03
2
Recibe el Informe, programa y entrega Listado de Asignación y formatos
Sistema
Listado
CECOFAM-CR-3
3
Recibe Listado de Asignación y Formato de Asistencia Mensual de Convivencia de Reencuentro
Listado
CECOFAM-CR-3
4
Espera a la o el Responsable Custodio y a la o el Responsable Conviviente
¿Asisten ambos responsables ?
No
Sí
5
Informa que no se podrá llevar a cabo la convivencia y solicita se retire
1
6
Recibe a la o el Responsable Custodio y a la o el Responsable Conviviente
A

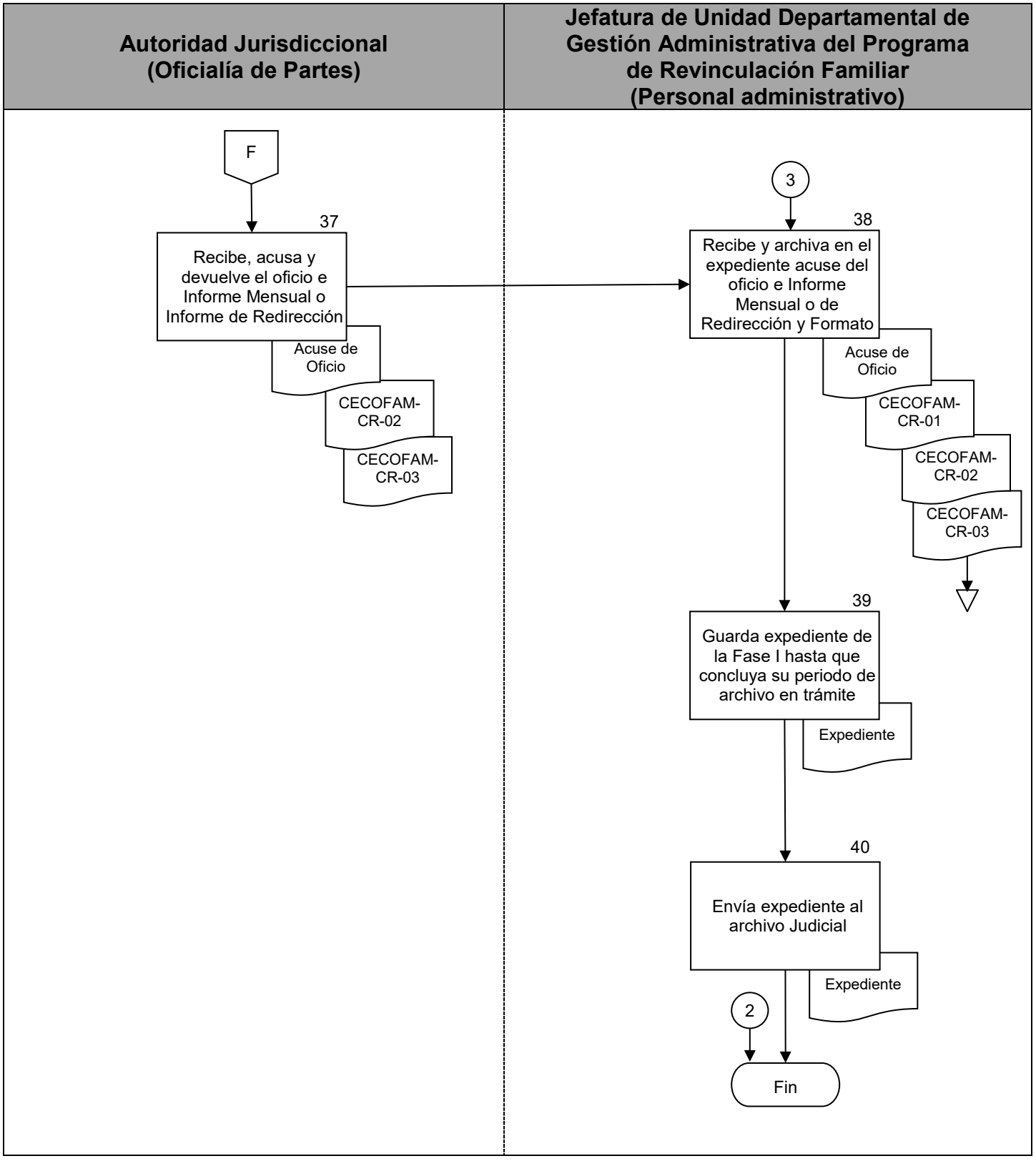

Responsable Custodio y/o Responsable Conviviente
Subdirección del CECOFAM Niños Héroes (Facilitador)
A
7
Coloca su huella en el biométrico o número de registro y su identificación
8
Verifica si pueden ingresar y permite el acceso
Sistema
9
Entrega Formato de Asistencia Mensual de Convivencia de Reencuentro
CECOFAM-CR-01
10
Recibe, requisita Formato de Asistencia Mensual y devuelve
CECOFAM-CR-01
11
Recibe y revisa que el Formato de Asistencia Mensual esté debidamente requisitado
CECOFAM-CR-01
12
Entrega a la o el Responsable Conviviente un gafete
B


Subdirección del CECOFAM Niños Héroes (Facilitador)
Responsable Custodio
B
13
Verifica en el Formato de Asistencia Mensual los términos de la Convivencia
CECOFAM-CR-01
14
Observa la interacción inicial de las personas usuarias 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 e interviene en la Convivencia entre la o el Responsable Conviviente y la Niña, Niño y/o Adolescente
C


Subdirección del CECOFAM Niños Héroes (Facilitador)
Responsable Custodio
Responsable Custodio y/o Responsable Conviviente
C
18
Finaliza la Convivencia y realiza una breve retroalimentación sobre las áreas de oportunidad
19
Acude con Niña, Niño y/o Adolescente para entrega a la o el Responsable Custodio
20
Reingresa, realiza registro en el lector biométrico y recibe a la Niña, Niño y/o Adolescente
21
Realiza una breve retroalimentación sobre lo acontecido en el transcurso de la convivencia
22
Entrega Formato de Asistencia Mensual de Convivencia de Reencuentro
CECOFAM-CR-01
23
Recibe, requisita el Formato de Asistencia Mensual y devuelve
CECOFAM-CR-01
24
Recibe Formato de Asistencia Mensual y entrega pase de salida
CECOFAM-CR-01
D


Responsable Custodio
Responsable Conviviente
Subdirección del CECOFAM Niños Héroes (Facilitador)
Responsable Custodio y/o Responsable Conviviente
D
25
Recibe pase de salida y a la Niña, Niño y/o Adolescente
26
Entrega gafete denominado "Usuario en Convivencia"
27
Recibe gafete denominado "Usuario en Convivencia
28
Solicita a la o el Responsable Custodio y Conviviente se retire del lugar
29
Registra en el lector biométrico su huella digital y se retira del inmueble
Sistema
2
E


Subdirección del CECOFAM Niños Héroes (Facilitador)
Subdirección del CECOFAM Niños Héroes
Jefatura de Unidad Departamental de Gestión Administrativa del Programa de Revinculación Familiar (Personal administrativo)
E
1
30
Actualiza en el Sistema el estatus de la asistencia o inasistencia
Sistema
31
Entrega Formato de Asistencia Mensual
CECOFAM-CR-01
3
32
Elabora Informe Mensual y/o Informe de Redirección para su revisión
CECOFAM-CR-02
CECOFAM-CR-03
33
Recibe, revisa y rubrica Informe y envía
CECOFAM-CR-02
CECOFAM-CR-03
34
Recibe, elabora oficio de envío y entrega para firma
Sistema
Oficio
35
Recibe, revisa, firma oficio de envío y devuelve
Oficio
36
Recibe y envía el oficio e Informe Mensual o Informe de Redirección
Oficio
CECOFAM-CR-02
CECOFAM-CR-03
F


Autoridad Jurisdiccional (Oficialía de Partes)
Jefatura de Unidad Departamental de Gestión Administrativa del Programa de Revinculación Familiar (Personal administrativo)
F
37
Recibe, acusa y devuelve el oficio e Informe Mensual o Informe de Redirección
Acuse de Oficio
CECOFAM-CR-02
CECOFAM-CR-03
3
38
Recibe y archiva en el expediente acuse del oficio e Informe Mensual o de Redirección y Formato
Acuse de Oficio
CECOFAM-CR-01
CECOFAM-CR-02
CECOFAM-CR-03
39
Guarda expediente de la Fase I hasta que concluya su periodo de archivo en trámite
Expediente
40
Envía expediente al archivo Judicial
Expediente
2
Fin

Área: CECOFAM "Revinculación Familiar"

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				**CONVIVIENTE**			
Nombre:				**Nombre:**			
Firma:				**Firma:**			
Hora Inicio:		**Hora Fin:**		**Hora Inicio:**		**Hora Fin:**	
FACILITADOR:							
Nombre:				**Firma:**			

CECOFAM-CR-01

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 MENSUAL
CONVIVENCIA DE REENCUENTRO

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)		

CECOFAM-CR-01

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 la Autoridad 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 de la o el Responsable Custodio, automáticamente el sistema proporciona el nombre.
13	RESPONSABLE CUSTODIO FIRMA	La firma de la o el 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	CONVIVIENTE NOMBRE	El nombre de la o el Responsable Conviviente, automáticamente el sistema proporciona el nombre.
17	CONVIVIENTE FIRMA	La firma de la o el Responsable Conviviente.

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
18	CONVIVIENTE HORA INICIO	La hora en la que inicia la Convivencia de Reencuentro.
19	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.
21	FACILITADOR FIRMA	La firma la o el Facilitador que supervise la Convivencia.

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

Área: CECOFAM "Revinculación Familiar"

INFORME MENSUAL
Fase I Aprendizaje Formal, Convivencia de Reencuentro

No. De Registro:	
Fase:	
Nombre Responsable Custodio:	
Nombre Responsable Conviviente:	
Nombre de la niña, niño y/o adolescente:	

Tipo de juicio:	
Autoridad Ordenadora:	
No. De Expediente Judicial:	
Horario:	

PERÌODO DE INTERVENCIÒN.			
FECHA	MODALIDAD	ESTATUS	TIEMPO DE DURACIÒN

ANALISIS DE LA INTERACCIÒN FAMILIAR.	
INTERACCIÒN ENTRE LA O EL RESPONSABLE CONVIVIENTE, NIÑA, NIÑO Y/O ADOLESCENTE.	
HABILIDADES DE CRIANZA PRESENTES EN LA O EL RESPONSABLE CONVIVIENTE	
HABILIDADES DE CRIANZA PRESENTES EN LA O EL RESPONSABLE CUSTODIO	
INTERACCIÒN ENTRE LA PERSONA RESPONSABLE CUSTODIOY EL RESPONSABLE CONVIVIENTE	

1

CECOFAM CR-02

Área: CECOFAM "Revinculación Familiar"

CONCLUSIONES.

RECOMENDACIONES.

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 ----------.

ATENTAMENTE.

_____
Lic. ----------
Profesión---------.
Cédula profesional ----------

De conformidad con lo dispuesto en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y la de esta Ciudad; la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados; la Ley de Protección de Datos en Posesión de Sujetos Obligados de la Ciudad de México y los Lineamientos Generales de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados de la Ciudad de México, se hace de su conocimiento que la información que se remite contiene datos personales, los que son considerados como cualquier información concerniente a personas físicas identificadas o identificables, por lo que, una persona física es identificable cuando su identidad pueda determinarse directa o indirectamente. En este sentido, los datos personales son estimados por la ley como confidenciales, por lo que, deben ser tratados bajo su más estricta responsabilidad en el debido cumplimiento de sus funciones, facultades y atribuciones derivadas de la ley que rige la protección de datos personales y su actuar como autoridad; por lo tanto, en cumplimiento al principio de confidencialidad, se debe garantizar que **exclusivamente el TITULAR DE LOS DATOS PUEDA ACCEDER A SUS DATOS PERSONALES,** o bien, la **PERSONA QUE ÉL AUTORICE**, o en su caso, la **AUTORIDAD COMPETENTE**.

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

Área: CECOFAM "Revinculación Familiar"

INFORME MENSUAL
Fase I Aprendizaje Formal, Convivencia de Reencuentro

No. De Registro:	(1)
Fase:	(2)
Nombre Responsable Custodio:	(3)
Nombre Responsable Conviviente:	(4)
Nombre de la niña, niño y/o adolescente:	(5)

Tipo de juicio:	(6)
Autoridad Ordenadora:	(7)
No. De Expediente Judicial:	(8)
Horario:	(9)

PERÌODO DE INTERVENCIÒN.			
FECHA (10)	MODALIDAD (11)	ESTATUS (12)	TIEMPO DE DURACIÒN (13)

ANALISIS DE LA INTERACCIÒN FAMILIAR.	
INTERACCIÓN ENTRE LA O EL RESPONSABLE CONVIVIENTE, NIÑA, NIÑO Y/O ADOLESCENTE.	(14)
HABILIDADES DE CRIANZA PRESENTES EN LA O EL RESPONSABLE CONVIVIENTE	(15)
HABILIDADES DE CRIANZA PRESENTES EN LA O EL RESPONSABLE CUSTODIO	(16)
INTERACCIÓN ENTRE LA PERSONA RESPONSABLE CUSTODIOY EL RESPONSABLE CONVIVIENTE	(17)

1

CECOFAM CR-02

Área: CECOFAM "Revinculación Familiar"

CONCLUSIONES.
(18)

RECOMENDACIONES.
(19)

REFERENCIAS.
(20)

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 ---(21)---------.

ATENTAMENTE.

(22)
Lic. (23) ----------

Profesión (24)
Cédula profesional (25)

De conformidad con lo dispuesto en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y la de esta Ciudad; la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados; la Ley de Protección de Datos en Posesión de Sujetos Obligados de la Ciudad de México y los Lineamientos Generales de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados de la Ciudad de México, se hace de su conocimiento que la información que se remite contiene datos personales, los que son considerados como cualquier información concerniente a personas físicas identificadas o identificables, por lo que, una persona física es identificable cuando su identidad pueda determinarse directa o indirectamente. En este sentido, los datos personales son estimados por la ley como confidenciales, por lo que, deben ser tratados bajo su más estricta responsabilidad en el debido cumplimiento de sus funciones, facultades y atribuciones derivadas de la ley que rige la protección de datos personales y su actuar como autoridad; por lo tanto, en cumplimiento al principio de confidencialidad, se debe garantizar que **exclusivamente** el **TITULAR DE LOS DATOS PUEDA ACCEDER A SUS DATOS PERSONALES,** o bien, la **PERSONA QUE ÉL AUTORICE**, o en su caso, la **AUTORIDAD COMPETENTE**.

DESCRIPCIÓN DEL FORMATO

Nombre:	**INFORME MENSUAL**
Clave:	**CECOFAM-CR-02**
Objetivo:	Informar a la Autoridad Jurisdiccional 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. - Autoridad Jurisdiccional

INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
1	NO. DE REGISTRO	El número de Registro de Convivencia de Rencuentro.
2	FASE	Número de Fase del Programa de Revinculación Familiar que corresponde.
3	NOMBRE RESPONSABLE CUSTODIO	El nombre del Responsable Custodio.
4	NOMBRE RESPONSABLE CONVIVIENTE	El nombre del Responsable Conviviente.
5	NOMBRE DE LA NIÑA, NIÑO O ADOLESCENTE	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.
6	TIPO DE JUICIO	Es el tipo de controversia promovida por el Responsable Custodio o el Responsable Conviviente ante el juzgado de origen.
7	AUTORIDAD ORDENADORA	El número de Sala o Juzgado del cual proviene la Convivencia Asistida, automáticamente el sistema proporciona el número.
8	NO. DE EXPEDIENTE JUDICIAL	El número de toca o el número de expediente.
9	HORARIO	Día y horario de la convivencia.
10	FECHA DEL PERIODO DE INTERVENCIÓN	Fechas de las convivencias programadas (día, mes y año)

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
11	MODALIDAD	Modalidad en la que se realiza la convivencia (presencial, videollamada o mixta).
12	ESTATUS	Elegir el estatus de la convivencia (Realizada, No realizada, Realizada parcialmente, Ausencia de la o el Responsable Conviviente, Ausencia de la o el Responsable Custodio, Ausencia de ambas partes, Negativa de la niña, niño y /o adolescente a convivir, No realizada por otras causas)
13	TIEMPO DE DURACIÓN	El tiempo en minutos u horas que duraron las Convivencias de Rencuentro.
14	INTERACCIÓN ENTRE LA O EL RESPONSABLE CONVIVIENTE NIÑO, NIÑA Y/O ADOLESCENTE	Actitudes, conductas y calidad de comunicación durante los encuentros realizados.
15	HABILIDADES DE CRIANZA PRESENTES EN LA O EL RESPONSABLE CONVIVIENTE	Análisis de la “Guía para la Observación” de convivencias para la Re-vinculación, Intervenciones específicas realizadas para mejorar las habilidades.
16	HABILIDADES DE CRIANZA PRESENTES EN LA O EL RESPONSABLE CUSTODIO	Análisis de la “Guía para la Observación” de convivencias para la Re-vinculación, Intervenciones específicas realizadas para mejorar las habilidades.
17	COMUNICACIÓN ENTRE LA PERSONA RESPONSABLE	Calidad y tipo de comunicación entre las partes involucradas en el juicio, Actitudes y conductas realizadas, Acciones realizadas para mejorar o fortalecer la comunicación.

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
	CUSTODIO Y LA O EL RESPONSABLE CONVIVIENTE	
18	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.
19	RECOMENDACIONES	Próximas intervenciones a realizar para coadyuvar el proceso de Revinculación Familiar.
20	REFERENCIAS.	Referencias Teóricas que dan sustento a la opinión profesional del Facilitador(a)
21	FECHA.	Día, mes y año en el que se elaboró el informe mensual de Convivencia Asistida.
22	FIRMA.	Firma del Facilitador(a) que realizó el seguimiento de la Convivencia Asistida
23	NOMBRE	Nombre completo del Facilitador(a) que realizó el seguimiento de la Convivencia de Reencuentro
24	PROFESIÓN	Profesión del Facilitador(a) que realizó el seguimiento de la Convivencia de Reencuentro
25	CÉDULA PROFESIONAL	Número de Cédula Profesional del Facilitador(a) que realizó el seguimiento de la Convivencia de Reencuentro

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

Área: CECOFAM "Revinculación Familiar"

INFORME DE REDIRECCIÓN
FASE I APRENDIZAJE FORMAL, CONVIVENCIA DE REENCUENTRO

Autoridad Ordenadora:	
No. de Expediente Judicial:	
Registro:	

Tipo de juicio:	
Responsable Custodio:	
Responsable Conviviente:	
Nombre de la niña, niño y/o adolescente:	

METODOLOGÍA.
▪

PERÍODO DE INTEVENCIÓN.

ANÁLISIS DE LA INTERACCIÓN FAMILIAR

CONCLUSIONES

RECOMENDACIÓNES

Programa de Revinculación Familiar			
Fase I Aprendizaje Formal, Convivencia de Reencuentro		Fase III Expansión, Convivencia en Espacios Semi-Libres	
Fase II Aprendizaje Práctico, Convivencia Asistida		Fase IV Independencia, Entrega-Recepción de Niña, Niño y/o Adolescente.	

Área: CECOFAM "Revinculación Familiar"

Proceso de Reforzamiento Transversal	
Talleres Psicoeducativos	
Pláticas Asistidas	

Canalización	
Baja por no cumplir con el ordenamiento judicial	
Evaluación Psicológica	
Terapia Psicológica	
Evaluación Psiquiátrica	
Otros compromisos: convivencia libre	

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 ------.

ATENTAMENTE.

_____

Lic. ----------
Profesión -------.

Cédula profesional -------

De conformidad con lo dispuesto en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y la de esta Ciudad; la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados; la Ley de Protección de Datos en Posesión de Sujetos Obligados de la Ciudad de México y los Lineamientos Generales de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados de la Ciudad de México, se hace de su conocimiento que la información que se remite contiene datos personales, los que son considerados como cualquier información concerniente a personas físicas identificadas o identificables, por lo que, una persona física es identificable cuando su identidad pueda determinarse directa o indirectamente. En este sentido, los datos personales son estimados por la ley como confidenciales, por lo que, deben ser tratados bajo su más estricta responsabilidad en el debido cumplimiento de sus funciones, facultades y atribuciones derivadas de la ley que rige la protección de datos personales y su actuar como autoridad; por lo tanto, en cumplimiento al principio de confidencialidad, se debe garantizar que **exclusivamente el TITULAR DE LOS DATOS PUEDA ACCEDER A SUS DATOS PERSONALES,** o bien, la **PERSONA QUE ÉL AUTORICE**, o en su caso, la **AUTORIDAD COMPETENTE**.

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

Área: CECOFAM "Revinculación Familiar"

INFORME DE REDIRECCIÓN
FASE I APRENDIZAJE FORMAL, CONVIVENCIA DE REENCUENTRO

Autoridad Ordenadora:	(1)
No. de Expediente Judicial:	(2)
Registro:	(3)

Tipo de juicio:	(4)
Responsable Custodio:	(5)
Responsable Conviviente:	(6)
Nombre de la niña, niño y/o adolescente:	(7)

METODOLOGÍA. (8)

PERÍODO DE INTEVENCIÓN. (9)

ANÁLISIS DE LA INTERACCIÓN FAMILIAR (10)

CONCLUSIONES (11)

RECOMENDACIÓNES (12)

Programa de Revinculación Familiar (13)			
Fase I Aprendizaje Formal, Convivencia de Reencuentro		Fase III Expansión, Convivencia en Espacios Semi-Libres	
Fase II Aprendizaje Práctico, Convivencia Asistida		Fase IV Independencia, Entrega-Recepción de Niña, Niño y/o Adolescente.	

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

Área: CECOFAM "Revinculación Familiar"

Proceso de Reforzamiento Transversal (14)	
Talleres Psicoeducativos	
Pláticas Asistidas	

Canalización (15)	
Baja por no cumplir con el ordenamiento judicial	
Evaluación Psicológica	
Terapia Psicológica	
Evaluación Psiquiátrica	
Otros compromisos: convivencia libre	

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)----.

ATENTAMENTE.

(18)

Lic. ------(19)---------
Profesión --(20)------.

Cédula profesional ---(21)-----

De conformidad con lo dispuesto en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y la de esta Ciudad; la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados; la Ley de Protección de Datos en Posesión de Sujetos Obligados de la Ciudad de México y los Lineamientos Generales de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados de la Ciudad de México, se hace de su conocimiento que la información que se remite contiene datos personales, los que son considerados como cualquier información concerniente a personas físicas identificadas o identificables, por lo que, una persona física es identificable cuando su identidad pueda determinarse directa o indirectamente. En este sentido, los datos personales son estimados por la ley como confidenciales, por lo que, deben ser tratados bajo su más estricta responsabilidad en el debido cumplimiento de sus funciones, facultades y atribuciones derivadas de la ley que rige la protección de datos personales y su actuar como autoridad; por lo tanto, en cumplimiento al principio de confidencialidad, se debe garantizar que **exclusivamente el TITULAR DE LOS DATOS PUEDA ACCEDER A SUS DATOS PERSONALES,** o bien, la **PERSONA QUE ÉL AUTORICE**, o en su caso, la **AUTORIDAD COMPETENTE**.

DESCRIPCIÓN DEL FORMATO

Nombre:	**INFORME DE REDIRECCIÓN**
Clave:	**CECOFAM-CR-03**
Objetivo:	Informar a la Autoridad Jurisdiccional 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. - Autoridad Jurisdiccional

INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
1	AUTORIDAD ORDENADORA	El número de Sala o Juzgado del cual proviene la Convivencia de Reencuentro.
2	NO. DE EXPEDIENTE JUDICIAL	El número de toca o número de expediente.
3	REGISTRO	El número de la Convivencia de Reencuentro.
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	RESPONSABLE CONVIVIENTE	El nombre de la persona que se presenta como Conviviente.
7	NOMBRE DE LA NIÑA, NIÑO O ADOLESCENTE	El nombre de las Niña(s), Niño(s) y 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 Reencuentro.
10	ANÁLISIS DE LA INTERACCIÓN FAMILIAR	Análisis breve de la información vertida en los reportes mensuales enviados previamente.
11	CONCLUSIONES	Logros y/o limitaciones respecto de la Información de los cuatro rubros reportados mensualmente (habilidades de crianza de la o el Responsable Conviviente y la o el Responsable Custodio, interacción entre conviviente y niños; comunicación entre la persona responsable del niño y el conviviente), resolución o incremento de conflictos que se hayan presentado durante el proceso.
12	RECOMENDACIONES	Se informan los aspectos importantes para continuar reforzando y /o fortaleciendo o los retrocesos y nuevas problemáticas que se presentaron. Se sugiere la fase del programa a la que serán enviados, con una breve justificación cuando la Revinculación Familiar es positiva o a diversos servicios que pueden ser enviados si la interacción parento-filial se torna dañina para la o el Niña, Niño y/o Adolescente.
13	PROGRAMA DE REVINCULACIÓN FAMILIAR	Se marca con una “X” el Programa Orientado a otorgar elementos de Convicción a la Autoridad Jurisdiccional a través de la Fase I de Aprendizaje Formal, Fase II Aprendizaje Práctico, Fase III, Expansión, Fase IV Independencia, según corresponda.

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
14	PROCESO DE REFORZAMIENTO TRANSVERSAL	Se marca con una “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.
15	CANALIZACIÓN	Se marca con una “X” la recomendación (cuando la relación parento filial y/o coparental sea dañina para la Niña, Niño o Adolescente, no cumpla con los lineamientos o llegue a compromisos)
16	REFERENCIAS	Referencias Teóricas que dan sustento a la opinión profesional de la o el Facilitador.
17	FECHA	Día, mes y año en el que se elaboró el informe mensual de Entrega-Recepción.
18	FIRMA	Firma de la o el Facilitador que observó la Convivencia.
19	NOMBRE	Nombre completo del Facilitador(a) que realizó el seguimiento de la Convivencia de Reencuentro
20	PROFESIÓN	Profesión del Facilitador(a) que realizó el seguimiento de la Convivencia de Reencuentro
21	CÉDULA PROFESIONAL	Número de Cédula Profesional del Facilitador(a) que realizó el seguimiento de la Convivencia de Reencuentro

Procedimiento: CIEAJ-017	Fase II Aprendizaje Práctico, Convivencia Asistida.
Objetivo general:	Instrumentar acciones para reforzar la vinculación materno o paterno-filial cuando la Niña, Niño y/o Adolescente no requiera de una asistencia estrecha, y con ello fortalecer la comunicación coparental dirigida a cumplir los objetivos de crianza en común.
Políticas y normas de operación:	

1. La Fase II se realizará conforme a las Bases del Centro de Convivencia Familiar Supervisada vigentes.

2. 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 y/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.

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 3 a 5 familias.

5. Cuando por cuestiones de salud o desconocimiento, las personas usuarias 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.

6. 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 concluirá el servicio en punto de la hora, ya que las personas usuarias deben llegar 10 minutos antes de iniciado el servicio, posteriormente se pedirá que se retire del lugar. Sin embargo, si una vez concluido el tiempo de espera, se encuentran en las instalaciones la Niña, Niño y/o Adolescente, la o el Responsable Custodia y la o el Responsable Custodio o Tercero Emergente, deberá privilegiarse el desarrollo de la Convivencia, al estar de acuerdo con la misma la Niña, Niño y/o Adolescente. Asimismo, a través de Compromiso Coparental ambas partes deberán comprometerse a dar cumplimiento estricto a los horarios de inicio y fin de la Convivencia en lo subsecuente.

7. 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 personas extranjeras, 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 y/o Adolescente a la o el Responsable Conviviente para el inicio de su Convivencia, y por ningún motivo, podrá dejarlo a cargo de la o el Facilitador o del personal adscrito a 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 personas usuarias presenta aliento alcohólico, se le negará el acceso a las instalaciones y se informará a la Autoridad Jurisdiccional 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 Asistida, la o el Responsable Conviviente deberá esperar en el lugar hasta que la o el Responsable Custodio o la o el Tercero Emergente se presente a recoger a la Niña, Niño y/o Adolescente.

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 Convivencia Asistida, se buscará localizar vía telefónica a la o el Responsable Custodio o la o el 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/o Adolescente a la Agencia del Ministerio Público, lo que se hará del conocimiento a la Autoridad Jurisdiccional a través de Nota Informativa.

15. 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.

16. 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.

17. En caso de ser necesario, se solicitará mediante escrito a la Autoridad Jurisdiccional, la autorización para que la o el Facilitador asignado realice revisión del expediente judicial.

18. La o el Facilitador a cargo de la Convivencia, utilizará como opción para poder constituir en ciertos casos los informes enviados a la Autoridad Jurisdiccional, métodos clínicos propios de su perfil profesional, con el objetivo de identificar y advertir rasgos o indicadores de las o los Responsables Custodios y/o las o los Responsables Convivientes, que pongan en riesgo el desarrollo psicosocioemocional de las Niñas, Niños y/o Adolescentes.

19. Se remitirá a la Autoridad Jurisdiccional Nota Informativa en el término de 5 días hábiles, para hacer de su conocimiento hechos relevantes acontecidos durante la Convivencia familiar, así como el incumplimiento del Régimen de Visitas y Convivencias de manera consecutiva y/o recurrente de la o el Responsable Custodio y/o Responsable Conviviente.

20. La Autoridad Jurisdiccional 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.

21. Previo a los 3 meses de la Fase II, se dará a conocer a la o el Responsable Conviviente y/o la o el Responsable Custodio la transición de fase, a efecto de que firmen la “Carta de Recepción de Horarios” y con ello dar continuidad a la Convivencia en el Programa de Revinculación Familiar, lo que se informará a la Autoridad Jurisdiccional. Sin embargo, en caso de negativa por parte de la o el Responsable Conviviente y/o la o el Responsable Custodio para suscribir dicho documento, la o el Facilitador emitirá un Informe de Redirección con el análisis de la dinámica familiar y la recomendación para transitar a una nueva fase en función del interés superior de la Niña, Niño y/o Adolescente, el cual se remitirá vía oficio a la Autoridad Jurisdiccional con los horarios sugeridos.

22. 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/o 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 Autoridad Jurisdiccional.

23. Se aplicará encuesta de satisfacción a la o el Responsable Custodio, la o el Responsable Conviviente, y a la Niña, Niño y/o Adolescente, en los meses de febrero, mayo, agosto y noviembre.

24. Se informará por oficio las inasistencias de la o el Responsable Custodio, la o el Responsable Conviviente, Niña, Niño y/o Adolescente, para efecto de que la Autoridad Jurisdiccional autorice la Baja Administrativa.

25. La inscripción de las personas usuarias 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.

26. La o el Facilitador desarrollará Pláticas Asistidas con la o el Responsable Custodio y la o el Responsable Conviviente, las cuales podrán realizarse de manera semanal, quincenal o mensual según sea necesario para la consecución de acuerdos coparentales en función del cumplimiento del Régimen de Visitas y Convivencias.

27. En caso de negativa por parte de la o el Responsable Custodio y/o la o el Responsable Conviviente a participar en ellas, éstas se solicitarán mediante oficio a la Autoridad Jurisdiccional de referencia.

28. En caso de que la Niña, Niño y/o Adolescente manifieste indisposición 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.

29. 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 a la Autoridad Jurisdiccional el apoyo especializado correspondiente.

30. En aquellos casos que la familia requiera pautas conductuales específicas de aspectos relacionados con alimentación, higiene y/o salud, se utilizará la Bitácora de Cuidados y Atenciones.

31. En aquellos casos en los que no se cuente con información personal de la o el Responsable Custodio y/o la o el Responsable Conviviente se dará para su llenado el “Formato único para recabar datos personales”, previa lectura del Aviso de Privacidad correspondiente.

32. Para que las personas usuarias que se inscriban en diversos cursos y talleres impartidos por la Fundación “Carlos Slim”, se utilizará la “Carta Compromiso Adultos FCS”.

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 personas usuarias a la Fase II 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 Asistida y entrega Listado de Asignación y Formato de Asistencia Mensual de Convivencia Asistida a la o el Facilitador.	
3 4 5 6	Subdirección del CECOFAM Plaza Juárez (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	Responsable Custodio y/o Responsable Conviviente	Coloca su huella en el lector biométrico o indica su número de registro y presenta su identificación.	
8	Subdirección del CECOFAM Plaza Juárez (Facilitador)	Verifica en el Sistema autorizado por el Pleno del Consejo, si la o el Responsable Custodio acompañado de la Niña, Niño y/o Adolescente y/o la o el Responsable Conviviente pueden ingresar a las instalaciones y le permite el acceso.	• Sistema
9		Entrega a la o el Responsable Custodio y/o a la o el Responsable Conviviente, Formato de Asistencia Mensual de Convivencia Asistida.	
10	Responsable Custodio y/o la o el Responsable Conviviente	Recibe, requisita el “Formato de Asistencia Mensual Convivencia Asistida” (CECOFAM-CA-01) y devuelve a la o el Facilitador.	• Formato CECOFAM-CA-01
11	Subdirección del CECOFAM Plaza Juárez (Facilitador)	Recibe y revisa que el Formato de Asistencia Mensual de Convivencia Asistida esté debidamente requisitado.	
12		Entrega a la o el Responsable Conviviente un gafete denominado “Usuario en Convivencia”.	
13		Verifica en el Formato de Asistencia Mensual de Convivencia Asistida los términos en los que se debe llevar a cabo la Convivencia.	
14		Observa la interacción inicial de la o el Responsable Conviviente, la o el Responsable Custodio y Niña, Niño y/o Adolescente.	

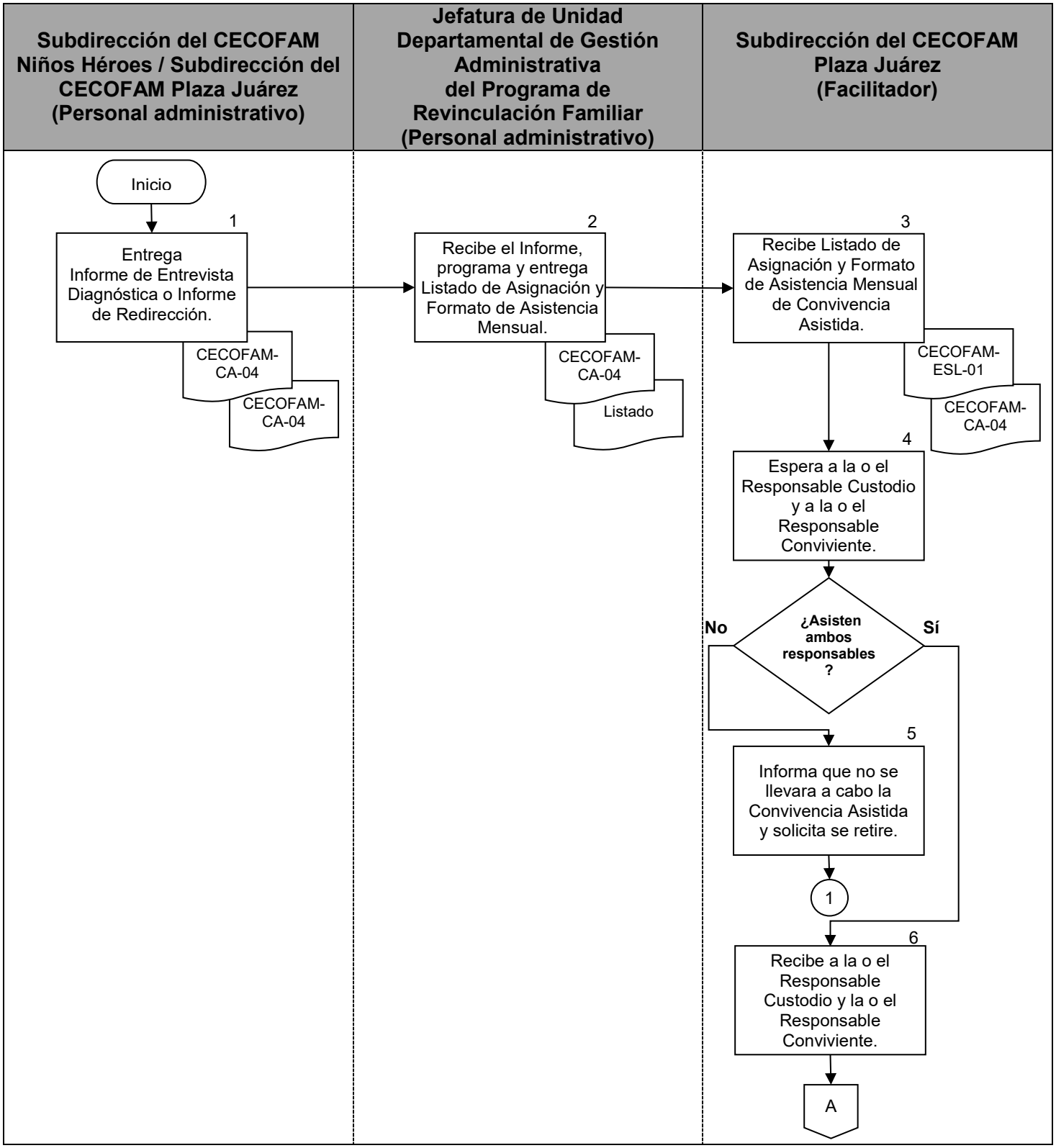
No.	Área.	Descripción de la actividad.	Documentos y/o sistemas de apoyo.
15	Subdirección del CECOFAM Plaza Juárez (Facilitador)	Solicita a la o el Responsable Custodio se retire del lugar.	
16	Responsable Custodio	Registra en el lector biométrico su huella digital y se retira de las instalaciones.	
17 18 19	Subdirección del CECOFAM Plaza Juárez (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	Responsable Custodio	Reingresa a las instalaciones y realiza registro en el lector biométrico y recibe a la Niña, Niño y/o Adolescente.	
21	Subdirección del CECOFAM Plaza Juárez (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.	

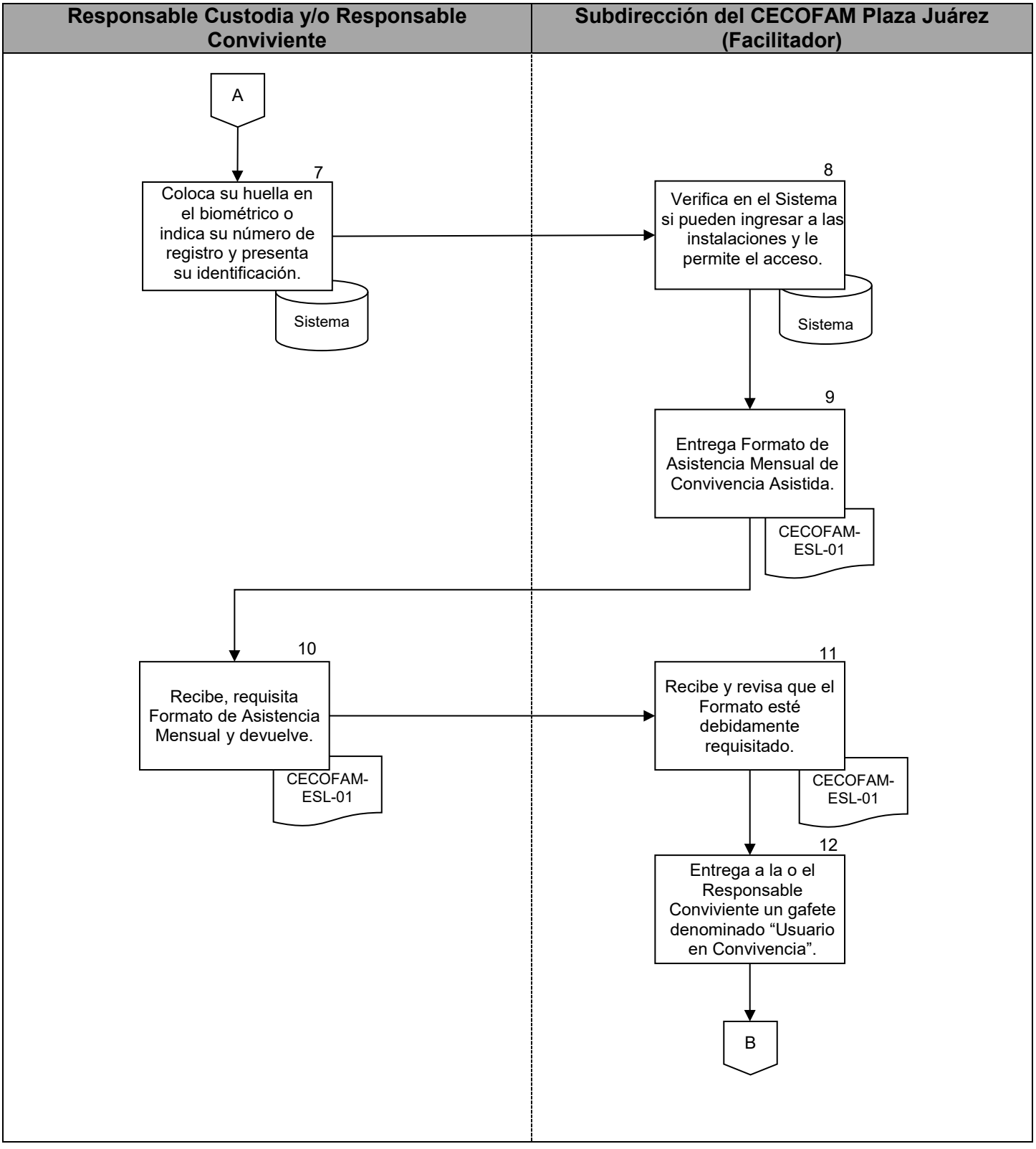
No.	Área.	Descripción de la actividad.	Documentos y/o sistemas de apoyo.
22	Subdirección del CECOFAM Plaza Juárez (Facilitador)	Entrega a la o el Responsable Custodio y a la o el Responsable Conviviente el Formato de Asistencia Mensual.	
23	Responsable Custodio y/o Responsable Conviviente	Recibe, requisita el "Formato de Asistencia Mensual de Conviviencia Asistida" (CECOFAM-CA-01) y devuelve al personal administrativo a la o el Facilitador.	• Formato CECOFAM-CA-01
24	Subdirección del CECOFAM Plaza Juárez (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 26	Responsable Custodio	Recibe pase de salida y a la Niña, Niño y/o Adolescente. Entrega el gafete denominado "Usuario en Convivencia".	
27 28	Subdirección del CECOFAM Plaza Juárez (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	Responsable Custodio y/o Responsable Conviviente	Registra en el lector biométrico su huella digital y se retira del inmuble.	
30	Subdirección del CECOFAM Plaza Juárez (Facilitador)	Actualiza en el Sistema autorizado por el Pleno del Consejo, el estatus de la asistencia o inasistencia de las o los Responsables Custodios y las o los Responsables Convivientes.	• Sistema

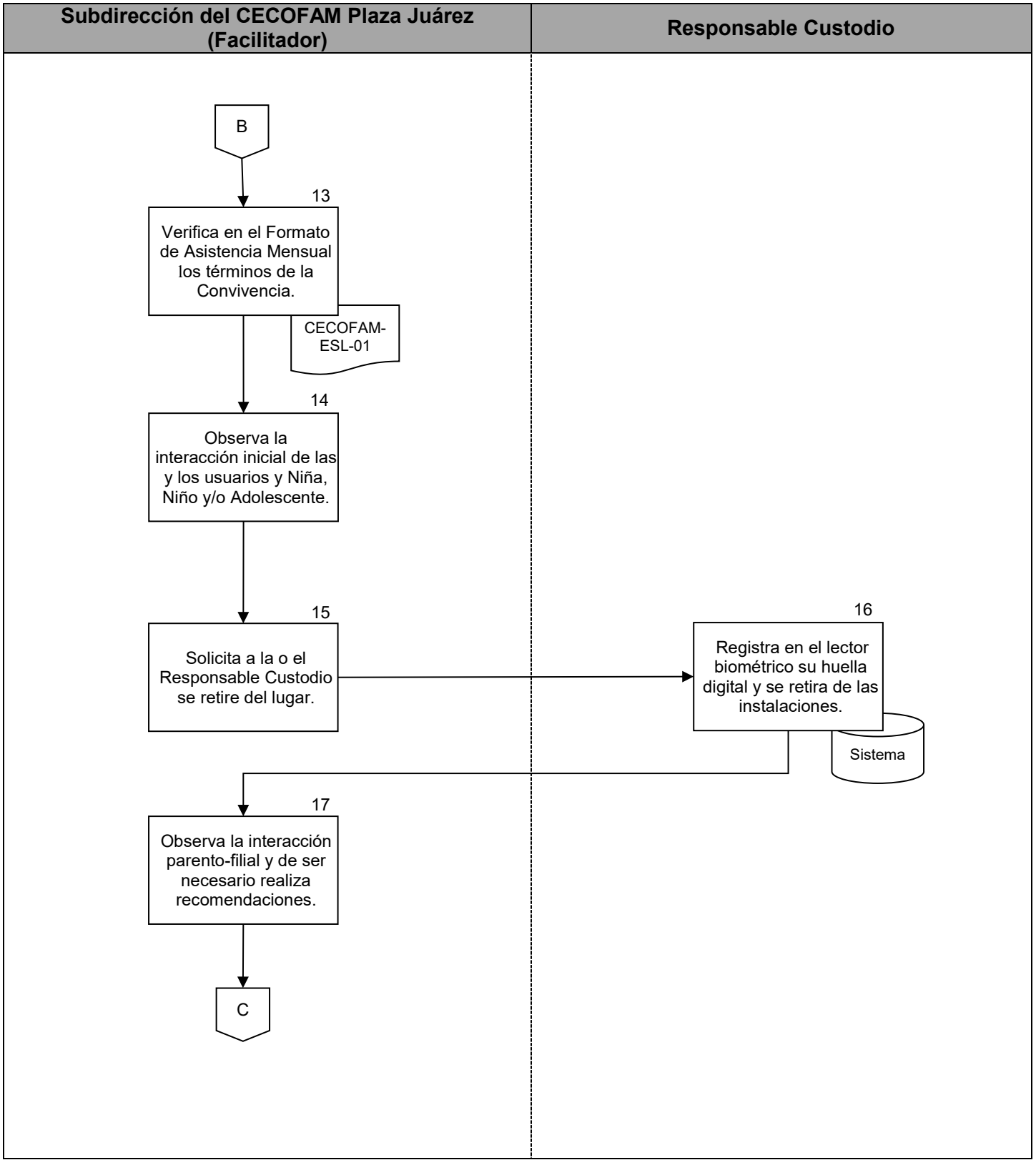
No.	Área.	Descripción de la actividad.	Documentos y/o sistemas de apoyo.
31	Subdirección del CECOFAM Plaza Juárez (Facilitador)	Entrega Formato de Asistencia Mensual al personal administrativo de la Jefatura de Unidad Departamental de Gestión Administrativa del Programa de Revinculación Familiar. (Continúa en la actividad no. 32 y 38)	
32		Elabora “Informe Mensual” (CECOFAM-CA-03) y/o “Informe de Redirección” (CECOFAM-CA-04) 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, genera oficio de envío del Informe Mensual o Informe de Redirección, a través del sistema autorizado por el Pleno del Consejo, 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 a la Autoridad 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 a la Autoridad Jurisdiccional.	

