



FORMATO DE PRIMERA ENTREVISTA CJM

SEDE

SLP

RIO

MAT

MHA

FECHA:

 Día Mes Año

HORA:

 Hora

NO. EXPEDIENTE:

FOLIO AÑO

NO. EXPEDIENTE
PREVIO:

1. DATOS DE LA PERSONA AFECTADA

REPRESENTANTE LEGAL :

Para casos de menores, personas de la tercera edad etc

Nombre (s)

Apellidos

NOMBRE:

Nombre (s)

Primer Apellido

Segundo apellido

ALIAS:

TELÉFONO CASA:

TELÉFONO CELULAR:

E-MAIL:

FECHA DE NACIMIENTO:

 Día Mes Año

LUGAR DE NACIMIENTO:

SEXO:

☐

Mujer

☐

Hombre

DOMICILIO:

(Calle y número exterior)

Colonia/Barrio/Pueblo/Localidad/Ejido

MUNICIPIO:

ENTIDAD FEDERATIVA:

PAÍS:

CP:

REFERENCIA:

CURP:

ESCOLARIDAD:

☐

Ninguna

☐

Preescolar

☐

Primaria

☐

Secundaria

☐

Bachillerato o preparatoria

☐

Carrera Técnica

☐

Profesional

☐

Posgrado

☐

Se ignora

SABE LEER Y ESCRIBIR:

☐

Si

☐

No

EDO CIVIL:

Casada (o)

☐

Sotera (o)

☐

Viuda (o)

☐

Concubinato

☐

Separada (o)

☐

Divorciada (o)

☐

Unión libre

☐

No No identificada

EDAD CUMPLIDA:

Horas (en menores de 24 hrs)

Días (en menores de 30 días)

Meses (en menores de 1 año)

ORIENTACIÓN SEXUAL:

☐

Heterosexual

☐

Homosexual

☐

Bisexual

☐

No se declara

IDENTIDAD DE GÉNERO:

☐

Cisgénero

☐

Transgénero

☐

Transexual

☐

No se declara

AFILIACIÓN A LOS SERVICIOS DE SALUD:

☐

IMSS

☐

ISSSTE

☐

INSABI

☐

Seguro privado

☐

Se ignora

☐

Ninguna

☐

Otra

¿CÚÁL?:

¿COMO SE ENTERO DEL CENTRO?

☐

Redes Sociales y Medios

☐

Recomendación de Usaria

☐

Recomendación General

☐

Institución

No. OFICIO:

REFERIDA POR:

☐

Servicios de Salud

☐

DIF Estatal

☐

Instituto de las Mujeres

☐

CEEAV

☐

Fiscalía General del Estado

☐

Defensoría Pública del Estado

Ayuntamiento

☐

Secretaría de Seguridad Pública

☐

Sociedad Civil

☐

¿CUÁL?

☐

Otra instancia

☐

¿CUÁL?

¿SE CONSIDERA INDÍGENA?

☐

Si

☐

No

¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?

☐

Si

☐

No

¿CUÁL?

¿NECESITA INTERPRETE?

☐

Si

☐

No

¿A QUE GRUPO O POBLACIÓN INDÍGENA PERTENECE?

☐

Nahuatl

☐

Pames o xi'oi

☐

Huastecos o teenek

☐

Otra

☐

¿CÚÁL?:

DIFICULTAD (DISCAPACIDAD)

☐

Si

☐

No

TIPO DE DISCAPACIDAD:

☐

Sensoriales y de la comunicación

☐

Motrices

☐

Mentales

☐

Múltiples y otras

¿ESTADO DE EMBARAZO O PUERPERIO?

☐

Si

☐

No

¿ESTA EN SITUACIÓN DE MIGRACIÓN?

☐

Si

☐

No

EJERCE O HA EJERCIDO TRABAJO SEXUAL

☐

Si

☐

No

HIJAS E HIJOS

☐

Si

☐

No

TOTAL DE HIJ@S

No. DE HIJOS E HIJOS

Mujeres

Hombres

Nombres:

Sexo

Edad

Ocupación

Escolaridad

Discapacidad

Hijo de agresor

Fecha de nacimiento

Con quien vive

1

2

3

4

5

SI

NO

SI

NO

SI

NO

SI

NO

SI

NO

SI

NO

SI

NO

SI

NO

SI

NO

SI

NO



2. DATOS SOCIO-ECONÓMICOS

2. DATOS SOCIO-ECONÓMICOS

ACTIVIDAD QUE REALIZA: _____ LUGAR DE TRABAJO: _____ DOMICILIO DEL TRABAJO: _____

OCUPACIÓN O ACTIVIDAD ☐ Estudiante ☐ Jubilada/Pensionada ☐ Actividad Ilicita ☐ Trabaja en el hogar ☐ Trabaja fuera del Hogar ☐ Otra ☐ Se desconoce