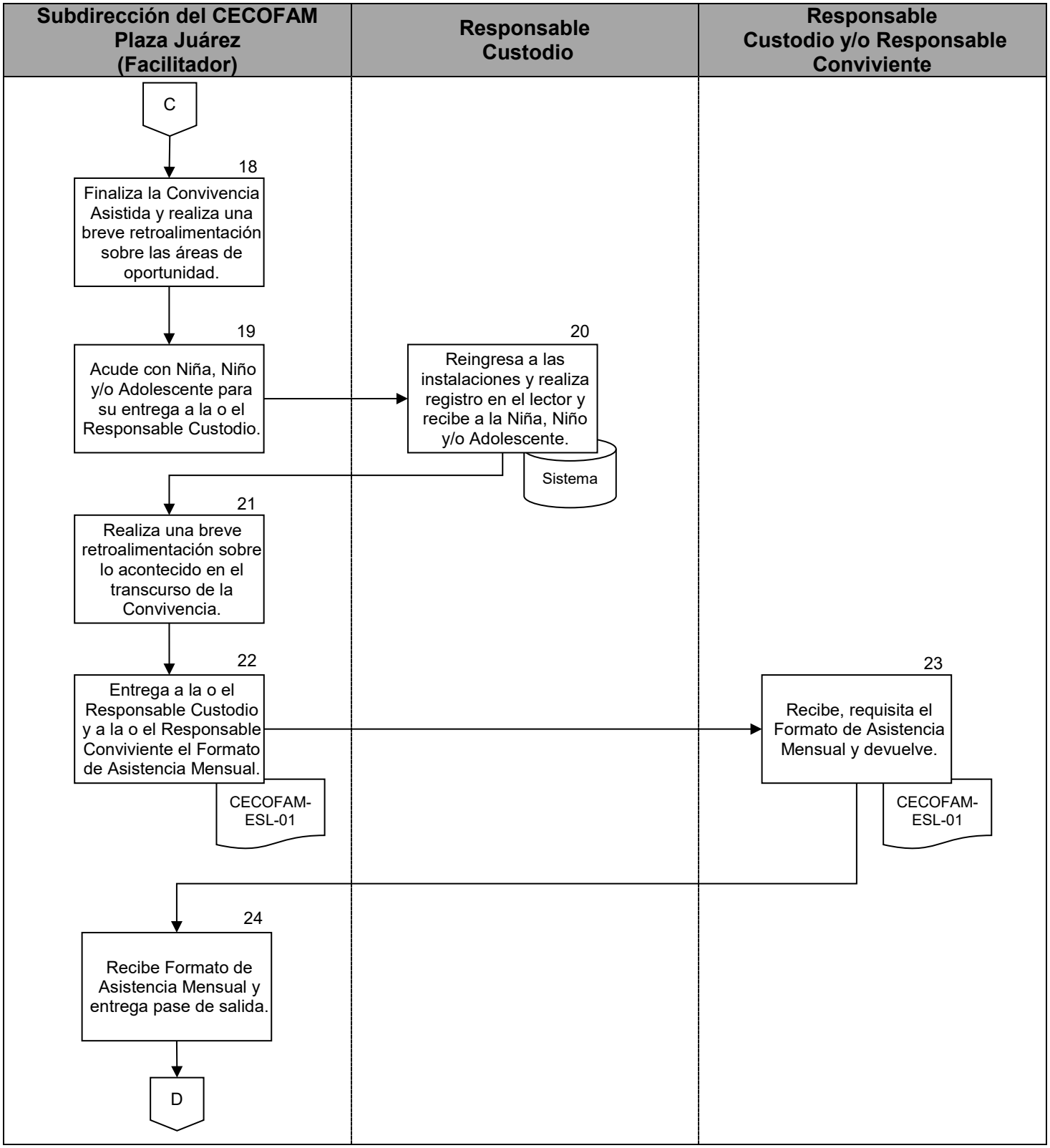
No.	Área.	Descripción de la actividad.	Documentos y/o sistemas de apoyo.
37	Autoridad Jurisdiccional (Oficialía de Partes)	Recibe, acusa el oficio e Informe Mensual o Informe de Redirección y devuelve al personal administrativo de la Jefatura de Unidad Departamental de Gestión Administrativa del Programa de Revinculación Familiar.	
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.	
39		Guarda expediente de la Fase II hasta que concluya su periodo de archivo en trámite.	
40		Envía expediente al Archivo Judicial.	

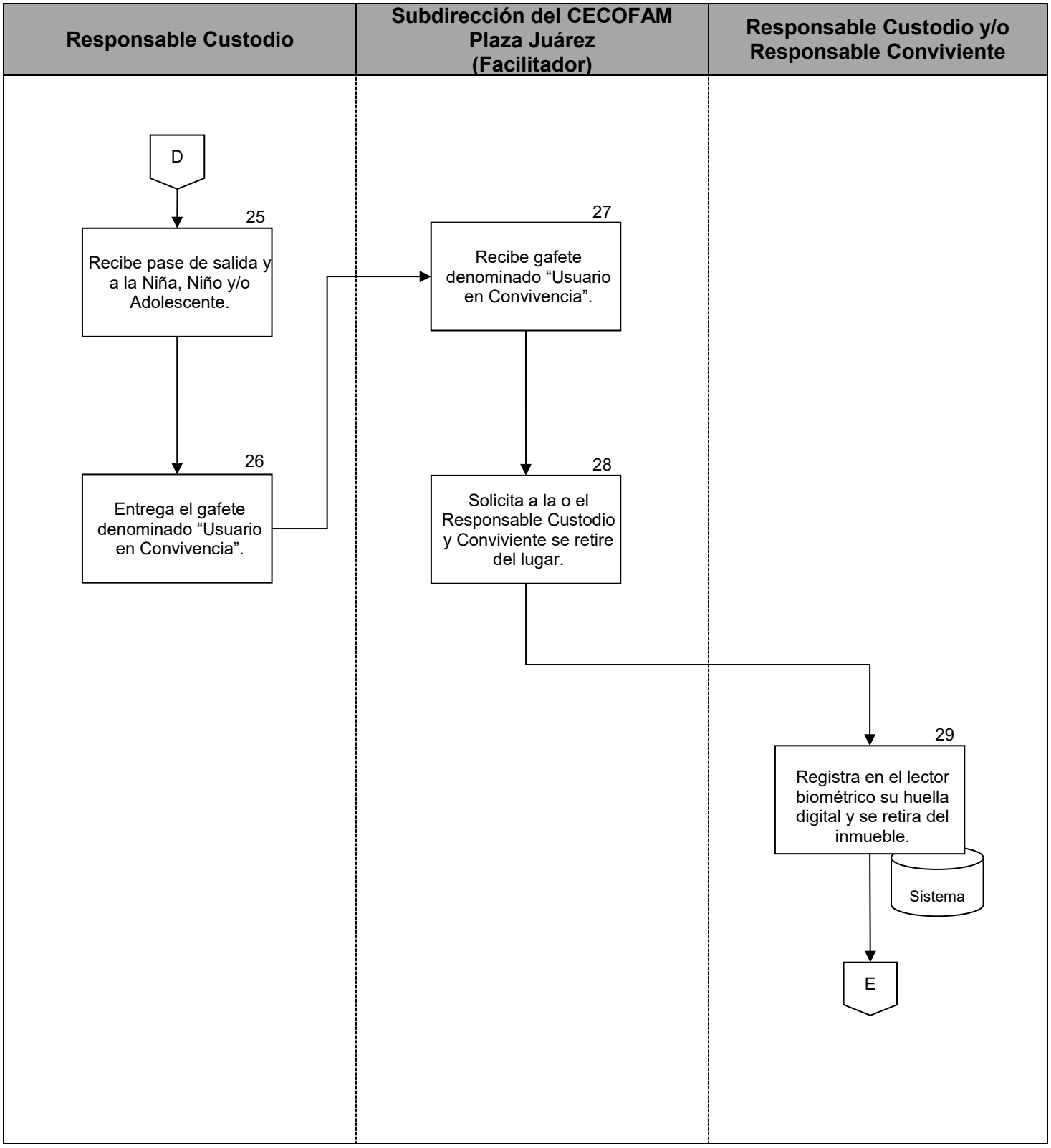
FIN DE PROCEDIMIENTO

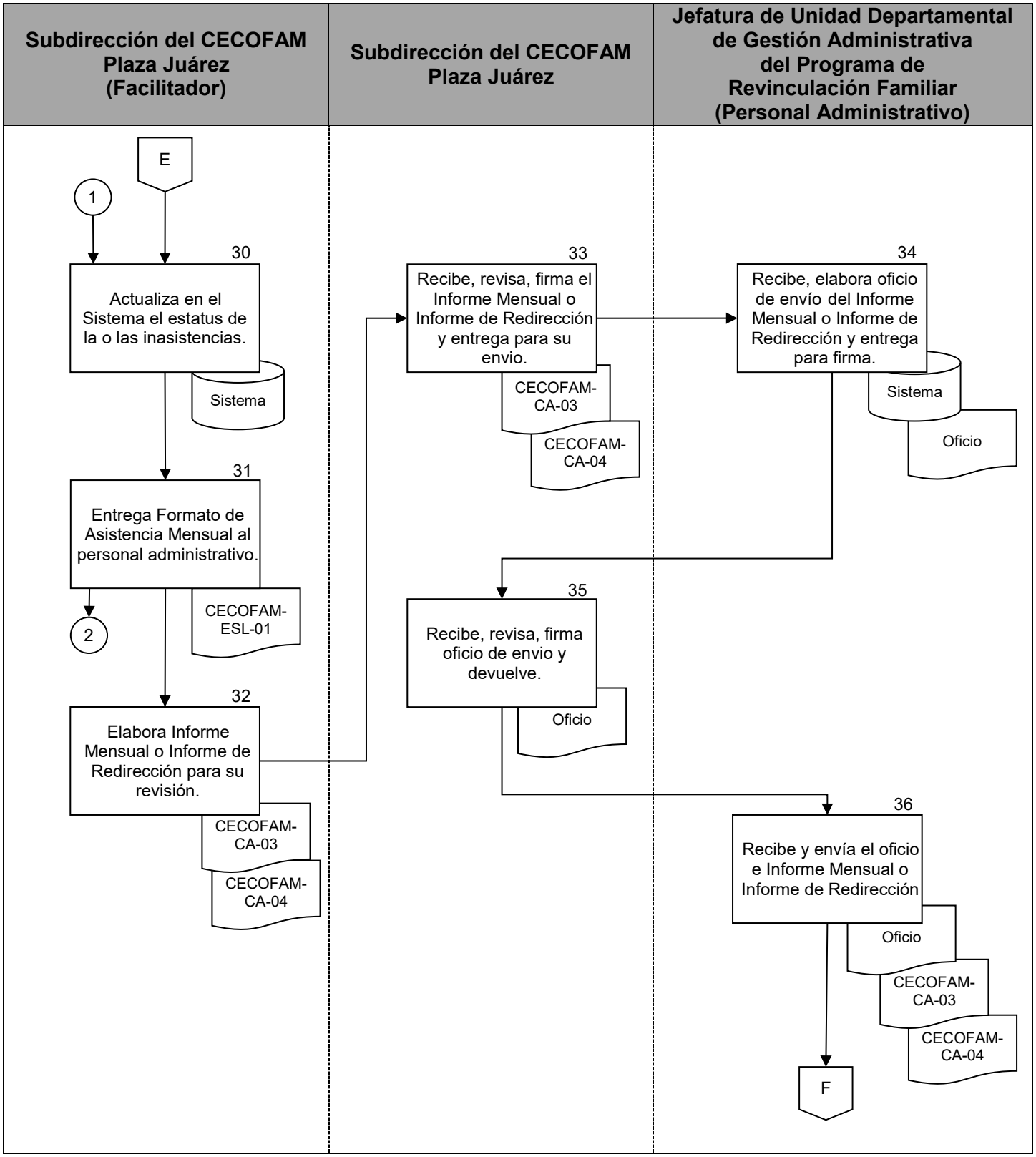

Subdirección del CECOFAM Niños Héroes / Subdirección del CECOFAM Plaza Juárez (Personal administrativo)
Jefatura de Unidad Departamental de Gestión Administrativa del Programa de Revinculación Familiar (Personal administrativo)
Subdirección del CECOFAM Plaza Juárez (Facilitador)
Inicio
1
Entrega Informe de Entrevista Diagnóstica o Informe de Redirección.
CECOFAM-CA-04
CECOFAM-CA-04
2
Recibe el Informe, programa y entrega Listado de Asignación y Formato de Asistencia Mensual.
CECOFAM-CA-04
Listado
3
Recibe Listado de Asignación y Formato de Asistencia Mensual de Convivencia Asistida.
CECOFAM-ESL-01
CECOFAM-CA-04
4
Espera a la o el Responsable Custodio y a la o el Responsable Conviviente.
¿Asisten ambos responsables ?
No
Sí
5
Informa que no se llevara a cabo la Convivencia Asistida y solicita se retire.
1
6
Recibe a la o el Responsable Custodio y la o el Responsable Conviviente.
A

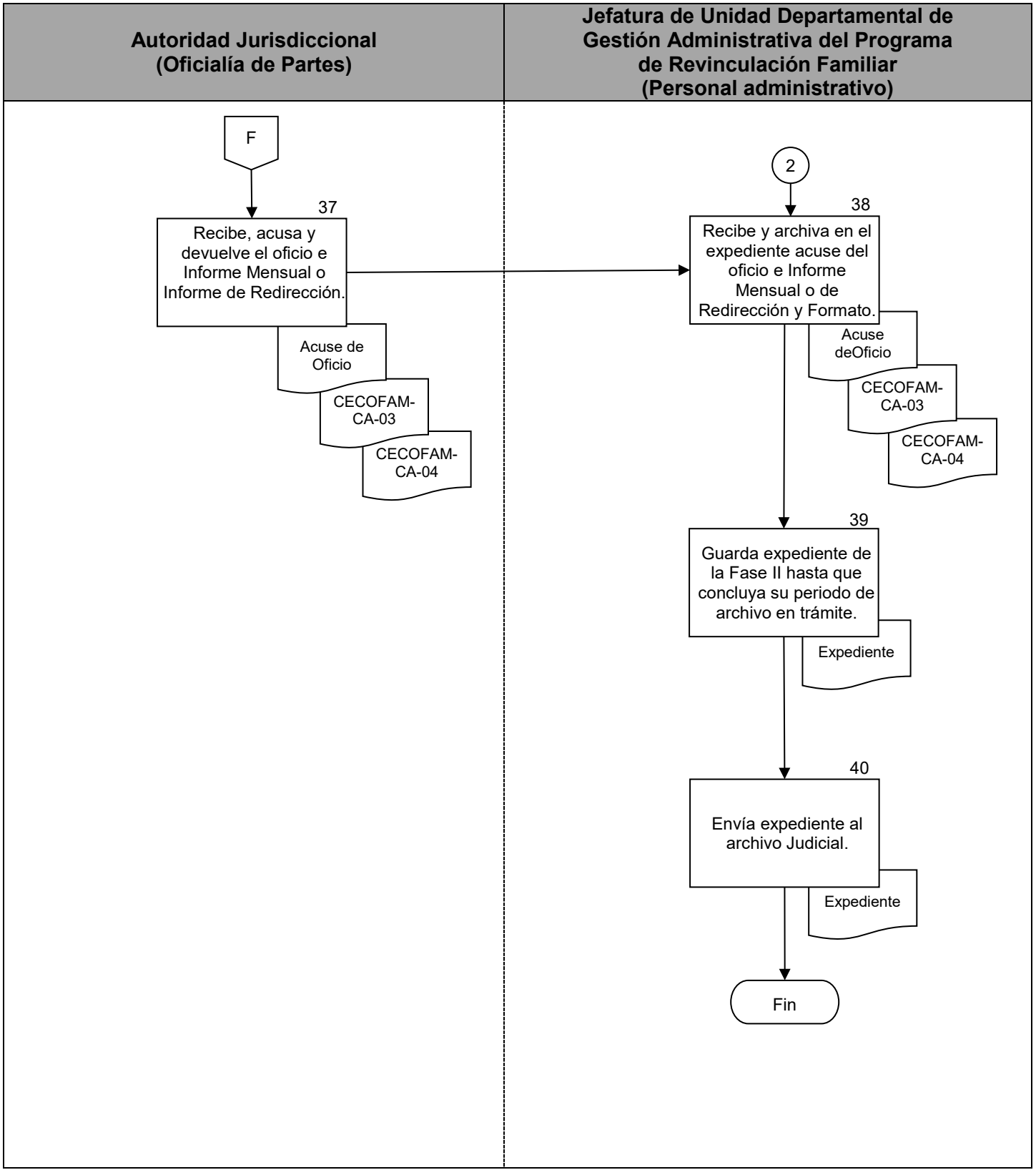

Responsable Custodia y/o Responsable Conviviente
Subdirección del CECOFAM Plaza Juárez (Facilitador)
A
7
Coloca su huella en el biométrico o indica su número de registro y presenta su identificación.
Sistema
8
Verifica en el Sistema si pueden ingresar a las instalaciones y le permite el acceso.
Sistema
9
Entrega Formato de Asistencia Mensual de Convivencia Asistida.
CECOFAM-ESL-01
10
Recibe, requisita Formato de Asistencia Mensual y devuelve.
CECOFAM-ESL-01
11
Recibe y revisa que el Formato esté debidamente requisitado.
CECOFAM-ESL-01
12
Entrega a la o el Responsable Conviviente un gafete denominado “Usuario en Convivencia”.
B


Subdirección del CECOFAM Plaza Juárez (Facilitador)
Responsable Custodio
B
13
Verifica en el Formato de Asistencia Mensual los términos de la Convivencia.
CECOFAM-ESL-01
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 parento-filial y de ser necesario realiza recomendaciones.
C


Subdirección del CECOFAM Plaza Juárez (Facilitador)
Responsable Custodio
Responsable Custodio y/o Responsable Conviviente
C
18
Finaliza la Convivencia Asistida y realiza una breve retroalimentación sobre las áreas de oportunidad.
19
Acude con Niña, Niño y/o Adolescente para su entrega a la o el Responsable Custodio.
20
Reingresa a las instalaciones y realiza registro en el lector y recibe a la Niña, Niño y/o Adolescente.
Sistema
21
Realiza una breve retroalimentación sobre lo acontecido en el transcurso de la Convivencia.
22
Entrega a la o el Responsable Custodio y a la o el Responsable Conviviente el Formato de Asistencia Mensual.
CECOFAM-ESL-01
23
Recibe, requisita el Formato de Asistencia Mensual y devuelve.
CECOFAM-ESL-01
24
Recibe Formato de Asistencia Mensual y entrega pase de salida.
D


Responsable Custodio
Subdirección del CECOFAM Plaza Juárez (Facilitador)
Responsable Custodio y/o Responsable Conviviente
D
25
Recibe pase de salida y a la Niña, Niño y/o Adolescente.
26
Entrega el gafete denominado “Usuario en Convivencia”.
27
Recibe gafete denominado “Usuario en Convivencia”.
28
Solicita a la o el Responsable Custodio y Conviviente se retire del lugar.
29
Registra en el lector biométrico su huella digital y se retira del inmueble.
Sistema
E


Subdirección del CECOFAM Plaza Juárez (Facilitador)
Subdirección del CECOFAM Plaza Juárez
Jefatura de Unidad Departamental de Gestión Administrativa del Programa de Revinculación Familiar (Personal Administrativo)
E
1
30
Actualiza en el Sistema el estatus de la o las inasistencias.
Sistema
31
Entrega Formato de Asistencia Mensual al personal administrativo.
CECOFAM-ESL-01
2
32
Elabora Informe Mensual o Informe de Redirección para su revisión.
CECOFAM-CA-03
CECOFAM-CA-04
33
Recibe, revisa, firma el Informe Mensual o Informe de Redirección y entrega para su envio.
CECOFAM-CA-03
CECOFAM-CA-04
34
Recibe, elabora oficio de envío del Informe Mensual o Informe de Redirección y entrega para firma.
Sistema
Oficio
35
Recibe, revisa, firma oficio de envio y devuelve.
Oficio
36
Recibe y envía el oficio e Informe Mensual o Informe de Redirección
Oficio
CECOFAM-CA-03
CECOFAM-CA-04
F


Autoridad Jurisdiccional (Oficialía de Partes)
Jefatura de Unidad Departamental de Gestión Administrativa del Programa de Revinculación Familiar (Personal administrativo)
F
37
Recibe, acusa y devuelve el oficio e Informe Mensual o Informe de Redirección.
Acuse de Oficio
CECOFAM-CA-03
CECOFAM-CA-04
2
38
Recibe y archiva en el expediente acuse del oficio e Informe Mensual o de Redirección y Formato.
Acuse deOficio
CECOFAM-CA-03
CECOFAM-CA-04
39
Guarda expediente de la Fase II hasta que concluya su periodo de archivo en trámite.
Expediente
40
Envía expediente al archivo Judicial.
Expediente
Fin

"2022: Año de Ricardo Flores Magón, Precursor de la Revolución Mexicana. "

Área: CECOFAM "Revinculación Familiar"

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				CONVIVIENTE			
Nombre:				**Nombre:**			
Firma:				**Firma:**			
Hora Inicio:		**Hora Fin:**		**Hora Inicio:**		**Hora Fin:**	
FACILITADOR:							
Nombre:				**Firma:**			

CECOFAM CA-01

"2022: Año de Ricardo Flores Magón, Precursor de la Revolución Mexicana. "

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA
TSJCDMX

Área: CECOFAM "Revinculación Familiar"

FORMATO DE ASISTENCIA MENSUAL
CONVIVENCIA ASISTIDA

DATOS GENERALES:			
Sala o Juzgado:	(01)	**Registro:**	(05)
Secretaria:	(02)	**Reporte:**	(06)
Expediente o Toca:	(03)	**Horario:**	(07)
Juicio:	(04)	**Facilitador Asignado:**	(08)
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)**		

CECOFAM CA-01

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) y/o Adolescente(s), que participaran en la Convivencia Asistida, automáticamente el sistema proporciona sus nombres.
10	COMETARIOS	Los cometarios o las observaciones que el Autoridad 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 de la o el Responsable Custodio, automáticamente el sistema proporciona el nombre.
13	RESPONSABLE CUSTODIO FIRMA	La firma de la o el 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 de la o el Responsable Conviviente, automáticamente el sistema proporciona el nombre.
17	RESPONSABLE CONVIVIENTE FIRMA	La firma de la o el Responsable 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.

"2022: Año de Ricardo Flores Magón, Precursor de la Revolución Mexicana. "

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

Área: CECOFAM "Revinculación Familiar"

INFORME MENSUAL
FASE II APRENDIZAJE PRÁCTICO, CONVIVENCIA ASISTIDA

No. de Registro:	
Fase:	
Nombre de Responsable Custodio:	
Nombre de Responsable Conviviente:	
Nombre de la niña, niño y/o adolescente:	

Tipo de juicio:	
Autoridad Ordenadora:	
No. De Expediente Judicial:	
Horario:	

PERÍODO DE INTERVENCIÓN.			
FECHA	**MODALIDAD**	**ESTATUS**	**TIEMPO DE DURACIÓN**

ANALISIS DE LA INTERACCIÓN FAMILIAR.	
INTERACCIÓN ENTRE LA O EL RESPONSABLE CONVIVIENTE, NIÑA, NIÑO Y/O ADOLESCENTE.	
HABILIDADES DE CRIANZA PRESENTES EN LA O EL RESPONSABLE CONVIVIENTE.	
HABILIDADES DE CRIANZA PRESENTES EN LA O EL RESPONSABLE CUSTODIO.	

"2022: Año de Ricardo Flores Magón, Precursor de la Revolución Mexicana. "

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA
TSJCDMX

Área: CECOFAM "Revinculación Familiar"

INTERACCIÓN COPARENTAL	

CONCLUSIONES

RECOMENDACIONES

REFERENCIAS

Ciudad de México, a de del 202 .

ATENTAMENTE.

_____

Lic._____
Profesión: _____
Cédula Profesional _____

De conformidad con lo dispuesto en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y la de esta Ciudad; la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados; la Ley de Protección de Datos en Posesión de Sujetos Obligados de la Ciudad de México y los Lineamientos Generales de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados de la Ciudad de México, se hace de su conocimiento que la información que se remite contiene datos personales, los que son considerados como cualquier información concerniente a personas físicas identificadas o identificables, por lo que, una persona física es identificable cuando su identidad pueda determinarse directa o indirectamente. En este sentido, los datos personales son estimados por la ley como confidenciales, por lo que, deben ser tratados bajo su más estricta responsabilidad en el debido cumplimiento de sus funciones, facultades y atribuciones derivadas de la ley que rige la protección de datos personales y su actuar como autoridad; por lo tanto, en cumplimiento al principio de confidencialidad, se debe garantizar que **exclusivamente el TITULAR DE LOS DATOS PUEDA ACCEDER A SUS DATOS PERSONALES,** o bien, la **PERSONA QUE ÉL AUTORICE**, o en su caso, la **AUTORIDAD COMPETENTE**.

"2022: Año de Ricardo Flores Magón, Precursor de la Revolución Mexicana. "

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

Área: CECOFAM "Revinculación Familiar"

INFORME MENSUAL
FASE II APRENDIZAJE PRÁCTICO, CONVIVENCIA ASISTIDA

No. de Registro:	(1)
Fase:	(2)
Nombre de Responsable Custodio:	(3)
Nombre de Responsable Conviviente:	(4)
Nombre de la niña, niño y/o adolescente:	(5)

Tipo de juicio:	(6)
Autoridad Ordenadora:	(7)
No. De Expediente Judicial:	(8)
Horario:	(9)

PERÍODO DE INTERVENCIÓN.			
FECHA	MODALIDAD	ESTATUS	TIEMPO DE DURACIÓN
(10)	**(11)**	**(12)**	(13)

ANALISIS DE LA INTERACCIÓN FAMILIAR.	
INTERACCIÓN ENTRE LA O EL RESPONSABLE CONVIVIENTE, NIÑA, NIÑO Y/O ADOLESCENTE.	(14)
HABILIDADES DE CRIANZA PRESENTES EN LA O EL RESPONSABLE CONVIVIENTE.	**(15)**
HABILIDADES DE CRIANZA PRESENTES EN LA O EL RESPONSABLE CUSTODIO.	(16)

INTERACCIÓN COPARENTAL	**(17)**

CONCLUSIONES
(18)

RECOMENDACIONES
(19)

REFERENCIAS
(20)

Ciudad de México, a (21)
ATENTAMENTE.

Lic._____(22)_____
Profesión: _____(23)_____
Cédula Profesional ____(24)_____

De conformidad con lo dispuesto en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y la de esta Ciudad; la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados; la Ley de Protección de Datos en Posesión de Sujetos Obligados de la Ciudad de México y los Lineamientos Generales de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados de la Ciudad de México, se hace de su conocimiento que la información que se remite contiene datos personales, los que son considerados como cualquier información concerniente a personas físicas identificadas o identificables, por lo que, una persona física es identificable cuando su identidad pueda determinarse directa o indirectamente. En este sentido, los datos personales son estimados por la ley como confidenciales, por lo que, deben ser tratados bajo su más estricta responsabilidad en el debido cumplimiento de sus funciones, facultades y atribuciones derivadas de la ley que rige la protección de datos personales y su actuar como autoridad; por lo tanto, en cumplimiento al principio de confidencialidad, se debe garantizar que **exclusivamente el TITULAR DE LOS DATOS PUEDA ACCEDER A SUS DATOS PERSONALES,** o bien, la **PERSONA QUE ÉL AUTORICE**, o en su caso, la **AUTORIDAD COMPETENTE**.

DESCRIPCIÓN DEL FORMATO

Nombre:	**INFORME MENSUAL**
Clave:	**CECOFAM-CA-03**
Objetivo:	Informar a la Autoridad Jurisdiccional 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.- Autoridad Jurisdiccional.

INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
1	No. De Registro	El número de Registro de Convivencia Asistida, automáticamente el sistema proporciona el número.
2	Fase	Fase del Programa de Revinculación Familiar
3	RESPONSABLE CUSTODIO	El nombre de la o el Responsable Custodio, automáticamente el sistema imprime el nombre.
4	RESPONSABLE CONVIVIENTE	El nombre de la o el Responsable Conviviente, automáticamente el sistema imprime el nombre.
5	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.
6	TIPO DE JUICIO	Es el tipo de controversia promovida por la o el Responsable Custodio o la o el Responsable Conviviente ante el juzgado de origen, automáticamente el sistema lo imprime en el formato.
7	AUTORIDAD ORDENADORA	El número de Sala o Juzgado del cual proviene la Convivencia Asistida, automáticamente el sistema proporciona el número.
8	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.

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
9	HORARIO	Hora de inicio y término de la convivencia asistida
10	FECHA	Día en el que se realiza la convivencia
11	MODALIDAD	Señalar la modalidad en que se realizó la convivencia: videollamada (exclusivamente), presencial (permanente) o mixto.
12	ESTATUS	Registrar si se efectuó o no la convivencia, así como los motivos.
13	TIEMPO DE DURACIÓN	Tiempo que duró el encuentro.
14	INTERACCIÓN ENTRE LA O ELRESPONSABLE CONVIVIENTE, NIÑA, NIÑO Y/O ADOLESCENTE.	Señalar elementos importantes de la interacción entre el Responsable Conviviente y la Niña, Niño y/o Adolescente.
15	HABILIDADES DE CRIANZA PRESENTES EN LA O EL RESPONSABLE CONVIVIENTE.	Recursos parentales con los que cuenta la o el Responsable Conviviente.
16	HABILIDADES DE CRIANZA PRESENTES EN LA O EL RESPONSABLE CUSTODIO.	Recursos parentales con los que cuenta el Responsable Custodio.
17	INTERACCIÓN COPARENTAL	La forma en la que se relacionan la o el Responsable Custodio con la o el Responsable Conviviente.
18	CONCLUSIONES	Señalar los elementos más importantes de la interacción parento-filial y coparental.

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
19	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.
20	REFERENCIAS	Referencias Teóricas que dan sustento a la opinión profesional de la o el Facilitador.
21	FECHA	Día, mes y año en el que se elaboró el informe mensual de Convivencia Asistida.
22	NOMBRE Y FIRMA	Nombre completo y firma de la o el Facilitador que realizó el seguimiento de la Convivencia Asistida.
23	PROFESIÓN	Cargo de la o el Facilitador que realizó el seguimiento de la Convivencia Asistida
24	CÉDULA PROFESIONAL	Cédula profesional de la o el Facilitador que realizó el seguimiento de la Convivencia Asistida.

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

Área: CECOFAM "Revinculación Familiar"

INFORME DE REDIRECCIÓN
FASE II APRENDIZAJE PRÁCTICO, CONVIVENCIA ASISTIDA

Autoridad Ordenadora:	
No. de Expediente Judicial:	
Registro:	

Tipo de juicio:	
Responsable Custodio:	
Responsable Conviviente:	
Nombre de la niña, niño y/o adolescente:	

METODOLOGÍA.
▪

PERÍODO DE INTEVENCIÓN.

ANÁLISIS DE LA INTERACCIÓN FAMILIAR

CONCLUSIONES

RECOMENDACIÓNES

1

CECOFAM-CA-04

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

Área: CECOFAM "Revinculación Familiar"

Programa de Revinculación Familiar			
Fase I Aprendizaje Formal, Convivencia de Reencuentro		Fase III Expansión, Convivencia en Espacios Semi-Libres	
Fase II Aprendizaje Práctico, Convivencia Asistida		Fase IV Independencia, Entrega-Recepción de Niña, Niño y/o Adolescente.	

Proceso de Reforzamiento Transversal	
Talleres Psicoeducativos	
Pláticas Asistidas	

Canalización	
Baja por no cumplir con el ordenamiento judicial	
Evaluación Psicológica	
Terapia Psicológica	
Evaluación Psiquiátrica	
Otros compromisos: convivencia libre	

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 _____

ATENTAMENTE.

Lic._____
Profesión:_____
Cédula Profesional _____

2

CECOFAM-CA-04

"2022: Año de Ricardo Flores Magón, Precursor de la Revolución Mexicana. "

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA
TSJCDMX

Área: CECOFAM "Revinculación Familiar"

De conformidad con lo dispuesto en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y la de esta Ciudad; la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados; la Ley de Protección de Datos en Posesión de Sujetos Obligados de la Ciudad de México y los Lineamientos Generales de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados de la Ciudad de México, se hace de su conocimiento que la información que se remite contiene datos personales, los que son considerados como cualquier información concerniente a personas físicas identificadas o identificables, por lo que, una persona física es identificable cuando su identidad pueda determinarse directa o indirectamente. En este sentido, los datos personales son estimados por la ley como confidenciales, por lo que, deben ser tratados bajo su más estricta responsabilidad en el debido cumplimiento de sus funciones, facultades y atribuciones derivadas de la ley que rige la protección de datos personales y su actuar como autoridad; por lo tanto, en cumplimiento al principio de confidencialidad, se debe garantizar que **exclusivamente el TITULAR DE LOS DATOS PUEDA ACCEDER A SUS DATOS PERSONALES,** o bien, la **PERSONA QUE ÉL AUTORICE**, o en su caso, la **AUTORIDAD COMPETENTE**.

"2022: Año de Ricardo Flores Magón, Precursor de la Revolución Mexicana. "

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

Área: CECOFAM "Revinculación Familiar"

INFORME DE REDIRECCIÓN
FASE II APRENDIZAJE PRÁCTICO, CONVIVENCIA ASISTIDA

Autoridad Ordenadora:	(1)
No. De Expediente Judicial:	(2)
Registro:	(3)

Tipo de juicio:	(4)
Responsable Custodio:	(5)
Responsable Conviviente:	(6)
Nombre de la niña, niño y/o adolescente:	(7)

METODOLOGÍA.
(8)

PERÍODO DE INTEVENCIÓN.
(9)

ANÁLISIS DE LA INTERACCIÓN FAMILIAR
(10)

CONCLUSIONES
(11)

RECOMENDACIÓNES
(12)

"2022: Año de Ricardo Flores Magón, Precursor de la Revolución Mexicana. "

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

Área: CECOFAM "Revinculación Familiar"

Programa de Revinculación Familiar (13)			
Fase I Aprendizaje Formal, Convivencia de Reencuentro	(14)	Fase III Expansión, Convivencia en Espacios Semi-Libres	(16)
Fase II Aprendizaje Práctico, Convivencia Asistida	(15)	Fase IV Independencia, Entrega-Recepción de Niña, Niño y/o Adolescente.	(17)

Proceso de Reforzamiento Transversal (18)	
Talleres Psicoeducativos	(19)
Pláticas Asistidas	(20)

Canalización (21)	
Baja por no cumplir con el ordenamiento judicial	(22)
Evaluación Psicológica	(23)
Terapia Psicológica	(24)
Evaluación Psiquiátrica	(25)
Otros compromisos: convivencia libre	(26)

REFERENCIAS
(27)

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 _____(28)_____

ATENTAMENTE.

Lic._____(29)_____
Profesión: ___(30)_____
Cédula Profesional ____(31)_____

"2022: Año de Ricardo Flores Magón, Precursor de la Revolución Mexicana. "

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA
TSJCDMX

Área: CECOFAM "Revinculación Familiar"

De conformidad con lo dispuesto en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y la de esta Ciudad; la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados; la Ley de Protección de Datos en Posesión de Sujetos Obligados de la Ciudad de México y los Lineamientos Generales de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados de la Ciudad de México, se hace de su conocimiento que la información que se remite contiene datos personales, los que son considerados como cualquier información concerniente a personas físicas identificadas o identificables, por lo que, una persona física es identificable cuando su identidad pueda determinarse directa o indirectamente. En este sentido, los datos personales son estimados por la ley como confidenciales, por lo que, deben ser tratados bajo su más estricta responsabilidad en el debido cumplimiento de sus funciones, facultades y atribuciones derivadas de la ley que rige la protección de datos personales y su actuar como autoridad; por lo tanto, en cumplimiento al principio de confidencialidad, se debe garantizar que **exclusivamente el TITULAR DE LOS DATOS PUEDA ACCEDER A SUS DATOS PERSONALES,** o bien, la **PERSONA QUE ÉL AUTORICE**, o en su caso, la **AUTORIDAD COMPETENTE**.

DESCRIPCIÓN DEL FORMATO

Nombre:	**INFORME DE REDIRECCIÓN**
Clave:	**CECOFAM-CA-04**
Objetivo:	Informar a la Autoridad Jurisdiccional 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.- Autoridad Jurisdiccional.

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	NO. REGISTRO	El número de Registro de Convivencia en Convivencia Asistida, automáticamente el sistema proporciona el número.
4	JUICIO	Es el tipo de controversia promovida por la o el Responsable Custodio o la o el Responsable Conviviente ante el juzgado de origen, automáticamente el sistema lo imprime en el formato.
5	RESPONSABLE CUSTODIO	El nombre de la o el Responsable Custodio, automáticamente el sistema imprime el nombre
6	CONVIVIENTE	El nombre de la o el 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.

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 Asistida.
10	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.
11	CONCLUSIONES	Conclusión breve de la interacción parento-filial y coparental durante la Convivencia Asistida.
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 a la Autoridad Jurisdiccional 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	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 revinculación familiar.
19	TALLER PSICOEDUCATIVO	Módulos Temáticos que se imparten en sesiones grupales, cuyo propósito es brindar información teórico- práctica, para el reforzamiento de habilidades parentales.
20	PLÁTICA ASISTIDA	Conversación asertiva y proactiva entre las partes con el acompañamiento de un Facilitador.
21	CANALIZACIÓN	Recomendación con base en la observación y análisis de la convivenicia para ser derivados.
22	BAJA ADMINISTRATIVA	Por no mostrar avances en el Programa de Revinculación Familiar.

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
23	EVALUACIÓN PSICOLÓGICA	Se canalizan al menor, a una o ambas partes a Evaluación Psicológica.
24	TERAPIA PSICOLÓGICA	Se canalizan al menor, a una o ambas partes a Terapia Psicológica.
25	EVALUACIÓN PSIQUIATRICA	Se canalizan al menor, a una o ambas partes a Evaluación Psiquiátrica.
26	OTROS COMPROMISOS: CONVIVENCIA LIBRE	Convivencia libre y flexible sin el servicio que proporciona el CECOFAM.
27	REFERENCIAS	Referencias Teóricas que dan sustento a la opinión profesional de la o el Facilitador.
28	FECHA	Día, mes y año en el que se elaboró el informe mensual de Convivencia Asistida.
29	FIRMA	Firma de la o el Facilitador que observó la Convivencia Asistida.
30	PROFESIÓN	Nombre completo y puesto de la o el Facilitador que observó la Convivencia Asistida.
31	CÉDULA PROFESIONAL	Número de Cédula Profesional de la o el Facilitador que observó la Convivencia Asistida.

Procedimiento: CIEAJ-018	Fase III Expansión, 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. La Fase III se realizará conforme a las Bases del Centro de Convivencia Familiar Supervisada vigentes.

2. Las Convivencias en Espacios Semi-libres se realizarán por un periodo aproximado de 3 meses en la sede y horarios disponibles, donde la o el Facilitador verificará la entrega a la o el Responsable Conviviente de la niña, niño y/o adolescente para su ingreso y al término de la Convivencia, la devolución a la o el Responsable Custodio, en la cual podrá participar la familia extensa de la o el Responsable Conviviente bajo las recomendaciones de la o el Facilitador.

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 3 a 5 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 el registro necesario, en su presencia 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, la o el Facilitador concluirá el servicio en punto de la hora, ya que las personas usuarias deben llegar 10 minutos antes de iniciado el servicio, posteriormente se pedirá que se retire del lugar. Sin embargo, si una vez concluido el tiempo de espera, se encuentran en las instalaciones, la niña, niño y/o adolescente, la o el Responsable Custodia y la o el Responsable Custodio o Tercero Emergente, deberá privilegiarse el desarrollo de la convivencia, al estar de acuerdo con la misma la Niña, Niño y/o Adolescente. Asimismo, a través de Compromiso Coparental ambas partes deberán comprometerse a dar cumplimiento estricto a los horarios de inicio y fin de la convivencia en lo subsecuente.

7. 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 personas extranjeras, 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 la o 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 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.

10. Si el Personal de Seguridad que apoya a la Dirección del Centro de Convivencia Familiar Supervisada percibe indicios de que alguna de las personas usuarias presenta aliento alcohólico, se le negará el acceso a las instalaciones y se informará a la Autoridad Jurisdiccional a través de Nota Informativa.

11. 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.

12. 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.

13. 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.

14. Al término de la Convivencia en Espacios Semi-libres, la o el Responsable Conviviente deberá permanecer en el lugar hasta que la o el Responsable Custodio o la o el Tercero Emergente se presente a recoger a la Niña, Niño y/o Adolescente,.

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 en Espacios Semi-libres, se buscará localizar vía telefónica a la o el Responsable Custodio o la o el Tercero Emergente.

16. 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/o Adolescente a la Agencia del Ministerio Público, lo que se hará del conocimiento de la Autoridad Jurisdiccional a través de Nota Informativa.

17. 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.

18. En caso de ser necesario se solicitará mediante escrito a la Autoridad Jurisdiccional, la autorización para que la o el Facilitador asignado realice revisión del expediente judicial.

19. Se remitirá a la Autoridad Jurisdiccional Nota Informativa en el término de 5 días hábiles, para hacer de su conocimiento hechos relevantes acontecidos durante la convivencia familiar, así como el incumplimiento del régimen de visitas y convivencias de manera consecutiva y/o recurrente de la o el Responsable Custodio y/o Responsable Conviviente.

20. La Autoridad Jurisdiccional 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.

21. Previo a los 3 meses de la Fase III, se dará a conocer a la o el Responsable Conviviente y/o la o el Responsable Custodio la transición de fase, a efecto de que firmen la “Carta de Recepción de Horarios” y con ello dar continuidad a la convivencia en el Programa, lo que se informará a la Autoridad Jurisdiccional. Sin

embrago, en caso de negativa por parte de la o el Responsable Conviviente y/o la o el Responsable Custodio para suscribir dicho documento, la o el Facilitador emitirá un Informe de Redirección con el análisis de la dinámica familiar y la recomendación para para transitar a una nueva Fase en función del interés superior de la Niña, Niño y/o Adolescente, el cual se remitirá vía oficio a la Autoridad Jurisdiccional con los horarios sugeridos.

22. 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/o 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 Autoridad Jurisdiccional.

23. Se aplicará encuesta de satisfacción a la o el Responsable Custodio, la o el Responsable Conviviente, y a la Niña, Niño y/o Adolescente, en los meses de febrero, mayo, agosto y noviembre.

24. 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 Autoridad Jurisdiccional autorice la Baja Administrativa.

25. 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.

26. La o el Facilitador desarrollará Pláticas Asistidas con la o el Responsable Custodio y la o el Responsable Conviviente, las cuales podrán realizarse de manera semanal, quincenal o mensual según sea necesario para la consecución de acuerdos coparentales en función del cumplimiento del régimen de Visitas y Convivencia.

27. En caso de negativa por parte de la o el Responsable Custodio y/o la o el Responsable Conviviente a participar en ellas, éstas se solicitarán mediante oficio al juzgado de referencia.

28. En caso de que la Niña, Niño y/o Adolescente manifestará indisposición 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.

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 a la autoridad jurisdiccional el apoyo especializado correspondiente.

30. En aquellos casos que la familia requiera pautas conductuales específicas de aspectos relacionados con alimentación, higiene y/o salud, se utilizará la Bitácora de Cuidados y Atenciones.

31. En aquellos casos en los que no se cuente con información personal de la o el Responsable Custodio y/o la o el Responsable Conviviente se dará para su llenado el “Formato único para recabar datos personales”, previa lectura del Aviso de Privacidad correspondiente.

32. Para que las personas usuarias que se inscriban en diversos cursos y talleres diversos e impartidos por la Fundación “Carlos Slim”, se utilizará la “Carta Compromiso Adultos FCS”.

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.	
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.	
3 4 5	Jefatura de Unidad Departamental de Gestión Administrativa del Programa de Revinculación Familiar (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)	

No.	Área.	Descripción de la actividad.	Documentos y/o sistemas de apoyo.
6	Jefatura de Unidad Departamental de Gestión Administrativa del Programa de Revinculación Familiar (Facilitador)	Recibe a la o el Responsable Custodio y al o el Responsable Conviviente para la Convivencia en Espacios Semi-libres y solicita se identifique.	
7	Responsable Custodio y/o Responsable Conviviente	Presenta su identificación oficial.	
8	Jefatura de Unidad Departamental de Gestión Administrativa del Programa de Revinculación Familiar (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	Responsable Custodio y/o Responsable Conviviente	Recibe, requisita el “Formato de Asistencia Mensual de Convivencia de Espacios Semi-libres” CECOFAM-ESL-01)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 (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.	

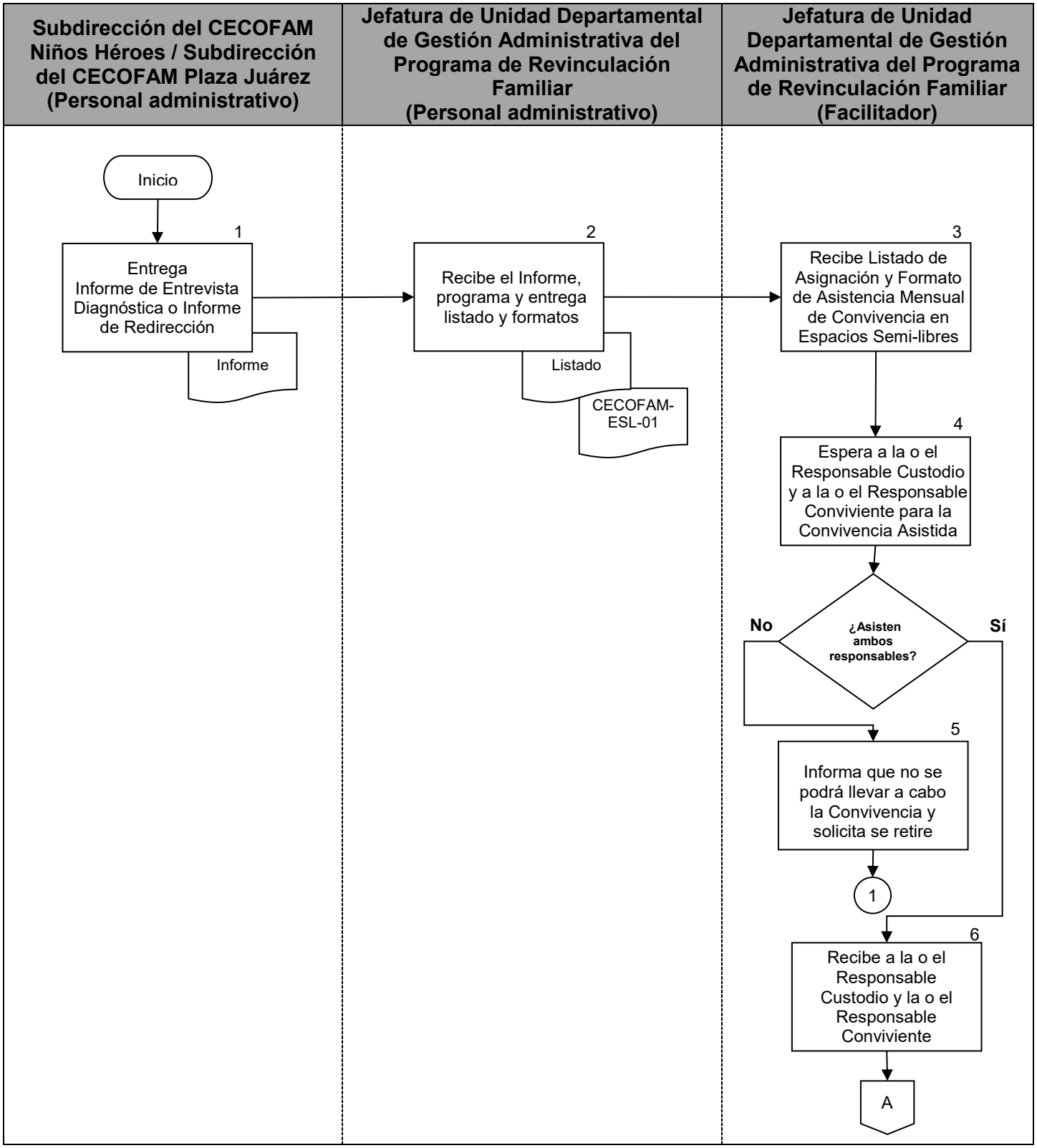
No.	Área.	Descripción de la actividad.	Documentos y/o sistemas de apoyo.
13	Responsable Custodio	Se retira del lugar de Convivencia de Espacio Semi-libre.	
14	Jefatura de Unidad Departamental de Espacios Semi-libres y Entrega Recepción de Niñas, Niños y Adolescentes (Facilitador)	Entrega a la o el Responsable 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	Responsable Custodio	Reingresa a las instalaciones de Convivencia de Espacios Semi-libres, se identifica y recibe a la la Niña, Niño y/o Adolescente.	

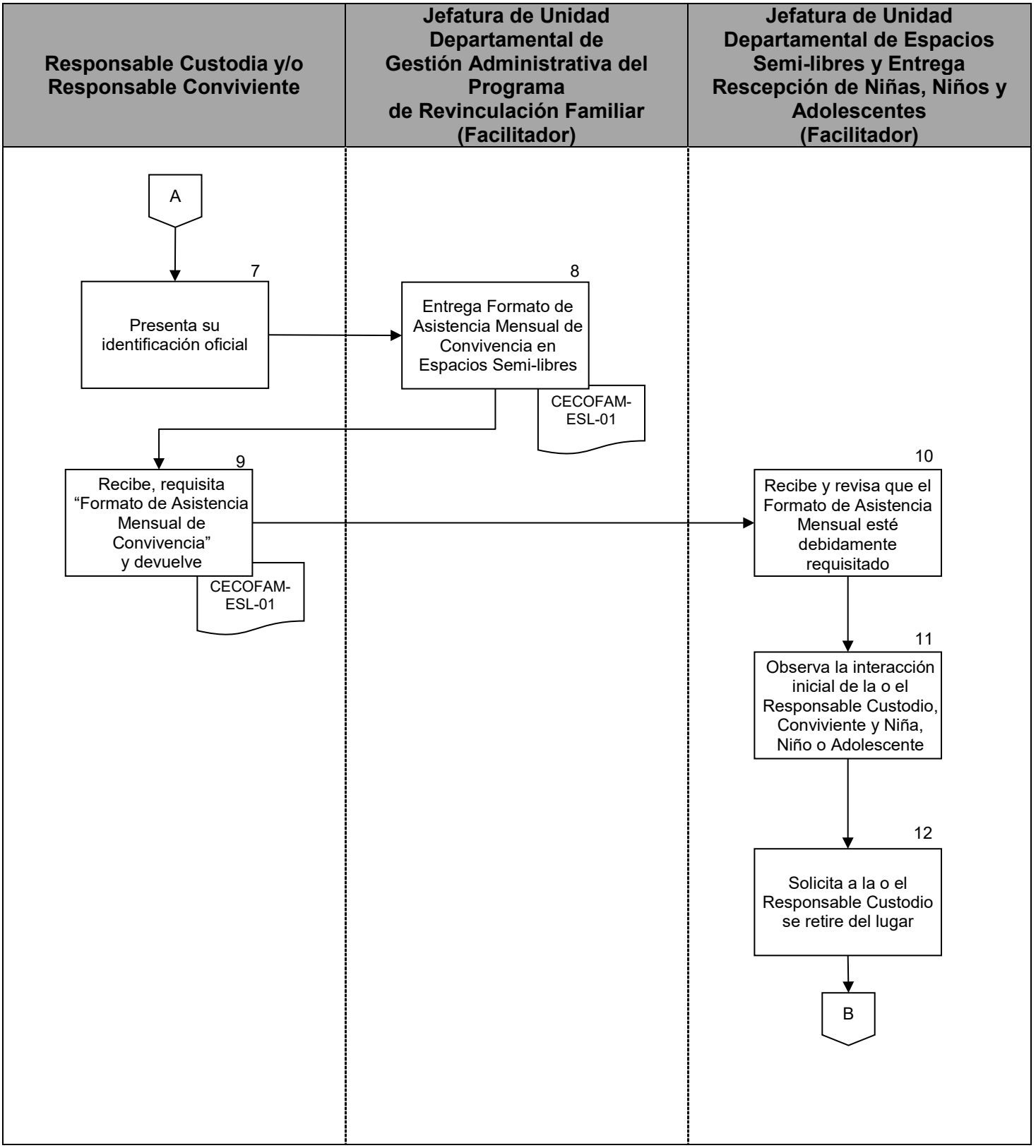
No.	Área.	Descripción de la actividad.	Documentos y/o sistemas de apoyo.
21 22	Jefatura de Unidad Departamental de Espacios Semi-libres y Entrega Recepción de Niñas, Niños y Adolescentes (Facilitador)	Realiza una breve retroalimentación con la o el Responsable Custodio, sobre lo acontecido en el transcurso 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	Responsable Custodio y Responsable Conviviente	Recibe, requisita el “Formato de Asistencia Mensual de Convivencia de Espacios Semi-libres” (CECOFAM-ESL-01) 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 (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	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 (Facilitador)	Recibe gafete denominado “Usuario en Convivencia”. Actualiza en el Sistema autorizado por el Pleno del Consejo, el estatus asistencia o inasistencia de las o los Responsables Custodios y las o los Responsables Convivientes.	• Sistema

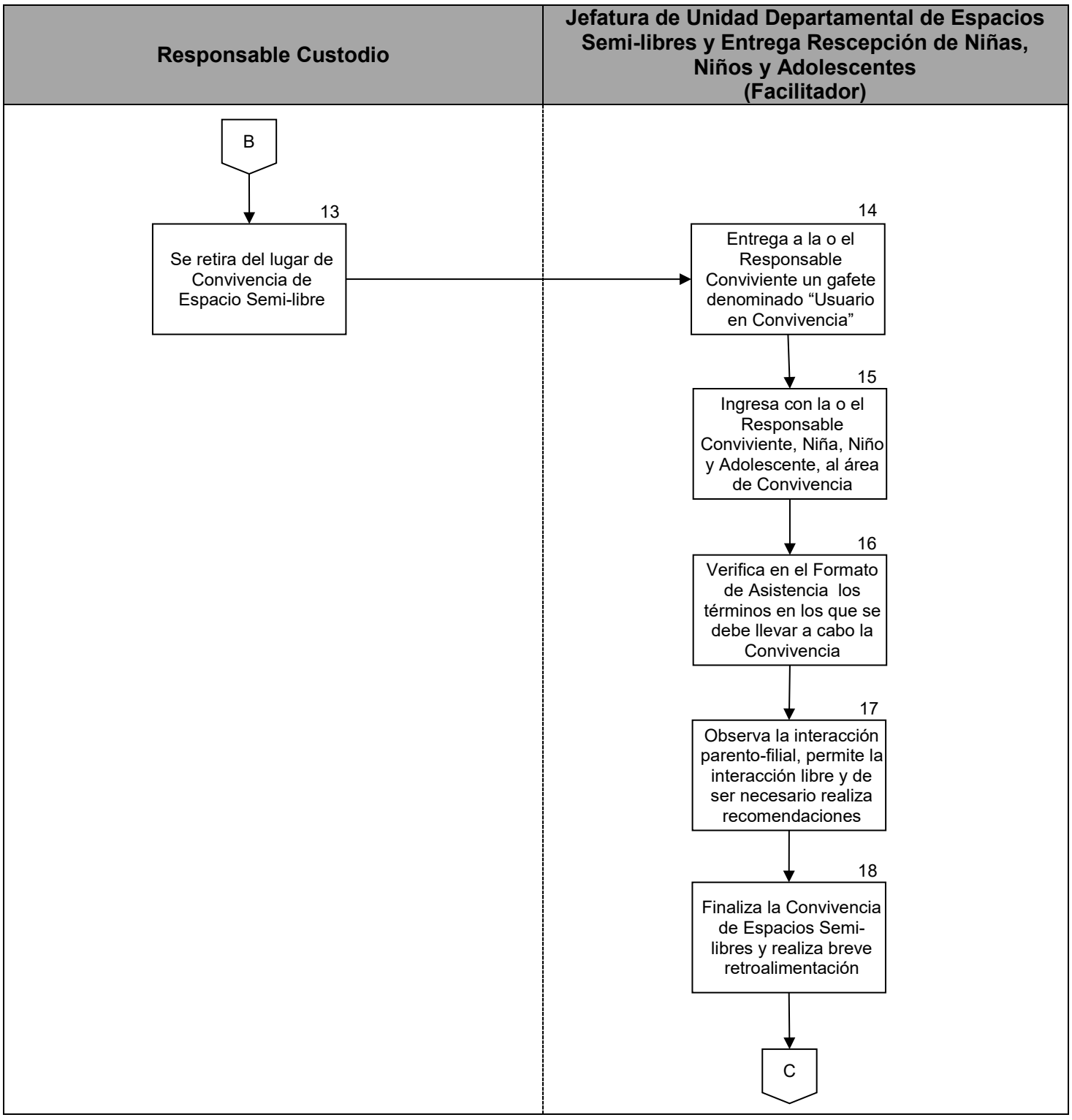
No.	Área.	Descripción de la actividad.	Documentos y/o sistemas de apoyo.
28 29	Jefatura de Unidad Departamental de Espacios Semi-libres y Entrega Recepción de Niñas, Niños y Adolescentes (Facilitador)	Entrega Formato de Asistencia Mensual de Convivencia de Espacios Semi-libres al personal administrativo de la Jefatura de Unidad Departamental de Gestión Administrativa del Programa de Revinculación Familiar. (Continua en la actividad no. 29 y 35) Elabora Informe Mensual (CECOFAM-ESL-03) y/o Informe de Redirección (CECOFAM-ESL-04) 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, genera oficio de envío del Informe Mensual o Informe de Redirección, a través del Sistema autorizado por el Pleno del Consejo, 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
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 Autoridad Jurisdiccional.	

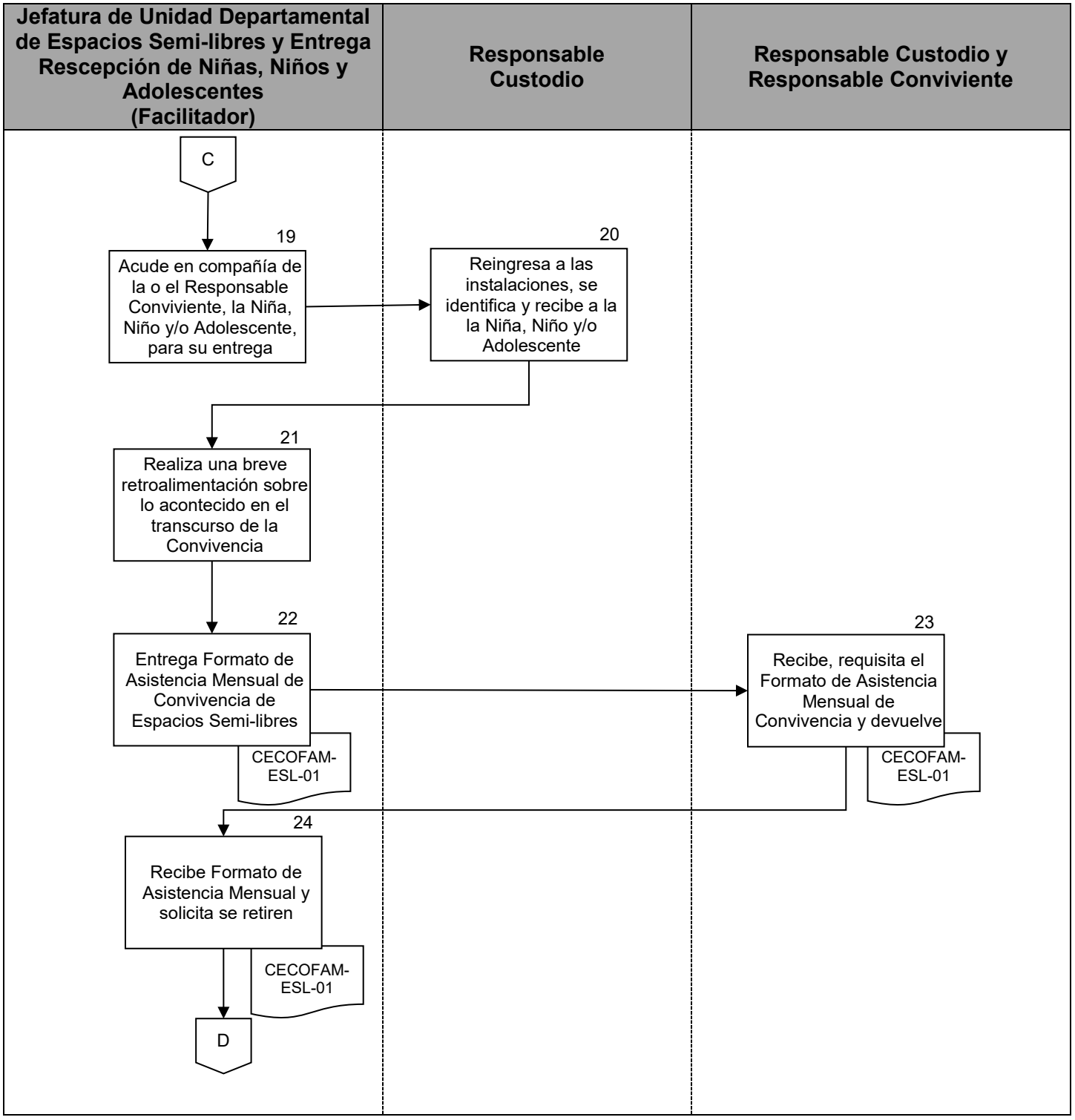
No.	Área.	Descripción de la actividad.	Documentos y/o sistemas de apoyo.
33	Jefatura de Unidad Departamental de Gestión Administrativa del Programa de Revinculación Familiar (Personal administrativo)	Recibe y envía el oficio e Informe Mensual o Informe de Redirección al Autoridad Jurisdiccional.	
34	Autoridad 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.	
36		Guarda expediente de la Fase III hasta que concluya su periodo de archivo en trámite.	
37		Envía expediente al Archivo Judicial.	

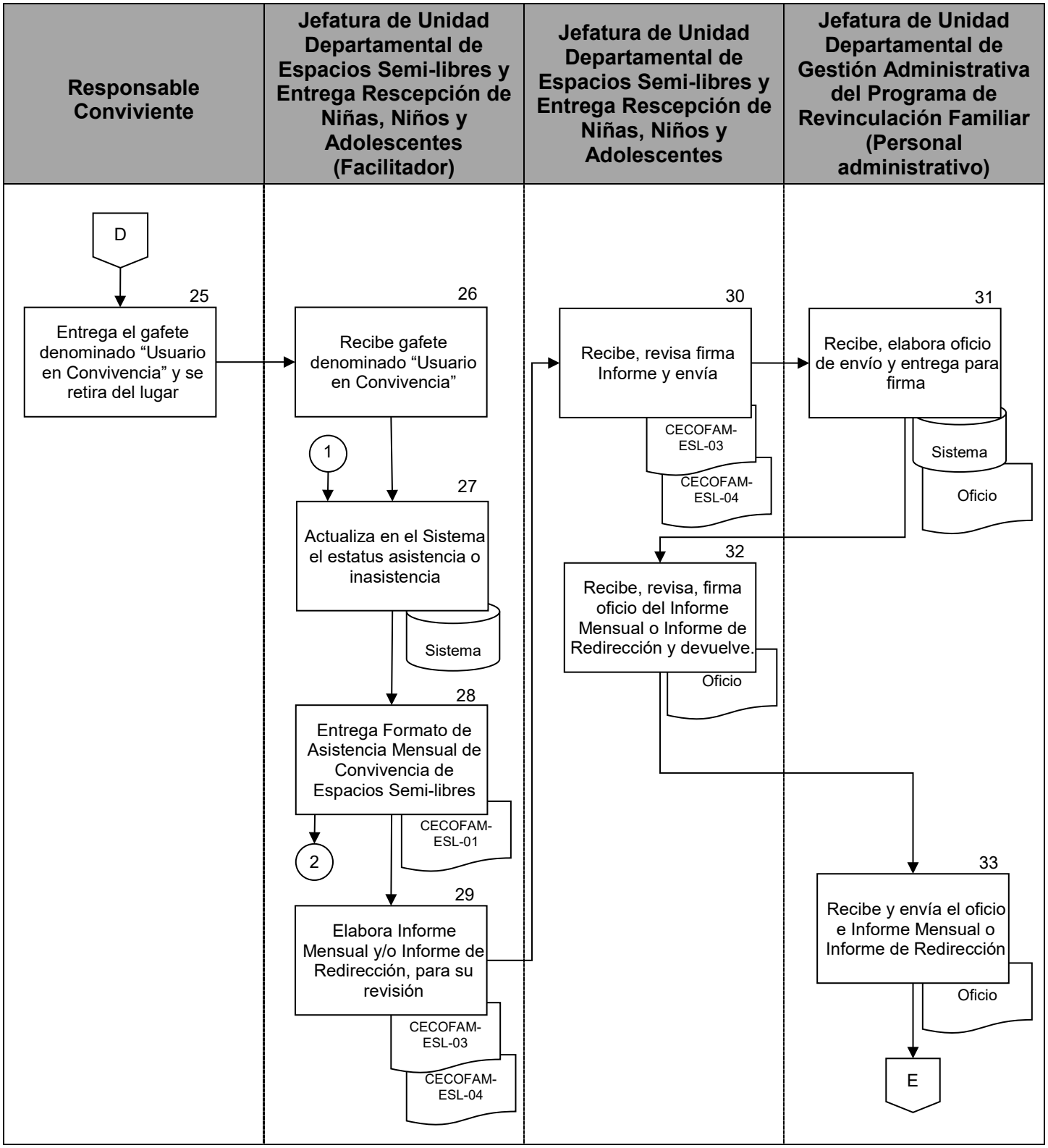
FIN DEL PROCEDIMIENTO

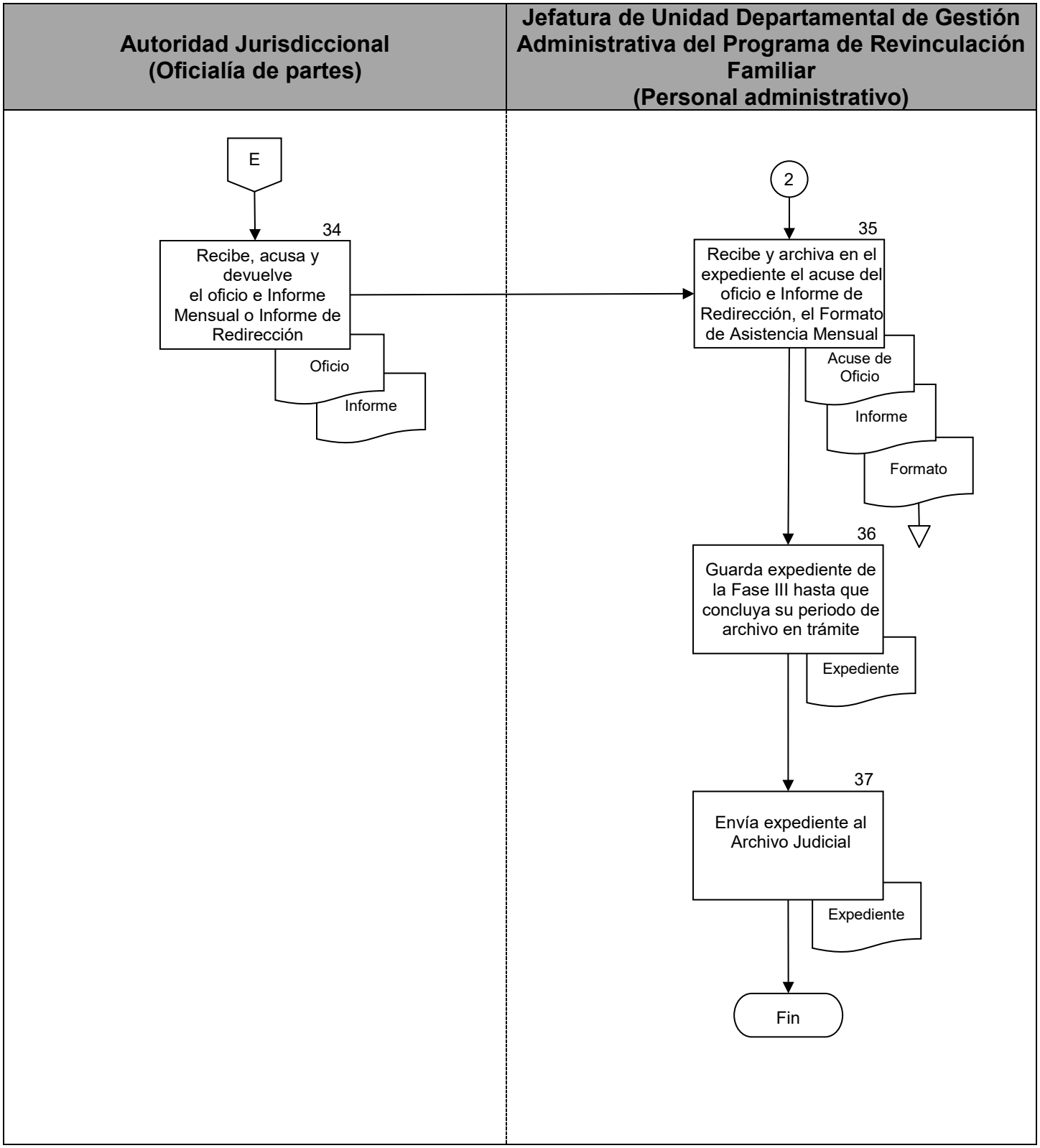

Subdirección del CECOFAM Niños Héroes / Subdirección del CECOFAM Plaza Juárez (Personal administrativo)
Jefatura de Unidad Departamental de Gestión Administrativa del Programa de Revinculación Familiar (Personal administrativo)
Jefatura de Unidad Departamental de Gestión Administrativa del Programa de Revinculación Familiar (Facilitador)
Inicio
1
Entrega Informe de Entrevista Diagnóstica o Informe de Redirección
Informe
2
Recibe el Informe, programa y entrega listado y formatos
Listado
CECOFAM-ESL-01
3
Recibe Listado de Asignación y Formato de Asistencia Mensual de Convivencia en Espacios Semi-libres
4
Espera a la o el Responsable Custodio y a la o el Responsable Conviviente para la Convivencia Asistida
¿Asisten ambos responsables?
No
Sí
5
Informa que no se podrá llevar a cabo la Convivencia y solicita se retire
1
6
Recibe a la o el Responsable Custodio y la o el Responsable Conviviente
A


Responsable Custodia y/o Responsable Conviviente
Jefatura de Unidad Departamental de Gestión Administrativa del Programa de Revinculación Familiar (Facilitador)
Jefatura de Unidad Departamental de Espacios Semi-libres y Entrega Rescepción de Niñas, Niños y Adolescentes (Facilitador)
A
7
Presenta su identificación oficial
8
Entrega Formato de Asistencia Mensual de Convivencia en Espacios Semi-libres
CECOFAM-ESL-01
9
Recibe, requisita "Formato de Asistencia Mensual de Convivencia" y devuelve
CECOFAM-ESL-01
10
Recibe y revisa que el Formato de Asistencia Mensual esté debidamente requisitado
11
Observa la interacción inicial de la o el Responsable Custodio, Conviviente y Niña, Niño o Adolescente
12
Solicita a la o el Responsable Custodio se retire del lugar
B


Responsable Custodio
Jefatura de Unidad Departamental de Espacios Semi-libres y Entrega Rescepción de Niñas, Niños y Adolescentes (Facilitador)
B
13
Se retira del lugar de Convivencia de Espacio Semi-libre
14
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
16
Verifica en el Formato de Asistencia los términos en los que se debe llevar a cabo la Convivencia
17
Observa la interacción parento-filial, permite la interacción libre y de ser necesario realiza recomendaciones
18
Finaliza la Convivencia de Espacios Semi-libres y realiza breve retroalimentación
C


Jefatura de Unidad Departamental de Espacios Semi-libres y Entrega Rescepción de Niñas, Niños y Adolescentes (Facilitador)
Responsable Custodio
Responsable Custodio y Responsable Conviviente
C
19
Acude en compañía de la o el Responsable Conviviente, la Niña, Niño y/o Adolescente, para su entrega
20
Reingresa a las instalaciones, se identifica y recibe a la la Niña, Niño y/o Adolescente
21
Realiza una breve retroalimentación sobre lo acontecido en el transcurso de la Convivencia
22
Entrega Formato de Asistencia Mensual de Convivencia de Espacios Semi-libres
CECOFAM-ESL-01
23
Recibe, requisita el Formato de Asistencia Mensual de Convivencia y devuelve
CECOFAM-ESL-01
24
Recibe Formato de Asistencia Mensual y solicita se retiren
CECOFAM-ESL-01
D


Responsable Conviviente
Jefatura de Unidad Departamental de Espacios Semi-libres y Entrega Rescepción de Niñas, Niños y Adolescentes (Facilitador)
Jefatura de Unidad Departamental de Espacios Semi-libres y Entrega Rescepción de Niñas, Niños y Adolescentes
Jefatura de Unidad Departamental de Gestión Administrativa del Programa de Revinculación Familiar (Personal administrativo)
D
25
Entrega el gafete denominado “Usuario en Convivencia” y se retira del lugar
26
Recibe gafete denominado “Usuario en Convivencia”
1
27
Actualiza en el Sistema el estatus asistencia o inasistencia
Sistema
28
Entrega Formato de Asistencia Mensual de Convivencia de Espacios Semi-libres
CECOFAM-ESL-01
2
29
Elabora Informe Mensual y/o Informe de Redirección, para su revisión
CECOFAM-ESL-03
CECOFAM-ESL-04
30
Recibe, revisa firma Informe y envía
CECOFAM-ESL-03
CECOFAM-ESL-04
31
Recibe, elabora oficio de envío y entrega para firma
Sistema
Oficio
32
Recibe, revisa, firma oficio del Informe Mensual o Informe de Redirección y devuelve.
Oficio
33
Recibe y envía el oficio e Informe Mensual o Informe de Redirección
Oficio
E


Autoridad Jurisdiccional (Oficialía de partes)
Jefatura de Unidad Departamental de Gestión Administrativa del Programa de Revinculación Familiar (Personal administrativo)
E
34
Recibe, acusa y devuelve el oficio e Informe Mensual o Informe de Redirección
Oficio
Informe
2
35
Recibe y archiva en el expediente el acuse del oficio e Informe de Redirección, el Formato de Asistencia Mensual
Acuse de Oficio
Informe
Formato
36
Guarda expediente de la Fase III hasta que concluya su periodo de archivo en trámite
Expediente
37
Envía expediente al Archivo Judicial
Expediente
Fin

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

Área: CECOFAM "Revinculación Familiar"

FORMATO DE ASISTENCIA MENSUAL
CONVIVENCIA EN ESPACIOS SEMI-LIBRES

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:**			

CECOFAM ESL-01

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

Área: CECOFAM "Revinculación Familiar"

FORMATO DE ASISTENCIA MENSUAL
CONVIVENCIA EN ESPACIOS SEMI-LIBRES

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)		

CECOFAM ESL-01

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	SECRETARÍA	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 Semi-Libres, automáticamente el sistema proporciona sus nombres.
10	COMETARIOS	Los cometarios o las observaciones que la Autoridad 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 de la o el Responsable Custodio, automáticamente el sistema proporciona el nombre.
13	RESPONSABLE CUSTODIO FIRMA	La firma de la o el Responsable Custodio.
14	RESPONSABLE CUSTODIO HORA INICIO	La hora en la que inicia la Convivencia en Espacios Semi-Libres.
15	RESPONSABLE CUSTODIO HORA FIN	La hora en la que termina la Convivencia en Espacios Semi-Libres.
16	RESPONSABLE CONVIVIENTE NOMBRE	El nombre de la o el Responsable Conviviente, automáticamente el sistema proporciona el nombre.
17	RESPONSABLE CONVIVIENTE FIRMA	La firma de la o el Responsable Conviviente.

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
18	RESPONSABLE CONVIVIENTE HORA INICIO	La hora en la que inicia la Convivencia de Espacios Semi-Libres.
19	RESPONSABLE CONVIVIENTE HORA FIN	La hora en la que termina la Convivencia de Espacios Semi-Libres.
20	FACILITADOR NOMBRE	El nombre la o el Facilitador que supervise la Convivencia en Espacios Semi-Libres.
21	FACILITADOR FIRMA	La firma la o el Facilitador que supervise la Convivencia en Espacios Semi-Libres.

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

Área: CECOFAM "Revinculación Familiar"

INFORME MENSUAL
FASE III EXPANSIÓN, CONVIVENCIA EN ESPACIOS SEMI-LIBRES

Autoridad Ordenadora:	
No. de Expediente Judicial:	
Secretaría:	
Juicio:	

Registro CECOFAM:	
Responsable Custodio:	
Responsable Conviviente:	
Nombre de la niña, niño y/o adolescente:	
Horario:	
Periodicidad:	
Sede:	

METODOLOGÍA.
▪

PERIODO DE OBSERVACIÓN.			
FECHA	MODALIDAD	ESTATUS	DURACIÓN

CONCLUSIONES.

RECOMENDACIONES.

CECOFAM-ESL-03

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

Area: CECOFAM "Revinculación Familiar"

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 del 202 .

ATENTAMENTE.

_____

Lic._____
Profesión: _____
Cédula Profesional _____

De conformidad con lo dispuesto en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y la de esta Ciudad; la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados; la Ley de Protección de Datos en Posesión de Sujetos Obligados de la Ciudad de México y los Lineamientos Generales de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados de la Ciudad de México, se hace de su conocimiento que la información que se remite contiene datos personales, los que son considerados como cualquier información concerniente a personas físicas identificadas o identificables, por lo que, una persona física es identificable cuando su identidad pueda determinarse directa o indirectamente. En este sentido, los datos personales son estimados por la ley como confidenciales, por lo que, deben ser tratados bajo su más estricta responsabilidad en el debido cumplimiento de sus funciones, facultades y atribuciones derivadas de la ley que rige la protección de datos personales y su actuar como autoridad; por lo tanto, en cumplimiento al principio de confidencialidad, se debe garantizar que **exclusivamente el TITULAR DE LOS DATOS PUEDA ACCEDER A SUS DATOS PERSONALES,** o bien, la **PERSONA QUE ÉL AUTORICE**, o en su caso, la **AUTORIDAD COMPETENTE**.

CECOFAM-ESL-03

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

Área: CECOFAM "Revinculación Familiar"

INFORME MENSUAL
FASE III EXPANSIÓN, CONVIVENCIA EN ESPACIOS SEMI-LIBRES

Autoridad Ordenadora:	(1)
No. de Expediente Judicial:	(2)
Secretaría:	(3)
Juicio:	(4)

Registro CECOFAM:	(5)
Responsable Custodio:	(6)
Responsable Conviviente:	(7)
Nombre de la niña, niño y/o adolescente:	(8)
Horario:	(9)
Periodicidad:	(10)
Sede:	(11)

METODOLOGÍA.
▪ (12)

PERIODO DE OBSERVACIÓN.			
FECHA	MODALIDAD	ESTATUS	DURACIÓN
(13)	(14)	(15)	(16)

CONCLUSIONES.
(17)

CECOFAM-ESL-03

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

Area: CECOFAM "Revinculación Familiar"

RECOMENDACIONES.
(18)

REFERENCIAS.
(19)

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 dé (20) del 202 .

ATENTAMENTE.

_____(21)_____

Lic._____(22)_____
Profesión: _____(23)_____
Cédula Profesional _____(24)_____

De conformidad con lo dispuesto en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y la de esta Ciudad; la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados; la Ley de Protección de Datos en Posesión de Sujetos Obligados de la Ciudad de México y los Lineamientos Generales de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados de la Ciudad de México, se hace de su conocimiento que la información que se remite contiene datos personales, los que son considerados como cualquier información concerniente a personas físicas identificadas o identificables, por lo que, una persona física es identificable cuando su identidad pueda determinarse directa o indirectamente. En este sentido, los datos personales son estimados por la ley como confidenciales, por lo que, deben ser tratados bajo su más estricta responsabilidad en el debido cumplimiento de sus funciones, facultades y atribuciones derivadas de la ley que rige la protección de datos personales y su actuar como autoridad; por lo tanto, en cumplimiento al principio de confidencialidad, se debe garantizar que **exclusivamente el TITULAR DE LOS DATOS PUEDA ACCEDER A SUS DATOS PERSONALES.** o bien, la **PERSONA QUE ÉL AUTORICE**, o en su caso, la **AUTORIDAD COMPETENTE**.

CECOFAM-ESL-03

DESCRIPCIÓN DEL FORMATO

Nombre:	**INFORME MENSUAL CONVIVENCIAS EN ESPACIOS SEMI LIBRES**
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	RESPONSABLE CUSTODIO	El nombre de la o el Responsable Custodio, automáticamente el sistema proporciona el nombre.
7	RESPONSABLE CONVIVIENTE	El nombre de la o el Responsable 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	PERIODICIDAD	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	FECHA	Día en el que efectuó la convivencia.
14	MODALIDAD	Señalar la modalidad en que se realizó la convivencia: videollamada (exclusivamente), presencial (permanente) o mixto.
15	ESTATUS	Registrar si se efectuó o no la convivencia, así como los motivos.
16	DURACIÓN	Tiempo que duro el encuentro.
17	CONCLUSIONES	Análisis breve de la interacción parento-filial y coparental durante la convivencia.
18	RECOMENDACIONES	Sugerencias que se darán para mejorar la relación materno o paterno filial y coparental en pro del sano desarrollo de las Niñas, Niños y/o Adolescentes.

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
19	REFERENCIAS	Referencias Teóricas que dan sustento a la opinión profesional de la o el Facilitador.
20	FECHA	Día, mes y año en el que se elaboró el informe mensual de Entrega-Recepción.
21	FIRMA	Firma de la o el Facilitador a cargo de la Convivencia en Espacios Semi-Libre.
22	NOMBRE, PUESTO Y CÉDULA PROFESIONAL	Nombre completo, puesto y número de Cédula Profesional de la o el Facilitador.
23	PROFESIÓN	Cargo de la o el Facilitador que realizó el seguimiento de la Convivencia en Espacios Semi-Libres.
24	CÉDULA PROFESIONAL	Cédula profesional de la o el Facilitador que realizó el seguimiento de la Convivencia Espacios Semi-Libres.

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

Área: CECOFAM "Revinculación Familiar"

INFORME DE REDIRECCIÓN
FASE III EXPANSIÓN, CONVIVENCIA EN ESPACIOS SEMI-LIBRES

Autoridad Ordenadora:	
No. de Expediente Judicial:	
Registro:	

Tipo de juicio:	
Responsable Custodio:	
Responsable Conviviente:	
Nombre de la niña, niño y/o adolescente:	

METODOLOGÍA.

PERÍODO DE INTERVENCIÓN.

ANÁLISIS DE LA INTERACCIÓN FAMILIAR

CONCLUSIONES

RECOMENDACIONES

CECOFAM-ESL-04

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

Área: CECOFAM "Revinculación Familiar"

Programa de Revinculación Familiar			
Fase I Aprendizaje Formal, Convivencia de Reencuentro		Fase III Expansión, Convivencia en Espacios Semi-Libres	
Fase II Aprendizaje Práctico, Convivencia Asistida		Fase IV Independencia, Entrega-Recepción de Niña, Niño y/o Adolescente.	

Proceso de Reforzamiento Transversal	
Talleres Psicoeducativos	
Pláticas Asistidas	

Canalización	
Baja por no cumplir con el ordenamiento judicial	
Evaluación Psicológica	
Terapia Psicológica	
Evaluación Psiquiátrica	
Otros compromisos: convivencia libre	

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 del 202 .

ATENTAMENTE.

_____

Lic._____
Profesión _____
Cédula Profesional _____

CECOFAM-ESL-04

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA
TSJCDMX

Área: CECOFAM "Revinculación Familiar"

De conformidad con lo dispuesto en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y la de esta Ciudad; la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados; la Ley de Protección de Datos en Posesión de Sujetos Obligados de la Ciudad de México y los Lineamientos Generales de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados de la Ciudad de México, se hace de su conocimiento que la información que se remite contiene datos personales, los que son considerados como cualquier información concerniente a personas físicas identificadas o identificables, por lo que, una persona física es identificable cuando su identidad pueda determinarse directa o indirectamente. En este sentido, los datos personales son estimados por la ley como confidenciales, por lo que, deben ser tratados bajo su más estricta responsabilidad en el debido cumplimiento de sus funciones, facultades y atribuciones derivadas de la ley que rige la protección de datos personales y su actuar como autoridad; por lo tanto, en cumplimiento al principio de confidencialidad, se debe garantizar que **exclusivamente el TITULAR DE LOS DATOS PUEDA ACCEDER A SUS DATOS PERSONALES,** o bien, la **PERSONA QUE ÉL AUTORICE**, o en su caso, la **AUTORIDAD COMPETENTE.**

CECOFAM-ESL-04

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

Área: CECOFAM "Revinculación Familiar"

INFORME DE REDIRECCIÓN
FASE III EXPANSIÓN, CONVIVENCIA EN ESPACIOS SEMI-LIBRES

Autoridad Ordenadora:	(1)
No. de Expediente Judicial:	(2)
Registro:	(3)

Tipo de juicio:	(4)
Responsable Custodio:	(5)
Responsable Conviviente:	(6)
Nombre de la niña, niño y/o adolescente:	(7)

METODOLOGÍA.
(8)

PERÍODO DE INTERVENCIÓN.
(9)

ANÁLISIS DE LA INTERACCIÓN FAMILIAR
(10)

CONCLUSIONES
(11)

RECOMENDACIONES
(12)

CECOFAM-ESL-04

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

Área: CECOFAM "Revinculación Familiar"

Programa de Revinculación Familiar (13)			
Fase I Aprendizaje Formal, Convivencia de Reencuentro	(14)	Fase III Expansión, Convivencia en Espacios Semi-Libres	(16)
Fase II Aprendizaje Práctico, Convivencia Asistida	(15)	Fase IV Independencia, Entrega-Recepción de Niña, Niño y/o Adolescente.	(17)

Proceso de Reforzamiento Transversal (18)	
Talleres Psicoeducativos	(19)
Pláticas Asistidas	(20)

Canalización (21)	
Baja por no cumplir con el ordenamiento judicial	(22)
Evaluación Psicológica	(23)
Terapia Psicológica	(24)
Evaluación Psiquiátrica	(25)
Otros compromisos: convivencia libre	(26)

REFERENCIAS
(27)

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 (28) del 202 .

ATENTAMENTE.

_____(29)_____

Lic._____(30)_____
Profesión: _____(31)_____
Cédula Profesional _____(32)_____

CECOFAM-ESL-04

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA
TSJCDMX

Area: CECOFAM "Revinculación Familiar"

De conformidad con lo dispuesto en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y la de esta Ciudad; la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados; la Ley de Protección de Datos en Posesión de Sujetos Obligados de la Ciudad de México y los Lineamientos Generales de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados de la Ciudad de México, se hace de su conocimiento que la información que se remite contiene datos personales, los que son considerados como cualquier información concerniente a personas físicas identificadas o identificables, por lo que, una persona física es identificable cuando su identidad pueda determinarse directa o indirectamente. En este sentido, los datos personales son estimados por la ley como confidenciales, por lo que, deben ser tratados bajo su más estricta responsabilidad en el debido cumplimiento de sus funciones, facultades y atribuciones derivadas de la ley que rige la protección de datos personales y su actuar como autoridad; por lo tanto, en cumplimiento al principio de confidencialidad, se debe garantizar que **exclusivamente el TITULAR DE LOS DATOS PUEDA ACCEDER A SUS DATOS PERSONALES.** o bien, la **PERSONA QUE ÉL AUTORICE**, o en su caso, la **AUTORIDAD COMPETENTE**.

CECOFAM-ESL-04

DESCRIPCIÓN DEL FORMATO

Nombre:	**INFORME DE REDIRECCIÓN CONVIVENCIA EN ESPACIOS SEMILIBRES DE NIÑA, NIÑO Y ADOLESCENTE**
Clave:	**CECOFAM-ESL-04**
Objetivo:	Informar a la Autoridad Jurisdiccional 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.- Autoridad Jurisdiccional.

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	REGISTRO CECOFAM	El número de Registro de Convivencia en Espacios Semi-Libres, automáticamente el sistema proporciona el número.
4	JUICIO	Es el tipo de controversia promovida por la o el Responsable Custodio o la o el Responsable Conviviente ante el juzgado de origen, automáticamente el sistema lo imprime en el formato.
5	PERSONA QUE PRESENTA	El nombre de la o el Responsable Custodio, automáticamente el sistema imprime el nombre.
6	PERSONA QUE CONVIVE	El nombre de la o el 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	ANÁLISIS DE LA CONVIVENCIA INTERACCIÓN FAMILIAR	Análisis breve de la interacción parento-filial y coparental durante la convivencia, así como avances que se obtuvieron en relación a las habilidades de crianza, la Interacción Coparental y Parento-filial.
11	CONCLUSIONES	Análisis breve de la interacción parento-filial y coparental durante la convivencia.
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	Fase del Programa al que se sugiere redireccionar: Fase I de Aprendizaje Formal, Fase II Aprendizaje Práctico, Fase III, Expansión, Fase IV Independencia o Convivencia Libre.
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	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 revinculación familiar.
19	TALLER PSICOEDUCATIVO	Módulos Temáticos que se imparten en sesiones grupales, cuyo propósito es brindar información teórico- práctica, para el reforzamiento de habilidades parentales.
20	PLÁTICA ASISTIDA	Conversación asertiva y proactiva entre las partes con el acompañamiento de un Facilitador.
21	CANALIZACIÓN	Recomendación con base en la observación y análisis de la convivenicia para ser derivados.
22	BAJA ADMINISTRATIVA	Por no mostrar avances en el Programa de Revinculación Familiar.
23	EVALUACIÓN PSICOLÓGICA	Se canalizan al menor, a una o ambas partes a Evaluación Psicológica.
24	TERAPIA PSICOLÓGICA	Se canalizan al menor, a una o ambas partes a Terapia Psicológica.

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
25	EVALUACIÓN PSIQUIATRICA	Se canalizan al menor, a una o ambas partes a Evaluación Psiquiátrica.
26	OTROS COMPROMISOS: CONVIVENCIA LIBRE	Convivencia libre y flexible sin el servicio que proporciona el CECOFAM.
27	REFERENCIAS	Referencias Teóricas que dan sustento a la opinión profesional de la o el Facilitador.
28	FECHA	Día, mes y año en el que se elaboró el informe mensual de convivencia en Espacios Semi-Libres.
29	FIRMA	Firma de la o el Facilitador que observó la Convivencia en Espacios Semi-Libres.
30	NOMBRE, PUESTO	Nombre completo, la o el Facilitador que observó la Convivencia en Espacios Semi-Libres.
31	PROFESIÓN	Puesto de la o el Facilitador que observó la Convivencia en Espacios Semi-Libres.
32	CÉDULA PROFESIONAL	Número de Cédula Profesional de la o el Facilitador que observó la Convivencia en Espacios Semi-Libres.

Procedimiento: CIEAJ-019	Fase IV Independencia, Entrega-Recepción de Niña, Niño y/o Adolescente.
Objetivo general:	Consolidar la vinculación al generar una convivencia libre ya sea por algunas horas o con pernocta; para que la o el Responsable Conviviente, la o el Responsable Custodio, la Niña, Niño y/o 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 Fase IV se realizará conforme a las Bases del Centro de Convivencia Familiar Supervisada vigentes.

2. Se llevará a cabo por un tiempo aproximado de 3 meses en la sede y horarios disponibles, en la que la o el Facilitador confirmará la entrega a la o el Responsable Conviviente para su salida con el mismo y el regreso de la niña, niño y/o adolescente a la o el Responsable Custodio o Tercero Emergente al término del horario de la Convivencia.

3. La o el Facilitador, es decir, el Personal técnico con estudios en Trabajo Social, Psicología, Pedagogía, Derecho, Medicina, Enfermería u otra formación afín, 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 3 a 5 familias.

5. 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.

6. En caso de que la o el Responsable Custodio o la o el Responsable Conviviente no se presente a la Convivencia, la o el Facilitador concluirá el servicio en punto de la hora, ya que las personas usuarias deben llegar 10 minutos antes de iniciado el servicio, posteriormente se pedirá que se retire del lugar. Sin embargo, si una vez concluido el tiempo de espera, se encuentran en las instalaciones la Niña, Niño y/o Adolescente, la o el Responsable Custodia y la o el Responsable Custodio o Tercero Emergente, se deberá privilegiar el desarrollo de la convivencia, al estar de acuerdo con la misma la Niña, Niño y/o Adolescente. Asimismo, a través de Compromiso Coparental ambas partes deberán comprometerse a dar cumplimiento estricto a los horarios de inicio y fin de la convivencia en lo subsecuente.

7. 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).

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 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 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.

10. Si la o el Personal de Seguridad que apoya a la Dirección del Centro de Convivencia Familiar Supervisada percibe indicios de que alguna de las personas usuarias presenta aliento alcohólico, le negará el acceso a las instalaciones y se informará a la Autoridad Jurisdiccional 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. La o el Facilitador brindará retroalimentación a la o el Responsable Conviviente y/o Responsable Custodio, con el objeto de mejorar la interacción parento-filial coparental, ya sea al término del encuentro o mediante cita.

13. En caso de ser necesario se solicitará mediante escrito a la Autoridad Jurisdiccional, la autorización para que la o el Facilitador asignado realice revisión del expediente judicial.

14. Al término del horario de la Entrega-Recepción, la o 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.

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 Entrega-Recepción, se buscará localizar vía telefónica la o el Responsable Custodio o Tercero Emergente.

16. 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/o Adolescente a la Agencia del Ministerio Público, lo que se hará del conocimiento de la Autoridad Jurisdiccional a través de Nota Informativa.

17. Se remitirá a la Autoridad Jurisdiccional Nota Informativa de 5 días hábiles, para hacer de su conocimiento hechos relevantes acontecidos durante la convivencia familiar, así como el incumplimiento del régimen de visitas y convivencias de manera consecutiva y/o recurrente de la o el Responsable Custodio y/o Responsable Conviviente.

18. La Autoridad Jurisdiccional 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. Previo a los 3 meses de la Fase IV, se dará a conocer a la o el Responsable Conviviente y/o la o el Responsable Custodio la transición de fase, a efecto de que suscriban Compromiso Parental para transitar a la convivencia libre y con ello dar por terminado el Programa, lo que se informará a la autoridad jurisdiccional. Sin embrago, en caso de negativa por parte de la o el Responsable Conviviente y/o la o el Responsable Custodio para suscribir dicho documento, la o el Facilitador emitirá un Informe de Redirección con el análisis de la dinámica familiar y la recomendación para para transitar en función del interés superior de la Niña, Niño y/o Adolescente, cual se remitirá vía oficio a la autoridad jurisdiccional para su aprobación.

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 IV

y lograr la re vinculación familiar, o se detecte negativa de la Niña, Niño y/o Adolescente para convivir, la o el Facilitador emitirá un “Informe de Redirección”(CECOFAM-ER-03) 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 Autoridad Jurisdiccional.

21. La Dirección del Centro de Convivencia Familiar Supervisada pondrá a disposición de personas usuarias 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.

22. 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 Autoridad Jurisdiccional.

    En caso de negativa por parte de la o el Responsable Custodio y/o la o el Responsable Conviviente a participar en ellas, éstas se solicitarán mediante oficio al juzgado de referencia.

23. Se aplicará encuesta de satisfacción a la o el Responsable Custodio, la o el Responsable Conviviente, Niña, Niño y/o Adolescente en los meses de febrero, mayo, agosto y noviembre.

24. 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 Autoridad Jurisdiccional autorice la Baja Administrativa.

25. 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.

26. La o el Facilitador desarrollará Pláticas Asistidas con la o el Responsable Custodio y la o el Responsable Conviviente, las cuales podrán realizarse de manera semanal, quincenal o mensual según sea necesario para la consecución de acuerdos coparentales en función del cumplimiento del régimen de Visitas y Convivencia.

    En caso de negativa por parte de la o el Responsable Custodio y/o la o el Responsable Conviviente a participar en ellas, éstas se solicitarán mediante oficio al juzgado de referencia.

27. En caso de que la Niña, Niño y/o Adolescente manifieste indisposición 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.

28. De presentarse algún caso en el cual la o el Responsable Custodio y/o la o el Responsable Conviviente, muestre algún tipo de discapacidad (auditiva, visual, motriz, intelectual u otras), que hable otro idioma o dialecto que impida establecer la comunicación directa con ellos, se solicitará a la autoridad jurisdiccional el apoyo especializado correspondiente.

29. En aquellos casos que la familia requiera pautas conductuales específicas de aspectos relacionados con alimentación, higiene y/o salud, se utilizará la Bitácora de Cuidados y Atenciones.

30. En aquellos casos en los que no se cuente con información personal de la o el Responsable Custodio y/o la o el Responsable Conviviente se dará para su llenado el “Formato único para recabar datos personales”, previa lectura del Aviso de Privacidad correspondiente.

31. Para que las personas usuarias que se inscriban en diversos cursos y talleres diversos e impartidos por la Fundación “Carlos Slim”, se utilizará la “Carta Compromiso Adultos FCS”.