FUENTE DE INGRESO ☐ Si ☐ No VIVIENDA ☐ Prestada ☐ Rentada ☐ Propia ☐ Del agresor VIVE CON: _____ INGRESO MENSUAL: _____

INGRESO SUFICIENTE ☐ Si ☐ No ORIGEN DEL INGRESO ☐ Ingreso laboral ☐ Ingreso por red de apoyo ☐ Ingreso por pension alimenticia ☐ Apoyo económico del agresor

CUENTA CON APOYO GUBERNAMENTAL ☐ Si ☐ No ¿CÚAL?: _____ RELIGIÓN: _____

3. ATENCIÓN A LA SALUD

3. ATENCIÓN A LA SALUD

PRESENTA LESIONES: ☐ Si ☐ No ¿Cuáles? _____ PADECIMIENTO FÍSICO O EMOCIONAL ☐ Si ☐ No DX: _____

MEDICAMENTOS PRESCRITOS: _____ FECHA DE LA ÚLTIMA Y PRÓXIMA CONSULTA: _____

CONSUME ALCOHOL O DROGAS: ☐ Si ☐ No ¿CÚAL? ☐ Cocaína ☐ Marihuana ☐ Alcohol ☐ Inhalantes ☐ LSD

☐ Éxtasis ☐ Heroína ☐ Tranquilizantes ☐ Metanfetamina (cristal) FRECUENCIA: _____ FECHA DEL ÚLTIMO CONSUMO: _____

4. DENUNCIA

4. DENUNCIA

¿CUENTA CON DENUNCIA? ☐ Si ☐ No CDI: _____ En caso de que la anterior respuesta sea No, ¿Desea presentar denuncia? ☐ Si ☐ No

FECHA QUERRELLA: _____ RU: _____ ¿CUENTA CON MEDIDAS VIGENTES? ☐ Si ☐ No ¿CUALES?: _____

DELITO 1: _____ DELITO 2: _____

DELITO 3: _____ AGENTE FISCAL: _____

FECHA DE MEDICO LEGISTA: _____ FECHA PERITAJE PSICOLOGICO: _____

OTRAS QUERELLAS Y/O TRAMITE CIVIL: ☐ Si ☐ No ¿QUE DELITO O ASUNTO? _____

¿QUÉ PASO CON ESA DENUNCIA Y/O TRÁMITE? _____

		I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X
Órdenes	Emergencia	I	II	III	IV	-	-	-	-	-	-
	Preventiva	I	II	III	IV	V	VI	-	-	-	-
	Naturaleza Civil	I	II	III	IV	V	VI	VII	-	-	-

5. MEDIA FILIACIÓN AGRESOR

5. MEDIA FILIACIÓN AGRESOR

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: _____ Alias: _____ Fecha de nacimiento: _____

Detalle de relación con la víctima: _____ Modalidad de violencia: ☐ Familiar ☐ Laboral ☐ Docente ☐ Institucional ☐ En la Comunidad

Escolaridad: ☐ Ninguna ☐ Primaria ☐ Secundaria ☐ Bachillerato o preparatoria ☐ Profesional ☐ Posgrado ☐ Se ignora SABE LEER Y ESCRIBIR: ☐ Si ☐ No

Ingreso Mensual _____ Ocupación _____ Nexos con delincuencia Organizada: ☐ Si ☐ No A raíz de la Delincuencia Organizada ¿Usted se considera víctima? ☐ Si ☐ No ¿Dónde se le puede localizar? _____

Teléfono: _____ Estatura aprox: _____ Complexión: ☐ Delgada ☐ Mediana ☐ Robusta

Tez (color)	Nariz (forma)	Nariz (tamaño)	Ojos (tamaño)	Ojos (color)
Albino	Aguileña	Chica	Chicos	Azul
Amarilla	Ancha	Mediana	Medianos	Café
Blanca	Recta	Grande	Grandes	Café Claro
Morena clara				Gris
Morena oscura				Negro
Negra				Verde

Cabello (color)	Cabello (forma)	Cabello (tamaño)	Cara (tipo)	Orejas (Tipo)
Cano	Chino	Calvo	Alargada	Pequeñas
Castaño claro	Lacio	Corto	Cuadrada	Medianas
Castaño oscuro	quebrado	Largo	Ovalada	Grandes
Entrecano	Sin cabello	Mediano	Redonda	
Negro	Otro: _____			
Rojo				
Rubio				
Otro: _____				