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.	
3	Jefatura de Unidad Departamental de Espacios Semi-libres y Entrega Recepción de Niñas, Niños y Adolescentes (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. (Continúa en la actividad no. 20)	

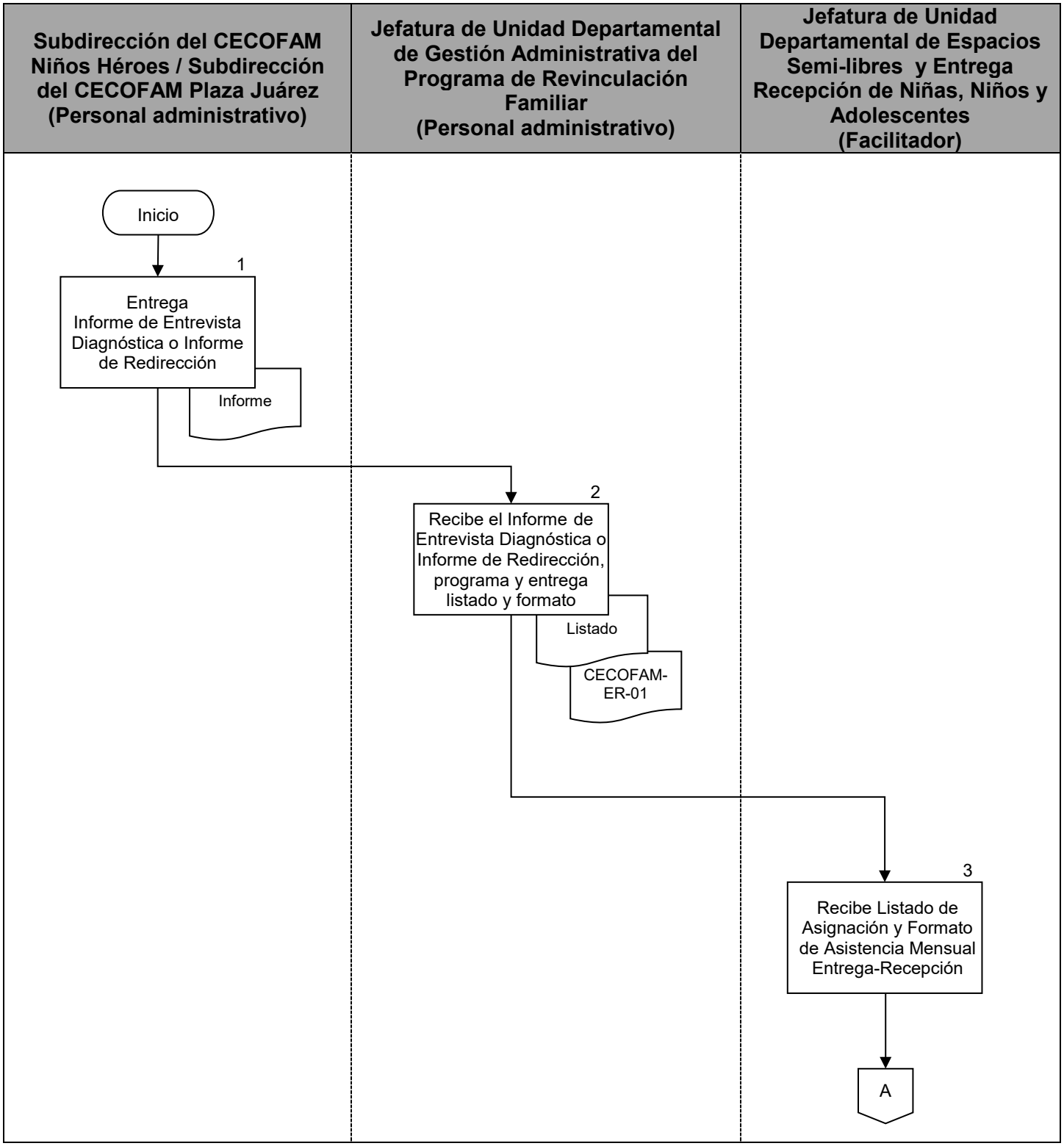
No.	Área.	Descripción de la actividad.	Documentos y/o sistemas de apoyo.
6	Jefatura de Unidad Departamental de Espacios Semi-libres y Entrega Recepción de Niñas, Niños y Adolescentes (Facilitador)	Recibe a la o el Responsable Custodio y la o el Responsable Conviviente para realizar la Entrega-Recepción, y solicita coloque su huella en el lector biométrico, número de registro y/o su identificación.	
7	Responsable Custodio y/o Responsable Conviviente	Coloca su huella en el lector biométrico o indica su número de registro y presenta su identificación.	
8	Jefatura de Unidad Departamental de Espacios Semi-libres y Entrega Recepción de Niñas, Niños y Adolescentes (Facilitador)	Verifica en el Sistema autorizado por el Pleno del Consejo, 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 Entrega-Recepción.	
10	Responsable Custodio y/o Responsable Conviviente	Recibe, requisita el “Formato de Asistencia Mensual Entrega-Recepción” (CECOFAM-ER-01) 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 (Facilitador)	Recibe y revisa que el Formato de Asistencia Mensual Entrega-Recepción esté debidamente requisitado.	

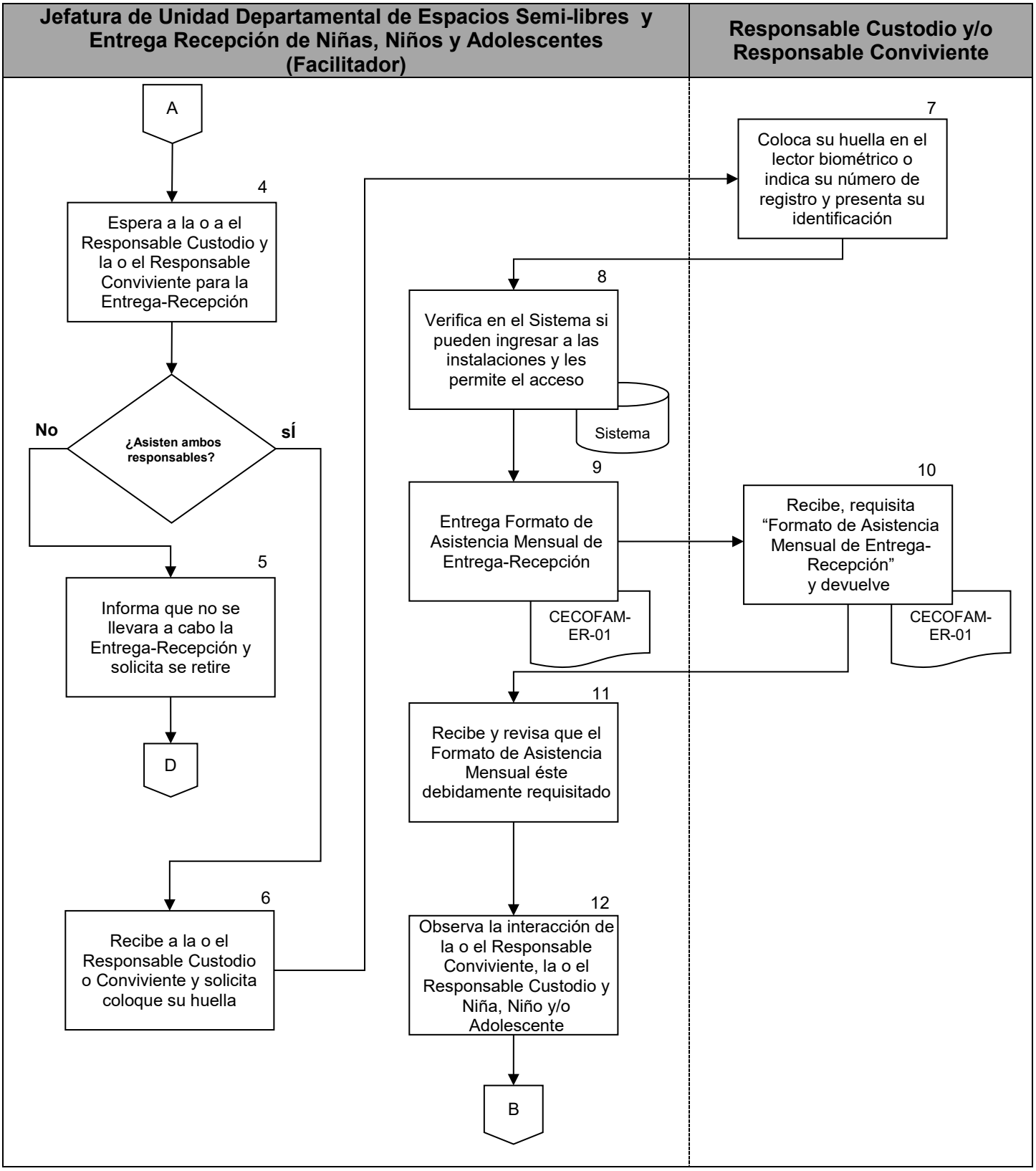
No.	Área.	Descripción de la actividad.	Documentos y/o sistemas de apoyo.
12	Jefatura de Unidad Departamental de Espacios Semi-libres y Entrega Recepción de Niñas, Niños y Adolescentes (Facilitador)	Observa la interacción de la o el Responsable Conviviente, la o el Responsable Custodio y Niña, Niño y/o Adolescente.	
13		Solicita a la o el Responsable Custodio realice la entrega de la Niña, Niño y/o Adolescente a la o el Responsable Conviviente.	
14		Solicita a la o el Responsable Custodio se retire del lugar.	
15	Responsable Custodio	Registra en el lector biométrico su huella digital y se retira de las instalaciones.	
16	Jefatura de Unidad Departamental de Espacios Semi-libres y Entrega Recepción de Niñas, Niños y Adolescentes (Facilitador)	Autoriza y entrega el pase de salida del inmueble a la o el Responsable Conviviente.	
17	Responsable Conviviente	Recibe y entrega pase de salida al personal de seguridad de la Dirección de Seguridad.	
18	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.	
19		Permite la salida de la o el Responsable Conviviente acompañado de la Niña, Niño y/o Adolescente. (Conecta con el fin del procedimiento)	

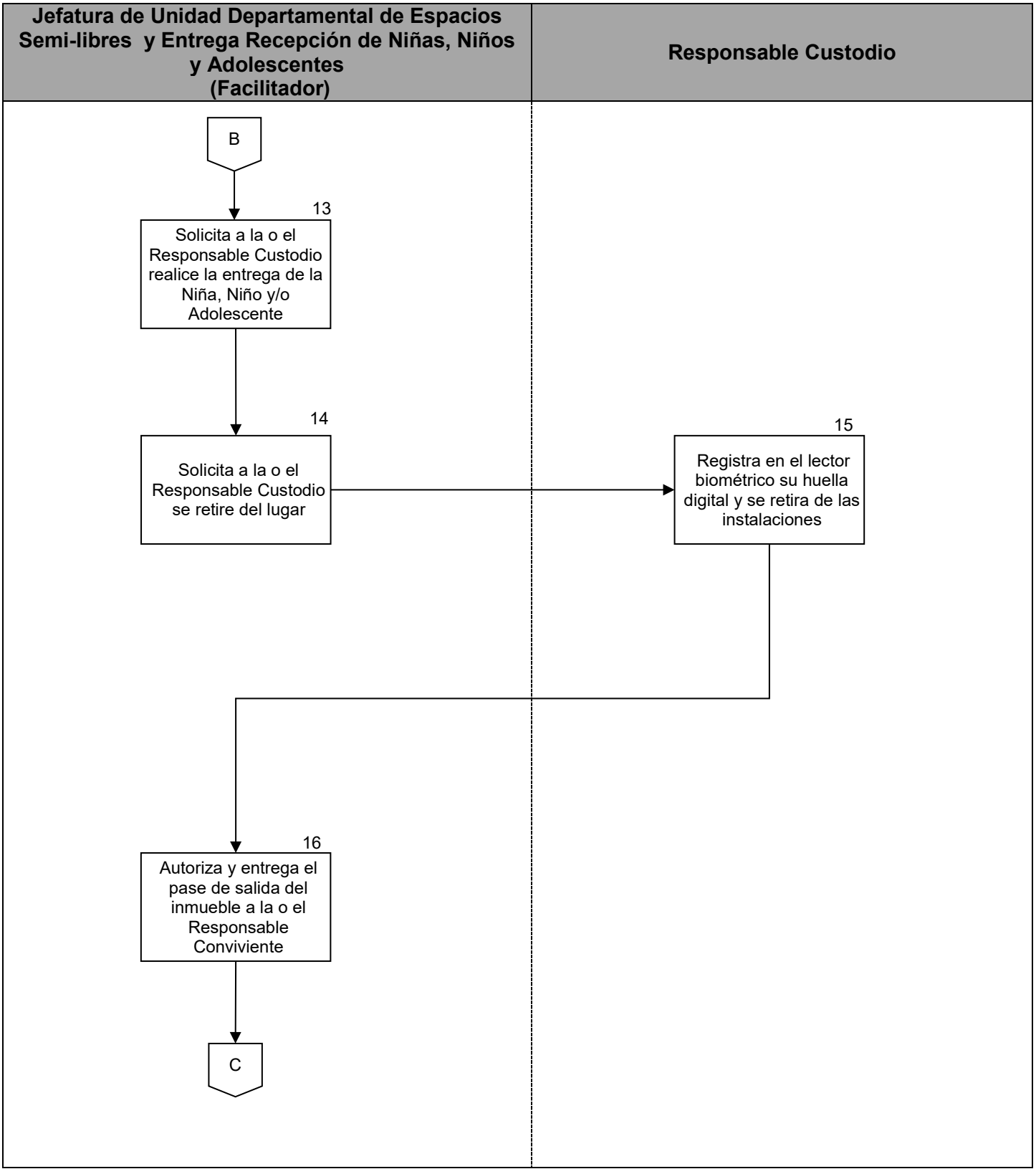
No.	Área.	Descripción de la actividad.	Documentos y/o sistemas de apoyo.
20	Jefatura de Unidad Departamental de Espacios Semi-libres y Entrega Recepción de Niñas, Niños y Adolescentes (Facilitador)	Actualiza en el Sistema autorizado por el Pleno del Consejo, el estatus de la asistencia o inasistencia de las o los Responsables Custodios y las o los Responsables Convivientes.	• Sistema
21		Entrega Formato de Asistencia Mensual al personal administrativo de la Jefatura Unidad Departamental de Gestión Administrativa del Programa de Revinculación Familiar. (Continúa en la actividad no. 22 y 28)	
22		Elabora “Informe Mensual” (CECOFAM-ER-04) y/o “Informe de Redirección” (CECOFAM-ER-03) 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
23	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.	
24	Jefatura de Unidad Departamental de Gestión Administrativa del Programa de Revinculación Familiar (Personal administrativo)	Recibe, genera oficio de envío del Informe Mensual o Informe de Redirección, a través del sistema autorizado por el Pleno del Consejo, 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

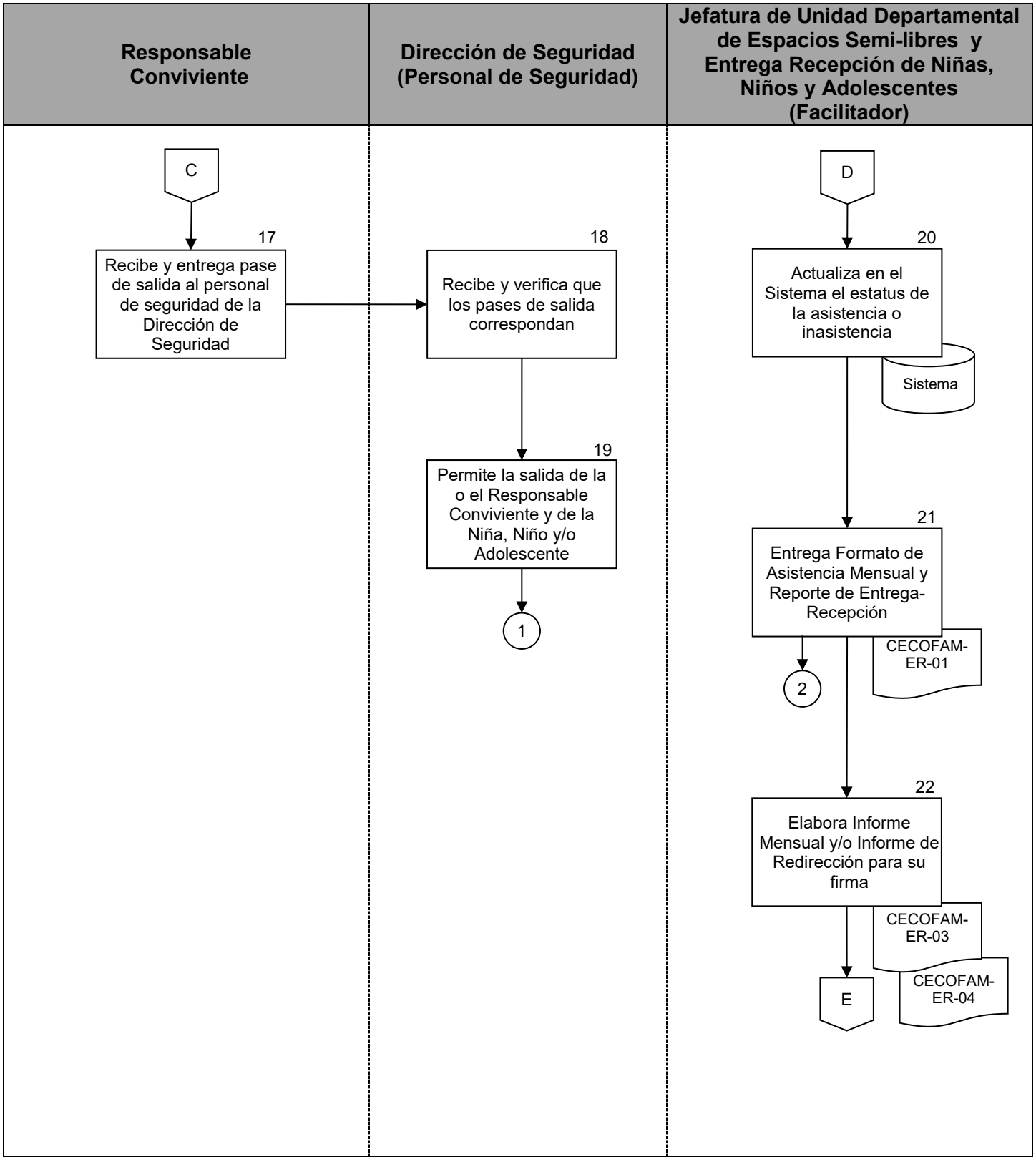
No.	Área.	Descripción de la actividad.	Documentos y/o sistemas de apoyo.
25	Jefatura de Unidad Departamental de Espacios Semi-libres y Entrega Recepción de Niñas, Niños y Adolescentes	Recibe, revisa, firma el oficio del Informe Mensual o Informe de Redirección y devuelve al personal administrativo de la Jefatura de Unidad Departamental de Gestión Administrativa del Programa de Revinculación Familiar, para su envío a la Autoridad Jurisdiccional.	
26	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 a la Autoridad Jurisdiccional.	
27	Autoridad 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.	
28	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.	
29		Guarda expediente de la Fase IV hasta que concluya su periodo de archivo en trámite.	
30		Envía expediente al Archivo Judicial.	

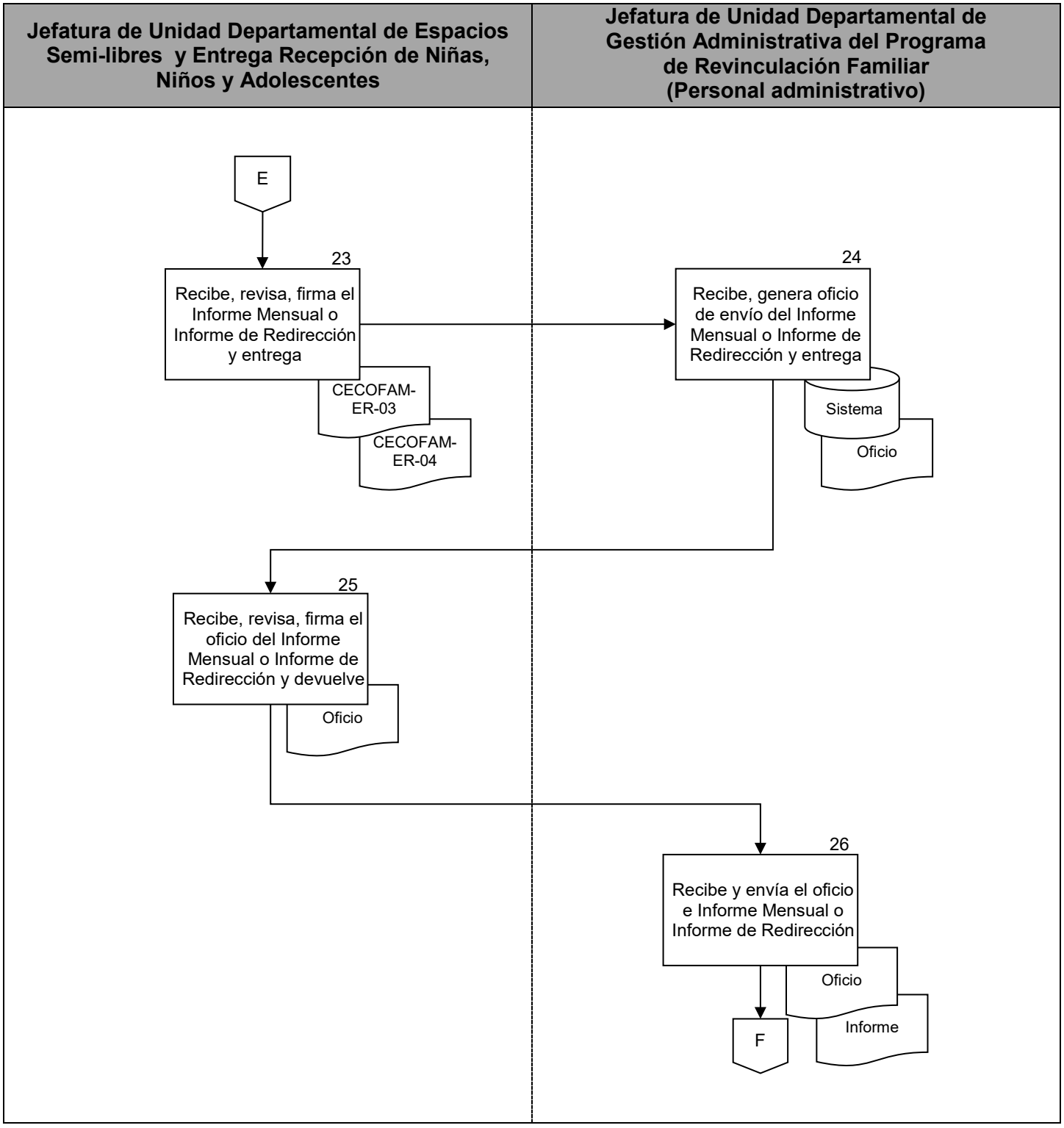
FIN DEL PROCEDIMIENTO

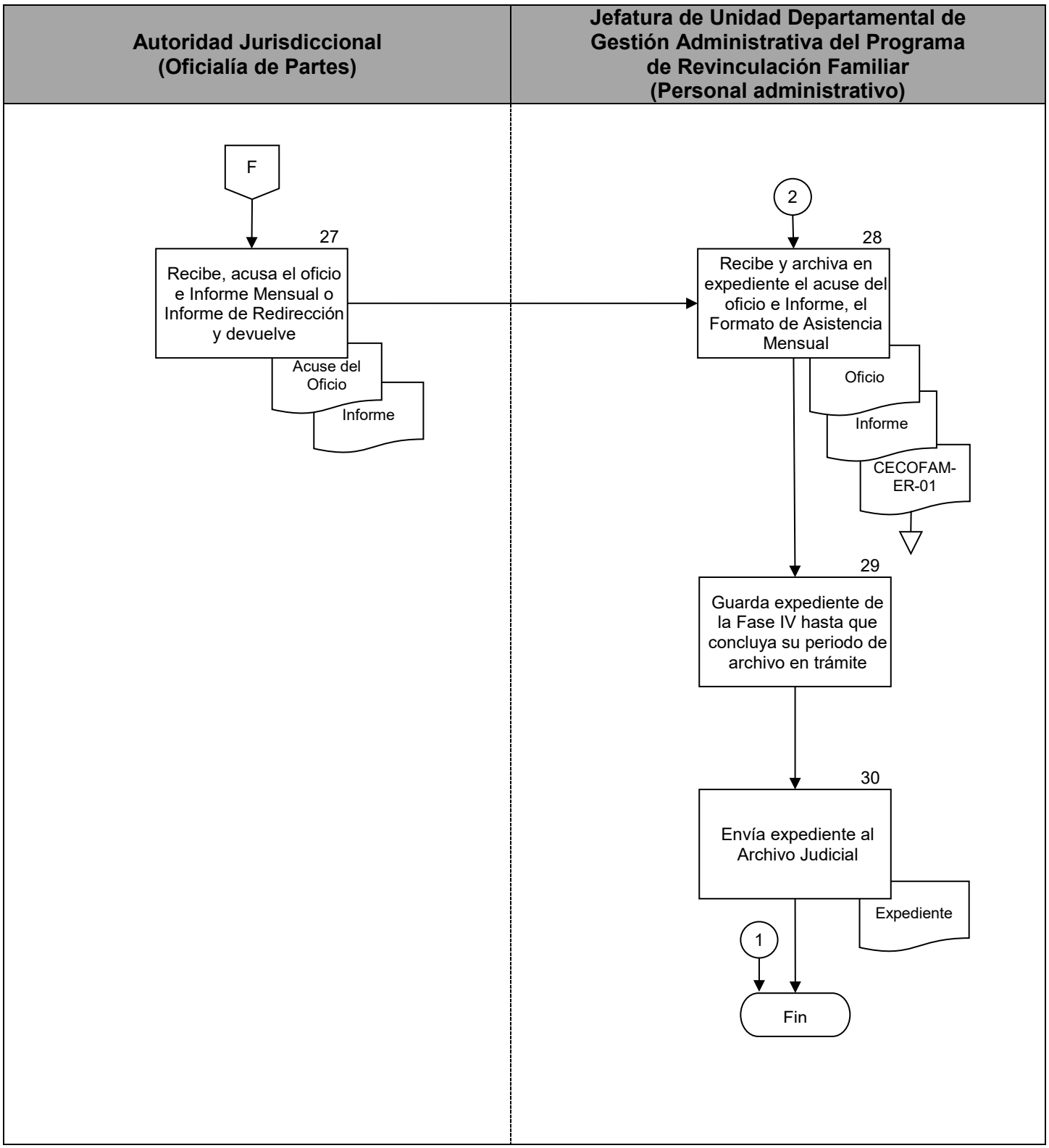

Subdirección del CECOFAM Niños Héroes / Subdirección del CECOFAM Plaza Juárez (Personal administrativo)
Jefatura de Unidad Departamental de Gestión Administrativa del Programa de Revinculación Familiar (Personal administrativo)
Jefatura de Unidad Departamental de Espacios Semi-libres y Entrega Recepción de Niñas, Niños y Adolescentes (Facilitador)
Inicio
1
Entrega Informe de Entrevista Diagnóstica o Informe de Redirección
Informe
2
Recibe el Informe de Entrevista Diagnóstica o Informe de Redirección, programa y entrega listado y formato
Listado
CECOFAM-ER-01
3
Recibe Listado de Asignación y Formato de Asistencia Mensual Entrega-Recepción
A


Jefatura de Unidad Departamental de Espacios Semi-libres y Entrega Recepción de Niñas, Niños y Adolescentes (Facilitador)
Responsable Custodio y/o Responsable Conviviente
A
4
Espera a la o a el Responsable Custodio y la o el Responsable Conviviente para la Entrega-Recepción
¿Asisten ambos responsables?
No
sí
5
Informa que no se llevara a cabo la Entrega-Recepción y solicita se retire
D
6
Recibe a la o el Responsable Custodio o Conviviente y solicita coloque su huella
7
Coloca su huella en el lector biométrico o indica su número de registro y presenta su identificación
8
Verifica en el Sistema si pueden ingresar a las instalaciones y les permite el acceso
Sistema
9
Entrega Formato de Asistencia Mensual de Entrega-Recepción
CECOFAM-ER-01
10
Recibe, requisita "Formato de Asistencia Mensual de Entrega-Recepción" y devuelve
CECOFAM-ER-01
11
Recibe y revisa que el Formato de Asistencia Mensual éste debidamente requisitado
12
Observa la interacción de la o el Responsable Conviviente, la o el Responsable Custodio y Niña, Niño y/o Adolescente
B


Jefatura de Unidad Departamental de Espacios Semi-libres y Entrega Recepción de Niñas, Niños y Adolescentes (Facilitador)
Responsable Custodio
B
13
Solicita a la o el Responsable Custodio realice la entrega de la Niña, Niño y/o Adolescente
14
Solicita a la o el Responsable Custodio se retire del lugar
15
Registra en el lector biométrico su huella digital y se retira de las instalaciones
16
Autoriza y entrega el pase de salida del inmueble a la o el Responsable Conviviente
C


Responsable Conviviente
Dirección de Seguridad (Personal de Seguridad)
Jefatura de Unidad Departamental de Espacios Semi-libres y Entrega Recepción de Niñas, Niños y Adolescentes (Facilitador)
C
17
Recibe y entrega pase de salida al personal de seguridad de la Dirección de Seguridad
18
Recibe y verifica que los pases de salida correspondan
19
Permite la salida de la o el Responsable Conviviente y de la Niña, Niño y/o Adolescente
1
D
20
Actualiza en el Sistema el estatus de la asistencia o inasistencia
Sistema
21
Entrega Formato de Asistencia Mensual y Reporte de Entrega-Recepción
CECOFAM-ER-01
2
22
Elabora Informe Mensual y/o Informe de Redirección para su firma
CECOFAM-ER-03
CECOFAM-ER-04
E


Jefatura de Unidad Departamental de Espacios Semi-libres y Entrega Recepción de Niñas, Niños y Adolescentes
Jefatura de Unidad Departamental de Gestión Administrativa del Programa de Revinculación Familiar (Personal administrativo)
E
23
Recibe, revisa, firma el Informe Mensual o Informe de Redirección y entrega
CECOFAM-ER-03
CECOFAM-ER-04
24
Recibe, genera oficio de envío del Informe Mensual o Informe de Redirección y entrega
Sistema
Oficio
25
Recibe, revisa, firma el oficio del Informe Mensual o Informe de Redirección y devuelve
Oficio
26
Recibe y envía el oficio e Informe Mensual o Informe de Redirección
Oficio
Informe
F


Autoridad Jurisdiccional (Oficialía de Partes)
Jefatura de Unidad Departamental de Gestión Administrativa del Programa de Revinculación Familiar (Personal administrativo)
F
27
Recibe, acusa el oficio e Informe Mensual o Informe de Redirección y devuelve
Acuse del Oficio
Informe
2
28
Recibe y archiva en expediente el acuse del oficio e Informe, el Formato de Asistencia Mensual
Oficio
Informe
CECOFAM-ER-01
29
Guarda expediente de la Fase IV hasta que concluya su periodo de archivo en trámite
30
Envía expediente al Archivo Judicial
Expediente
1
Fin

Área: CECOFAM "Revinculación Familiar"

FORMATO DE ASISTENCIA MENSUAL
ENTREGA - RECEPCIÓN

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 ENTREGA:			
RESPONSABLE CUSTODIO		**CONVIVIENTE**	
Nombre:		**Nombre:**	
Firma:		**Firma:**	
Hora:		**Hora:**	
FECHA DE RECEPCIÓN:			
CONVIVIENTE		**RESPONSABLE CUSTODIO**	
Nombre:		**Nombre:**	
Firma:		**Firma:**	
Hora:		**Hora:**	
FACILITADOR:			
Nombre:		**Firma:**	

CECOFAM-ER-01

Área: CECOFAM "Revinculación Familiar"

FORMATO DE ASISTENCIA MENSUAL
ENTREGA - RECEPCIÓN

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 ENTREGA:	(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)		

FECHA DE RECEPCIÓN:	(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)		

CECOFAM-ER-01

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	SECRETARÍA	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 la Autoridad Jurisdiccional haya realizado en el registro específico, automáticamente el sistema proporciona la información previamente cargada.
11	FECHA DE ENTREGA	La fecha programada para la realización de la Entrega Recepción, automáticamente el sistema proporciona la fecha.
12	RESPONSABLE CUSTODIO NOMBRE	El nombre de la o el Responsable Custodio, automáticamente el sistema proporciona el nombre.
13	RESPONSABLE CUSTODIO FIRMA	La firma de la o el 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 de la o el Responsable Conviviente, automáticamente el sistema proporciona el nombre.
17	RESPONSABLE CONVIVIENTE FIRMA	La firma de la o el Responsable 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.

Área: CECOFAM "Revinculación Familiar"

INFORME DE REDIRECCIÓN
FASE IV INDEPENDENCIA, ENTREGA-RECEPCIÓN DE NIÑA, NIÑO Y/O ADOLESCENTE

Autoridad Ordenadora:	
No. de Expediente Judicial:	
Registro:	

Tipo de juicio:	
Responsable Custodio:	
Responsable Conviviente:	
Nombre de la niña, niño y/o adolescente:	

METODOLOGÍA.

PERÍODO DE INTERVENCIÓN.

ANÁLISIS DE LA INTERACCIÓN FAMILIAR

CONCLUSIONES

RECOMENDACIONES

CECOFAM-ER-03

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

Área: CECOFAM "Revinculación Familiar"

Programa de Revinculación Familiar			
Fase I Aprendizaje Formal, Convivencia de Reencuentro		Fase III Expansión, Convivencia en Espacios Semi-Libres	
Fase II Aprendizaje Práctico, Convivencia Asistida		Fase IV Independencia, Entrega-Recepción de Niña, Niño y/o Adolescente.	

Proceso de Reforzamiento Transversal	
Talleres Psicoeducativos	
Pláticas Asistidas	

Canalización	
Baja por no cumplir con el ordenamiento judicial	
Evaluación Psicológica	
Terapia Psicológica	
Evaluación Psiquiátrica	
Otros compromisos: convivencia libre	

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 del 202 .

ATENTAMENTE.

_____

Lic. _____
Licenciado (a) en: _____
Cédula Profesional _____

CECOFAM-ER-03

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA
TSJCDMX

Área: CECOFAM "Revinculación Familiar"

De conformidad con lo dispuesto en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y la de esta Ciudad; la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados; la Ley de Protección de Datos en Posesión de Sujetos Obligados de la Ciudad de México y los Lineamientos Generales de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados de la Ciudad de México, se hace de su conocimiento que la información que se remite contiene datos personales, los que son considerados como cualquier información concerniente a personas físicas identificadas o identificables, por lo que, una persona física es identificable cuando su identidad pueda determinarse directa o indirectamente. En este sentido, los datos personales son estimados por la ley como confidenciales, por lo que, deben ser tratados bajo su más estricta responsabilidad en el debido cumplimiento de sus funciones, facultades y atribuciones derivadas de la ley que rige la protección de datos personales y su actuar como autoridad; por lo tanto, en cumplimiento al principio de confidencialidad, se debe garantizar que **exclusivamente el TITULAR DE LOS DATOS PUEDA ACCEDER A SUS DATOS PERSONALES,** o bien, la **PERSONA QUE ÉL AUTORICE**, o en su caso, la **AUTORIDAD COMPETENTE**.

CECOFAM-ER-03

Área: CECOFAM "Revinculación Familiar"

INFORME DE REDIRECCIÓN
FASE IV INDEPENDENCIA, ENTREGA-RECEPCIÓN DE NIÑA, NIÑO Y/O ADOLESCENTE

Autoridad Ordenadora:	(1)
No. de Expediente Judicial:	(2)
Registro:	(3)

Tipo de juicio:	(4)
Responsable Custodio:	(5)
Responsable Conviviente:	(6)
Nombre de la niña, niño y/o adolescente:	(7)

METODOLOGÍA.
(8)

PERÍODO DE INTERVENCIÓN.
(9)

ANÁLISIS DE LA INTERACCIÓN FAMILIAR
(10)

CONCLUSIONES
(11)

RECOMENDACIONES
(12)

CECOFAM-ER-03

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

Área: CECOFAM "Revinculación Familiar"

Programa de Revinculación Familiar (13)			
Fase I Aprendizaje Formal, Convivencia de Reencuentro	(14)	Fase III Expansión, Convivencia en Espacios Semi-Libres	(16)
Fase II Aprendizaje Práctico, Convivencia Asistida	(15)	Fase IV Independencia, Entrega-Recepción de Niña, Niño y/o Adolescente.	(17)

Proceso de Reforzamiento Transversal (18)	
Talleres Psicoeducativos	(19)
Pláticas Asistidas	(20)

Canalización (21)	
Baja por no cumplir con el ordenamiento judicial	(22)
Evaluación Psicológica	(23)
Terapia Psicológica	(24)
Evaluación Psiquiátrica	(25)
Otros compromisos: convivencia libre	(26)

REFERENCIAS
(27)

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 (28) **del 202 .**

ATENTAMENTE.

_____(29)_____

Lic._____(30)_____
Profesión: _____
Cédula Profesional _____

CECOFAM-ER-03

Área: CECOFAM "Revinculación Familiar"

De conformidad con lo dispuesto en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y la de esta Ciudad; la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados; la Ley de Protección de Datos en Posesión de Sujetos Obligados de la Ciudad de México y los Lineamientos Generales de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados de la Ciudad de México, se hace de su conocimiento que la información que se remite contiene datos personales, los que son considerados como cualquier información concerniente a personas físicas identificadas o identificables, por lo que, una persona física es identificable cuando su identidad pueda determinarse directa o indirectamente. En este sentido, los datos personales son estimados por la ley como confidenciales, por lo que, deben ser tratados bajo su más estricta responsabilidad en el debido cumplimiento de sus funciones, facultades y atribuciones derivadas de la ley que rige la protección de datos personales y su actuar como autoridad; por lo tanto, en cumplimiento al principio de confidencialidad, se debe garantizar que **exclusivamente el TITULAR DE LOS DATOS PUEDA ACCEDER A SUS DATOS PERSONALES,** o bien, la **PERSONA QUE ÉL AUTORICE**, o en su caso, la **AUTORIDAD COMPETENTE**.

CECOFAM-ER-03

DESCRIPCIÓN DEL FORMATO

Nombre:	**INFORME DE REDIRECCIÓN ENTREGA-RECEPCIÓN DE NIÑA, NIÑO Y ADOLESCENTE**
Clave:	**CECOFAM-ER-03**
Objetivo:	Informar a la Autoridad Jurisdiccional 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.- Autoridad Jurisdiccional

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	REGISTRO	El número de Registro de Entrega Recepción, automáticamente el sistema proporciona el número.
4	TIPO DE JUICIO	Es el tipo de controversia promovida por la o el Responsable Custodio o la o el Responsable Conviviente ante el juzgado de origen, automáticamente el sistema lo imprime en el formato.
5	RESPONSABLE CUSTODIO	El nombre de la o el Responsable Custodio, automáticamente el sistema imprime el nombre.
6	RESPONSABLE CONVIVIENTE	El nombre de la o el Responsable Conviviente, automáticamente el sistema imprime el nombre.
7	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.
8	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.

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
9	PERIODO DE INTERVENCIÓN	Fechas en las que se realizó la Entrega- Recepción.
10	ANÁLISIS DE LA INTERACCIÓN FAMILIAR	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.
11	CONCLUSIONES	Análisis breve de la interacción parento-filial y coparental durante la convivencia.
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 a la Autoridad Jurisdiccional 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
15	FASE II	Aprendizaje Práctico: Convivencia Asistida
16	FASE III	Expansión: Convivencia en Espacios Semi Libres
17	FASE IV	Independencia: Entrega- Recepción

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
18	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.
19	TALLERES PSICOEDUCATIVOS	Módulos Temáticos que se imparten en sesiones grupales, cuyo propósito es brindar información teórico- práctica, para el reforzamiento de habilidades parentales.
20	PLÁTICAS ASISTIDAS	Conversación asertiva y proactiva entre las partes con el acompañamiento de un Facilitador.
21	CANALIZACIÓN	Recomendación con base en la observación y análisis de la convivenicia para ser derivados.
22	BAJA POR NO CUMPLIR CON EL ORDENAMIENTO JUDICIAL	Por no mostrar avances en el Programa de Revinculación Familiar.
23	EVALUACIÓN PSICOLÓGICA	Se canalizan al menor, a una o ambas partes a Evaluación Psicológica.
24	TERAPIA PSICOLÓGICA	Se canalizan al menor, a una o ambas partes a Terapia Psicológica.
25	EVALUACIÓN PSIQUIÁTRICA	Se canalizan al menor, a una o ambas partes a Evaluación Psiquiátrica.
26	OTROS COMPROMISOS: CONVIVIENCIA LIBRE	Convivencia libre sin el auxilio del CECOFAM.

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
27	REFERENCIAS	Referencias Teóricas que dan sustento a la opinión profesional de la o el Facilitador.
28	FECHA	Día, mes y año en el que se elaboró el informe mensual de Entrega-Recepción.
29	FIRMA	Firma de la o el Facilitador que observó la Entrega-Recepción.
30	NOMBRE, PUESTO Y CÉDULA PROFESIONAL	Puesto y número de Cédula Profesional de la o el Facilitador que observó la Entrega-Recepción.

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA
TSJCDMX

Área: CECOFAM "Revinculación Familiar"

INFORME MENSUAL
FASE IV INDEPENDENCIA, ENTREGA-RECEPCIÓN DE NIÑA, NIÑO Y/O ADOLESCENTE

Autoridad Ordenadora:	
No. de Expediente Judicial:	
Secretaría:	
Juicio:	

Registro CECOFAM:	
Responsable Custodio:	
Responsable Conviviente:	
Nombre de la niña, niño y/o adolescente:	
Horario:	
Periodicidad:	
Sede:	

METODOLOGÍA.
▪

PERIODO DE OBSERVACIÓN.			
FECHA	MODALIDAD	ESTATUS	DURACIÓN

CONCLUSIONES.

CECOFAM-ER-04

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 del 202 .

ATENTAMENTE.

_____

Lic._____
Profesión: _____
Cédula Profesional _____

De conformidad con lo dispuesto en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y la de esta Ciudad; la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados; la Ley de Protección de Datos en Posesión de Sujetos Obligados de la Ciudad de México y los Lineamientos Generales de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados de la Ciudad de México, se hace de su conocimiento que la información que se remite contiene datos personales, los que son considerados como cualquier información concerniente a personas físicas identificadas o identificables, por lo que, una persona física es identificable cuando su identidad pueda determinarse directa o indirectamente. En este sentido, los datos personales son estimados por la ley como confidenciales, por lo que, deben ser tratados bajo su más estricta responsabilidad en el debido cumplimiento de sus funciones, facultades y atribuciones derivadas de la ley que rige la protección de datos personales y su actuar como autoridad; por lo tanto, en cumplimiento al principio de confidencialidad, se debe garantizar que **exclusivamente el TITULAR DE LOS DATOS PUEDA ACCEDER A SUS DATOS PERSONALES,** o bien, la **PERSONA QUE ÈL AUTORICE**, o en su caso, la **AUTORIDAD COMPETENTE**.

CECOFAM-ER-04

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA
TSJCDMX

Área: CECOFAM "Revinculación Familiar"

INFORME MENSUAL
FASE IV INDEPENDENCIA, ENTREGA-RECEPCIÓN DE NIÑA, NIÑO Y/O ADOLESCENTE

Autoridad Ordenadora:	(1)
No. de Expediente Judicial:	(2)
Secretaría:	(3)
Juicio:	(4)

Registro CECOFAM:	(5)
Responsable Custodio:	(6)
Responsable Conviviente:	(7)
Nombre de la niña, niño y/o adolescente:	(8)
Horario:	(9)
Periodicidad:	(10)
Sede:	(11)

METODOLOGÍA.
▪ (12)

PERIODO DE OBSERVACIÓN.			
FECHA	MODALIDAD	ESTATUS	DURACIÓN
(13)	(14)	(15)	(16)

CONCLUSIONES.
(17)

CECOFAM-ER-04

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA
TSJCDMX

Área: CECOFAM "Revinculación Familiar"

RECOMENDACIONES.
(18)

REFERENCIAS.
(19)

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 (20) del 202 .

ATENTAMENTE.

_____(21)_____

Lic._____(22)_____
Profesión _____
Cédula Profesional _____

De conformidad con lo dispuesto en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y la de esta Ciudad; la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados; la Ley de Protección de Datos en Posesión de Sujetos Obligados de la Ciudad de México y los Lineamientos Generales de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados de la Ciudad de México, se hace de su conocimiento que la información que se remite contiene datos personales, los que son considerados como cualquier información concerniente a personas físicas identificadas o identificables, por lo que, una persona física es identificable cuando su identidad pueda determinarse directa o indirectamente. En este sentido, los datos personales son estimados por la ley como confidenciales, por lo que, deben ser tratados bajo su más estricta responsabilidad en el debido cumplimiento de sus funciones, facultades y atribuciones derivadas de la ley que rige la protección de datos personales y su actuar como autoridad; por lo tanto, en cumplimiento al principio de confidencialidad, se debe garantizar que **exclusivamente el TITULAR DE LOS DATOS PUEDA ACCEDER A SUS DATOS PERSONALES,** o bien, la **PERSONA QUE ÉL AUTORICE**, o en su caso, la **AUTORIDAD COMPETENTE**.

CECOFAM-ER-04

DESCRIPCIÓN DEL FORMATO

Nombre:	**INFORME MENSUAL ENTREGA RECEPCIÓN DE NIÑA, NIÑO Y ADOLESCENTE**
Clave:	**CECOFAM-ER-04**
Objetivo:	Informar a la Autoridad Jurisdiccional 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.- Autoridad Jurisdiccional

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	SECRETARÍA	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 la o el Responsable Custodio o la o el Responsable Conviviente ante el juzgado de origen, automáticamente el sistema lo imprime en el formato.
5	REGISTRO CECOFAM	El número de Registro de Entrega Recepción, automáticamente el sistema proporciona el número.
6	RESPONSABLE CUSTODIO	El nombre de la o el Responsable Custodio, automáticamente el sistema imprime el nombre.
7	RESPONSABLE CONVIVIENTE	El nombre de la o el 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.
9	HORARIO	La hora en la que la Entrega – Recepción se llevó acabo

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
10	PERIODICIDAD	El o los días de la semana y periodicidad en que realizará la Entrega Recepción, automáticamente el sistema proporciona la información.
11	SEDE	El lugar designado, donde se efectuara la Entrega Recepción, automáticamente el sistema proporciona la información.
12	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.
13	FECHA	Día en el que efectuó la Entrega- Recepción.
14	MODALIDAD	Señalar la modalidad en que se realizó la convivencia: videollamada (exclusivamente), presencial (permanente) o mixto.
15	ESTATUS	Registrar si se efectuó o no la convivencia, así como los motivos.
16	DURACIÓN	Tiempo que duró el encuentro.
17	CONCLUSIONES	Señalar los elementos más importantes de la interacción parento-filial y coparental.
18	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.

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
19	REFERENCIAS	Referencias Teóricas que dan sustento a la opinión profesional de la o el Facilitador
20	FECHA	Día, mes y año en el que se elaboró el informe mensual de Entrega-Recepción.
21	FIRMA	Firma de la o el Facilitador que observe la Entrega Recepción.
22	NOMBRE, PUESTO Y CÉDULA PROFESIONAL	Nombre completo, puesto y número de Cédula Profesional de la o el Facilitador que observó la Entrega Recepción.

Procedimiento: CEIAJ-020	Plática Asistida.
Objetivo general:	Realizar conversaciones asertivas y proactivas entre la o el Responsable Conviviente y/o la o el Responsable Custodio, de carácter obligatorio 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 parentales para el cumplimiento del Régimen de Visitas y Convivencias.
Políticas y normas de operación:	

1. La Plática Asistida se llevará a cabo de conformidad a las Bases Generales vigentes.

2. La Plática Asistida podrá desarrollarse de manera Individual y/o Coparental (con ambos progenitores, es decir, 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 Fe Pública adscrito o comisionado al Centro de Convivencia Familiar Supervisada y/o una Autoridad del Centro.

3. Las Pláticas Asistidas Individual y Coparental, se realizarán con base a la disponibilidad y capacidad de atención en los horarios y sede que, para tal efecto, se indique a las personas usuarias.

4. La Plática Asistida es de carácter obligatoria y podrán realizarse de manera semanal, quincenal o mensual, según sea necesario para la consecución de acuerdos coparentales en función del cumplimiento del régimen de Visitas y Convivencia.

5. En caso de que la Plática Asistida sea solicitada por la o el Responsable Custodio y/o la o el Responsable Conviviente, para la agenda de la misma, la persona usuaria deberá llenar el Formato de “Consentimiento informado para sostener Plática Asistida individual” (CECOFAM-PA-01) o “Consentimiento informado para sostener

Plática Asistida coparental" (CECOFAM-PA-02), la confirmación de la hora, fecha y lugar podrá realizarse en el horario de la convivencia o vía telefónica.

6. 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 y/o la o el Responsable Conviviente en el horario de convivencia y deberán firmar de conocimiento en el Formato denominado "Consentimiento Informado para sostener Plática Asistida individual" (CECOFAM-PA-01) o "Consentimiento Informado para sostener Plática Asistida coparental" (CECOFAM-PA-02).

7. En el supuesto de que la o el Responsable Custodio o la o el Responsable Conviviente se nieguen a sostener Plática Asistida Individual y/o Parental, se solicitará por oficio el auxilio de la Autoridad Jurisdiccional para la notificación de la fecha y hora en que tendrá verificativo la misma.

8. Durante las Pláticas Asistidas Individuales la o el Facilitador y/o Autoridad del CECOFAM tomará notas en el Formato denominado "Consentimiento Informado para Sostener una Plática Asistida Individual" (CECOFAM-PA-01), mismo que deberá ser firmado por las personas participantes y agregado al expediente interno.

9. Una vez que la o el Responsable Custodio y la o el Responsable Conviviente, acuerden llevar a cabo compromisos coparentales, los mismos se asentarán en el "Formato denominado Consentimiento Informado para Sostener una Plática Asistida Coparental" (CECOFAM-PA-02), conforme al primer párrafo del artículo 21 de las Bases Generales que Reglamentan los servicios que proporciona el Centro de Convivencia Familiar Supervisada, los aspectos de manera enunciativa más no limitativa que podrán abordarse son:

   a) Transición de fase y horarios, a través del Formato "Carta Recepción de horario de fase por redirección" (CECOFAM–PA-06);

b) Ajuste de horarios de la convivencia dentro de las fases del Programa, es decir, día y hora de convivencia semanal, quincenal o mensual, etc., o bien, pernocta y/o periodos vacacionales;

c) Nombramiento de Terceros Emergentes y/o Convivientes Adicionales en la fase;

d) Baja administrativa cuando la interacción represente un peligro para la integridad física, sexual y/o psicológica de la niña, niño y/o adolescente;

e) Baja administrativa cuando se ha consolidado la vinculación y se han cumplido los fines del Programa derivado del análisis de la interacción familiar;

f) Asistencia a Entrevista Diagnóstica, Terapia Psicológica y/o Evaluación Psicológica.

10. El CECOFAM remitirá vía oficio a la Autoridad Jurisdiccional el Formato “Carta Recepción de horario de fase por redirección” (CECOFAM –PA-06), en el término no mayor a cinco días hábiles para su constancia legal y autorización judicial.

11. El resultado de la o las Pláticas Asistidas tanto Individual y/o Coparental se integrarán en el análisis de la interacción familiar que se realice en el Informe Mensual y/o en el Informe de Redirección.

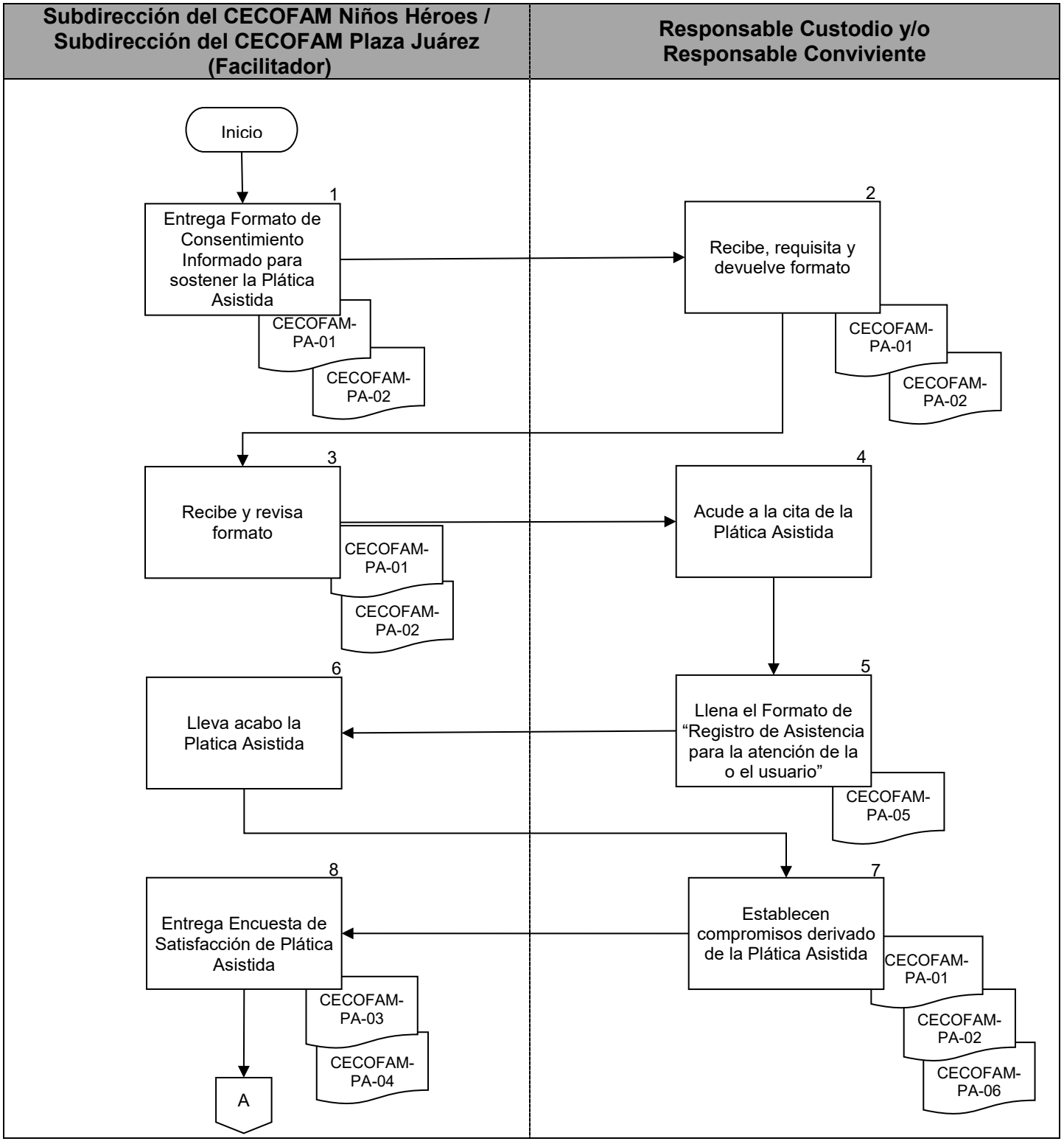
12. De presentarse algún caso en el cual la o el Responsable Custodio y/o la o el Responsable Conviviente, muestren algún tipo de discapacidad (auditiva, visual, motriz, intelectual u otras), que hablen otro idioma o dialecto que impida establecer la comunicación directa con ellos, se solicitará el apoyo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

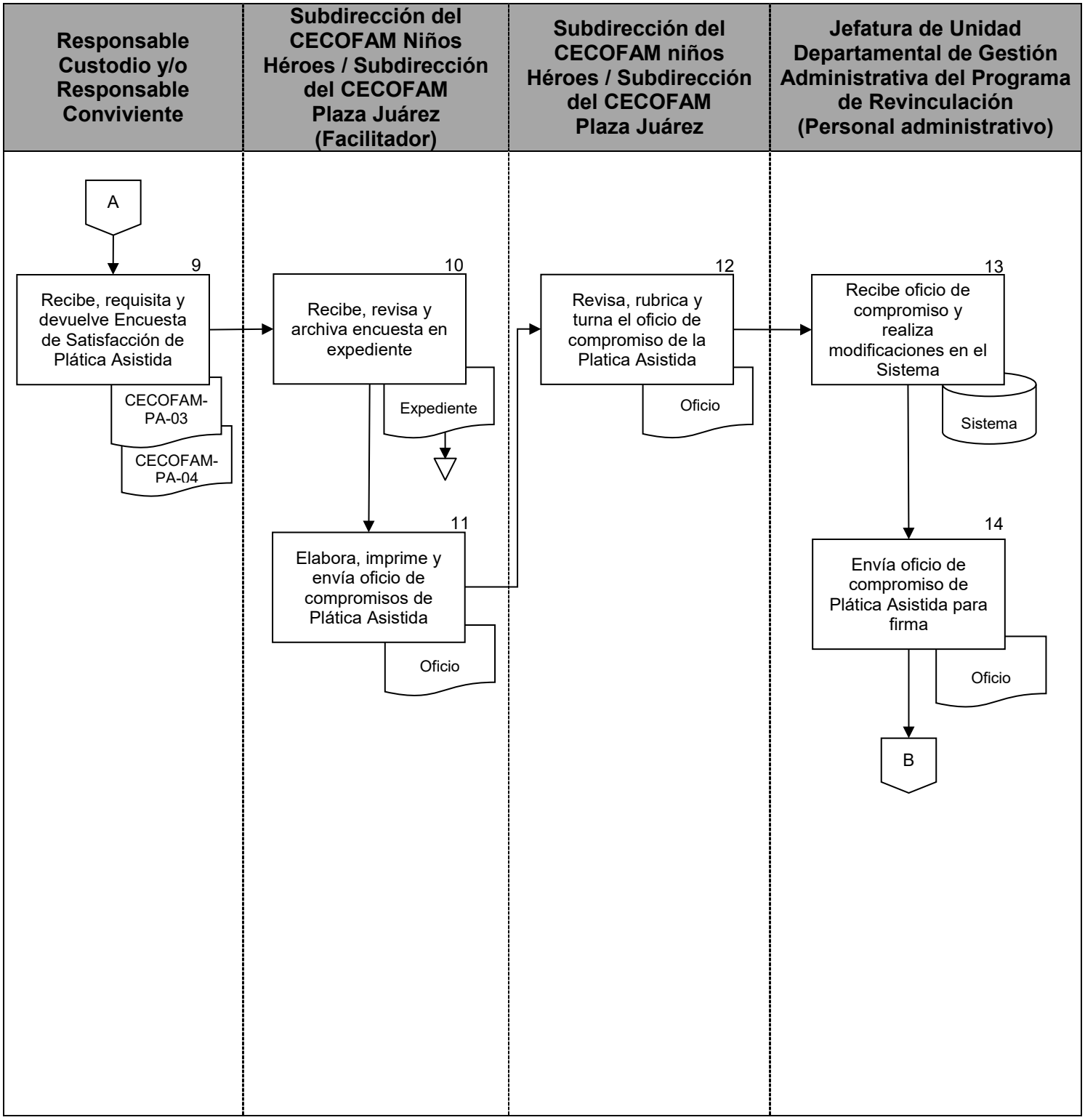
No.	Área.	Descripción de la actividad.	Documentos y/o sistemas de apoyo.
1	Subdirección del CECOFAM Niños Héroes / Subdirección del CECOFAM Plaza Juárez (Facilitador)	Entrega a la o el Responsable Custodio y/o a la o el Responsable Conviviente Formato de Consentimiento Informado para sostener Plática Asistida.	
2	Responsable Custodio y/o Responsable Conviviente	Recibe, requisita y devuelve formato de “Consentimiento Informado para sostener Plática Asistida individual” (CECOFAM-PA-01) y/o “Consentimiento Informado para sostener Plática Asistida coparental” (CECOFAM-PA-02).	• Formato CECOFAM-PA-01 CECOFAM-PA-02
3	Subdirección del CECOFAM Niños Héroes / Subdirección del CECOFAM Plaza Juárez (Facilitador)	Recibe y revisa Formato de Consentimiento Informado para sostener Plática Asistida.	
4 5	Responsable Custodio y/o Responsable Conviviente	Acude a la cita de la Plática Asistida. Llena el Formato de “Registro de Asistencia para la atención de la o el usuario” (CECOFAM-PA-05).	• Formato CECOFAM-PA-05
6	Subdirección del CECOFAM Niños Héroes / Subdirección del CECOFAM Plaza Juárez. (Facilitador)	Lleva a cabo la Plática Asistida con la o el Responsable Custodio y/o la o el Responsable Conviviente.	
7	Responsable Custodio y/o Responsable Conviviente	Establecen compromisos derivado de la Plática Asistida y se hacen constar de puño y letra en los formatos (CECOFAM-PA-01), (CECOFAM-PA-02) y/o “Carta de Recepción de horarios de Fase por Redirección” (CECOFAM-PA-06).	• Formato CECOFAM-PA-01 CECOFAM-PA-02 CECOFAM-PA-06

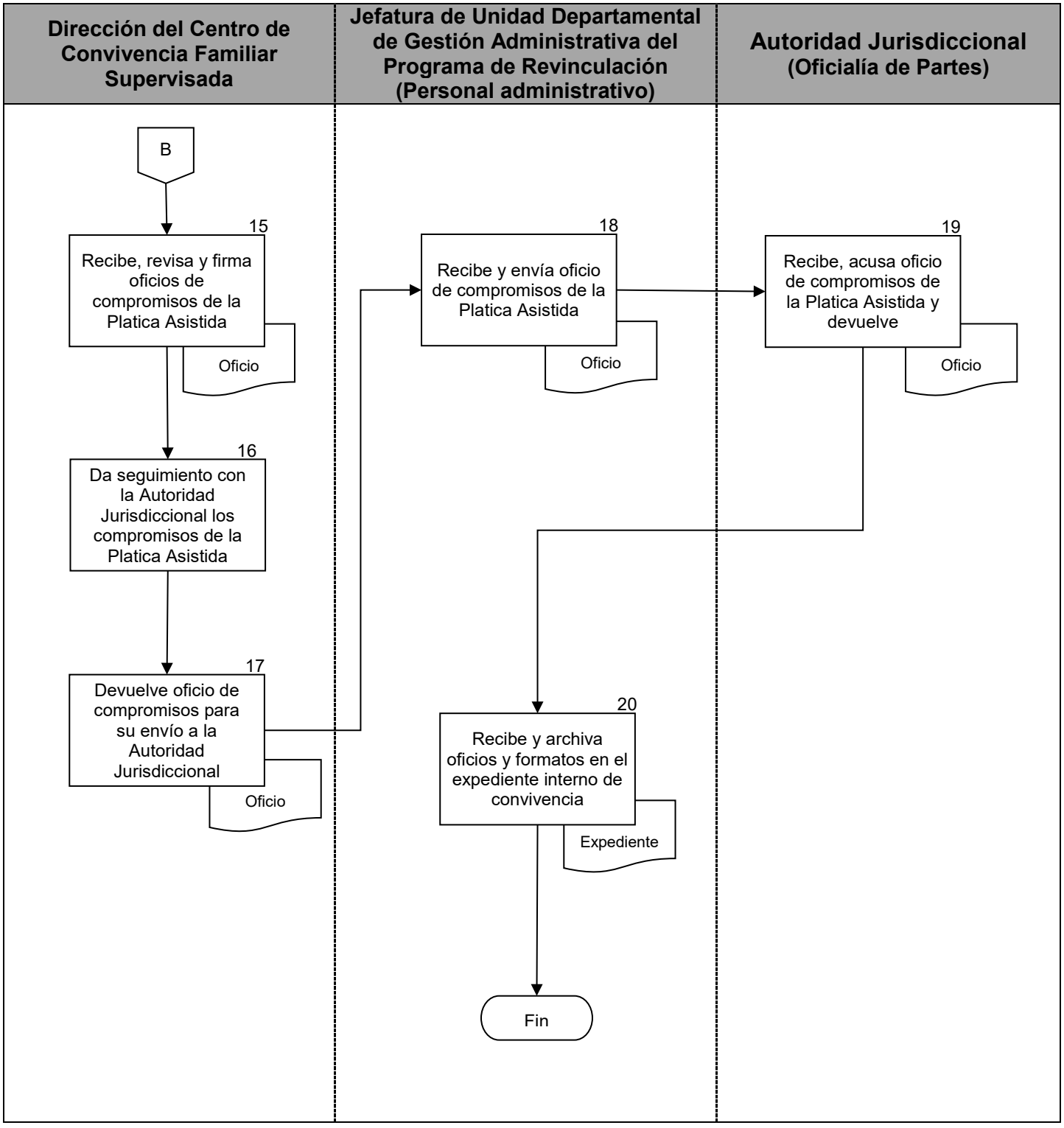
No.	Área.	Descripción de la actividad.	Documentos y/o sistemas de apoyo.
8	Subdirección del CECOFAM Niños Héroes / Subdirección del CECOFAM Plaza Juárez. (Facilitador)	Entrega Encuesta de Satisfacción de Plática Asistida.	
9	Responsable Custodio y/o Responsable Conviviente	Recibe, requisita y devuelve “Encuesta de Satisfacción de Plática Asistida individual” (CECOFAM-PA-03) o “Encuesta de Satisfacción de Plática Asistida coparental” (CECOFAM-PA-04).	• Formato CECOFAM-PA-03 CECOFAM-PA-04
10 11	Subdirección del CECOFAM Niños Héroes / Subdirección del CECOFAM Plaza Juárez (Facilitador)	Recibe, revisa y archiva Encuesta de Satisfacción de Plática Asistida en expediente. Elabora, imprime y envía a la Subdirección del CECOFAM Niños Héroes / Subdirección del CECOFAM Plaza Juárez oficio de compromisos de Plática Asistida.	• Oficio
12	Subdirección del CECOFAM Niños Héroes / Subdirección del CECOFAM Plaza Juárez	Revisa, rubrica 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	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 autorizado por el Pleno del Consejo.	• Sistema

No.	Área.	Descripción de la actividad.	Documentos y/o sistemas de apoyo.
14	Jefatura de Unidad Departamental de Gestión Administrativa del Programa de Revinculación (Personal administrativo)	Envía oficio de compromisos de Plática Asistida para firma de la Dirección del Centro de Convivencia Familiar Supervisada.	
15 16 17	Dirección del Centro de Convivencia Familiar Supervisada	Recibe, revisa y firma oficio de compromisos de Plática Asistida. Da Seguimiento con la Autoridad Jurisdiccional de los compromisos. 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 a la Autoridad Jurisdiccional.	
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 Autoridad Jurisdiccional.	
19	Autoridad Jurisdiccional (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.	

FIN DEL PROCEDIMIENTO


Subdirección del CECOFAM Niños Héroes / Subdirección del CECOFAM Plaza Juárez (Facilitador)
Responsable Custodio y/o Responsable Conviviente
Inicio
1
Entrega Formato de Consentimiento Informado para sostener la Plática Asistida
CECOFAM-PA-01
CECOFAM-PA-02
2
Recibe, requisita y devuelve formato
CECOFAM-PA-01
CECOFAM-PA-02
3
Recibe y revisa formato
CECOFAM-PA-01
CECOFAM-PA-02
4
Acude a la cita de la Plática Asistida
5
Llena el Formato de “Registro de Asistencia para la atención de la o el usuario”
CECOFAM-PA-05
6
Lleva acabo la Platica Asistida
7
Establecen compromisos derivado de la Plática Asistida
CECOFAM-PA-01
CECOFAM-PA-02
CECOFAM-PA-06
8
Entrega Encuesta de Satisfacción de Plática Asistida
CECOFAM-PA-03
CECOFAM-PA-04
A


Responsable Custodio y/o Responsable Conviviente
Subdirección del CECOFAM Niños Héroes / Subdirección del CECOFAM Plaza Juárez (Facilitador)
Subdirección del CECOFAM niños Héroes / Subdirección del CECOFAM Plaza Juárez
Jefatura de Unidad Departamental de Gestión Administrativa del Programa de Revinculación (Personal administrativo)
A
9
Recibe, requisita y devuelve Encuesta de Satisfacción de Plática Asistida
CECOFAM-PA-03
CECOFAM-PA-04
10
Recibe, revisa y archiva encuesta en expediente
Expediente
11
Elabora, imprime y envía oficio de compromisos de Plática Asistida
Oficio
12
Revisa, rubrica y turna el oficio de compromiso de la Platica Asistida
Oficio
13
Recibe oficio de compromiso y realiza modificaciones en el Sistema
Sistema
14
Envía oficio de compromiso de Plática Asistida para firma
Oficio
B


Dirección del Centro de Convivencia Familiar Supervisada
Jefatura de Unidad Departamental de Gestión Administrativa del Programa de Revinculación (Personal administrativo)
Autoridad Jurisdiccional (Oficialía de Partes)
B
15
Recibe, revisa y firma oficios de compromisos de la Platica Asistida
Oficio
16
Da seguimiento con la Autoridad Jurisdiccional los compromisos de la Platica Asistida
17
Devuelve oficio de compromisos para su envío a la Autoridad Jurisdiccional
Oficio
18
Recibe y envía oficio de compromisos de la Platica Asistida
Oficio
19
Recibe, acusa oficio de compromisos de la Platica Asistida y devuelve
Oficio
20
Recibe y archiva oficios y formatos en el expediente interno de convivencia
Expediente
Fin

"2021: Año de la Independencia"

Área: CECOFAM "Revinculación Familiar"

REG TSJ CCFS. NO. _____
Sede:_____
Horario:
Día(s):_____

No. CONSECUTIVO PLÁTICA.

CONSENTIMIENTO INFORMADO
PARA SOSTENER PLATICA ASISTIDA INDIVIDUAL

Yo_____,
de conformidad con el artículo 18 fracción I de las Bases Generales que Reglamentan los servicios que proporciona el 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 _____.

Cita: _____

Sede: _____

_____
(NOMBRE Y FIRMA)

Autoridad y/o Facilitador.

_____

Fecha: _____

CECOFAM-PA-01

"2021: Año de la Independencia"

Área: CECOFAM "Revinculación Familiar"

CECOFAM-PA-01

"2021: Año de la Independencia"

Área: CECOFAM "Revinculación Familiar"

Nombre, fecha y firma:

_____

_____

Autoridad y/o Facilitador que intervinieron:

_____

_____

De conformidad con lo dispuesto en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y la de esta Ciudad; la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados; la Ley de Protección de Datos en Posesión de Sujetos Obligados de la Ciudad de México y los Lineamientos Generales de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados de la Ciudad de México, se hace de su conocimiento que la información que se remite contiene datos personales, los que son considerados como cualquier información concerniente a personas físicas identificadas o identificables, por lo que, una persona física es identificable cuando su identidad pueda determinarse directa o indirectamente. En este sentido, los datos personales son estimados por la ley como confidenciales, por lo que, deben ser tratados bajo su más estricta responsabilidad en el debido cumplimiento de sus funciones, facultades y atribuciones derivadas de la ley que rige la protección de datos personales y su actuar como autoridad; por lo tanto, en cumplimiento al principio de confidencialidad, se debe garantizar que **exclusivamente el TITULAR DE LOS DATOS PUEDA ACCEDER A SUS DATOS PERSONALES,** o bien, la **PERSONA QUE ÉL AUTORICE**, o en su caso, la **AUTORIDAD COMPETENTE**.

CECOFAM-PA-01

Área: CECOFAM "Revinculación Familiar"

No. REG. CECOFAM. 1

Fase: _____2_____

Ciudad de México a _____3_____.

CONSENTIMIENTO INFORMADO
PARA SOSTENER PLATICA ASISTIDA INDIVIDUAL

Yo_____4_____
, de conformidad con el artículo 18 fracción I de las Bases Generales que Reglamentan los servicios que proporciona el 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_____5_____
_____.

_____6_____
(NOMBRE Y FIRMA)

Datos de Programación:

Nombre y Firma de quien programa la Plática Asistida:
_____7_____

Fecha y hora para el verificativo de la Plática Asistida:

_____8_____

Lugar: _____9_____

CECOFAM-PA-01

Área: CECOFAM "Revinculación Familiar"

Fecha: _____10_____

11

CECOFAM-PA-01

Área: CECOFAM "Revinculación Familiar"

Nombre, fecha y firma:

_____12_____

_____

Autoridad y/o Facilitador que intervinieron:

_____13_____

_____

De conformidad con lo dispuesto en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y la de esta Ciudad; la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados; la Ley de Protección de Datos en Posesión de Sujetos Obligados de la Ciudad de México y los Lineamientos Generales de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados de la Ciudad de México, se hace de su conocimiento que la información que se remite contiene datos personales, los que son considerados como cualquier información concerniente a personas físicas identificadas o identificables, por lo que, una persona física es identificable cuando su identidad pueda determinarse directa o indirectamente. En este sentido, los datos personales son estimados por la ley como confidenciales, por lo que, deben ser tratados bajo su más estricta responsabilidad en el debido cumplimiento de sus funciones, facultades y atribuciones derivadas de la ley que rige la protección de datos personales y su actuar como autoridad; por lo tanto, en cumplimiento al principio de confidencialidad, se debe garantizar que **exclusivamente el TITULAR DE LOS DATOS PUEDA ACCEDER A SUS DATOS PERSONALES,** o bien, la **PERSONA QUE ÉL AUTORICE**, o en su caso, la **AUTORIDAD COMPETENTE.**

CECOFAM-PA-01

DESCRIPCIÓN DEL FORMATO	
Nombre:	**CONSENTIMIENTO INFORMADO** **PARA SOSTENER PLATICA ASISTIDA INDIVIDUAL.**
Clave:	**CECOFAM-PA-01**
Objetivo:	Contar con la aceptación y de la o el Responsable Custodio y la o el Responsable Conviviente para llevar a cabo Plática Asistida Individual y recabar información y compromisos para el adecuado cumplimiento del Régimen de Visitas y Convivencias.
Elabora:	Centro de Convivencia Familiar Supervisada.
Número de tantos:	Un Original uno por cada progenitor, la o el Responsable Custodio o la o el 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 como usuarios del CECOFAM.
2	FASE	Número de la Fase del Programa de Revincualción Familiar en la que recibe la o el usuario el servicio del CECOFAM.
3	FECHA	Día, mes y año en que se suscribe el documento.
4	NOMBRE DE LA O EL USUARIO	Nombre de la o el Responsable Custodio y la o el Responsable Conviviente que participara en la Plática Asistida.
5	NOMBRES DE NIÑA, NIÑO Y/O ADOLESCENTE	Nombre o los nombres de la niña, niño o adolescente(es) que participan en el Régimen de Visitas y Convivencias.
6	NOMBRE Y FIRMA	Nombre y firma de la o el Responsable Custodio o la o el Responsable Conviviente que participará en la Plática Asistida.
7	NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN PROGRAMA LA PLÁTICA ASISTIDA	Nombre completo del personal del CECOFAM que programa la Plática Asistida.
8	FECHA Y HORA PARA EL VERIFICATIVO DE LA PLÁTICA ASISTIDA	Fecha y hora en la que se ha programado la Plática asistida para su desarrollo.
9	LUGAR	Sede del CECOFAM en el cual se desarrollará la Plática Asistida.
10	FECHA	Día, mes y año en que se lleva a cabo la Plática Asistida.

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
11	ESPACIO DE LLENADO	La información recabada por la o el Facilitador y/o Autoridad, compromisos y/o recomendaciones para el cumplimiento del Régimen de Visitas y Convivencias.
12	NOMBRE, FECHA Y FIRMA	Nombre de la o el Responsable Custodio o la o el Responsable Conviviente, que es parte de la Plática 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	Nombre y cargo de la Autoridad del CECOFAM y/o Facilitador que llevo a cabo la Platica Asistida.

Área: CECOFAM "Revinculación Familiar"
REG TSJ CCFS. NO._____
Sede:
Horario:_____
Día(s):_____

No. CONSECUTIVO PLÁTICA._____

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 18 de las Bases Generales que Reglamentan los servicios que proporciona el 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

PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

Área: CECOFAM "Revinculación Familiar"

COMPROMISOS COPARENTALES

CECOFAM-PA-02

Área: CECOFAM "Revinculación Familiar"

Nombre, fecha y firma:

_____

_____

Autoridad y/o Facilitador que intervinieron:

_____

_____

De conformidad con lo dispuesto en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y la de esta Ciudad; la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados; la Ley de Protección de Datos en Posesión de Sujetos Obligados de la Ciudad de México y los Lineamientos Generales de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados de la Ciudad de México, se hace de su conocimiento que la información que se remite contiene datos personales, los que son considerados como cualquier información concerniente a personas físicas identificadas o identificables, por lo que, una persona física es identificable cuando su identidad pueda determinarse directa o indirectamente. En este sentido, los datos personales son estimados por la ley como confidenciales, por lo que, deben ser tratados bajo su más estricta responsabilidad en el debido cumplimiento de sus funciones, facultades y atribuciones derivadas de la ley que rige la protección de datos personales y su actuar como autoridad; por lo tanto, en cumplimiento al principio de confidencialidad, se debe garantizar que **exclusivamente el TITULAR DE LOS DATOS PUEDA ACCEDER A SUS DATOS PERSONALES,** o bien, la **PERSONA QUE ÉL AUTORICE**, o en su caso, la **AUTORIDAD COMPETENTE**.

CECOFAM-PA-02

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 _____ y _____6_____, a fin de salvaguardar su bien superior, de conformidad a la fracción I del artículo 18 de las Bases Generales que Reglamentan los servicios que proporciona el Centro de Convivencia Familiar Supervisada, la cual se sostendrá en un marco de respeto y tolerancia con el acompañamiento de _____7_____ y _____.

Ciudad de México a _____8_____.

_____9_____ **(NOMBRE Y FIRMA)**

_____10_____ **(NOMBRE Y FIRMA)**

CECOFAM-PA-02

Área: CECOFAM "Revinculación Familiar"

COMPROMISOS COPARENTALES

10

CECOFAM-PA-02

Área: CECOFAM "Revinculación Familiar"

Nombre, fecha y firma:

_____11_____

_____

Autoridad y/o Facilitador que intervinieron:

_____12_____

_____

De conformidad con lo dispuesto en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y la de esta Ciudad; la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados; la Ley de Protección de Datos en Posesión de Sujetos Obligados de la Ciudad de México y los Lineamientos Generales de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados de la Ciudad de México, se hace de su conocimiento que la información que se remite contiene datos personales, los que son considerados como cualquier información concerniente a personas físicas identificadas o identificables, por lo que, una persona física es identificable cuando su identidad pueda determinarse directa o indirectamente. En este sentido, los datos personales son estimados por la ley como confidenciales, por lo que, deben ser tratados bajo su más estricta responsabilidad en el debido cumplimiento de sus funciones, facultades y atribuciones derivadas de la ley que rige la protección de datos personales y su actuar como autoridad; por lo tanto, en cumplimiento al principio de confidencialidad, se debe garantizar que **exclusivamente el TITULAR DE LOS DATOS PUEDA ACCEDER A SUS DATOS PERSONALES,** o bien, la **PERSONA QUE ÉL AUTORICE**, o en su caso, la **AUTORIDAD COMPETENTE**.

CECOFAM-PA-02

DESCRIPCIÓN DEL FORMATO	
Nombre:	**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA SOSTENER PLATICA ASISTIDA COPARENTAL**
Clave:	**CECOFAM-PA-02**
Objetivo:	Contar con la aceptación de la o el Responsable Custodio y la o el 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	NO. REG. CECOFAM	El número de registro asignado a la familia para su identificación como usuaria del CECOFAM.
2	SEDE	Lugar donde se llevará a cabo la plática.
3	HORARIO	Debe horario en que se lleva a cabo la plática.
4	DIA	Día en que se llevará a cabo la Plática Asistida Coparental.
5	NUMERO CONSECUTIVO	Número consecutivo de plática.
6	NOMBRE	Nombre de la niña, niño o adolescente que forma parte del núcleo familiar.
7	NOMBRE DE LA O EL FACILITADOR Y/O AUTORIDAD	Inserción del Nombre de la Autoridad y/o Facilitador que acompañara la Plática Asistida Coparental.
10	FECHA	Día, mes y año en que se lleva a cabo la plática.
8	NOMBRE Y FIRMA DE LA O EL RESPONSABLE CUSTODIO	Nombre y Firma de puño y letra de la o el Responsable Custodio.
9	NOMBRE Y FIRMA DE LA O EL RESPONSABLE CONVIVIENTE	Nombre y Firma de puño y letra de la o el Responsable Conviviente.
11	APARTADO DE LLENADO DE PROPUESTAS DE	Se debe realizar el llenado de puño y letra con la redacción de las propuestas realizadas en común acuerdo por la o el

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
	COMPROMISOS PARENTALES	Responsable Custodio y la o el Responsable Conviviente para su envío a la autoridad jurisdiccional.
12	NOMBRE, FECHA Y FIRMA DE LA O EL RESPONSABLE CONVIVIENTE Y LA O EL RESPONSABLE CUSTODIO	Nombre y Firma de la o el Responsable Custodio y la o el Responsable Conviviente, así como fecha en la que se suscribe el documento.
13	NOMBRE Y FIRMA DE LA AUTORIDAD Y/O LA O EL FACILITADOR QUE INTERVINIERON.	Nombre completo de la Autoridad y/o la o el Facilitador que participó en la plática.

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:

_____
_____
_____
_____
_____

_____
FIRMA

¡Gracias!

Tipo de servicio: [ ] C. Reencuentro [ ] C. Asistida [ ] Espacios Semi-libres [ ] Entrega-Recepción

CECOFAM-PA-03

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)_____

___

_____

_____

_____

_____

_____

FIRMA

¡Gracias!

Tipo de servicio: [ ] C. Reencuentro [ ] C. Asistida [ ] Espacios Semi-libres [ ] Entrega-Recepción

CECOFAM-PA-03

DESCRIPCIÓN DEL FORMATO	
Nombre:	**ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE PLÁTICA ASISTIDA INDIVIDUAL**
Clave:	**CECOFAM-PA-03**
Objetivo:	Recabar la opinión de la o el Responsable Conviviente y/o la o el 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 de la o el Responsable Custodio o la o el 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 de la o el Responsable Conviviente y/o la o el Responsable Custodio respecto a la Plática Asistida en la que participó.

PJCDMX PODER JUDICIAL CIUDAD DE MÉXICO

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

Área: CECOFAM "Revinculación Familiar"

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE PLÁTICA ASISTIDA COPARENTAL

NOMBRE:_____

FECHA: _____ **REGISTRO:** _____

Su opinión es muy importante para nosotros, por favor marque con una **X** la columna que considere corresponde a su experiencia:

PLATICA ASISTIDA	DE ACUERDO	MEDIANAMENTE DE ACUERDO	EN DESACUERDO
El apoyo que recibieron 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.			
Los compromisos alcanzados beneficiaran la relación coparental y parento-filial.			

Con la intención de mejorar nuestro servicio le agradecemos sus observaciones y/o comentarios:

_____
_____
_____
_____
_____

_____

FIRMA

¡Gracias!

Área: CECOFAM "Revinculación Familiar"

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE PLÁTICA ASISTIDA COPARENTAL

NOMBRE:_____**(1)**_____

FECHA: _____**(2)**_____ **REGISTRO:** ___**(3)**____

Su opinión es muy importante para nosotros, por favor marque con una **X** la columna que considere corresponde a su experiencia:

PLATICA ASISTIDA	DE ACUERDO	MEDIANAMENTE DE ACUERDO	EN DESACUERDO
El apoyo que recibieron 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)**			
Los compromisos alcanzados beneficiaran la relación coparental y parento-filial.**(9)**			

Con la intención de mejorar nuestro servicio le agradecemos sus observaciones y/o comentarios:

_____**(10)**_____

_____

_____

_____

_____

_____

FIRMA

¡Gracias!

Tipo de servicio: [ ] C. Reencuentro [ ] C. Asistida [ ] Espacios Semi-libres [ ] Entrega-Recepción

CECOFAM-PA-04

DESCRIPCIÓN DEL FORMATO	
Nombre:	**ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE PLÁTICA ASISTIDA COPARENTAL**
Clave:	**CECOFAM-PA-04**
Objetivo:	Recabar la opinión de la o el Responsable Conviviente y/o la o el 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 de la o el Responsable Custodio o la o el 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 de la o el Responsable Conviviente y/o la o el Responsable Custodio respecto a la Plática Asistida en la que participó.

Área: CECOFAM "Revinculación Familiar"

REGISTRO DE ASISTENCIA PARA LA ATENCIÓN DE LA O EL USUARIO

Juicio: _____

Expediente Judicial: _____

No. de Juzgado: _____

No. De Registro: _____

HORA DE ENTRADA: _____ **HORA DE SALIDA:** _____

ASUNTO:
***NÚMERO DE CONTACTO:**
Nombre, fecha y firma:

Atendió: _____

De conformidad con lo dispuesto en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y la de esta Ciudad; la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados; la Ley de Protección de Datos en Posesión de Sujetos Obligados de la Ciudad de México y los Lineamientos Generales de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados de la Ciudad de México, se hace de su conocimiento que la información que se remite contiene datos personales, los que son considerados como cualquier información concerniente a personas físicas identificadas o identificables, por lo que, una persona física es identificable cuando su identidad pueda determinarse directa o indirectamente. En este sentido, los datos personales son estimados por la ley como confidenciales, por lo que, deben ser tratados bajo su más estricta responsabilidad en el debido cumplimiento de sus funciones, facultades y atribuciones derivadas de la ley que rige la protección de datos personales y su actuar como autoridad; por lo tanto, en cumplimiento al principio de confidencialidad, se debe garantizar que exclusivamente el **TITULAR DE LOS DATOS PUEDA ACCEDER A SUS DATOS PERSONALES, o bien, la PERSONA QUE ÉL AUTORICE, o en su caso, la AUTORIDAD COMPETENTE.**

CECOFAM-PA-05

Área: CECOFAM "Revinculación Familiar"

REGISTRO DE ASISTENCIA PARA LA ATENCIÓN DE LA O EL USUARIO

Juicio: _____1_____

Expediente Judicial: _____2_____

No. de Juzgado:_____3_____

No. De Registro:_____4_____

HORA DE ENTRADA:____5_____ **HORA DE SALIDA:**_____6_____

ASUNTO:
7
***NÚMERO DE CONTACTO:**
8
Nombre, fecha y firma: 9

Atendió: _____10_____

De conformidad con lo dispuesto en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y la de esta Ciudad; la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados; la Ley de Protección de Datos en Posesión de Sujetos Obligados de la Ciudad de México y los Lineamientos Generales de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados de la Ciudad de México, se hace de su conocimiento que la información que se remite contiene datos personales, los que son considerados como cualquier información concerniente a personas físicas identificadas o identificables, por lo que, una persona física es identificable cuando su identidad pueda determinarse directa o indirectamente. En este sentido, los datos personales son estimados por la ley como confidenciales, por lo que, deben ser tratados bajo su más estricta responsabilidad en el debido cumplimiento de sus funciones, facultades y atribuciones derivadas de la ley que rige la protección de datos personales y su actuar como autoridad; por lo tanto, en cumplimiento al principio de confidencialidad, se debe garantizar que exclusivamente el **TITULAR DE LOS DATOS PUEDA ACCEDER A SUS DATOS PERSONALES, o bien, la PERSONA QUE ÉL AUTORICE, o en su caso, la AUTORIDAD COMPETENTE.**

CECOFAM-PA-05

DESCRIPCIÓN DEL FORMATO	
Nombre:	**REGISTRO DE ASISTENCIA PARA LA ATENCIÓN DE LA O EL USUARIO**
Clave:	**CECOFAM-PA-05**
Objetivo:	Registrar la asistencia de la o el Responsable Custodio y/o la Responsable Conviviente.
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	JUICIO	Nombre de la controversia familiar que se dirime ante la autoridad jurisdiccional.
2	EXPEDIENTE JUDICIAL	El número de registro asignado por la autoridad jurisdiccional a su controversia familiar.
3	NO. DE JUZGADO	Número de la autoridad jurisdiccional que conoce de su controversia familiar.
4	NO. DE REGISTRO	Número de registro asignado para recibir los servicios de CECOFAM.
5	HORA DE ENTRADA	Hora en la que se presenta a las instalaciones del CECOFAM.
6	HORA DE SALIDA	Hora en la que se retira de las instalaciones del CECOFAM.
7	ASUNTO:	Indicar al asunto al que asiste a CECOFAM.
8	NÚMERO DE CONTACTO	Número telefónico al que se le puede contactar.
9	NOMBRE, FECHA Y FIRMA	Nombre y Firma de la o el Responsable Custodio y la o el Responsable Conviviente, así como fecha en la que se suscribe el documento.
10	ATENDIÓ	Nombre del personal de CECOFAM que brinda la atención.

Área: CECOFAM "Revinculación Familiar"

CARTA RECEPCIÓN DE HORARIO DE FASE POR REDIRECCIÓN

No. de Registro de Convivencia:	

En cumplimiento a la instrucción judicial del régimen de visitas y convivencias a través del Programa de Revinculación Familiar, así como al primer párrafo del artículo 21 de las Bases Generales que Reglamentan los servicios que proporciona el Centro de Convivencia Familiar Supervisada, por haber alcanzado el objetivo de la Fase(s) no. _____, transitamos la convivencia entre la niña, niño y/o adolescentes y la o el Responsable Conviviente a la Fase no. _____, la cual se desarrollará a partir de la fecha _____, de las _____ hrs. a las _____ hrs., los días _____ con una periodicidad _____, en las instalaciones ubicadas en _____.

RESPONSABLE CUSTODIO **RESPONSABLE CONVIVIENTE**

_____ _____

NOMBRE, FECHA Y FIRMA **NOMBRE, FECHA Y FIRMA**

Nombre y Firma de la o el Facilitador: _____

De conformidad con lo dispuesto en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y la de esta Ciudad; la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados; la Ley de Protección de Datos en Posesión de Sujetos Obligados de la Ciudad de México y los Lineamientos Generales de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados de la Ciudad de México, se hace de su conocimiento que la información que se remite contiene datos personales, los que son considerados como cualquier información concerniente a personas físicas identificadas o identificables, por lo que, una persona física es identificable cuando su identidad pueda determinarse directa o indirectamente. En este sentido, los datos personales son estimados por la ley como confidenciales, por lo que, deben ser tratados bajo su más estricta responsabilidad en el debido cumplimiento de sus funciones, facultades y atribuciones derivadas de la ley que rige la protección de datos personales y su actuar como autoridad; por lo tanto, en cumplimiento al principio de confidencialidad, se debe garantizar que **exclusivamente el TITULAR DE LOS DATOS PUEDA ACCEDER A SUS DATOS PERSONALES,** o bien, la **PERSONA QUE ÉL AUTORICE**, o en su caso, la **AUTORIDAD COMPETENTE**.

CECOFAM-PA-06

Área: CECOFAM "Revinculación Familiar"

CARTA RECEPCIÓN DE HORARIO DE FASE POR REDIRECCIÓN

No. de Registro de Convivencia:	1

En cumplimiento a la instrucción judicial del régimen de visitas y convivencias a través del Programa de Revinculación Familiar, así como al primer párrafo del artículo 21 de las Bases Generales que Reglamentan los servicios que proporciona el Centro de Convivencia Familiar Supervisada, por haber alcanzado el objetivo de la Fase(s) no. ____2_____, transitamos la convivencia entre la niña, niño y/o adolescentes y la o el Responsable Conviviente a la Fase no. ____3____, la cual se desarrollará a partir de la fecha _____4_____, de las _____5_____ hrs. a las _____6_____ hrs., los días _____7_____ con una periodicidad _____8_____, en las instalaciones ubicadas en _____9_____.

RESPONSABLE CUSTODIO **RESPONSABLE CONVIVIENTE**

_____10_____ _____11_____

NOMBRE, FECHA Y FIRMA **NOMBRE, FECHA Y FIRMA**

Nombre y Firma de la o el Facilitador: _____12_____

De conformidad con lo dispuesto en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y la de esta Ciudad; la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados; la Ley de Protección de Datos en Posesión de Sujetos Obligados de la Ciudad de México y los Lineamientos Generales de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados de la Ciudad de México, se hace de su conocimiento que la información que se remite contiene datos personales, los que son considerados como cualquier información concerniente a personas físicas identificadas o identificables, por lo que, una persona física es identificable cuando su identidad pueda determinarse directa o indirectamente. En este sentido, los datos personales son estimados por la ley como confidenciales, por lo que, deben ser tratados bajo su más estricta responsabilidad en el debido cumplimiento de sus funciones, facultades y atribuciones derivadas de la ley que rige la protección de datos personales y su actuar como autoridad; por lo tanto, en cumplimiento al principio de confidencialidad, se debe garantizar que **exclusivamente el TITULAR DE LOS DATOS PUEDA ACCEDER A SUS DATOS PERSONALES,** o bien, la **PERSONA QUE ÉL AUTORICE**, o en su caso, la **AUTORIDAD COMPETENTE**.

CECOFAM-PA-06

DESCRIPCIÓN DEL FORMATO	
Nombre:	**CARTA DE RECEPCIÓN DE HORARIOS DE FASE POR REDIRECCIÓN**
Clave:	**CECOFAM-PA-06**
Objetivo:	La suscripción y recepción de horarios de fase del Programa de Revincinculación, por redirección a otra fase, de la o el Responsable Conviviente y la o el Responsable Custodio.
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	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.
2	FASE(S) NO.	El número de fase en la que se encuentran recibiendo el servicio (I, II, III o IV).
3	FASE NO.	El número de fase a la que transitan en redirección (II, III o IV).
4	FECHA	Debe anotar el día, mes y año en que dará inicio la nueva fase del Programa.
5	HORA	Hora de inicio de la convivencia en la nueva Fase.
6	HORA	Hora de conclusión de la convivencia en la nueva fase del Programa.
7	DÍAS	El o los días en que se verificará la convivencia en la nueva Fase del Programa.
8	PERIODICIDAD	Lapso en el que se desarrollara la convivencia en la nueva Fase del Programa, es decir, semanal, quincenal o mensual.
9	UBICACIÓN	Dirección de la sede del CECOFAM en la que se desarrollara la convivencia en la nueva Fase del Programa.

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
10	Nombre, Fecha y Firma de Responsable Custodio	Nombre y Firma de puño y letra de la o el Responsable Custodio, así como fecha del día en que suscribe el formato.
11	Nombre, Fecha y Firma de Responsable Conviviente	Nombre y Firma de puño y letra de la o el Responsable Conviviente, así como fecha del día en que suscribe el formato.
12	Nombre y forma de la o el Facilitador	Nombre y firma de la o el facilitador que acompaña la suscripción del formato.

Procedimiento: CIEAJ-021	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 impartirá, a través del Proceso de Reforzamiento Transversal del Programa de Revinculación Familiar, Talleres Psicoeducativos, Pláticas Propedéuticas y Actividades Colectivas a las personas usuarias del mismo.

2. Los Talleres Psicoeducativos tienen el propósito de que las personas usuarias adquieran herramientas para afrontar de manera asertiva el conflicto en que se encuentran inmersos, que les permitan alcanzar acuerdos coparentales en favor de la Revinculación parento-filial y desarrollar en conjunto, una crianza positiva procurando el interés superior de las Niñas, Niños y/o Adolescentes

3. Los Talleres Psicoeducativos, son obligatorios para las y los Responsables Convivientes, las y los Responsables Custodios, Niñas, Niños y/o Adolescentes, que sean referidos por la Autoridad Jurisdiccional al Centro de Convivencias Familiar Supervisada (CECOFAM) 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.

4. Los Talleres Psicoeducativos dirigidos a las y los Responsables Custodios y a las y los Responsables Convivientes, tendrán una duración de 5 a 8 sesiones en grupos de 15 a 20 personas, de dos horas aproximadamente cada una, una vez por semana en días y horarios prestablecidos periódicamente.

5. Los Talleres Psicoeducativos para Niñas, Niños y/o Adolescentes, se desarrollarán de manera grupal de 6 a 10 participantes, en grupos divididos por edades y tendrán una duración de 3 a 5 sesiones, una vez por semana.