Cejas (color)	Cejas (forma)	Pelo facial	Boca (tamaño)	Labios (tamaño)
Cano	Hacia arriba	Barba	Pequeña	Delgados
Castaño claro	Hacia abajo	Bigote	Mediana	Medianos
Castaño oscuro	Lineal	Candado	Grande	Gruesos
Entrecano	Recta	Patillas		
Negro	Separadas	Ninguno		
Rojo	Uniceja			
Rubio				
Otro: _____				

6. HERRAMIENTAS PARA LA MEDICIÓN DEL RIESGO

Por favor, seleccione un número que refleje mas cercanamente, la frecuencia de las situaciones o bien, acuerdo o desacuerdo, con las siguientes preguntas. Tome en consideración principalmente hechos en los últimos 3 y 6 meses: **1.** Muy poco frecuente, **2.** Poco Frecuente, **3.** Algunas veces **4.** Frecuentemente **5.** Muy Frecuentemente

6.1 HERRAMIENTA GENERAL PARA LA MEDICIÓN DE RIESGO

TIPO DE VIOLENCIA	EN LOS ÚLTIMOS 3 O 6 MESES CON QUÉ FRECUENCIA O GRAVEDAD SE PRESENTARON LOS SIGUIENTES HECHOS	FRECUENCIA					Fecha aproximada
		1	2	3	4	5	
1. Psicológica	¿La insulto, menosprecio o humillo en privado o frente a otras personas?						
	¿Impidió que mantuviera una relación con su familia o con otras personas?						
	¿Le controla en sus actividades o tiempos?						
	¿Ha intentado dañar su imagen frente a los demás o a través de redes sociales?						
	¿La ha amenazado con golpearla o encerrarla?						
	¿La ha amenazado con matarla si no hace lo que le pide?						
	¿La ha amenazado con suicidarse o lo ha intentado?						
	¿La ha amenazado con quitarle a sus hijos?						
	¿La culpa de su malestar físico o emocional?						
	¿La llama frecuentemente para saber ¿qué hace? y ¿dónde está?						
¿El agresor tiene celos excesivos?							
De 1 a 14 = Baja De 15 a 28 = Media De 29 a 42 = Alta De 43 a 55 = Muy Alta							
4. Sexual	¿Le ha obliga por medio de chantajes, amenazas o físicamente a tener relaciones sexuales a pesar de que usted no quiere?						
	¿La manipula o chantajea para realizar prácticas sexuales que no le agradan (de qué tipo)?						
	¿La ha obligado a tener relaciones sexuales sin el uso de métodos de prevención para embarazos no planeados y/o infecciones de transmisión sexual?						
	¿Se refiere a usted con términos sexuales denigrantes?						
	¿Ha mantenido actitudes de acoso sexual o tocamientos hacia otras personas o hacia sus hijos?						
	¿La ha obligado a tener relaciones sexuales al grado de lastimarla y causarle daño (como sangrado)?						
	¿La ha golpeado durante el embarazo y esto pudo alguna vez ocasionarle un aborto o le ha impedido seguir con el embarazo?						
De 1 a 9 = Baja De 10 a 18 = Media De 19 a 27 = Alta De 28 a 35 = Muy Alta							
2. Económica	¿Administra el dinero, sin tomar en cuenta sus necesidades?						
	¿Controla todo lo que gasta?						
	¿Le pide todo tipo de explicaciones cada vez que requiere o gasta dinero?						
	¿La ha limitado, amenazado o negado a que trabaje o busque un ingreso económico propio?						
De 1 a 5 = Baja De 6 a 10 = Media De 11 a 15 = Alta De 16 a 20 = Muy Alta							
3. Patrimonial	¿La ha despojado de bienes como su casa, su auto o herencias?						
	¿Le ha quitado su salario?						
	¿Le esconde la tarjeta de crédito, acta de nacimiento o credenciales (todo tipo de documentos personales)?						
	¿Le ha quitado o destruido pertenencias en contra de su voluntad?						
	¿Se ha puesto a patear o golpear la pared o algún tipo de otro inmueble u objeto?						
	¿Le quito, reviso y/o destruyo su teléfono celular?						
De 1 a 7 = Baja De 8 a 14 = Media De 15 a 21 = Alta De 22 a 30 = Muy Alta							
5. Física	¿La empujo, zarandeo o jaloneo a propósito?						
	¿La golpeo con la mano, el puño, objetos o dado de patadas?						
	¿Le ha tratado de ahorcar o asfixiar?						
	¿Le ha abofeteado?						
	¿Le genero quemaduras con objetos calientes o sustancias?						
	¿La ha tirado por las escaleras, azotea, balcón o auto en movimiento?						
	¿Le ha provocado lesiones físicas utilizando algún cuchillo, navaja, machete o cualquier tipo de objeto o armas?						
	¿Le ha provocado lesiones graves físicamente (moretones, sangrados en alguna parte de su cuerpo o fracturado alguna parte de su cuerpo)?						
¿Las lesiones le han hecho llegar al hospital?							
De 1 a 11 = Baja De 12 a 22 = Media De 23 a 33 = Alta De 34 a 45 = Muy Alta							