6. Las programaciones de los Talleres Psicoeducativos vigentes se informarán durante la Plática Propedéutica.

7. Para la inscripción a los Talles Psicoeducativos de las Niñas, Niños y/o Adolescentes es indispensable que las y los Responsables Custodios, suscriban la Carta Compromiso, o Carta de Desistimiento, correspondiente.

8. Las Niñas, Niños y/o Adolescentes podrán ser presentados, de manera excepcional a los Talleres Psicoeducativos a que sean inscritos, por la o el Tercero Emergente designado oficialmente ante la Autoridad Jurisdiccional por la o el Responsable Custodio.

9. Para la inscripción a los Talleres Psicoeducativos de las y los Responsables Custodios y las y los Responsables Convivientes, deberá estar suscrita la Carta Compromiso, o Carta de Desistimiento, correspondiente.

10. Las inscripciones subsecuentes estarán a cargo del personal administrativo y las o los Facilitadores de las distintas Fases del Programa de Revinculación Familiar y las o los Facilitadores del Proceso de Reforzamiento Transversal.

11. La disponibilidad de temas, horarios, sede o modalidad, se dará a conocer a las y los Facilitadores de manera periódica, para que lo hagan del conocimiento de las personas usuarias.

12. La Autoridad Jurisdiccional podrá ordenar, en los casos de Desistimiento, la participación en los Talleres Psicoeducativos, a las o los Responsables Custodios, a las o los Responsables Convivientes y las Niñas, Niños y/o Adolescentes.

13. Al inicio de cada Taller Psicoeducativo se entregará a las personas usuarias participantes, el Reglamento correspondiente, el cual deberá ser firmado por las y los Responsables Custodios y las y los Responsables Convivientes, 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. Para considerar como satisfecha la participación de las y los Responsables Custodios, las y los Responsables Convivientes y Niñas, Niños y/o Adolescentes, deberán concurrir, de acuerdo a la modalidad en que se imparta, cuando menos al 80% de las sesiones establecidas.

15. Las y los Facilitadores asignados para la impartición de los Talleres Psicoeducativos, realizarán informes ejecutivos de cada uno de las y los participantes, para ser agregados al expediente de convivencia y por su naturaleza, podrán ser consultados por las y los Facilitadores de las Fases del Programa para analizar los avances en el Programa de Revinculación Familiar.

16. Al término de los Talleres Psicoeducativos las y los Responsables Custodios, las y los Responsables Convivientes y Niñas, Niños y/o Adolescentes, requisarán de manera voluntaria 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”. (Facilitador o Personal administrativo)	Informa a la o el Responsable Custodio y a la o el Responsable Conviviente, la disponibilidad de temas, horarios y sede y/o modalidad de impartición de los Talleres Psicoeducativos.	
2 3	Responsable Custodio y 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 o personal administrativo, 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” (Facilitador)	Entrega a la o el Responsable Custodio o a la o el Responsable Conviviente, Carta de Desistimiento a los Talleres Psicoeducativos (CECOFAM/PRT-04) o (CECOFAM/PRT-05).	
5	Responsable Custodio y Responsable Conviviente	Recibe, requisita, firma y devuelve Carta de Desistimiento a los Talleres Psicoeducativos (CECOFAM/PRT-04) o (CECOFAM/PRT-05), a la o el Facilitador.	• Formatos CECOFAM/PRT-04 CECOFAM/PRT-05

No.	Área	Descripción de la actividad.	Documentos y/o sistemas de apoyo.
6	Subdirección del CECOFAM Niños Héroes / Subdirección del CECOFAM Plaza Juárez / Líder Coordinador(a) de Proyectos “C” (Facilitador)	Recibe y revisa Carta de Desistimiento a los Talleres Psicoeducativos (CECOFAM/PRT-04) o (CECOFAM/PRT-05) suscrita.	
7		Entrega a la o el Líder Coordinador(a) de Proyectos “C”, la Carta de Desistimiento (CECOFAM/PRT-04) o (CECOFAM/PRT-05) de la o el Responsable Custodio o la o el Responsable Conviviente para participar en los Talleres Psicoeducativos.	
8	Líder Coordinador(a) de Proyectos “C”	Recibe, revisa la Carta de Desistimiento (CECOFAM/PRT-04) o (CECOFAM/PRT-05), genera formato de oficio a través del Sistema autorizado por el Pleno del Consejo, elabora y rubrica oficio informando a la Autoridad Jurisdiccional el desistimiento de la persona usuaria, 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 oficio al personal administrativo de la Jefatura de Unidad Departamental de Gestión Administrativa del Programa de Revinculación Familiar.	
10	Jefatura de Unidad Departamental de Gestión Administrativa del Programa de Revinculación Familiar (Personal administrativo)	Recibe y envía el oficio a la Autoridad Jurisdiccional.	

No.	Área	Descripción de la actividad.	Documentos y/o sistemas de apoyo.
11	Autoridad 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.	
12	Jefatura de Unidad Departamental de Gestión Administrativa del Programa de Revinculación Familiar (Personal administrativo)	Recibe acuse del oficio y entrega al personal administrativo de la o el Líder Coordinador(a) de Proyectos “C”, para su actualización en base de datos.	
13	Líder Coordinador(a) de Proyectos “C” (Personal administrativo)	Recibe acuse, actualiza en base de datos 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)	• Base de datos
14	Responsable Custodio y 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” (Facilitador)	Entrega a la o el Responsable Custodio o a la o el Responsable Conviviente, Carta Compromiso para la inscripción a los Talleres Psicoeducativos.	
16	Responsable Custodio y Responsable Conviviente	Recibe, requisita y devuelve a la o el Facilitador, la Carta Compromiso respectiva (CECOFAM/PRT-02) o (CECOFAM/PRT-03) debidamente requisitada.	• Formato CECOFAM/PRT-02 CECOFAM/PRT-03

No.	Área	Descripción de la actividad.	Documentos y/o sistemas de apoyo.
17	Subdirección del CECOFAM Niños Héroes / Subdirección del CECOFAM Plaza Juárez (Facilitador)	Recibe y envía a la o el 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 y revisa Carta Compromiso, registra en la lista de Asistencia y base de datos, y resguarda en carpeta física o electrónica.	• Lista de Asistencia • Base de datos
19	Líder Coordinador(a) de Proyectos “C” (Facilitador)	Imprime lista de asistencia.	
20		Espera que la o el Responsable Custodio, la o el Responsable Conviviente o la Niña, Niño y/o Adolescente asista a los Talleres Psicoeducativos. **¿Asiste a los Talleres Psicoeducativos??** **Sí.** Continúa en la actividad no. 21 **No.** Continúa en la actividad no. 32	
21		Recibe y pasa “Lista de Asistencia Talleres Psicoeducativos” (CECOFAM/PRT-07) o “Lista de Asistencia Niñas, Niños y Adolescentes” CECOFAM/PRT-07.1) de la o el Responsable Custodio y la o el Responsable Conviviente.	• Formatos CECOFAM/PRT-07 CECOFAM/PRT-07.1
22		Resguarda la Lista de Asistencia en el expediente del Taller Psicoeducativo, durante el periodo de impartición.	

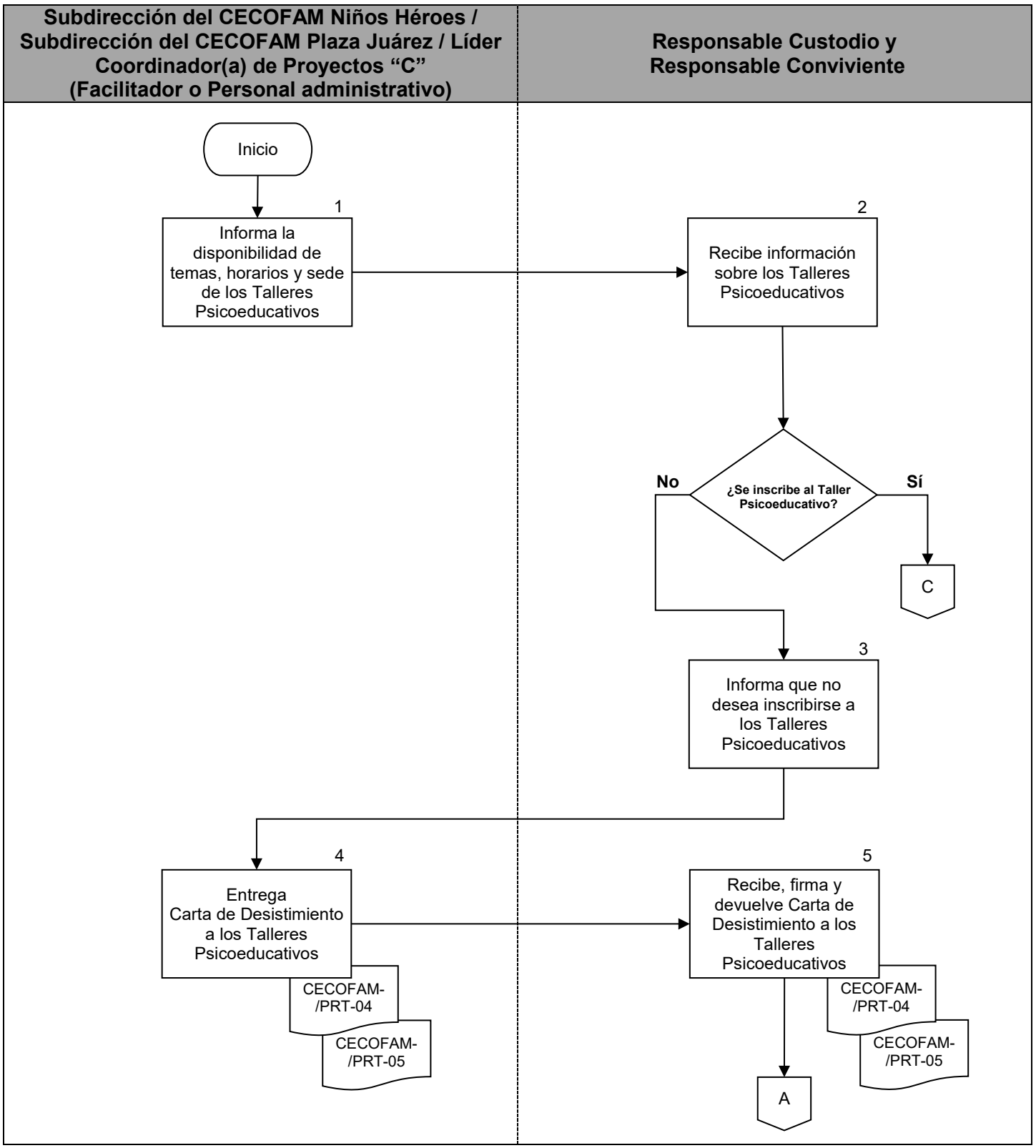
No.	Área	Descripción de la actividad.	Documentos y/o sistemas de apoyo.
23	Líder Coordinador(a) de Proyectos “C” (Facilitador)	Entrega de manera física o electrónica, a la o el Responsable Custodio, la o el Responsable Conviviente, Niña, Niño y/o Adolescente, el formato de Reglamento para su lectura y firma de conocimiento.	
24	Responsable Custodio y Responsable Conviviente	Recibe, requisita y devuelve a la o el Facilitador el formato de “Reglamento” (CECOFAM/PRT-08).	• Formatos CECOFAM/PRT-08
25 26 27	Líder Coordinador(a) de Proyectos “C” (Facilitador)	Recibe y resguarda Reglamento en el expediente del Taller Psicoeducativo, durante el periodo de impartición. Imparte las sesiones de los Talleres Psicoeducativos. Concluye los Talleres Psicoeducativos y entrega a la o el Responsable Custodio, la o el Responsable Conviviente y Niña, Niño o Adolescente, el formato de Encuesta de Satisfacción. (Continúa en las actividades 28 y 40)	
28	Responsable Custodio y Responsable Conviviente	Recibe, requisita y devuelve el respectivo formato de “Encuesta de Satisfacción Talleres Psicoeducativos” (CECOFAM/PRT-10) o “Encuesta de Satisfacción Niñas, Niños y Adolescentes” (CECOFAM/PRT-10.1) a la o el Facilitador.	• Formatos CECOFAM/PRT-10 CECOFAM/PRT-10.1
29	Líder Coordinador(a) de Proyectos “C” (Facilitador)	Recibe, revisa y turna el formato de Encuesta de Satisfacción a la el Líder Coordinador(a) de Proyectos “C”, para su conocimiento.	
30	Líder Coordinador(a) de Proyectos “C”	Recibe, revisa y turna el formato de Encuesta de Satisfacción a la Jefatura de Unidad Departamental de Gestión Administrativa del Programa de Revinculación Familiar, para su captura en el Sistema.	

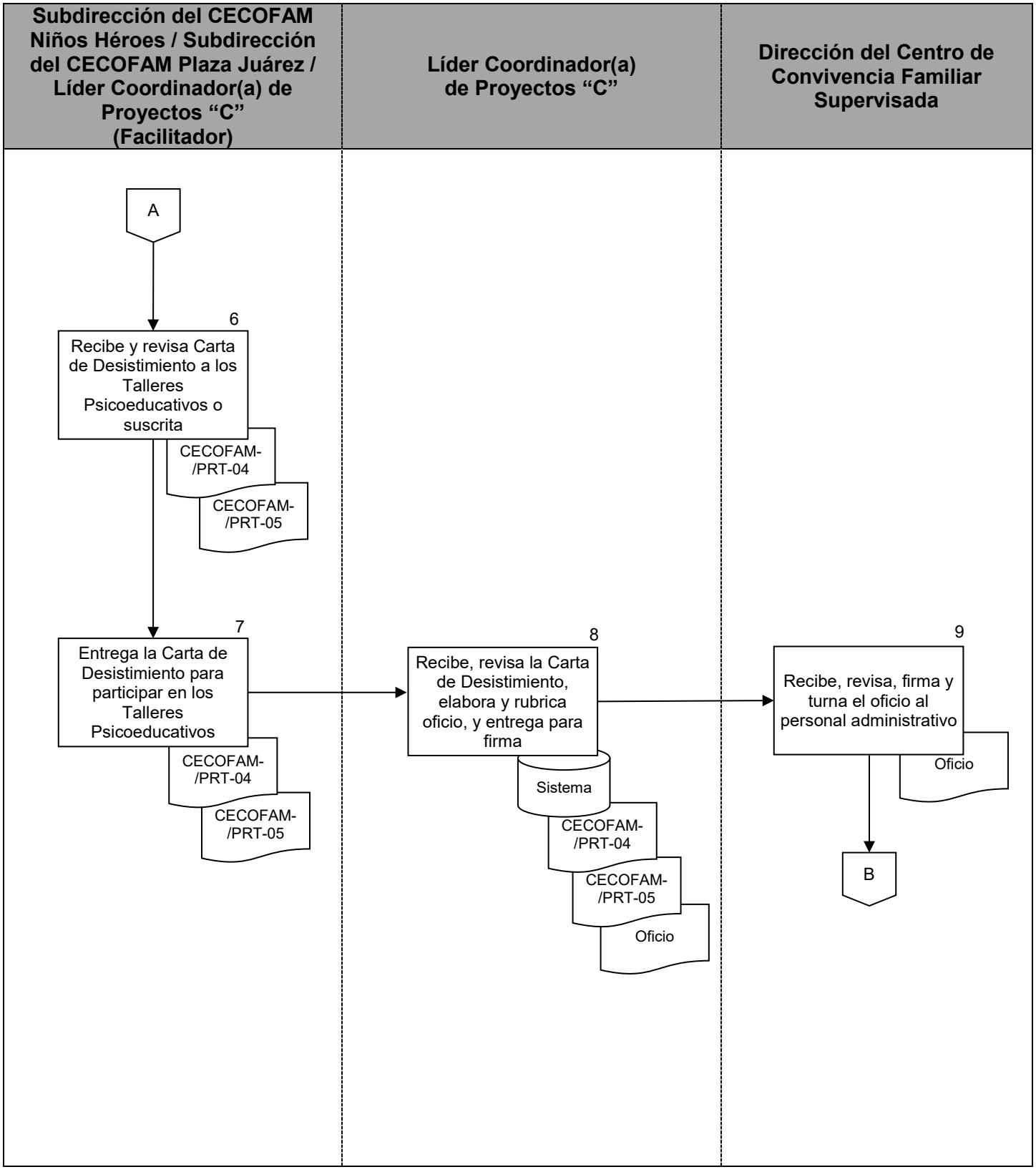
No.	Área	Descripción de la actividad.	Documentos y/o sistemas de apoyo.
31	Jefatura de Unidad Departamental de Gestión Administrativa del Programa de Revinculación Familiar	Recibe, captura y turma al personal administrativo de la Jefatura de Unidad Departamental de Gestión Administrativa del Programa de Revinculación Familiar para su resguardo en expediente. (Continúa en la actividad no. 43)	• Sistema
32 33	Líder Coordinador(a) de Proyectos “C” (Facilitador)	Elabora mediante Sistema autorizado por el Pleno del Consejo, de conformidad a la lista de asistencia, oficio informando a la Autoridad Jurisdiccional la asistencia o inasistencia al Taller Psicoeducativo de la o el Responsable Custodio, la o el Responsable Conviviente o Niña, Niño o Adolescente. Rubrica y turna oficio para revisión a la o el Líder Coordinador(a) de Proyectos “C”.	• Sistema • Oficio
34	Líder Coordinador(a) de Proyectos “C”	Recibe, revisa, rúbrica y turna oficio a la Dirección del Centro de Convivencia Familiar Supervisada.	
35	Dirección del Centro de Convivencia Familiar Supervisada	Recibe, revisa, firma y turna oficio al personal administrativo de la Jefatura de Unidad Departamental de Gestión Administrativa del Programa de Revinculación Familiar, para su envío a la Autoridad Jurisdiccional.	
36	Jefatura de Unidad Departamental de Gestión Administrativa del Programa de Revinculación Familiar (Personal administrativo)	Recibe y envía oficio a la Autoridad Jurisdiccional.	

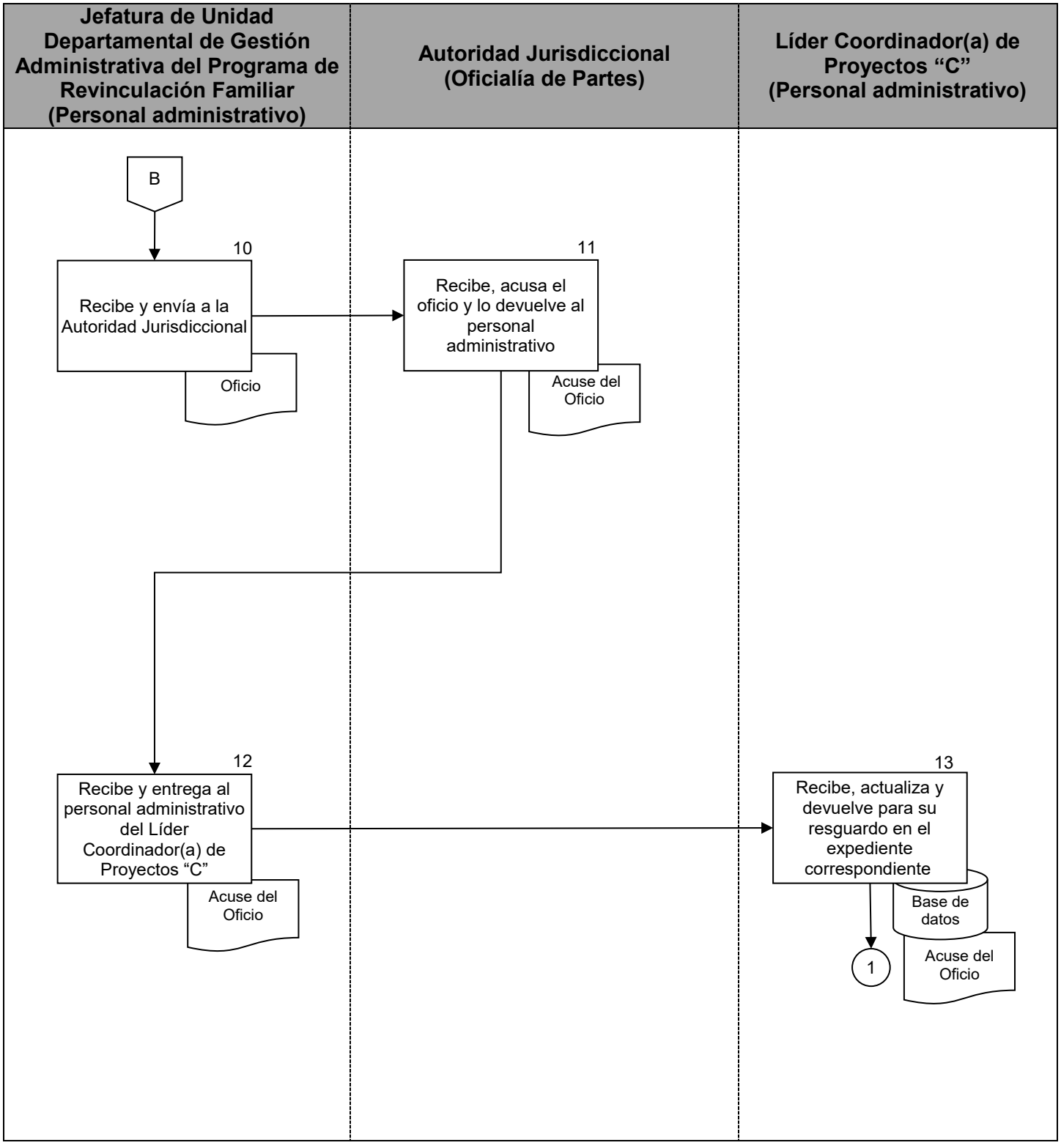
No.	Área	Descripción de la actividad.	Documentos y/o sistemas de apoyo.
37	Autoridad Jurisdiccional (Oficialía de Partes)	Recibe, acusa y devuelve oficio al personal administrativo de la Jefatura de Unidad Departamental de Gestión Administrativa del Programa de Revinculación Familiar.	
38	Jefatura de Unidad Departamental de Gestión Administrativa del Programa de Revinculación Familiar (Personal administrativo)	Recibe y actualiza en el Sistema autorizado con el Pleno del Consejo, con el acuse del oficio en el que se informó a la o el Autoridad Jurisdiccional, la asistencia o inasistencia y turna al Líder Coordinador de Proyectos “C” (Personal Administrativo).	• Sistema
39	Líder Coordinador(a) de Proyectos “C” (Personal administrativo)	Recibe y actualiza en la base de datos con el acuse del oficio en el que se informó a la Autoridad Jurisdiccional, la asistencia o inasistencia y envía al archivo para su resguardo en expediente. (Continúa en la actividad no. 43)	• Base de datos
40 41	Líder Coordinador (a) de Proyectos “C” (Facilitador)	Elabora y firma “Informe Ejecutivo de Participación” (CECOFAM/PRT-09), de la o el Responsable Custodio, la o el Responsable Conviviente y Niña, Niño y Adolescente, asistentes al Taller Psicoeducativo. Turna para conocimiento a la o el Líder Coordinador(a) de Proyectos “C”, Informe Ejecutivo.	• Formato. CECOFAM/PRT-09
42	Líder Coordinador(a) de Proyectos “C”	Recibe, revisa y turna Informe Ejecutivo de Participación al personal administrativo de la Jefatura de Unidad Departamental de Gestión Administrativa del Programa de Revinculación Familiar, para su integración al expediente correspondiente.	

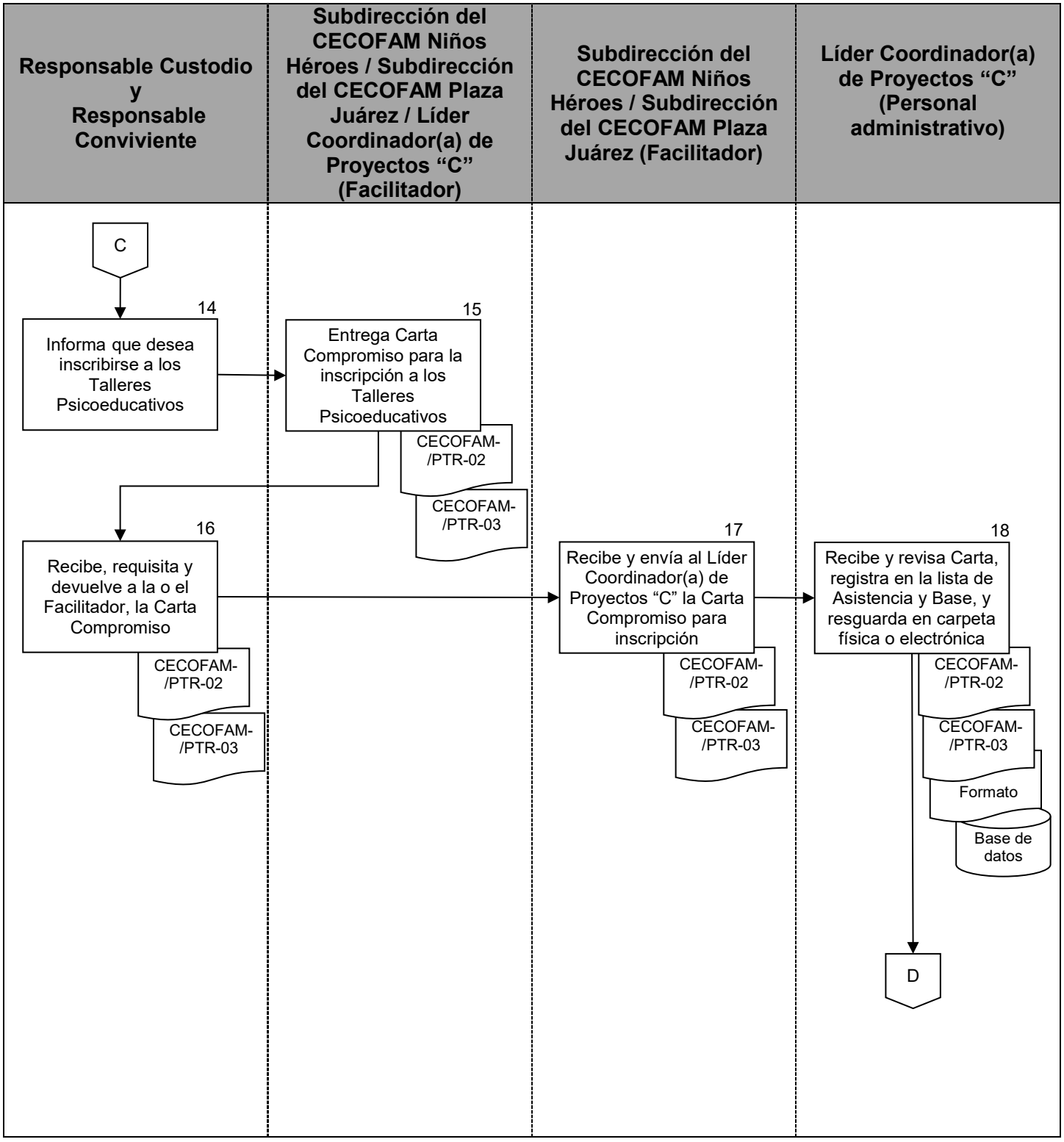
No.	Área	Descripción de la actividad.	Documentos y/o sistemas de apoyo.
43	JUD de Gestión Administrativa del Programa de Revinculación Familiar (Personal administrativo)	Recibe y/o archiva en el expediente, acuse del oficio en el que se informa a la Autoridad Jurisdiccional el desistimiento, la asistencia o inasistencia, así como el Reglamento firmado, Encuesta de Satisfacción e Informe Ejecutivo de Participación.	
44		Guarda expediente hasta que concluya su periodo de archivo en trámite	

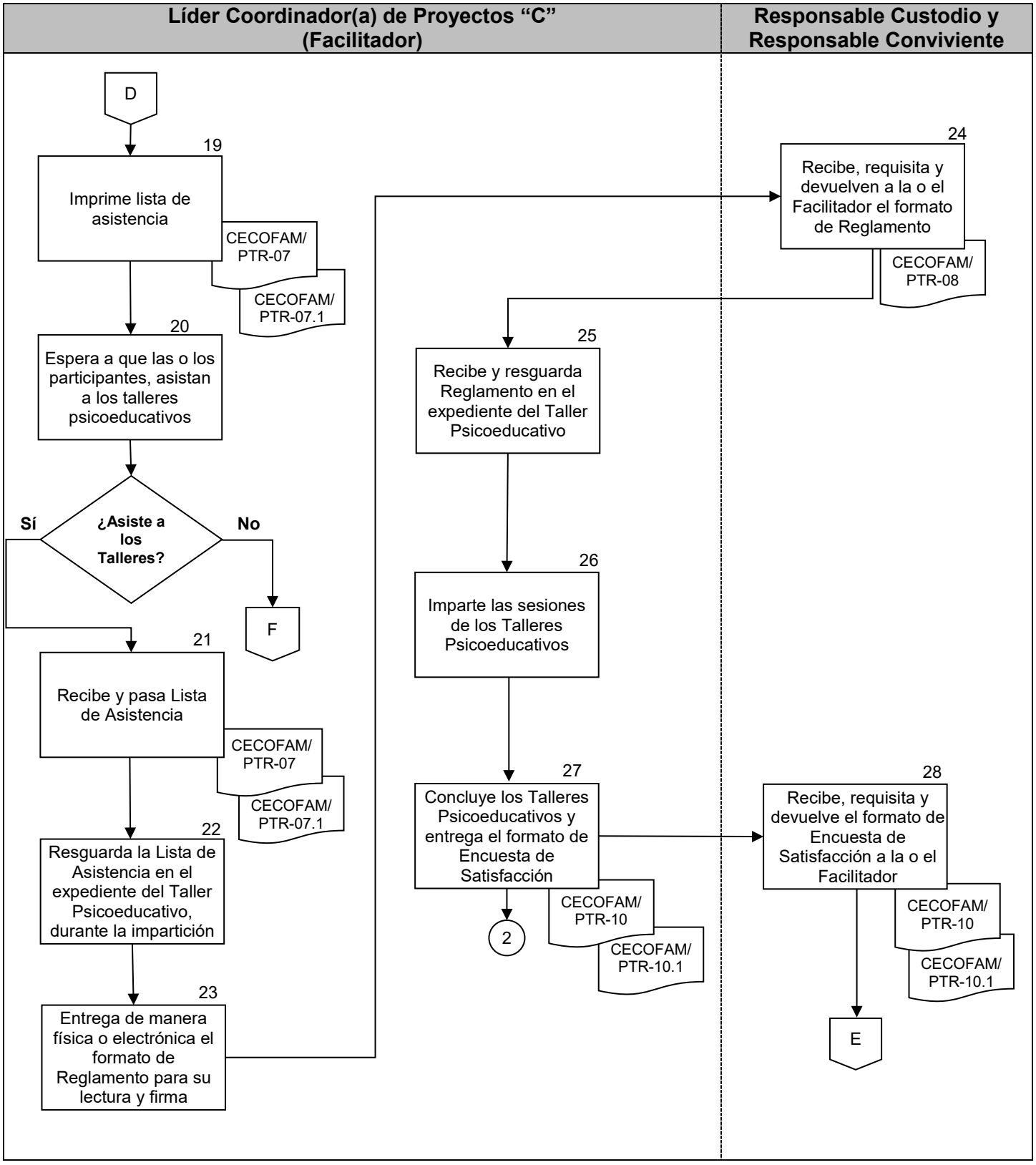
FIN DE PROCEDIMIENTO

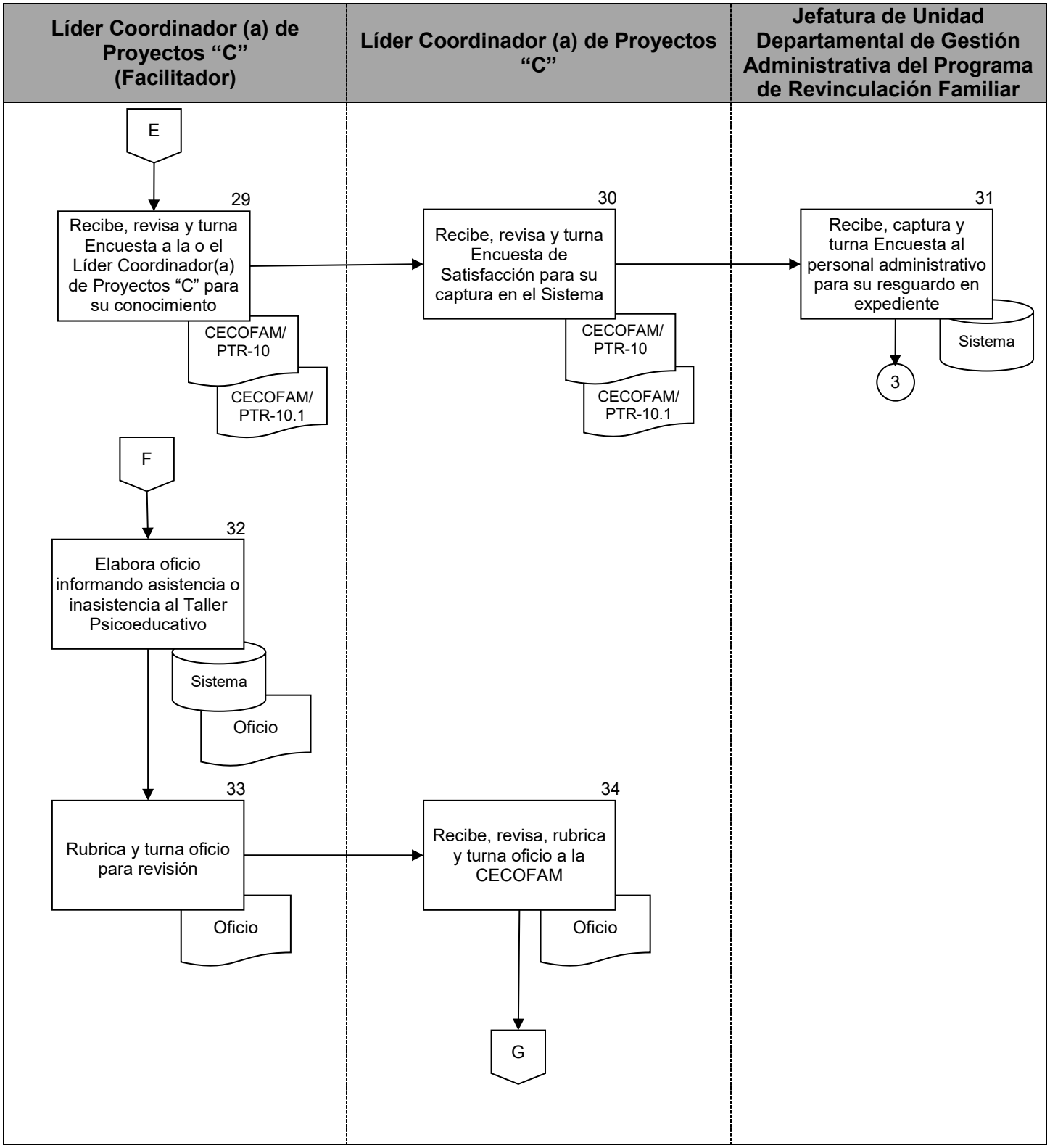

Subdirección del CECOFAM Niños Héroes / Subdirección del CECOFAM Plaza Juárez / Líder Coordinador(a) de Proyectos "C" (Facilitador o Personal administrativo)
Responsable Custodio y Responsable Conviviente
Inicio
1
Informa la disponibilidad de temas, horarios y sede de los Talleres Psicoeducativos
2
Recibe información sobre los Talleres Psicoeducativos
¿Se inscribe al Taller Psicoeducativo?
No
Sí
C
3
Informa que no desea inscribirse a los Talleres Psicoeducativos
4
Entrega Carta de Desistimiento a los Talleres Psicoeducativos
CECOFAM-/PRT-04
CECOFAM-/PRT-05
5
Recibe, firma y devuelve Carta de Desistimiento a los Talleres Psicoeducativos
CECOFAM-/PRT-04
CECOFAM-/PRT-05
A

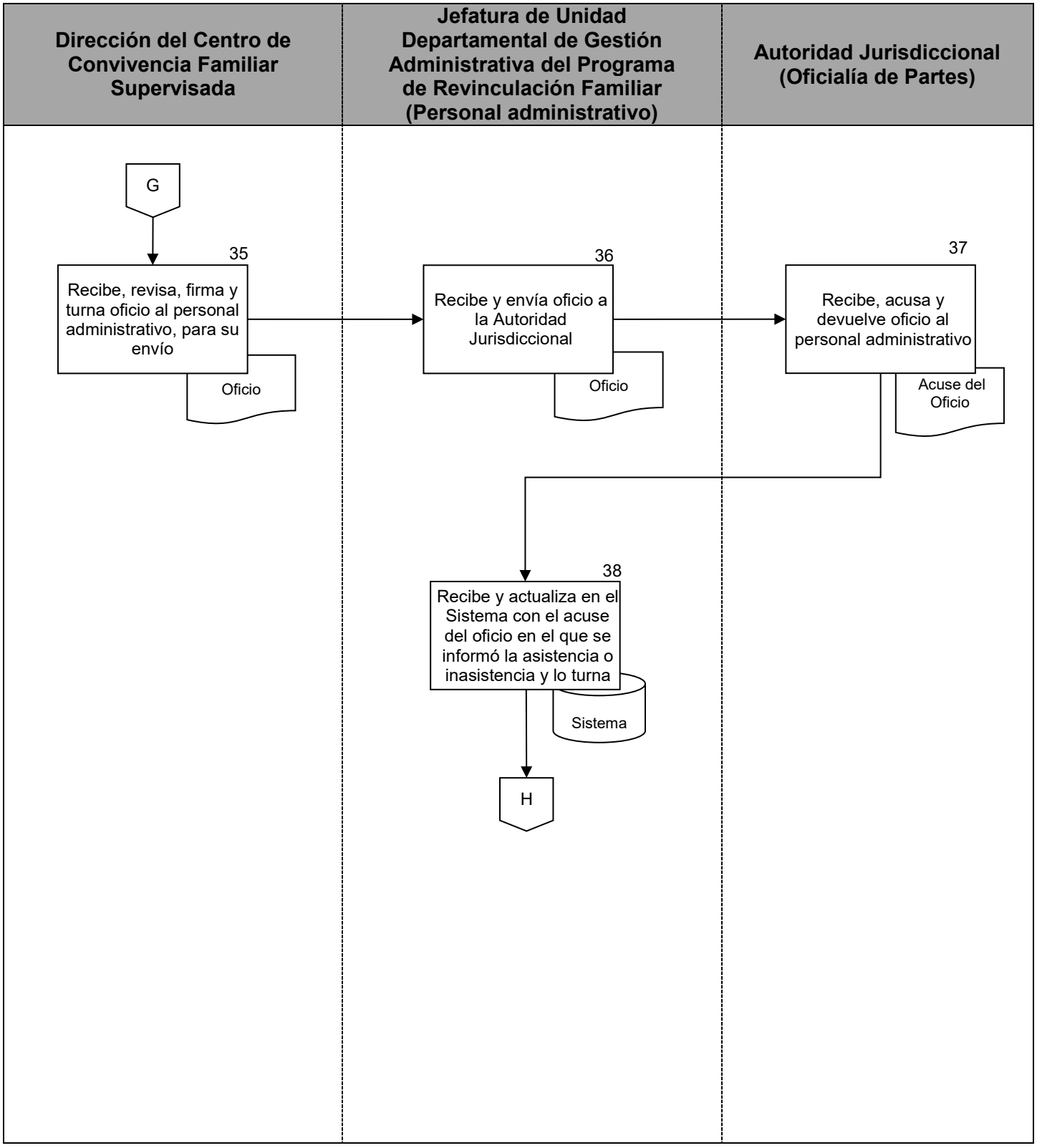

Subdirección del CECOFAM Niños Héroes / Subdirección del CECOFAM Plaza Juárez / Líder Coordinador(a) de Proyectos "C" (Facilitador)
Líder Coordinador(a) de Proyectos "C"
Dirección del Centro de Convivencia Familiar Supervisada
A
6
Recibe y revisa Carta de Desistimiento a los Talleres Psicoeducativos o suscrita
CECOFAM-/PRT-04
CECOFAM-/PRT-05
7
Entrega la Carta de Desistimiento para participar en los Talleres Psicoeducativos
CECOFAM-/PRT-04
CECOFAM-/PRT-05
8
Recibe, revisa la Carta de Desistimiento, elabora y rubrica oficio, y entrega para firma
Sistema
CECOFAM-/PRT-04
CECOFAM-/PRT-05
Oficio
9
Recibe, revisa, firma y turna el oficio al personal administrativo
Oficio
B

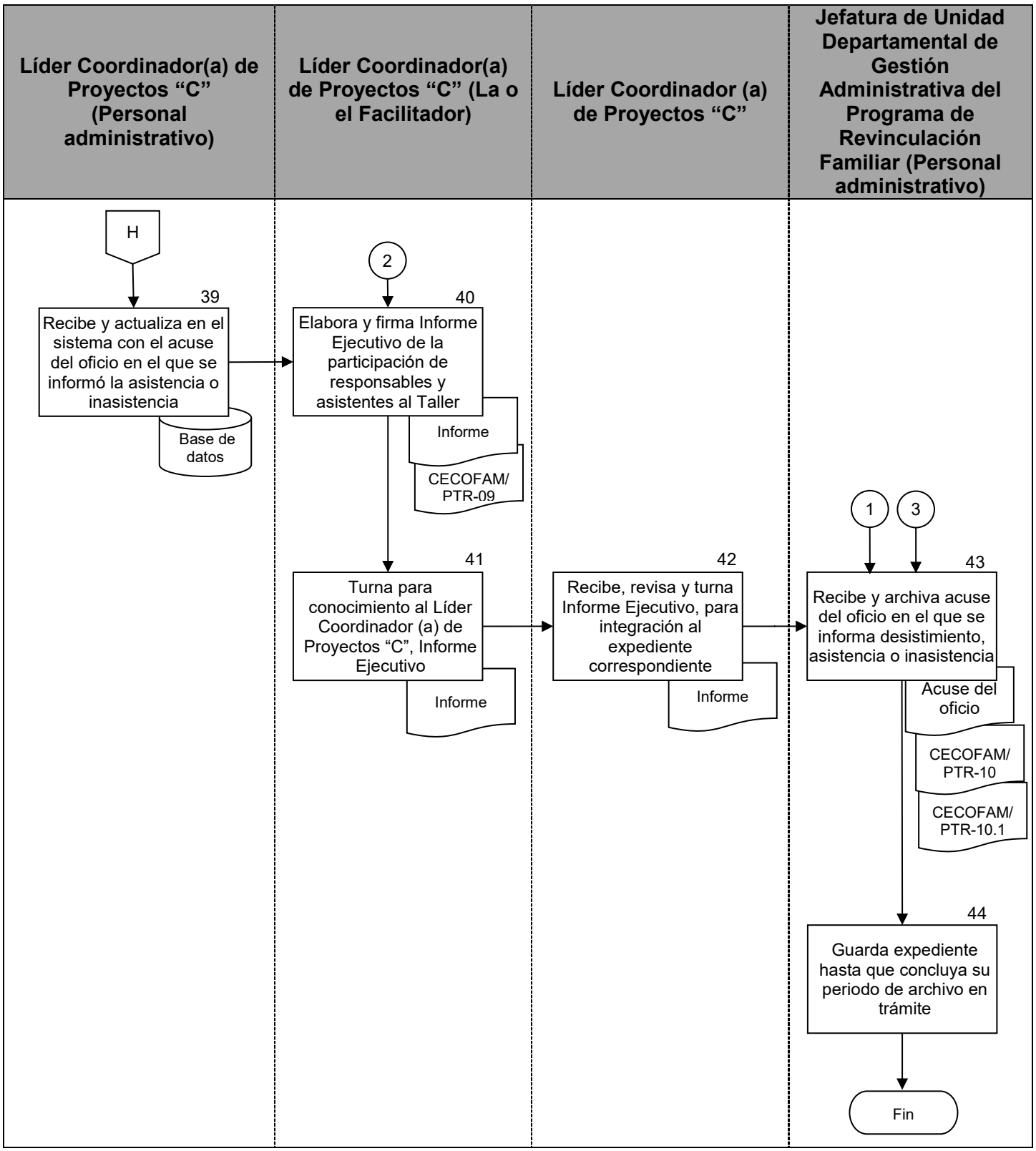

Jefatura de Unidad Departamental de Gestión Administrativa del Programa de Revinculación Familiar (Personal administrativo)
Autoridad Jurisdiccional (Oficialía de Partes)
Líder Coordinador(a) de Proyectos "C" (Personal administrativo)
B
10
Recibe y envía a la Autoridad Jurisdiccional
Oficio
11
Recibe, acusa el oficio y lo devuelve al personal administrativo
Acuse del Oficio
12
Recibe y entrega al personal administrativo del Líder Coordinador(a) de Proyectos "C"
Acuse del Oficio
13
Recibe, actualiza y devuelve para su resguardo en el expediente correspondiente
Base de datos
Acuse del Oficio
1


Responsable Custodio y Responsable Conviviente
Subdirección del CECOFAM Niños Héroes / Subdirección del CECOFAM Plaza Juárez / Líder Coordinador(a) de Proyectos "C" (Facilitador)
Subdirección del CECOFAM Niños Héroes / Subdirección del CECOFAM Plaza Juárez (Facilitador)
Líder Coordinador(a) de Proyectos "C" (Personal administrativo)
C
14
Informa que desea inscribirse a los Talleres Psicoeducativos
15
Entrega Carta Compromiso para la inscripción a los Talleres Psicoeducativos
CECOFAM-/PTR-02
CECOFAM-/PTR-03
16
Recibe, requisita y devuelve a la o el Facilitador, la Carta Compromiso
CECOFAM-/PTR-02
CECOFAM-/PTR-03
17
Recibe y envía al Líder Coordinador(a) de Proyectos "C" la Carta Compromiso para inscripción
CECOFAM-/PTR-02
CECOFAM-/PTR-03
18
Recibe y revisa Carta, registra en la lista de Asistencia y Base, y resguarda en carpeta física o electrónica
CECOFAM-/PTR-02
CECOFAM-/PTR-03
Formato
Base de datos
D


Líder Coordinador(a) de Proyectos "C" (Facilitador)
Responsable Custodio y Responsable Conviviente
D
19
Imprime lista de asistencia
CECOFAM/ PTR-07
CECOFAM/ PTR-07.1
20
Espera a que las o los participantes, asistan a los talleres psicoeducativos
¿Asiste a los Talleres?
Sí
No
F
21
Recibe y pasa Lista de Asistencia
CECOFAM/ PTR-07
CECOFAM/ PTR-07.1
22
Resguarda la Lista de Asistencia en el expediente del Taller Psicoeducativo, durante la impartición
23
Entrega de manera física o electrónica el formato de Reglamento para su lectura y firma
24
Recibe, requisita y devuelven a la o el Facilitador el formato de Reglamento
CECOFAM/ PTR-08
25
Recibe y resguarda Reglamento en el expediente del Taller Psicoeducativo
26
Imparte las sesiones de los Talleres Psicoeducativos
27
Concluye los Talleres Psicoeducativos y entrega el formato de Encuesta de Satisfacción
CECOFAM/ PTR-10
CECOFAM/ PTR-10.1
2
28
Recibe, requisita y devuelve el formato de Encuesta de Satisfacción a la o el Facilitador
CECOFAM/ PTR-10
CECOFAM/ PTR-10.1
E


Líder Coordinador (a) de Proyectos "C" (Facilitador)
Líder Coordinador (a) de Proyectos "C"
Jefatura de Unidad Departamental de Gestión Administrativa del Programa de Revinculación Familiar
E
29
Recibe, revisa y turna Encuesta a la o el Líder Coordinador(a) de Proyectos "C" para su conocimiento
CECOFAM/ PTR-10
CECOFAM/ PTR-10.1
30
Recibe, revisa y turna Encuesta de Satisfacción para su captura en el Sistema
CECOFAM/ PTR-10
CECOFAM/ PTR-10.1
31
Recibe, captura y turna Encuesta al personal administrativo para su resguardo en expediente
Sistema
3
F
32
Elabora oficio informando asistencia o inasistencia al Taller Psicoeducativo
Sistema
Oficio
33
Rubrica y turna oficio para revisión
Oficio
34
Recibe, revisa, rubrica y turna oficio a la CECOFAM
Oficio
G


Dirección del Centro de Convivencia Familiar Supervisada
Jefatura de Unidad Departamental de Gestión Administrativa del Programa de Revinculación Familiar (Personal administrativo)
Autoridad Jurisdiccional (Oficialía de Partes)
G
35
Recibe, revisa, firma y turna oficio al personal administrativo, para su envío
Oficio
36
Recibe y envía oficio a la Autoridad Jurisdiccional
Oficio
37
Recibe, acusa y devuelve oficio al personal administrativo
Acuse del Oficio
38
Recibe y actualiza en el Sistema con el acuse del oficio en el que se informó la asistencia o inasistencia y lo turna
Sistema
H


Líder Coordinador(a) de Proyectos “C” (Personal administrativo)
Líder Coordinador(a) de Proyectos “C” (La o el Facilitador)
Líder Coordinador (a) de Proyectos “C”
Jefatura de Unidad Departamental de Gestión Administrativa del Programa de Revinculación Familiar (Personal administrativo)
H
39
Recibe y actualiza en el sistema con el acuse del oficio en el que se informó la asistencia o inasistencia
Base de datos
2
40
Elabora y firma Informe Ejecutivo de la participación de responsables y asistentes al Taller
Informe
CECOFAM/ PTR-09
41
Turna para conocimiento al Líder Coordinador (a) de Proyectos “C”, Informe Ejecutivo
Informe
42
Recibe, revisa y turna Informe Ejecutivo, para integración al expediente correspondiente
Informe
1
3
43
Recibe y archiva acuse del oficio en el que se informa desistimiento, asistencia o inasistencia
Acuse del oficio
CECOFAM/ PTR-10
CECOFAM/ PTR-10.1
44
Guarda expediente hasta que concluya su periodo de archivo en trámite
Fin

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 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 18 de las Bases Generales que Reglamentan los Servicios que Proporciona el Centro de Convivencia Familiar Supervisada del Tribunal Superior de Justicia de la Ciudad de México".

Nombre del Taller Psicoeducativo: "_____"

Días y fechas de impartición: _____

Horario: de _____ a _____ horas.

Sede o modalidad: _____

_____
NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE CUSTODIO
O CONVIVIENTE

_____
NOMBRE Y FIRMA DE LA O EL FACILITADOR

CECOFAM/PRT-02

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 COMPROMISO
ADULTOS

Quien suscribe _____ (6) _____, por mi propio derecho me comprometo a participar en el 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 18 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 Taller Psicoeducativo: "_____ (7) _____"

Días y fechas de impartición: _____ (8) _____

Horario: de __ (9) ___ a __ (9) ___ horas.

Sede o modalidad: _____ (10) _____

_____ (11) _____
NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE CUSTODIO
O CONVIVIENTE

_____ (12) _____
NOMBRE Y FIRMA DE LA O EL FACILITADOR

CECOFAM/PRT-02

DESCRIPCIÓN DEL FORMATO

Nombre:	**CARTA COMPROMISO ADULTOS**
Clave:	**CECOFAM/PRT-02**
Objetivo:	Contar con constancia de la disposición de los usuarios para participar en los Talleres Psicoeducativos 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, las y los Responsables Convivientes y Niñas, Niños y Adolescentes, reciben el servicio.
3	HORARIO	El horario en que las y los Responsables Custodios, las y los Responsables Convivientes 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, las y los Responsables Convivientes 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, la o el Responsable Conviviente, que suscribió la Carta Compromiso.
7	NOMBRE DEL TALLER PSICOEDUCATIVO	El Nombre del Taller Psicoeducativo al que se comprometió a asistir la o el Responsable Custodio y la o el Responsable Conviviente
8	DÍAS Y FECHAS DE IMPARTICIÓN	Los días y fechas en que la o el Responsable Custodio, la o el Responsable Conviviente, se comprometió a asistir al Taller Psicoeducativo
9	HORARIO	El horario en que se desarrollara le Taller Psicoeducativo
10	SEDE O MODALIDAD	El domicilio de las instalaciones a donde se impartirá el Taller Psicoeducativo.

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
11	NOMBRE Y FIRMA DE LA O EL RESPONSABLE CUSTODIO O RESPONSABLE CONVIVIENTE	EL NOMBRE Y FIRMA DE LA O EL DEL RESPONSABLE CUSTODIO O CONVIVIENTE.
12	NOMBRE Y FIRMA DE LA O EL FACILITADOR	EL NOMBRE Y FIRMA DE LA O EL FACILITADOR.

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 _____, con fundamento en la fracción II del artículo 18 de las Bases Generales que Reglamentan los servicios que proporciona el 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 niña, niño o adolecente de nombre _____ de _____ años de edad al Taller Psicoeducativo que se menciona a continuación:

Nombre del Taller Psicoeducativo:

_____"

Días y fechas de impartición:

_____.

Días y Horario: _____, de _____ a _____ horas.

Sede: _____.

_____
NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE CUSTODIO

_____
NOMBRE Y FIRMA DE LA O EL FACILITADOR

De conformidad con lo dispuesto en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y la de esta Ciudad; la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados; la Ley de Protección de Datos en Posesión de Sujetos Obligados de la Ciudad de México y los Lineamientos Generales de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados de la Ciudad de México, se hace de su conocimiento que la información que se remite contiene datos personales, los que son considerados como cualquier información concerniente a personas físicas identificadas o identificables, por lo que, una persona física es identificable cuando su identidad pueda determinarse directa o indirectamente. En este sentido, los datos personales son estimados por la ley como confidenciales, por lo que, deben ser tratados bajo su más estricta responsabilidad en el debido cumplimiento de sus funciones, facultades y atribuciones derivadas de la ley que rige la protección de datos personales y su actuar como autoridad; por lo tanto, en cumplimiento al principio de confidencialidad, se debe garantizar que **exclusivamente el TITULAR DE LOS DATOS PUEDA ACCEDER A SUS DATOS PERSONALES,** o bien, la **PERSONA QUE ÉL AUTORICE**, o en su caso, la **AUTORIDAD COMPETENTE**.

CECOFAM-/PRT -03

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 COMPROMISO
NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES

Quien suscribe _____ (6) _____, con fundamento en la fracción II del artículo 18 de las Bases Generales que Reglamentan los servicios que proporciona el 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 niña, niño o adolecente de nombre _____ (7) _____ de __(8) _____ años de edad al Taller Psicoeducativo que se menciona a continuación:

Nombre del Taller Psicoeducativo: _____ (9) _____"
Días y fechas de impartición: _____ (10) _____.
Horario: de__ (11) ____ a __ (11) ____horas.
Sede: _____ (12) _____.

_____ (13) _____
NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE CUSTODIO

_____ (14) _____
NOMBRE Y FIRMA DE LA O EL FACILITADOR

De conformidad con lo dispuesto en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y la de esta Ciudad; la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados; la Ley de Protección de Datos en Posesión de Sujetos Obligados de la Ciudad de México y los Lineamientos Generales de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados de la Ciudad de México, se hace de su conocimiento que la información que se remite contiene datos personales, los que son considerados como cualquier información concerniente a personas físicas identificadas o identificables, por lo que, una persona física es identificable cuando su identidad pueda determinarse directa o indirectamente. En este sentido, los datos personales son estimados por la ley como confidenciales, por lo que, deben ser tratados bajo su más estricta responsabilidad en el debido cumplimiento de sus funciones, facultades y atribuciones derivadas de la ley que rige la protección de datos personales y su actuar como autoridad; por lo tanto, en cumplimiento al principio de confidencialidad, se debe garantizar que **exclusivamente el TITULAR DE LOS DATOS PUEDA ACCEDER A SUS DATOS PERSONALES,** o bien, la **PERSONA QUE ÉL AUTORICE**, o en su caso, la **AUTORIDAD COMPETENTE**.

CECOFAM-/PRT -03

DESCRIPCIÓN DEL FORMATO

Nombre:	**CARTA COMPROMISO NIÑAS, NIÑOS Y DOLESCENTES**
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	EDAD	Los años cumplidos de las Niñas, Niños y/o Adolescentes
9	NOMBRE DEL MÓDULO TEMÁTICO	El nombre del Taller Psicoeducativo que corresponda.
10	PERIODO DE IMPARTICIÓN	El Periodo en que es impartido el Taller Psicoeducativo
11	DÍAS Y HORARIO DE IMPARTICIÓN	Los días y horario en que se lleva a cabo el Taller Psicoeducativo.
11	HORAS	Las horas de inicio y de término de la sesión
13	SEDE	El domicilio de las instalaciones a donde se impartirá el Taller Psicoeducativo.

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
14	NOMBRE Y FIRMA DE LA O EL RESPONSABLE CUSTODIO	El Nombre y firma de la o el Responsable Custodio que suscribe la carta compromiso.
15	NOMBRE Y FIRMA DE LA O EL FACILITADOR	El nombre y firma de la o el Facilitador.

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 Taller Psicoeducativo denominado "_____", que contempla el Programa de Revinculación Familiar, al que fui convocada(o), debido a que:

_____

_____

_____,

mismo que me fue informado, tiene un carácter de obligatorio, como se desprende de la fracción II del artículo 18 de las Bases Generales que Reglamentan los servicios que proporciona el Centro de Convivencia Familiar Supervisada del Tribunal Superior de Justicia de la Ciudad de México.

_____
NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE CUSTODIO

_____
NOMBRE Y FIRMA DE LA O EL FACILITADOR

De conformidad con lo dispuesto en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y la de esta Ciudad; la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados; la Ley de Protección de Datos en Posesión de Sujetos Obligados de la Ciudad de México y los Lineamientos Generales de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados de la Ciudad de México, se hace de su conocimiento que la información que se remite contiene datos personales, los que son considerados como cualquier información concerniente a personas físicas identificadas o identificables, por lo que, una persona física es identificable cuando su identidad pueda determinarse directa o indirectamente. En este sentido, los datos personales son estimados por la ley como confidenciales, por lo que, deben ser tratados bajo su más estricta responsabilidad en el debido cumplimiento de sus funciones, facultades y atribuciones derivadas de la ley que rige la protección de datos personales y su actuar como autoridad; por lo tanto, en cumplimiento al principio de confidencialidad, se debe garantizar que **exclusivamente el TITULAR DE LOS DATOS PUEDA ACCEDER A SUS DATOS PERSONALES.** o bien, la **PERSONA QUE ÉL AUTORICE**, o en su caso, la **AUTORIDAD COMPETENTE**.

CECOFAM-/PRT -04

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 Taller Psicoeducativo denominado "_____ (7) _____", que contempla el Programa de Revinculación Familiar, al que fui convocada(o), debido a que:

_____
_____ (8) _____
_____,
mismo que me fue informado, tiene un carácter de obligatorio, como se desprende de la fracción II del artículo 18 de las Bases Generales que Reglamentan los servicios que proporciona el Centro de Convivencia Familiar Supervisada del Tribunal Superior de Justicia de la Ciudad de México.

_____ (9) _____
NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE CUSTODIO

_____ (10) _____
NOMBRE Y FIRMA DE LA O EL FACILITADOR

De conformidad con lo dispuesto en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y la de esta Ciudad; la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados; la Ley de Protección de Datos en Posesión de Sujetos Obligados de la Ciudad de México y los Lineamientos Generales de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados de la Ciudad de México, se hace de su conocimiento que la información que se remite contiene datos personales, los que son considerados como cualquier información concerniente a personas físicas identificadas o identificables, por lo que, una persona física es identificable cuando su identidad pueda determinarse directa o indirectamente. En este sentido, los datos personales son estimados por la ley como confidenciales, por lo que, deben ser tratados bajo su más estricta responsabilidad en el debido cumplimiento de sus funciones, facultades y atribuciones derivadas de la ley que rige la protección de datos personales y su actuar como autoridad; por lo tanto, en cumplimiento al principio de confidencialidad, se debe garantizar que **exclusivamente el TITULAR DE LOS DATOS PUEDA ACCEDER A SUS DATOS PERSONALES.** o bien, la **PERSONA QUE ÉL AUTORICE**, o en su caso, la **AUTORIDAD COMPETENTE**.

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 la o el Responsable Conviviente, para participar en los Talleres Psicoeducativos 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 la o el Responsable Conviviente,
7	TALLER PSICOEDUCATIVO	El nombre del Taller Psicoeducativo
8	MOTIVO DE DESISTIMIENTO	El motivo o causas por las que la o el Responsable Custodio o la o el Responsable Conviviente o ambos, se desiste de asistir al Taller Psicoeducativo.
9	NOMBRE Y FIRMA DE LA O EL RESPONSABLE CUSTODIO	El nombre y firma de la o el Responsable Custodio.
10	NOMBRE Y FIRMA DE LA O EL FACILITADOR	Nombre y firma de la o el Facilitador.

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 niña, niño o adolescente _____, debido a:_____
_____
_____
no participará en el Taller Psicoeducativo denominado "_____
_____", el cual de conformidad con fracción II del artículo 18 de las Bases Generales que Reglamentan los servicios que proporciona el Centro de Convivencia Familiar Supervisada del Tribunal Superior de Justicia de la Ciudad de México, se me informó, es de carácter obligatorio.

_____
NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE CUSTODIO

_____
NOMBRE Y FIRMA DE LA O EL FACILITADOR

De conformidad con lo dispuesto en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y la de esta Ciudad; la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados; la Ley de Protección de Datos en Posesión de Sujetos Obligados de la Ciudad de México y los Lineamientos Generales de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados de la Ciudad de México, se hace de su conocimiento que la información que se remite contiene datos personales, los que son considerados como cualquier información concerniente a personas físicas identificadas o identificables, por lo que, una persona física es identificable cuando su identidad pueda determinarse directa o indirectamente. En este sentido, los datos personales son estimados por la ley como confidenciales, por lo que, deben ser tratados bajo su más estricta responsabilidad en el debido cumplimiento de sus funciones, facultades y atribuciones derivadas de la ley que rige la protección de datos personales y su actuar como autoridad; por lo tanto, en cumplimiento al principio de confidencialidad, se debe garantizar que **exclusivamente el TITULAR DE LOS DATOS PUEDA ACCEDER A SUS DATOS PERSONALES,** o bien, la **PERSONA QUE ÉL AUTORICE**, o en su caso, la **AUTORIDAD COMPETENTE**.

CECOFAM/PRT-05

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
NIÑA, NIÑO O ADOLESCENTE

Yo _____ (6) _____, por propio derecho en este acto, manifiesto que la niña, niño o adolescente _____ (7) _____, debido a:_____ (8) _____
_____
_____
no participará en el Taller Psicoeducativo denominado "_____ (9) _____
_____", el cual de conformidad con fracción II del artículo 18 de las Bases Generales que Reglamentan los servicios que proporciona el Centro de Convivencia Familiar Supervisada del Tribunal Superior de Justicia de la Ciudad de México, se me informó, es de carácter obligatorio.

_____ (10) _____
NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE CUSTODIO

_____ (11) _____
NOMBRE Y FIRMA DE LA O EL FACILITADOR

De conformidad con lo dispuesto en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y la de esta Ciudad; la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados; la Ley de Protección de Datos en Posesión de Sujetos Obligados de la Ciudad de México y los Lineamientos Generales de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados de la Ciudad de México, se hace de su conocimiento que la información que se remite contiene datos personales, los que son considerados como cualquier información concerniente a personas físicas identificadas o identificables, por lo que, una persona física es identificable cuando su identidad pueda determinarse directa o indirectamente. En este sentido, los datos personales son estimados por la ley como confidenciales, por lo que, deben ser tratados bajo su más estricta responsabilidad en el debido cumplimiento de sus funciones, facultades y atribuciones derivadas de la ley que rige la protección de datos personales y su actuar como autoridad; por lo tanto, en cumplimiento al principio de confidencialidad, se debe garantizar que **exclusivamente el TITULAR DE LOS DATOS PUEDA ACCEDER A SUS DATOS PERSONALES,** o bien, la **PERSONA QUE ÉL AUTORICE**, o en su caso, la **AUTORIDAD COMPETENTE**.

CECOFAM/PRT-05

DESCRIPCIÓN DEL FORMATO

Nombre:	**CARTA DE DESISTIMIENTO NIÑA, NIÑO Y ADOLESCENTE**
Clave:	**CECOFAM/PRT-05**
Objetivo:	Contar con constancia de la negativa de las y los Responsables Custodios, las y los Responsables Convivientes y Niñas, Niños y Adolescentes, a participar en los Talleres Psicoeducativos 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, las y los Responsables Convivientes y Niñas, Niños y Adolescentes, reciben el servicio.
3	HORARIO	El horario en que las y los Responsables Custodios, las y los Responsables Convivientes 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, la y los Responsables Convivientes 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 de la o el Responsable Custodio.
7	NIÑA, NIÑO O ADOLESCENTE	El nombre de la(s) Niñas, Niños o Adolescentes.
8	MOTIVO DEL DESISTIMIENTO	El o los motivos por los cuáles la(s) Niña(s), Niño(s) y/o Adolescente(s), no será presentado al Taller Psicoeducativo
9	TALLER PSICOEDUCATIVO	El nombre del Taller Psicoeducativo.

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
10	NOMBRE Y FIRMA DE LA O EL RESPONSABLE CUSTODIO	El nombre y firma de la o el del Responsable Custodio.
11	NOMBRE Y FIRMA DE LA O EL FACILITADOR	Nombre y firma de la o el Facilitador.

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA
TSJCDMX

Área: CECOFAM, "Revinculación Familiar"

LISTA DE ASISTENCIA

Taller Psicoeducativo: " _____ **"**

Periodo de realización: del _____ **de** _____ **al** _____ **de** _____ **de 202__**

Días y horario de impartición: _____ **de** _____ **a** _____ **horas**

Sede o Modalidad: _____

Nº	Nº de registro	Nombre	Correo Electrónico	1	2	3	4	5	total

_____

Nombre y firma de la o el Facilitador

CECOFAM/PRT-07

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA
TSJCDMX

Área: CECOFAM, "Revinculación Familiar"

LISTA DE ASISTENCIA

Taller Psicoeducativo: " _____ (1) _____ "

Periodo de realización: del ___ (2) ___ de _____ (2) _____ al __ (2) ____ de _____ (2) _____ de 202__

Días y horario de impartición: _____ (3) _____ de __ (3) _____ a ___ (3) _____ horas

Sede o Modalidad: _____ (4) _____

Nº	Nº de registro	Nombre	Correo Electrónico	1	2	3	4	5	total
(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(9)	(9)	(9)	(9)	(10)

_____ (11) _____

Nombre y firma de la o el Facilitador

CECOFAM/PRT-07

DESCRIPCIÓN DEL FORMATO

Nombre:	**LISTA DE ASISTENCIA**
Clave:	**CECOFAM/PRT-07**
Objetivo:	Llevar un registro de las asistencia de las y los Responsables Custodios y de las y los Responsables Convivientes a los Talles Psicoeducativos.
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	TALLER PSICOEDUCATIVO	El nombre del Taller Psicoeducativo.
2	PERIODO DE REALIZACIÓN	Las fechas de inicio y de término del Taller Psicoeducativo.
3	DÍAS Y HORARIO DE IMPARTICIÓN	Los días horarios en que se impartió el Taller Psicoeducativo.
4	SEDE O MODALIDAD	El domicilio de las instalaciones donde se impartió el Taller Psicoeducativo o la modalidad en que se impartió.
5	N°	El número consecutivo.
6	N° DE REGISTRO	El número de registro del servicio que las personas usuarias reciben del CECOFAM.
7	NOMBRE	El nombre de cada persona usuaria al Taller Psicoeducativo.
8	CORREO ELECTRÓNICO	La dirección de correo electrónico a donde se le enviará a la o el Responsable Custodio o la o el Responsable Conviviente la información para participar en los Talles Psicoeducativos.
9	NÚMERO DE ASISTENCIAS	El número de sesiones del Taller Psicoeducativo.
10	TOTAL DE ASISTENCIAS	La sumatoria de asistencias de las personas usuarias.

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
11	NOMBRE Y FIRMA DE LA O EL FACILITADOR	El nombre y firma de la o el Facilitador.

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA
TSJCDMX

Área: CECOFAM, "Revinculación Familiar"

LISTA DE ASISTENCIA

Taller Psicoeducativo: "_____"
Periodo de realización: del ____ de _____ al ____ de _____ de 202__
Días y horario de impartición: _____ de ____ a ____ horas
Sede o Modalidad: _____

N°	N° de registro	Nombre	Correo Electrónico	1	2	3	4	5	6	7	8	total
1.												
2.												
3.												
4.												
5.												
6.												
7.												
8.												
9.												
10.												
11.												
12.												
13.												
14.												
15.												

Nombre y firma de la o él Facilitador

CECOFAM/PRT-07.1

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA
TSJCDMX

Área: CECOFAM, "Revinculación Familiar"

LISTA DE ASISTENCIA

Taller Psicoeducativo: " _____ **" (1)**
Periodo de realización: del ____ **de** _____ **al** ____ **de** _____ **de 202**__ **(2)**
Días y horario de impartición: _____ **de** _____ **a** _____ **horas (3)**
Sede o Modalidad: _____ **(4)**

N°	N° de registro	Nombre	Correo Electrónico	1	2	3	4	5	6	7	8	total
(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(9)	(9)	(9)	(9)	(9)	(9)	(9)	(10)

_____ **(11)**
Nombre y firma de la o él Facilitador

CECOFAM/PRT-07.1

DESCRIPCIÓN DEL FORMATO

Nombre:	**“LISTA DE ASISTENCIA”**
Clave:	**CECOFAM/PRT-07.1**
Objetivo:	Llevar un registro de las asistencia de las Niñas, Niños y Adolescentes, a los Talles Psicoeducativos.
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	TALLER PSICOEDUCATIVO	El nombre del Taller Psicoeducativo.
2	PERIODO DE REALIZACIÓN	Las fechas de inicio y de término del Taller Psicoeducativo.
3	DÍAS Y HORARIO DE IMPARTICIÓN	Los días horarios en que se impartió el Taller Psicoeducativo.
4	SEDE O MODALIDAD	El domicilio de las instalaciones donde se impartió el Taller Psicoeducativo.
5	N°	El número consecutivo.
6	N° DE REGISTRO	El número de registro del servicio que reciben del CECOFAM.
7	NOMBRE	El nombre de cada Niñas, Niños y Adolescentes inscrito al Taller Psicoeducativo.
8	EDAD	Los años cumplidos de las Niñas, Niños y Adolescentes.
9	NÚMERO DE ASISTENCIAS	El número de sesiones del Taller Psicoeducativo.
10.	TOTAL DE ASISTENCIAS	La sumatoria de asistencias de las Niñas, Niños y Adolescentes.
11	NOMBRE Y FIRMA DE LA O EL FACILITADOR	El nombre y firma de la o el Facilitador.

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

Área: CECOFAM, "Revinculación Familiar".

No. REG. CECOFAM: _____
Sede: _____
Horario: _____
Día(s): _____

Ciudad de México, a ____ de _____ de 20___.

REGLAMENTO

Nombre del Taller Psicoeducativo: "_____"
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:

- 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 RESPONSABLE CONVIVIENTE

_____
NOMBRE Y FIRMA DE LA O EL FACILITADOR

De conformidad con lo dispuesto en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y la de esta Ciudad; la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados; la Ley de Protección de Datos en Posesión de Sujetos Obligados de la Ciudad de México y los Lineamientos Generales de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados de la Ciudad de México, se hace de su conocimiento que la información que se remite contiene datos personales, los que son considerados como cualquier información concerniente a personas físicas identificadas o identificables, por lo que, una persona física es identificable cuando su identidad pueda determinarse directa o indirectamente. En este sentido, los datos personales son estimados por la ley como confidenciales, por lo que, deben ser tratados bajo su más estricta responsabilidad en el debido cumplimiento de sus funciones, facultades y atribuciones derivadas de la ley que rige la protección de datos personales y su actuar como autoridad; por lo tanto, en cumplimiento al principio de confidencialidad, se debe garantizar que **exclusivamente el TITULAR DE LOS DATOS PUEDA ACCEDER A SUS DATOS PERSONALES**, o bien, la **PERSONA QUE ÉL AUTORICE**, o en su caso, la **AUTORIDAD COMPETENTE**.

CECOFAM/PRT-08

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 Taller Psicoeducativo: "_____ (6) _____"
Periodo de impartición: _____ (7) _____
Días y horario: _____ (8) _____

Tipo de Servicio: Convivencia de Reencuentro _ (9) ___, Convivencia Asistida __ (9) ____, Convivencia en Espacios Semi-Libres __ (9) ____ o Entrega-Regreso de Niña, Niño y/o Adolescente __ (9) ___.

7. Asistir puntualmente a todas las sesiones y en el horario estipulado para el Módulo Temático.
8. Acudir sin acompañantes 10 minutos antes al horario de inicio de cada sesión, con identificación oficial, para tener acceso al edificio ubicado en _____ (10) _____.
9. Ingresar al aula sin alimentos y/o bebidas.
10. Mantener en modo silencio el teléfono celular y abstenerse de utilizarlo.
11. Permanecer en el aula durante todo el tiempo de las sesiones.
12. Participar en las actividades que le instruya el facilitador, con la finalidad de reforzar los aprendizajes.

Notas:

- 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.

_____ (11) _____
NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE CUSTODIO
O RESPONSABLE CONVIVIENTE

_____ (12)_____
NOMBRE Y FIRMA DE LA O EL FACILITADOR

De conformidad con lo dispuesto en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y la de esta Ciudad; la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados; la Ley de Protección de Datos en Posesión de Sujetos Obligados de la Ciudad de México y los Lineamientos Generales de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados de la Ciudad de México, se hace de su conocimiento que la información que se remite contiene datos personales, los que son considerados como cualquier información concerniente a personas físicas identificadas o identificables, por lo que, una persona física es identificable cuando su identidad pueda determinarse directa o indirectamente. En este sentido, los datos personales son estimados por la ley como confidenciales, por lo que, deben ser tratados bajo su más estricta responsabilidad en el debido cumplimiento de sus funciones, facultades y atribuciones derivadas de la ley que rige la protección de datos personales y su actuar como autoridad; por lo tanto, en cumplimiento al principio de confidencialidad, se debe garantizar que **exclusivamente el TITULAR DE LOS DATOS PUEDA ACCEDER A SUS DATOS PERSONALES**, o bien, la **PERSONA QUE ÉL AUTORICE**, o en su caso, la **AUTORIDAD COMPETENTE**.

CECOFAM/PRT-08

DESCRIPCIÓN DEL FORMATO

Nombre:	**REGLAMENTO**
Clave:	**CECOFAM/PRT-08**
Objetivo:	Dar a conocer a la o el Responsable Custodios y a las o los Responsables Convivientes, la normatividad a observar en los Talleres Psicoeducativos 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, las y los Responsables Convivientes y Niñas, Niños y Adolescentes, reciben el servicio.
3	HORARIO	El horario en que las y los Responsables Custodios, las y los Responsables Convivientes 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, las y los Responsables Convivientes y Niñas, Niños y Adolescentes, reciben el servicio.
5	FECHA	La fecha en que la persona usuaria, toma conocimiento del Reglamento.
6	TALLER PSICOEDUCATIVO	El Nombre del Taller Psicoeducativo
7	PERIODO DE IMPARTICIÓN	La fecha de inicio y fecha de término del Taller Psicoeducativo

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
8	DÍAS Y HORARIO	Los días de la semana y horario en que se impartirá el Taller Psicoeducativo
9	TIPO DE SERVICIO	El tipo de servicio al que las y los Responsables Custodios, las y los Responsables Convivientes, están asignados: Convivencia de Reencuentro; Convivencia Asistida; 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 Taller Psicoeducativo.
11	NOMBRE Y FIRMA DE LA O EL RESPONSABLE CUSTODIO O LA O EL RESPONSABLE CONVIVIENTE	El nombre y firma de la o el del Responsable Custodio o la o el Responsable Conviviente.
12	NOMBRE Y FIRMA DE LA O EL FACILITADOR	Nombre y firma de la o el Facilitador.

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

Area: ECOFAM, Revinculación Familiar

INFORME EJECUTIVO DE PARTICIPACIÓN
TALLER PSICOEDUCATIVO

No. REG. CECOFAM: _____
Sede: _____
Horario: _____
Día(s): _____

Nombre del Taller Psicoeducativo: _____
Días y horario de impartición: _____
Nombre de la o el responsable Custodio o responsable conviviente: _____

ASISTENCIA Y ACTITUD

PARTICIPACIÓN E INTEGRACIÓN

COMENTARIOS GENERALES

Ciudad de México, a ___ de _____ de 20____

_____
Nombre y firma de la o el Facilitador
Número de Cédula Profesional: _____

De conformidad con lo dispuesto en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y la de esta Ciudad; la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados; la Ley de Protección de Datos en Posesión de Sujetos Obligados de la Ciudad de México y los Lineamientos Generales de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados de la Ciudad de México, se hace de su conocimiento que la información que se remite contiene datos personales, los que son considerados como cualquier información concerniente a personas físicas identificadas o identificables, por lo que, una persona física es identificable cuando su identidad pueda determinarse directa o indirectamente. En este sentido, los datos personales son estimados por la ley como confidenciales, por lo que, deben ser tratados bajo su más estricta responsabilidad en el debido cumplimiento de sus funciones, facultades y atribuciones derivadas de la ley que rige la protección de datos personales y su actuar como autoridad; por lo tanto, en cumplimiento al principio de confidencialidad, se debe garantizar que **exclusivamente el TITULAR DE LOS DATOS PUEDA ACCEDER A SUS DATOS PERSONALES.** o bien, la **PERSONA QUE EL AUTORICE**, o en su caso, la **AUTORIDAD COMPETENTE.**

CECOFAM/PRT-09

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

Area: ECOFAM, Revinculación Familiar

INFORME EJECUTIVO DE PARTICIPACIÓN
TALLER PSICOEDUCATIVO

No. REG. CECOFAM: _____ (1)
Sede: _____ (2)
Horario: _____ (3)
Día(s): _____ (4)

Nombre del Taller Psicoeducativo: _____ (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 _____ (12) _____ de 20____

_____ (13) _____
Nombre y firma de la o el Facilitador
Número de Cédula Profesional: _____ (14)_____

De conformidad con lo dispuesto en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y la de esta Ciudad; la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados; la Ley de Protección de Datos en Posesión de Sujetos Obligados de la Ciudad de México y los Lineamientos Generales de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados de la Ciudad de México, se hace de su conocimiento que la información que se remite contiene datos personales, los que son considerados como cualquier información concerniente a personas físicas identificadas o identificables, por lo que, una persona física es identificable cuando su identidad pueda determinarse directa o indirectamente. En este sentido, los datos personales son estimados por la ley como confidenciales, por lo que, deben ser tratados bajo su más estricta responsabilidad en el debido cumplimiento de sus funciones, facultades y atribuciones derivadas de la ley que rige la protección de datos personales y su actuar como autoridad; por lo tanto, en cumplimiento al principio de confidencialidad, se debe garantizar que **exclusivamente el TITULAR DE LOS DATOS PUEDA ACCEDER A SUS DATOS PERSONALES**, o bien, la **PERSONA QUE EL AUTORICE**, o en su caso, la **AUTORIDAD COMPETENTE.**

CECOFAM/PRT-09

DESCRIPCIÓN DEL FORMATO

Nombre:	**INFORME EJECUTIVO DE PARTICIPACIÓN TALLER PSICOEDUCATIVO**
Clave:	**CECOFAM/PRT-09**
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 dónde 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 día(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 TALLER	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

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
7	NOMBRE DE LA O EL RESPONSABLE CUSTODIO O RESPONSABLE CONVIVIENTE O NIÑAS, NIÑO O ADOLESCENTE	El nombre de la o el Responsable Custodio o Responsable Conviviente o Niñas, Niño o Adolescente
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

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
14	NÚMERO DE CÉDULA PROFESIONAL	El número de la Cédula Profesional

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

Área: "CECOFAM, Revinculación Familiar"

No. REG. CECOFAM: _____
Sede: _____
Horario: _____
Día(s): _____

Ciudad de México, a ____ de _____ de 20___.

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN TALLERES PSICOEDUCATIVOS

Nombre del Taller Psicoeducativo: _____

Días y horario de impartición: _____

Sede o Modalidad: _____

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 Taller Psicoeducativo	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 taller fue adecuado			
Las condiciones (aula, mobiliario o apoyos didácticos y/o recursos utilizados, fueron los adecuados para facilitar el proceso formativo			
La o el facilitador dominó el tema			
La o el facilitador expuso con la debida claridad los temas			
La o el facilitador motivó y despertó interés en las y los asistentes			

Beneficios obtenidos del Taller Psicoeducativo	DE ACUERDO	MEDIANAMENTE DE ACUERDO	EN DESACUERDO
El taller le ayudó a crecer personalmente			
El taller fue una herramienta positiva para mejorar su interacción parento-filial			
El taller fue una herramienta positiva para mejorar su interacción coparental			

CECOFAM/PRT-10

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

Área: "CECOFAM, Revinculación Familiar"

¿Qué otros temas le gustarían que se impartieran en los talleres psicoeducativos?: _____
_____

¿En qué horarios le gustaría se impartieran? _____
_____

_____
NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE CUSTODIO O
RESPONSABLE CONVIVIENTE

¡Gracias!

De conformidad con lo dispuesto en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y la de esta Ciudad; la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados; la Ley de Protección de Datos en Posesión de Sujetos Obligados de la Ciudad de México y los Lineamientos Generales de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados de la Ciudad de México, se hace de su conocimiento que la información que se remite contiene datos personales, los que son considerados como cualquier información concerniente a personas físicas identificadas o identificables, por lo que, una persona física es identificable cuando su identidad pueda determinarse directa o indirectamente. En este sentido, los datos personales son estimados por la ley como confidenciales, por lo que, deben ser tratados bajo su más estricta responsabilidad en el debido cumplimiento de sus funciones, facultades y atribuciones derivadas de la ley que rige la protección de datos personales y su actuar como autoridad; por lo tanto, en cumplimiento al principio de confidencialidad, se debe garantizar que **exclusivamente el TITULAR DE LOS DATOS PUEDA ACCEDER A SUS DATOS PERSONALES**, o bien, la **PERSONA QUE ÉL AUTORICE**, o en su caso, la **AUTORIDAD COMPETENTE**.

CECOFAM/PRT-10

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___.

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN TALLERES PSICOEDUCATIVOS

Nombre del Taller Psicoeducativo: _____ (6) _____
Días y horario de impartición: _____ (7) _____
Sede o Modalidad: _____ (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 Taller Psicoeducativo	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 taller fue adecuado			
Las condiciones (aula, mobiliario o apoyos didácticos y/o recursos utilizados, fueron los adecuados para facilitar el proceso formativo			
La o el facilitador dominó el tema			
La o el facilitador expuso con la debida claridad los temas			
La o el facilitador motivó y despertó interés en las y los asistentes			

Beneficios obtenidos del Taller Psicoeducativo	DE ACUERDO	MEDIANAMENTE DE ACUERDO	EN DESACUERDO
El taller le ayudó a crecer personalmente	(11)	(11)	(11)
El taller fue una herramienta positiva para mejorar su interacción parento-filial			
El taller fue una herramienta positiva para mejorar su interacción coparental			

CECOFAM/PRT-10

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

Área: "CECOFAM, Revinculación Familiar"

¿Qué otros temas le gustarían que se impartieran en los talleres psicoeducativos?: _____ (12) _____

¿En qué horarios le gustaría se impartieran? _____ (13) _____

_____ (14) _____

NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE CUSTODIO O RESPONSABLE CONVIVIENTE

¡Gracias!

De conformidad con lo dispuesto en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y la de esta Ciudad; la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados; la Ley de Protección de Datos en Posesión de Sujetos Obligados de la Ciudad de México y los Lineamientos Generales de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados de la Ciudad de México, se hace de su conocimiento que la información que se remite contiene datos personales, los que son considerados como cualquier información concerniente a personas físicas identificadas o identificables, por lo que, una persona física es identificable cuando su identidad pueda determinarse directa o indirectamente. En este sentido, los datos personales son estimados por la ley como confidenciales, por lo que, deben ser tratados bajo su más estricta responsabilidad en el debido cumplimiento de sus funciones, facultades y atribuciones derivadas de la ley que rige la protección de datos personales y su actuar como autoridad; por lo tanto, en cumplimiento al principio de confidencialidad, se debe garantizar que **exclusivamente el TITULAR DE LOS DATOS PUEDA ACCEDER A SUS DATOS PERSONALES.** o bien, la **PERSONA QUE ÉL AUTORICE**, o en su caso, la **AUTORIDAD COMPETENTE**.

CECOFAM/PRT-10

DESCRIPCIÓN DEL FORMATO

Nombre:	**ENCUESTA DE SATISFACCIÓN TALLERES PSICOEDUCATIVOS**
Clave:	**CECOFAM/PRT-10**
Objetivo:	Ponderar el grado de satisfacción de las personas usuarias participantes a los Talles Psicoeducativos 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	SEDE	El domicilio de las instalaciones a donde se impartirá el Taller Psicoeducativo.
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 TALLER PSICOEDUCATIVO	El nombre del Taller Psicoeducativo.
7	DÍAS Y HORARIOS EN QUE SE IMPARTIÓ EL TALLER PSICOEDUCATIVO	Los días y horario en que se impartió el Taller Psicoeducativo.
8	SEDE O MODALIDAD	La denominación de las instalaciones del CECOFAM en donde recibe el servicio.
9	NOMBRE DE LA O EL FACILITADOR	El nombre de la o el Facilitador
10	PREGUNTAS	La ponderación que dan las personas usuarias a la exposición de temas por parte de la o el facilitador, así como a los medios tecnológicos y de apoyo didáctico empleados.
11	PREGUNTA ABIERTA	Las personas usuarias sugieren otros temas a tratar en los Talleres Psicoeducativos.

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
12	PREGUNTA ABIERTA	Las personas usuarias sugieren otros horarios para los Talleres Psicoeducativos
13	PREGUNTA ABIERTA	Horarios a sugerir de las personas usuarias
14	NOMBRE Y FIRMA DE LA O EL RESPONSABLE CUSTODIO O DE LA O EL RESPONSABLE CONVIVIENTE	El nombre y firma de la o el Responsable Custodio o la o el Responsable Conviviente.

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA
TSJCDMX

Área: CECOFAM, "Revinculación Familiar"

No. REG. CECOFAM: _____
Sede: _____
Horario: _____
Día(s): _____

Ciudad de México, a ____ de _____ de 20___.

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN PARA NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES

Nombre de la niña, niño o adolescente: _____ Edad: _____
Nombre del Taller Psicoeducativo: _____
Días y horarios de impartición: _____
Sede: _____
Nombre del Facilitador(a): _____

Tu opinión es muy importante para nosotros, por favor marcar con una **X** la columna que muestre lo que piensas y sientes:

Actividades colectivas		☺	😐	☹
1.-	¿Te gustó participar en el taller?			
2.-	¿Te gustaron los que se dieron?			
3.	¿Te gustó que el taller se diera en estas instalaciones?			
4.	¿Te gustaron los ejercicios que se realizaron durante el taller?			

¿Te gustaría participar en otras actividades como juegos, manualidades, baile, teatro o cine por ejemplo? ¿Nos quieres regalar algún comentario y/o dibujo?

_____

_____

CECOFAM/PRT-10.1

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA TSJCDMX

Área: CECOFAM, "Revinculación Familiar"

Gracias

De conformidad con lo dispuesto en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y la de esta Ciudad, la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados; la Ley de Protección de Datos en Posesión de Sujetos Obligados de la Ciudad de México y los Lineamientos Generales de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados de la Ciudad de México, se hace de su conocimiento que la información que se remite contiene datos personales, los que son considerados como cualquier información concerniente a personas físicas identificadas o identificables, por lo que, una persona física es identificable cuando su identidad pueda determinarse directa o indirectamente. En este sentido, los datos personales son estimados por la ley como confidenciales, por lo que, deben ser tratados bajo su más estricta responsabilidad en el debido cumplimiento de sus funciones, facultades y atribuciones derivadas de la ley que rige la protección de datos personales y su actuar como autoridad; por lo tanto, en cumplimiento al principio de confidencialidad, se debe garantizar que **exclusivamente el TITULAR DE LOS DATOS PUEDA ACCEDER A SUS DATOS PERSONALES**, o bien, la **PERSONA QUE ÉL AUTORICE**, o en su caso, la **AUTORIDAD COMPETENTE**.

CECOFAM/PRT-10.1

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___.

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN PARA NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES

Nombre de la niña, niño o adolescente: _____ (6) _____ Edad: ___ (7) _____
Nombre del Taller Psicoeducativo: _____ (8) _____
Días y horarios de impartición: _____ (9) _____
Sede: _____ (10) _____
Nombre del Facilitador(a): _____ (11) _____

Tu opinión es muy importante para nosotros, por favor marcar con una **X** la columna que muestre lo que piensas y sientes:

	Actividades colectivas	☺	😐	☹
1.-	¿Te gustó participar en el taller?	(12)	(12)	(12)
2.-	¿Te gustaron los que se dieron?			
3.	¿Te gustó que el taller se diera en estas instalaciones?			
4.	¿Te gustaron los ejercicios que se realizaron durante el taller?			

¿Te gustaría participar en otras actividades como juegos, manualidades, baile, teatro o cine por ejemplo?
¿Nos quieres regalar algún comentario y/o dibujo?
_____ (13) _____
_____

CECOFAM/PRT-10.1

INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA
TSJCDMX

Área: CECOFAM, "Revinculación Familiar"

Gracias

De conformidad con lo dispuesto en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y la de esta Ciudad; la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados; la Ley de Protección de Datos en Posesión de Sujetos Obligados de la Ciudad de México y los Lineamientos Generales de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados de la Ciudad de México, se hace de su conocimiento que la información que se remite contiene datos personales, los que son considerados como cualquier información concerniente a personas físicas identificadas o identificables, por lo que, una persona física es identificable cuando su identidad pueda determinarse directa o indirectamente. En este sentido, los datos personales son estimados por la ley como confidenciales, por lo que, deben ser tratados bajo su más estricta responsabilidad en el debido cumplimiento de sus funciones, facultades y atribuciones derivadas de la ley que rige la protección de datos personales y su actuar como autoridad; por lo tanto, en cumplimiento al principio de confidencialidad, se debe garantizar que **exclusivamente el TITULAR DE LOS DATOS PUEDA ACCEDER A SUS DATOS PERSONALES**, o bien, la **PERSONA QUE ÉL AUTORICE**, o en su caso, la **AUTORIDAD COMPETENTE**.

CECOFAM/PRT-10.1

DESCRIPCIÓN DEL FORMATO

Nombre:	**ENCUESTA DE SATISFACCIÓN NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES**
Clave:	**CECOFAM/PRT-10.1**
Objetivo:	Contar con indicadores del grado de satisfacción de las Niñas, Niños y Adolescentes, asistentes a los Talleres Psicopedagógicos.
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	RENO 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 asisten al servicio en el CECOFAM.
4	DÍA(S)	Los días en que asisten al servicio en el CECOFAM.
5	FECHA	La fecha en que se cumplimenta la encuesta.
6	NOMBRE DE LA NIÑA, NIÑO O ADOLESCENTE	El nombre de la(s) Niñas, Niños y Adolescentes.
7	EDAD	La edad en años cumplida de la(s) Niñas, Niños y Adolescentes
8	NOMBRE DEL TALLER PSICOEDUCATIVO	El nombre del Taller Psicoeducativo
9	DIAS Y HORARIOS DE IMPARTICIÓN	Días y horarios en el que será impartido el servicio
10	SEDE	El domicilio de las instalaciones a donde se impartió el Taller Psicoeducativo.
11	NOMBRE DE LA O EL FACILITADOR	El nombre de la o el Facilitador.

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
12	PONDERACIÓN	La ponderación que hace(b) la(s) Niñas, Niños y Adolescentes, a cada pregunta de la Encuesta de Satisfacción.
13	PREGUNTAS	Las opiniones o comentarios de la(s) Niñas, Niños y Adolescentes, sobre el Taller Psicoeducativo.

Procedimiento: CIEAJ-022	Asignación de Salas Lúdicas para que lleven a cabo pláticas con las niñas, niños y adolescentes que se encuentran inmersos en Controversias del Orden Familiar; señaladas por las y los Jueces y las y los Magistrados en materia Familiar de Procedimiento Escrito.
Objetivo general:	Apoyar a las Autoridades Jurisdiccionales en materia Familiar que así lo requieran, en la asignación de Salas Lúdicas en el CECOFAM Plaza Juárez 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 (CECOFAM), 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 la Autoridad Jurisdiccional en materia Familiar, que, dentro del ámbito de su competencia, la requieran, lleven a cabo pláticas con las niñas, niños y adolescentes que se encuentran inmersos en procedimientos familiares; con previo oficio de solicitud.

2. Las Autoridades Jurisdiccionales podrán solicitar en algunos casos particulares la asignación de Salas Lúdicas, para que se lleven a cabo pláticas con las niñas, niños y adolescentes que se encuentran inmersos en procedimientos familiares, en el inmueble de CECOFAM Niños Héroes, siempre y cuando no interfiera con las actividades propias de esa sede.

3. Los oficios que gire la Autoridad Jurisdiccional en materia Familiar, deberán ser enviados, con un mínimo de cinco días hábiles de anticipación, a fin de estar en condiciones de realizar la asignación y programación de horarios, en las Salas Lúdicas con que se cuenta, mismos que deberán contener:
   a) Nombre de las partes;
   b) Número de expediente;

c) Día y hora en que se llevará a cabo la plática con las niñas, niños y adolescentes que se encuentran inmersos en procedimientos familiares.

4. El CECOFAM, asignará el uso de las Salas Lúdicas, de conformidad con la demanda del servicio, en un horario de 9:00 a 13:00 horas, de lunes a viernes exclusivamente.

5. En caso de que la diligencia a celebrar tuviera que ser videograbada, la Autoridad Jurisdiccional correspondiente, deberá solicitar con antelación, el servicio a la Dirección Ejecutiva de Gestión Tecnológica del Tribunal Superior de Justicia.

6. Cada 6 meses se aplicará Encuesta de Satisfacción (CECOFAM/SL-01) acerca del uso de las Salas Lúdicas a las Autoridades Jurisdiccionales que durante ese periodo de tiempo hayan recurrido al servicio, las cuales no son de carácter obligatorio.

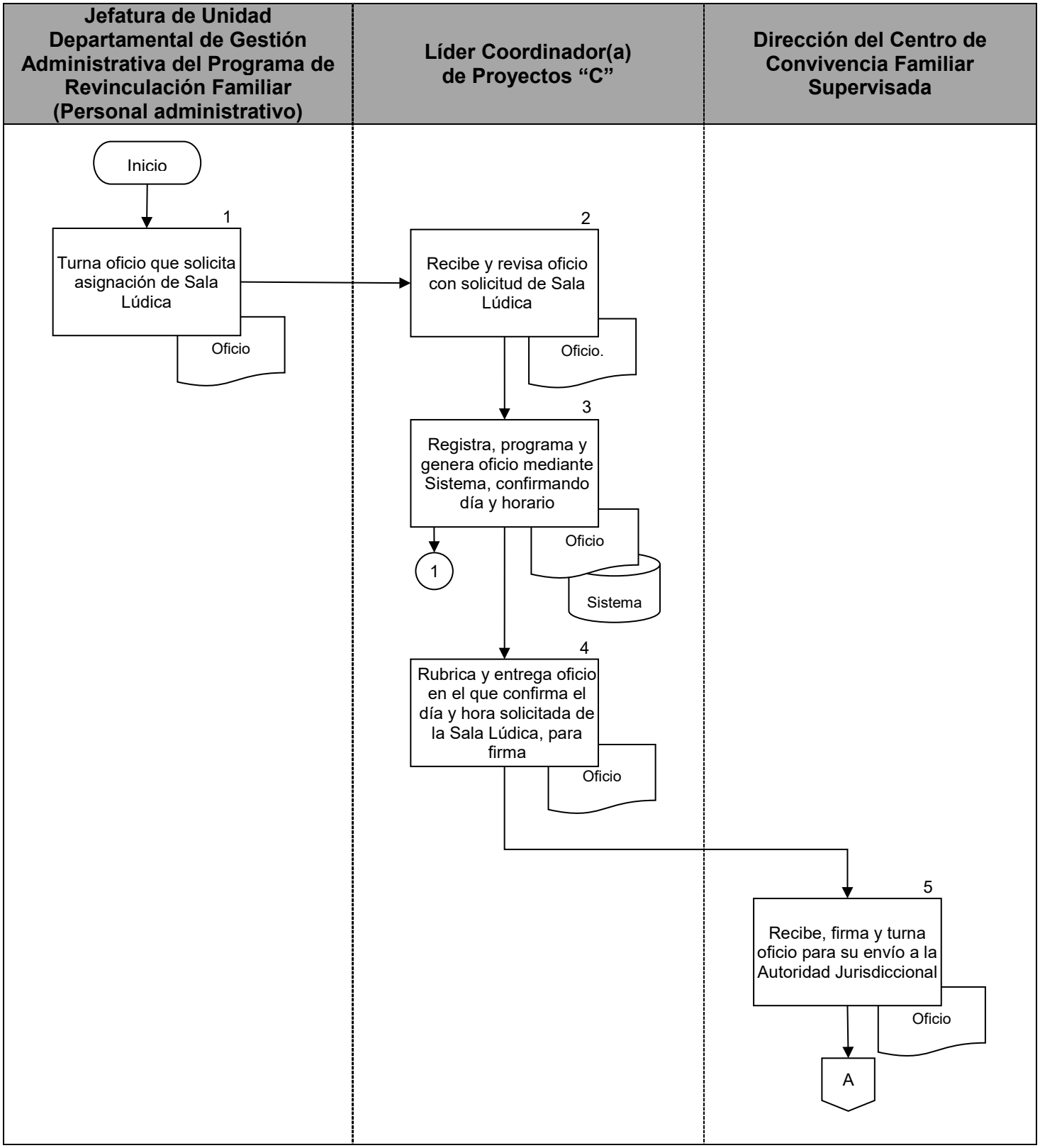
7. En caso de algún evento relevante, antes, durante o después de que se lleven a cabo las pláticas con las niñas, niños y adolescentes que se encuentran inmersos en procedimientos familiares, el personal administrativo del CECOFAM, informará de inmediato a la o el Líder Coordinador de Proyectos “C” y en su caso, elaborará una nota informativa sobre el evento, para los efectos procedentes.

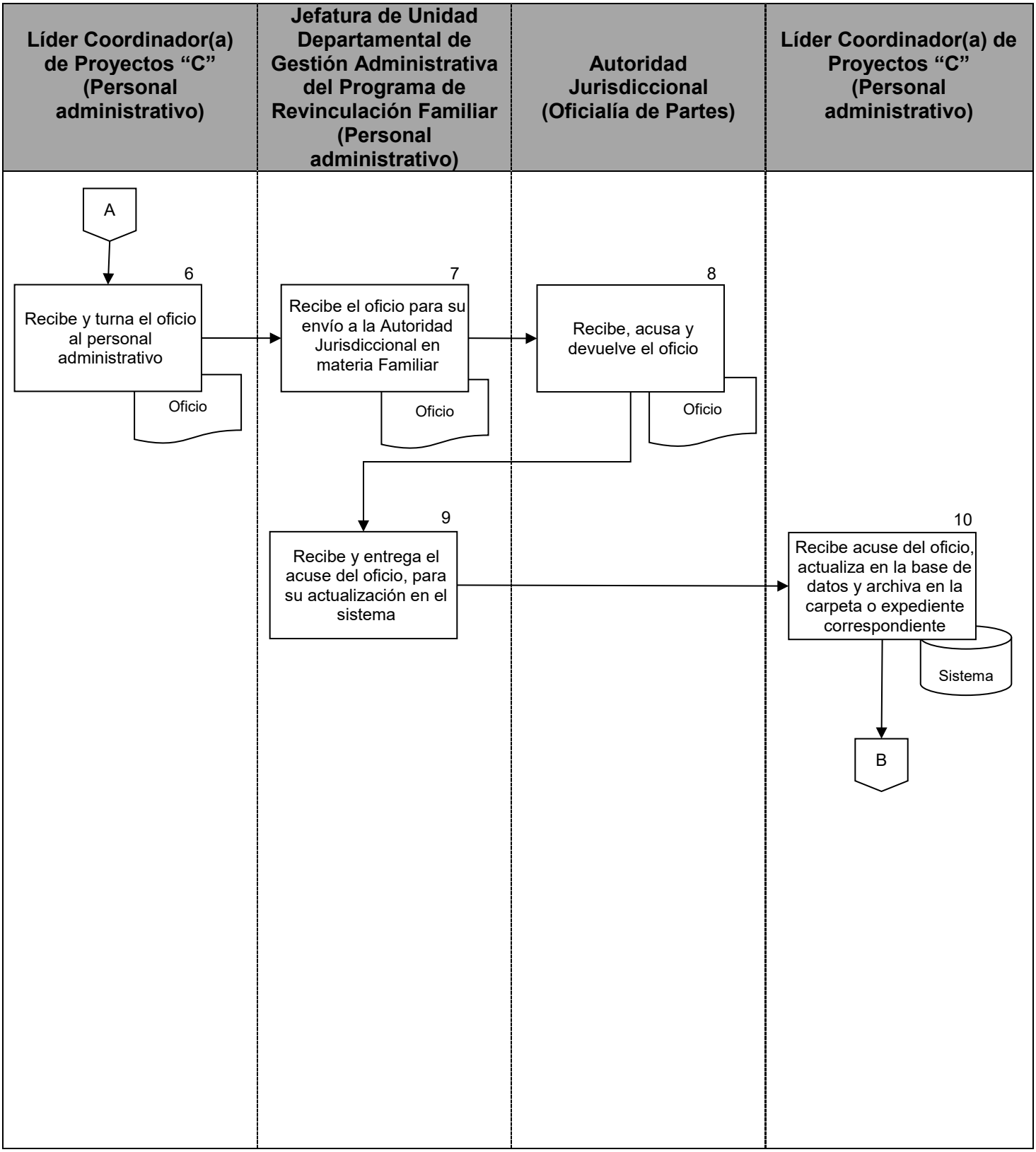
No.	Área	Descripción de la actividad.	Documentos y/o sistemas de apoyo.
1	Jefatura de Unidad Departamental de Gestión Administrativa del Programa de Revinculación Familiar (Personal administrativo)	Turna a la o el Líder Coordinador de Proyectos “C”, oficio emitido por la Autoridad Jurisdiccional en materia Familiar, que solicita la asignación de Sala Lúdica, para llevar a cabo pláticas con las niñas, niños y/o adolescentes que se encuentran inmersos en procedimientos familiares.	
2 3 4	Líder Coordinador(a) de Proyectos “C”	Recibe y revisa oficio con solicitud de Sala Lúdica Registra, programa y genera mediante Sistema autorizado por el Pleno del Consejo, oficio confirmando a la Autoridad Jurisdiccional en materia Familiar el día y hora en que podrá disponer de la Sala Lúdica, para llevar a cabo pláticas con las niñas, niños y/o adolescentes ordenada. (Continúa en la actividad no. 4 y 11) Rubrica y entrega a la Dirección del CECOFAM, oficio mediante el cual confirma fecha y hora solicitada de la Sala Lúdica, para su firma.	• Oficio • Sistema
5	Dirección del Centro de Convivencia Familiar Supervisada	Recibe, firma y turna al personal administrativo de la o el Líder Coordinador de Proyectos “C” el oficio de la confirmación de la disponibilidad de la Sala Lúdica, para su envío a la Autoridad Jurisdiccional en materia Familiar.	
6	Líder Coordinador(a) de Proyectos “C” (Personal administrativo)	Recibe y turna el oficio al personal administrativo de la Jefatura de Unidad Departamental de Gestión Administrativa del Programa de Revinculación Familiar.	

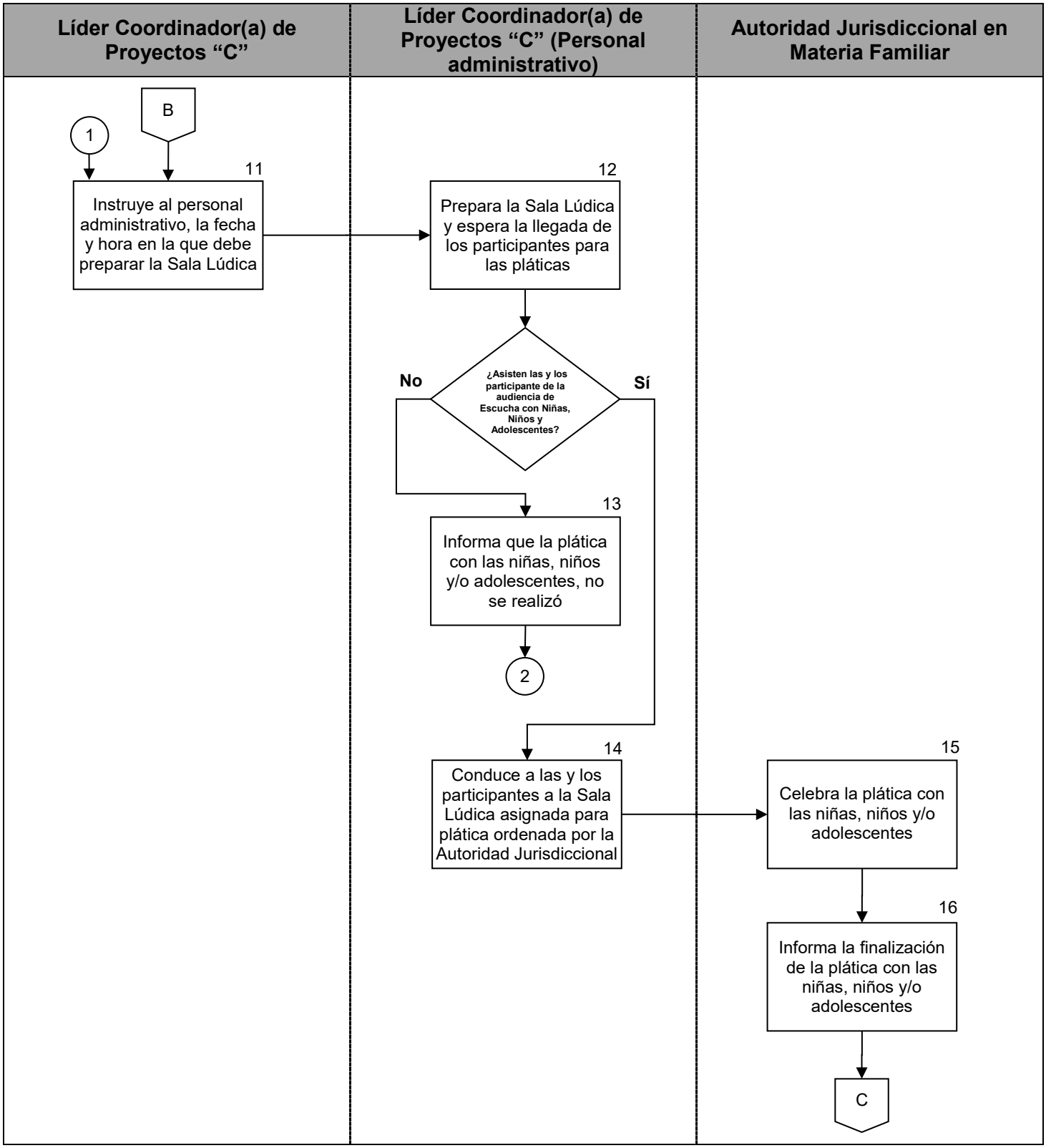
No.	Área	Descripción de la actividad.	Documentos y/o sistemas de apoyo.
7	Jefatura de Unidad Departamental de Gestión Administrativa del Programa de Revinculación Familiar (Personal administrativo)	Recibe el oficio para su envío a la Autoridad Jurisdiccional en materia Familiar.	
8	Autoridad Jurisdiccional (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.	
9	Jefatura de Unidad Departamental de Gestión Administrativa del Programa de Revinculación Familiar (Personal administrativo)	Recibe y entrega al personal administrativo de la o el Líder Coordinador de Proyectos “C”, el acuse del oficio para su actualización en el sistema.	
10	Líder Coordinador(a) de Proyectos “C” (Personal administrativo)	Recibe acuse del oficio, actualiza en la base de datos y archiva en la carpeta o expediente correspondiente.	• Base de datos
11	Líder Coordinador(a) de Proyectos “C”	Instruye al personal administrativo de la o el Líder Coordinador de Proyectos “C” la fecha y hora en que deberá preparar la Sala Lúdica.	
12	Líder Coordinador(a) de Proyectos “C” (Personal administrativo)	Prepara la Sala Lúdica y espera la llegada de los participantes para llevar a cabo pláticas con las niñas, niños y/o adolescentes ordenada por la Autoridad Jurisdiccional.	

No.	Área	Descripción de la actividad.	Documentos y/o sistemas de apoyo.
		¿Asisten las y los participantes de la audiencia de Escucha con Niñas, Niños y Adolescentes? **No.** Continúa en la actividad no. 13 **Sí.** Continúa en la actividad no. 14	
13	Líder Coordinador(a) de Proyectos “C” (Personal administrativo)	Informa al o la Líder Coordinador(a) de Proyectos “C”, que la plática con las niñas, niños y/o adolescentes ordenada por la Autoridad Jurisdiccional, no se realizó. (Continúa en la actividad no. 19)	
14		Conduce a la Autoridad Jurisdiccional en materia Familiar, a las y los participantes a la plática con las niñas, niños y/o adolescentes ordenada por la Autoridad Jurisdiccional, a la Sala Lúdica asignada.	
15	La Autoridad Jurisdiccional en Materia Familiar	Celebra la plática con las niñas, niños y/o adolescentes.	
16		Informa al personal administrativo de la o el Líder Coordinador de Proyectos “C” la finalización la plática con las niñas, niños y/o adolescentes.	
17	Líder Coordinador(a) de Proyectos “C” (Personal administrativo)	Despide a las y los participantes de la plática con las niñas, niños y/o adolescentes.	
18		Informa a la o el Líder Coordinador de Proyectos “C”, la conclusión la plática con las niñas, niños y/o adolescentes ordenada por la Autoridad Jurisdiccional	
19		Actualiza en la base de datos el status de la plática con las niñas, niños y/o adolescentes.	• Base de datos

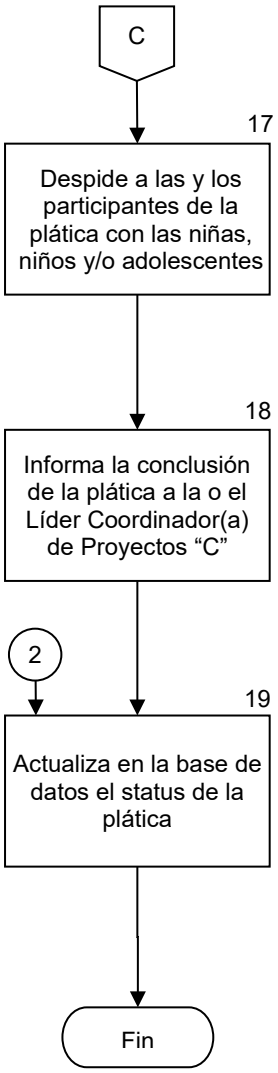
FIN DE PROCEDIMIENTO


Jefatura de Unidad Departamental de Gestión Administrativa del Programa de Revinculación Familiar (Personal administrativo)
Líder Coordinador(a) de Proyectos "C"
Dirección del Centro de Convivencia Familiar Supervisada
Inicio
1
Turna oficio que solicita asignación de Sala Lúdica
Oficio
2
Recibe y revisa oficio con solicitud de Sala Lúdica
Oficio.
3
Registra, programa y genera oficio mediante Sistema, confirmando día y horario
Oficio
Sistema
1
4
Rubrica y entrega oficio en el que confirma el día y hora solicitada de la Sala Lúdica, para firma
Oficio
5
Recibe, firma y turna oficio para su envío a la Autoridad Jurisdiccional
Oficio
A


Líder Coordinador(a) de Proyectos "C" (Personal administrativo)
Jefatura de Unidad Departamental de Gestión Administrativa del Programa de Revinculación Familiar (Personal administrativo)
Autoridad Jurisdiccional (Oficialía de Partes)
Líder Coordinador(a) de Proyectos "C" (Personal administrativo)
A
6
Recibe y turna el oficio al personal administrativo
Oficio
7
Recibe el oficio para su envío a la Autoridad Jurisdiccional en materia Familiar
Oficio
8
Recibe, acusa y devuelve el oficio
Oficio
9
Recibe y entrega el acuse del oficio, para su actualización en el sistema
10
Recibe acuse del oficio, actualiza en la base de datos y archiva en la carpeta o expediente correspondiente
Sistema
B


Líder Coordinador(a) de Proyectos "C"
Líder Coordinador(a) de Proyectos "C" (Personal administrativo)
Autoridad Jurisdiccional en Materia Familiar
B
1
11
Instruye al personal administrativo, la fecha y hora en la que debe preparar la Sala Lúdica
12
Prepara la Sala Lúdica y espera la llegada de los participantes para las pláticas
¿Asisten las y los participante de la audiencia de Escucha con Niñas, Niños y Adolescentes?
No
Sí
13
Informa que la plática con las niñas, niños y/o adolescentes, no se realizó
2
14
Conduce a las y los participantes a la Sala Lúdica asignada para plática ordenada por la Autoridad Jurisdiccional
15
Celebra la plática con las niñas, niños y/o adolescentes
16
Informa la finalización de la plática con las niñas, niños y/o adolescentes
C

Líder Coordinador(a) de Proyectos “C”
(Personal administrativo)



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:

Módulo Temático	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 plática con niñas, niños y adolescentes.			
Recomendaría el uso de las áreas lúdicas del CECOFAM para el desarrollo de las diligencias de pláticas con niñas, niños y adolescentes.			

Observaciones y/o comentarios:

_____
_____
_____

¡Gracias!

CECOFAM/SALAS LUDICAS-01

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:

Módulo Temático	DE ACUERDO	MEDIANAMENTE DE ACUERDO	EN DESACUERDO
Su solicitud fue atendida con oportunidad.	(5)	(5)	(5)
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 plática con niñas, niños y adolescentes.			
Recomendaría el uso de las áreas lúdicas del CECOFAM para el desarrollo de las diligencias de pláticas con niñas, niños y adolescentes.			

Observaciones y/o comentarios: _____ (6) _____
_____
_____

¡Gracias!

CECOFAM/SALAS LUDICAS-01

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:	CECOFAM
Número de tantos:	Original.
Distribución:	Original.- Archivo del CECOFAM

INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
1	FECHA	La fecha en que se requisita Encuesta de Satisfacción
2	NOMBRE	El nombre de la Autoridad Jurisdiccional.
3	CARGO	El cargo de la Autoridad Jurisdiccional.
4	SALA O JUZGADO	El nombre de la Sala o Juzgado.
5	OPINIÓN	La opción que corresponde a la opinión de la Autoridad Jurisdiccional.
6	OBSERVACIONES Y/O COMENTARIOS	Las observaciones y/o comentarios de la Autoridad Jurisdiccional.

Procedimiento: CEIAJ-023	Convivencia materno/paterno-filial por Videollamada.
Objetivo general:	Llevar a cabo la convivencia a distancia a través de videollamada para el reforzamiento de la revinculación familiar, con las personas usuaria del Centro de Convivencia Familiar Supervisada (CECOFAM).
Políticas y normas de operación:	

1. La videollamada se desarrollará en la plataforma autorizada por el Pleno del Consejo de la Judicatura, en los siguientes supuestos:

a) Convivencia materno/paterno-filial**,** se llevará a cabo por Videollamada, cuando:

I. La Autoridad Jurisdiccional lo ordene;

II. Por caso fortuito o fuerza mayor a través de un ordenamiento del Pleno del Consejo, mediante el cual determine la suspensión total o parcial de las Convivencias presenciales;

III. Para alcanzar los objetivos de las fases del Programa, el CECOFAM a través de la o el Facilitador, estime necesario el desarrollo de las mismas para la revinculación materno o parento-filial.

b) Plática Propedéutica, Taller Psicoeducativo y Actividades Colectivas, se llevarán a cabo por Videollamada:

I. Se programará ya sea de forma presencial y/o videollamada de conformidad a la disponibilidad de horarios y carga de trabajo con la finalidad de utilizar eficientemente los recursos humanos y tecnológicos;

II. Por caso fortuito o fuerza mayor a través de un ordenamiento del Pleno del Consejo, mediante el cual determine la suspensión total o parcial de las Convivencias presenciales;

c) Pláticas Asistidas y Entrevistas Diagnósticas, se llevarán a cabo por Videollamada por caso fortuito o fuerza mayor, a través de un ordenamiento del Pleno del Consejo, mediante el cual determine la suspensión total o parcial de las Convivencias presenciales, así como por instrucción judicial.

2. Las videollamadas podrán ser acompañadas por la o el superior jerárquico, en los casos que se requiera la retroalimentación a la o el Facilitador y/o a los participantes.

3. La o el Facilitador deberá advertir a la o el Responsable Conviviente y a la o el Responsable Custodio la restricción de videograbación de la videollamada, así como el uso del correo electrónico institucional exclusivamente para el envío de los enlaces de videollamada, oferta de talleres psicoeducativos y actividades colectivas.

4. La Convivencia por videollamada se efectuará con video y audio tanto de la Niña, Niño y/o Adolescente como de la o el Responsable Conviviente, mientras que la o el Facilitador participará exclusivamente con audio.

5. La videollamada para el desarrollo de Talleres Psicoeducativos, Pláticas Asistidas y Actividades Colectivas se efectuará con audio y video de la o el Facilitador a cargo y/o Autoridades del CECOFAM.

6. En caso de que la o el Facilitador reciba alguna petición por parte de la o el Responsable Custodio o de la o el Responsable Conviviente a través del correo electrónico institucional, deberá indicar por dicho medio a la o el usuario, que esa no es la vía autorizada para la comunicación y dará aviso a su superior jerárquico.

7. La o el Facilitador en caso de advertir que existen agresiones o indisposición de alguna o alguno de los participantes que impidan la adecuada realización de la videollamada, o bien, negativa de la Niña, Niño y/o Adolescente para participar en la misma, deberá:

a) Intervenir para explorar las causas de la negativa de la Niña, Niño y/o Adolescente;
b) Exhortar a no continuar con las faltas de respeto y advertirá que en caso de recurrencia se suspenderá la misma;
c) Inhabilitar el micrófono de la persona que recurra a dicha actitud para dar el cierre de la sesión;
d) Dar por finalizada la videollamada;
e) Elaborar Nota Informativa con recomendación, misma que se remitirá a la Autoridad Jurisdiccional a más tardar al quinto día posterior hábil.

8. De ser autorizada por la Autoridad Jurisdiccional la cancelación de la videollamada, el área de gestión administrativa deberá por correo electrónico dar aviso a la o el Responsable Conviviente, la o el Responsable Custodio, la o el Facilitador y a la o el jefe inmediato, a efecto de que la o el Facilitador asignado suspenda la programación de la misma.

9. En caso de que no sea posible el acceso a la Plataforma por parte de la o el Facilitador, deberá levantar un reporte ante la Dirección Ejecutiva de Gestión Tecnológica e informarse en el Informe Mensual.

10. El resultado de las Convivencias por videollamada se integrará en el Informe Mensual y/o en el Informe de Redirección correspondiente a la Fase en la que se encuentre la familia recibiendo el servicio.

11. A solicitud de la o el Responsable Conviviente y/o la o el Responsable Custodio, se efectuará una Plática Asistida Coparental, a efecto de modificar la hora y frecuencia de la Convivencia por videollamada, en atención a las cargas de trabajo y disponibilidad de horarios.

12. De presentarse algún caso en el cual la o el Responsable Custodio, la o el Responsable Conviviente, la Niña, Niño y/o Adolescente, 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 a la Autoridad Jurisdiccional la autorización del apoyo especializado correspondiente.

13. La o el Facilitador asignado a la videollamada deberá ofrecer alternativas de Cursos y Talleres Psicoeducativos a la o el Responsable Custodio, la o el Responsable Conviviente, Niña, Niño y/o Adolescente durante la misma, de ser necesario a través del correo electrónico institucional.

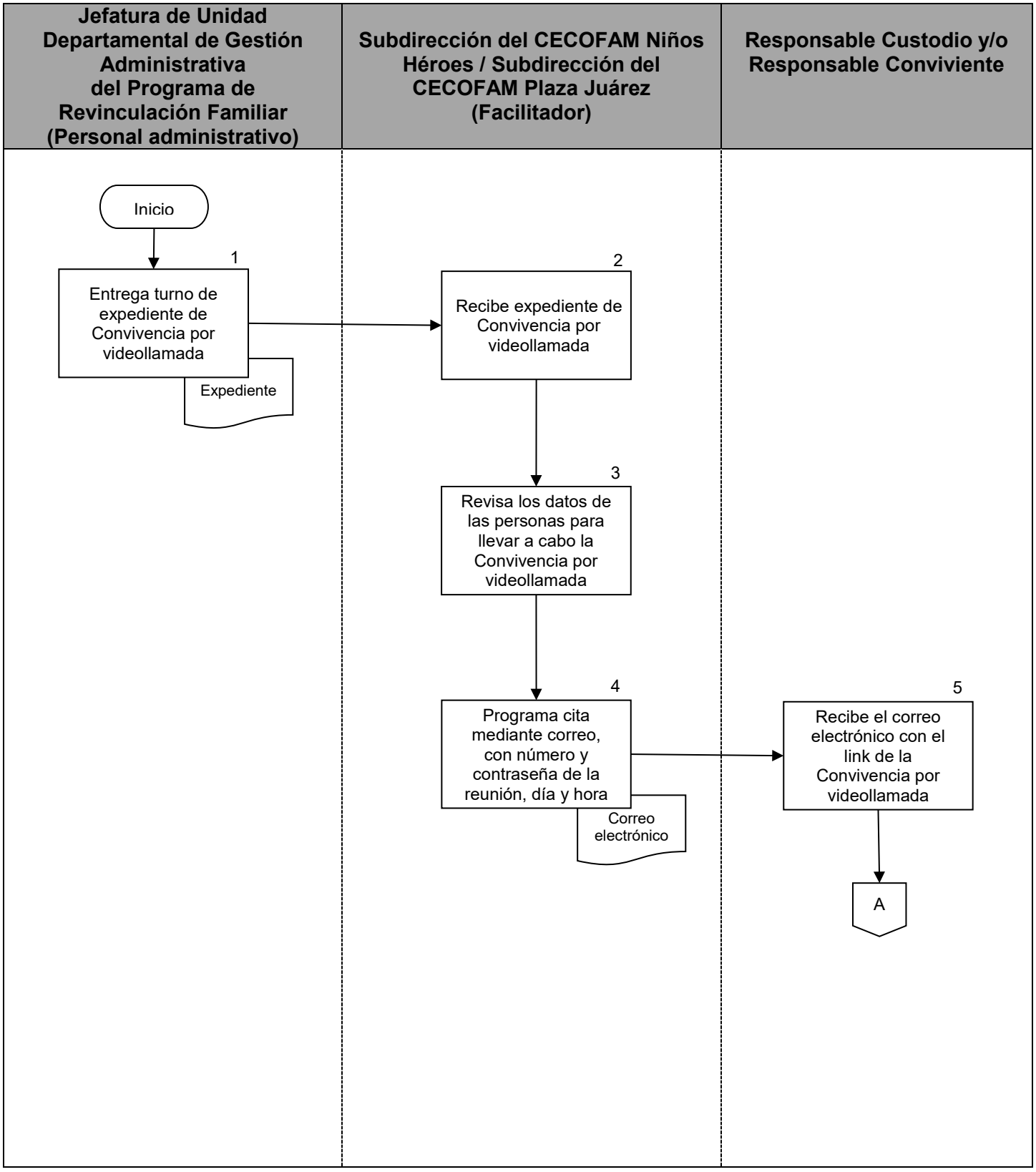
No.	Área.	Descripción de la actividad.	Documentos y/o sistemas de apoyo.
1	Jefatura de Unidad Departamental de Gestión Administrativa del Programa de Revinculación (Personal administrativo)	Entrega turno de expediente de Convivencia por videollamada a la Subdirección del CECOFAM Niños Héroes/ Subdirección del CECOFAM Plaza Juárez la o el Facilitador.	
2	Subdirección del CECOFAM Niños Héroes/ Subdirección del CECOFAM Plaza Juárez (Facilitador)	Recibe expediente de Convivencia por videollamada.	
3		Revisa los datos de las personas para llevar a cabo la Convivencia por videollamada y el objetivo del mismo.	
4		Programa cita mediante correo electrónico a la o el Responsable Custodio y a la o el Responsable Conviviente con el enlace de la Convivencia por videollamada, el cual contendrá número de la reunión (código de acceso), contraseña de la reunión, día y hora.	• Correo electrónico
5	Responsable Custodio y/o Responsable Conviviente	Recibe el correo electrónico con el link de la Convivencia por videollamada, con el número de la reunión (código de acceso), contraseña de la reunión, día y hora.	• Correo electrónico
6	Subdirección del CECOFAM Niños Héroes/ Subdirección del CECOFAM Plaza Juárez (Facilitador)	Espera a la fecha y hora previamente programada para dar inicio a la Convivencia por videollamada.	

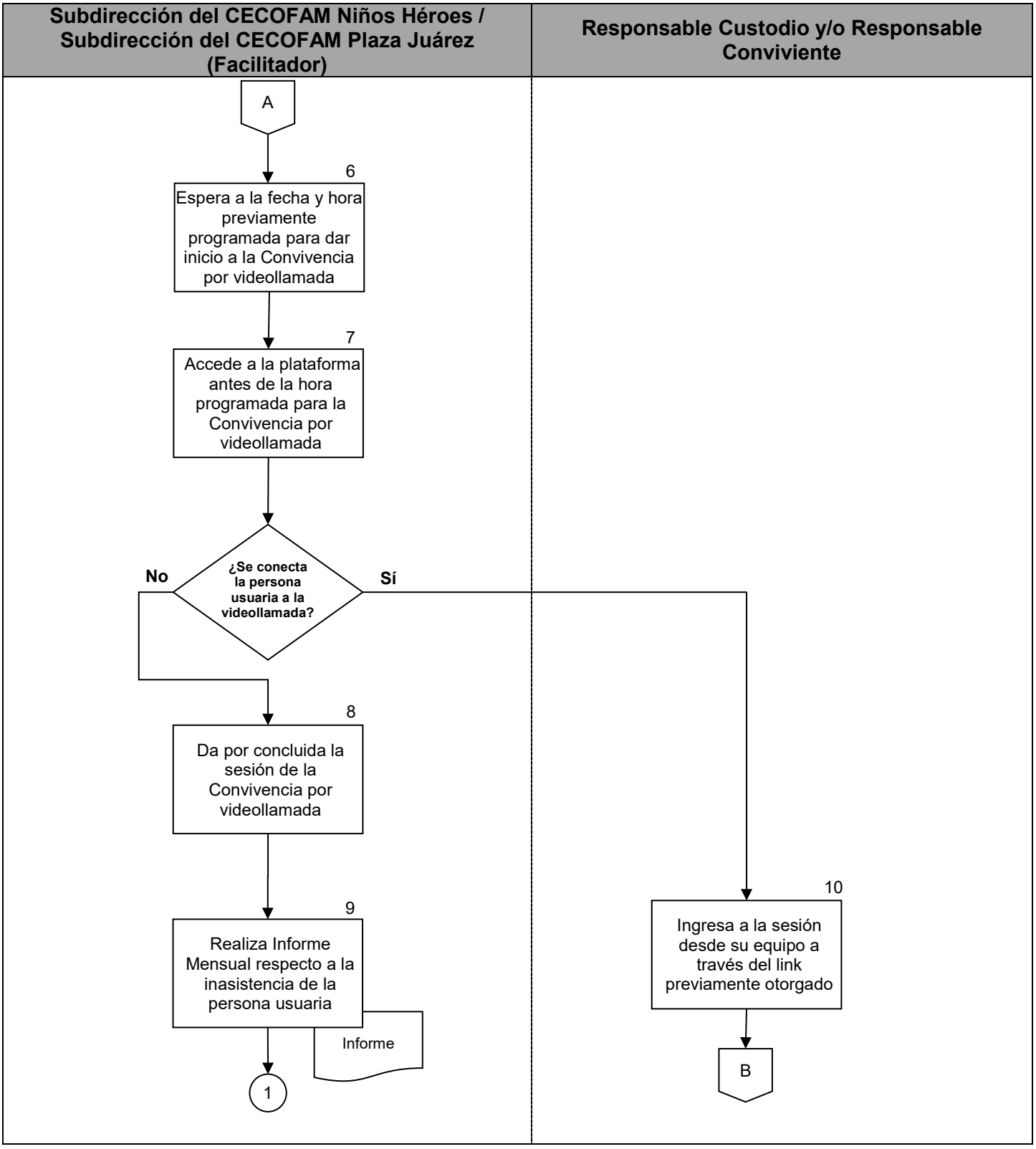
No.	Área.	Descripción de la actividad.	Documentos y/o sistemas de apoyo.
7	Subdirección del CECOFAM Niños Héroes/ Subdirección del CECOFAM Plaza Juárez (Facilitador)	Accede a la plataforma autorizada por el Pleno del Consejo antes de la hora programada para la Convivencia por videollamada. **¿Se conecta la persona usuaria a la videollamada?** **No.** Continúa en la actividad no. 8 **Sí.** Continúa en la actividad no. 10	• Plataforma
8		Da por concluida la sesión de la Convivencia por videollamada debido a que la persona usuaria no accedió al sistema.	
9		Realiza Informe Mensual respecto a la inasistencia de la persona usuaria a la Convivencia por videollamada. (Pasa a la actividad No.16).	
10	Responsable Custodio y Responsable Conviviente	Ingresa a la sesión desde su equipo a través del link previamente otorgado.	• Plataforma
11	Subdirección del CECOFAM Niños Héroes/ Subdirección del CECOFAM Plaza Juárez (Facilitador)	Da la bienvenida a las y los participantes para dar comienzo a la Convivencia por videollamada.	• Plataforma
12	Responsable Conviviente	Inicia la comunicación e interacción virtual con la Niña, Niño y/o Adolescente.	• Plataforma
13	Subdirección del CECOFAM Niños Héroes/ Subdirección del CECOFAM Plaza Juárez (Facilitador)	Da aviso a los participantes de la Convivencia por videollamada de la conclusión del tiempo, para que estos se despidan.	• Plataforma

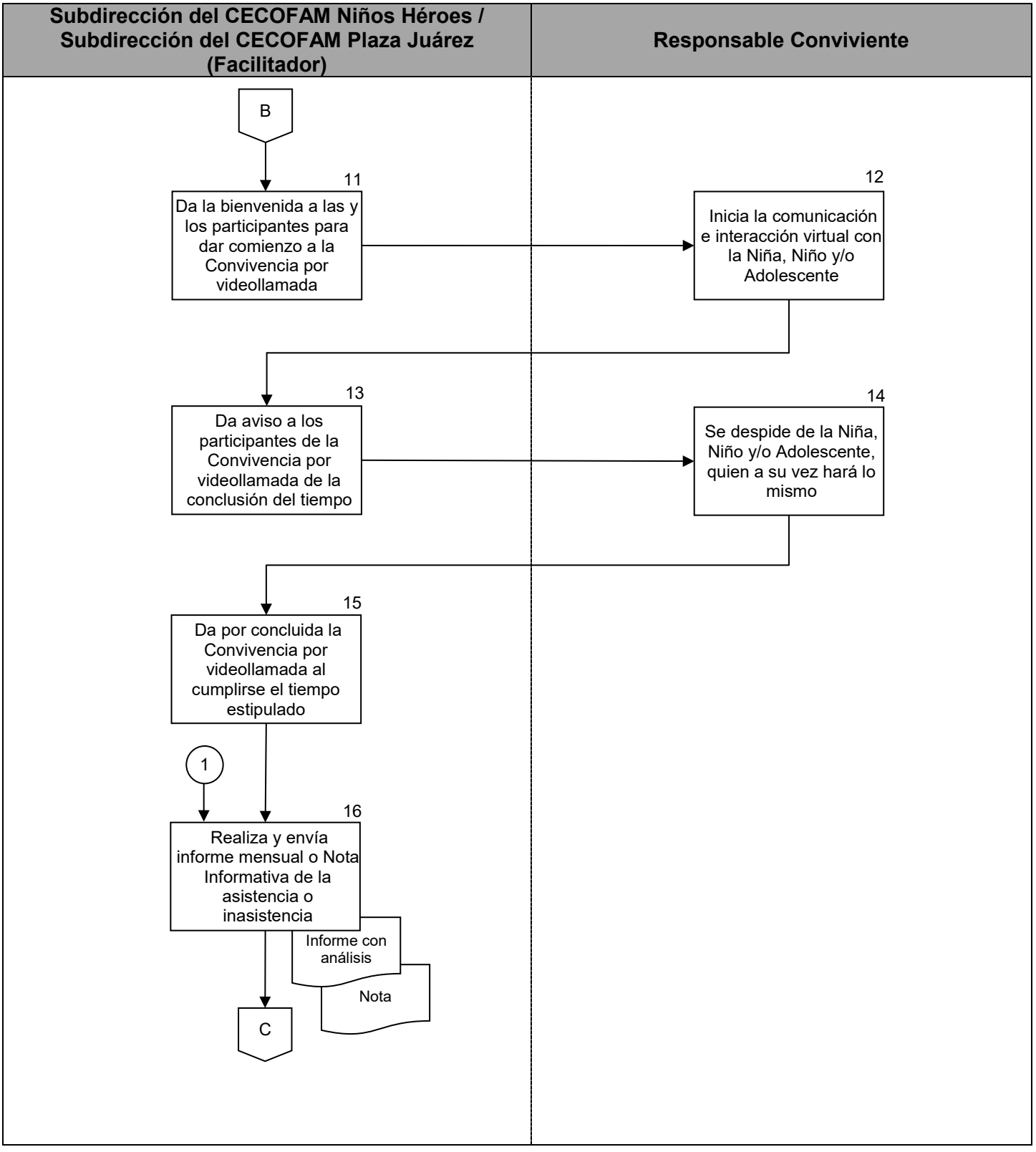
No.	Área.	Descripción de la actividad.	Documentos y/o sistemas de apoyo.
14	Responsable Conviviente	Se despide de la Niña, Niño y/o Adolescente, quien a su vez hará lo mismo.	• Plataforma
15	Subdirección del CECOFAM Niños Héroes/ Subdirección del CECOFAM Plaza Juárez (Facilitador)	Da por concluida la Convivencia por videollamada al cumplirse el tiempo estipulado.	• Plataforma
16		Realiza y envía informe mensual o Nota Informativa, con el análisis de la interacción, asistencia y/o inasistencia de las personas usuarias de la Convivencia por videollamada a la o el Titular de la Subdirección del CECOFAM Niños Héroes/ Subdirección del CECOFAM Plaza Juárez.	• Informe mensual o Nota Informativa
17	Subdirección del CECOFAM Niños Héroes/ Subdirección del CECOFAM Plaza Juárez (Titular)	Revisa, rubrica y turna Informe Mensual o Nota Informativa al personal administrativo de la Jefatura de Unidad Departamental de Gestión Administrativa del Programa de Revinculación.	
18	Jefatura de Unidad Departamental de Gestión Administrativa del Programa de Revinculación (Personal administrativo)	Recibe Informe Mensual o Nota Informativa, genera oficio a través del Sistema autorizado por el Pleno del Consejo y acuse del mismo para el envío de este a la Autoridad Jurisdiccional y turna para firma de la o el titular de la Subdirección del CECOFAM Niños Héroes/Subdirección del CECOFAM Plaza Juárez.	• Sistema • Oficio
19	Subdirección del CECOFAM Niños Héroes/ Subdirección del CECOFAM Plaza Juárez (Titular)	Recibe, revisa, firma oficio y lo devuelve al personal administrativo de la Jefatura de Unidad Departamental de Gestión Administrativa del Programa de Revinculación Familiar para su envío a la Autoridad Jurisdiccional.	

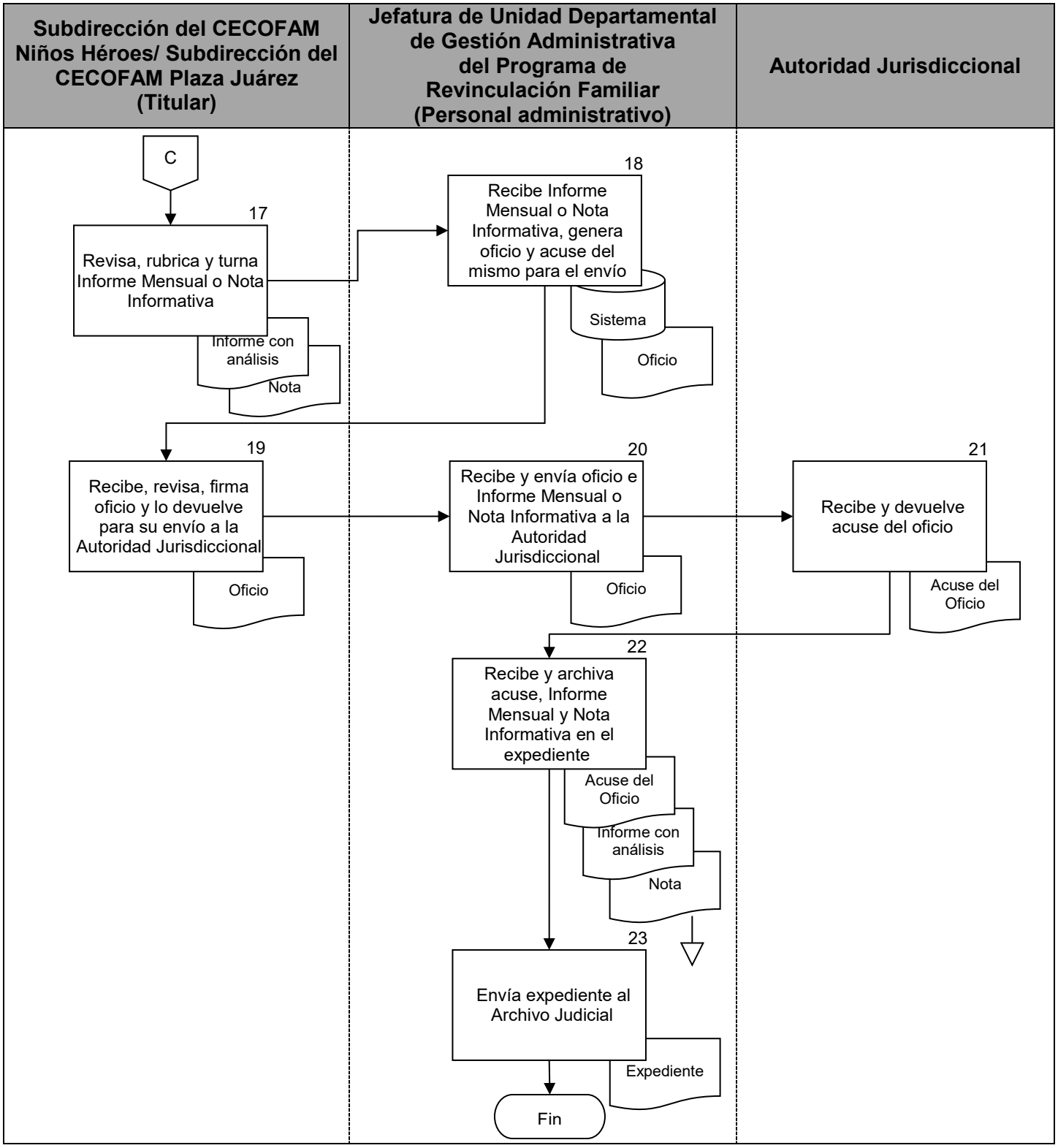
No.	Área.	Descripción de la actividad.	Documentos y/o sistemas de apoyo.
20	Jefatura de Unidad Departamental de Gestión Administrativa del Programa de Revinculación (Personal administrativo)	Recibe y envía oficio e Informe Mensual o Nota Informativa a la Autoridad Jurisdiccional.	
21	Autoridad Jurisdiccional	Recibe y devuelve acuse del oficio al personal administrativo de la Jefatura de Unidad Departamental de Gestión Administrativa del Programa de Revinculación.	
22	Jefatura de Unidad Departamental de Gestión Administrativa del Programa de Revinculación (Personal administrativo)	Recibe y archiva acuse, Informe Mensual y Nota Informativa en el expediente, hasta que concluya su periodo de archivo en trámite.	
23		Envía expediente al Archivo Judicial.	

FIN DEL PROCEDIMIENTO


Jefatura de Unidad Departamental de Gestión Administrativa del Programa de Revinculación Familiar (Personal administrativo)
Subdirección del CECOFAM Niños Héroes / Subdirección del CECOFAM Plaza Juárez (Facilitador)
Responsable Custodio y/o Responsable Conviviente
Inicio
1
Entrega turno de expediente de Convivencia por videollamada
Expediente
2
Recibe expediente de Convivencia por videollamada
3
Revisa los datos de las personas para llevar a cabo la Convivencia por videollamada
4
Programa cita mediante correo, con número y contraseña de la reunión, día y hora
Correo electrónico
5
Recibe el correo electrónico con el link de la Convivencia por videollamada
A


Subdirección del CECOFAM Niños Héroes / Subdirección del CECOFAM Plaza Juárez (Facilitador)
Responsable Custodio y/o Responsable Conviviente
A
6
Espera a la fecha y hora previamente programada para dar inicio a la Convivencia por videollamada
7
Accede a la plataforma antes de la hora programada para la Convivencia por videollamada
¿Se conecta la persona usuaria a la videollamada?
No
Sí
8
Da por concluida la sesión de la Convivencia por videollamada
9
Realiza Informe Mensual respecto a la inasistencia de la persona usuaria
Informe
1
10
Ingresa a la sesión desde su equipo a través del link previamente otorgado
B


Subdirección del CECOFAM Niños Héroes / Subdirección del CECOFAM Plaza Juárez (Facilitador)
Responsable Conviviente
B
11
Da la bienvenida a las y los participantes para dar comienzo a la Convivencia por videollamada
12
Inicia la comunicación e interacción virtual con la Niña, Niño y/o Adolescente
13
Da aviso a los participantes de la Convivencia por videollamada de la conclusión del tiempo
14
Se despide de la Niña, Niño y/o Adolescente, quien a su vez hará lo mismo
15
Da por concluida la Convivencia por videollamada al cumplirse el tiempo estipulado
1
16
Realiza y envía informe mensual o Nota Informativa de la asistencia o inasistencia
Informe con análisis
Nota
C


Subdirección del CECOFAM Niños Héroes/ Subdirección del CECOFAM Plaza Juárez (Titular)
Jefatura de Unidad Departamental de Gestión Administrativa del Programa de Revinculación Familiar (Personal administrativo)
Autoridad Jurisdiccional
C
17
Revisa, rubrica y turna Informe Mensual o Nota Informativa
Informe con análisis
Nota
18
Recibe Informe Mensual o Nota Informativa, genera oficio y acuse del mismo para el envío
Sistema
Oficio
19
Recibe, revisa, firma oficio y lo devuelve para su envío a la Autoridad Jurisdiccional
Oficio
20
Recibe y envía oficio e Informe Mensual o Nota Informativa a la Autoridad Jurisdiccional
Oficio
21
Recibe y devuelve acuse del oficio
Acuse del Oficio
22
Recibe y archiva acuse, Informe Mensual y Nota Informativa en el expediente
Acuse del Oficio
Informe con análisis
Nota
23
Envía expediente al Archivo Judicial
Expediente
Fin

IV. VALIDACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Ciudad de México, a 4 de abril de 2024.

Elaborado por:

Mtra. Mariana Ortiz Castañares

Coordinadora de Intervención Especializada para Apoyo Judicial

Validado por:

Dr. Daniel González Ramírez

Director Ejecutivo de Planeación

Vo. Bo.:

Dr. Sergio Fontes Granados

Oficial Mayor

Autoriza:

El Consejo de la Judicatura de la Ciudad de México

Magdo. Rafael Guerra Álvarez

Presidente

Dr. Andrés Linares Carranza

Consejero

Lic. María Esperanza Hernández Valero

Consejera

Mtra. Susana Bátiz Zavala

Consejera

Dr. Ricardo Amezcua Galán

Consejero

Mtra. Emma Aurora Campos Burgos

Consejera

Dra. Irma Guadalupe García Mendoza

Consejera