6.2 HERRAMIENTA MEDICIÓN DE RIESGO (CASOS DE ATAQUES SEXUALES)

EVALUACIÓN DEL ESTADO MENTAL DEL AGRESOR				HISTORIA CRIMINAL DEL AGRESOR SEXUAL			
Pregunta	SI	NO	Descripción	Pregunta	SI	NO	Descripción
1. ¿Tienes conocimiento de que el agresor tenga algún diagnóstico psiquiátrico (esquizofrenia, bipolaridad, etc...)?				1. ¿El agresor tiene antecedentes de comportamientos impulsivos y/o violentos hacia otras personas?			
2. ¿Tienes conocimiento de que el agresor tenga algún diagnóstico de incapacidad intelectual?				2. ¿Tienes conocimiento de que el agresor realizara actos violentos previos a la agresión sexual actual? (robo, secuestro,			
				3. ¿Tienes conocimiento de agresiones sexuales hacia familiares o hacia otras personas por el agresor?			
				4. ¿Sabes si anteriormente el agresor a agredido sexualmente a víctimas menores de edad?			
				5. ¿Tienes conocimiento si el agresor pertenece a una red de delincuencia organizada y/o criminal?			
FACTORES SITUACIONALES QUE PODRIAN AUMENTAR O DISMINUIR EL RIESGO DE UN NUEVO ATAQUE SEXUAL				VALORACIÓN DEL RIESGO DEL CASO DE ATAQUE SEXUAL			
Pregunta	SI	NO	Descripción	Observaciones			
1. ¿Tienes algún tipo de relación con el agresor?				Valoración general (tipo de riesgo: bajo, media, alto y muy alto) calificar después de considerar los resultados de la capacidad de respuesta de la usuaria y la evaluación de la peligrosidad del agresor para herramienta 2.2 y posterior a la valoración completa del caso.			
2. ¿Cuál es la fecha de la última agresión sexual?							
3. ¿Ha habido otras agresiones sexuales previas a esta?							
4. ¿Ha recibido amenazas por el agresor? (Especifique)							
5. ¿El agresor ha amenazado a algún miembro de la familia o amistades de la familia de la víctima? (Especifique)							
6. ¿El agresor tiene su domicilio cerca de usted?							
7. ¿El agresor cuenta con familia o amistades que lo protejan abiertamente?							
8. ¿El agresor tiene abuso de sustancias (alcohol, drogas)?							
9. ¿El agresor tiene acceso a armas de fuego?							
Fecha de Evaluación:							

6.3 CAPACIDAD DE RESPUESTA DE LA USUARIA Y EVALUACION DE PELIGROSIDAD DEL AGRESOR

Por favor, seleccione un numero que refleje mas cercanamente, la frecuencia de las situaciones o bien, acuerdo o desacuerdo, con las siguientes preguntas. Tome en consideración principalmente hechos en, los ultimos 3 y 6 meses: **1.** Muy poco frecuente, **2.** Poco Frecuente, **3.** Algunas veces **4.** Frecuentemente **5.** Muy Frecuentemente

6. CAPACIDAD DE RESPUESTA DE LA USUARIA

Pregunta	1	2	3	4	5	Descripción
¿Usted ha tenido trastornos del sueño? (dificultad para dormir o mantenerse)						
¿Usted perdió el interés en participar en actividades personales?						
¿Usted ha tenido sentimientos de tristeza y desesperanza?						
¿Usted ha perdido casi todo contacto con familiares y amigos?						
¿Usted consume alcohol o drogas?						
¿Usted ha tenido sentimientos de inutilidad o culpa excesivos?						
¿Usted ha pensado, planeado o intentado quitarse la vida?						
De 1 a 9 = Baja De 10 a 18 = Media De 19 a 27 = Alta De 28 a 35= Muy Alta						

7. EVALUACIÓN DE LA PELIGROSIDAD DEL AGRESOR

Pregunta	1	2	3	4	5	Descripción
¿El agresor tiene una historia familiar previa de violencia o abuso sexual?						
¿El agresor usa drogas o alcohol con frecuencia?						
¿El agresor tiene acceso a armas y al uso de ellas?						
¿El agresor le ha apuntado con alguna pistola o la agredió con alguna de ella?						
¿El agresor tiene nexos con grupos policíacos, militares o pandillas?						
¿El agresor participa en actividades delictivas?						
¿El agresor tiene antecedentes penales?						
¿Cree usted que el agresor sea capaz de matarla?						
De 1 a 10 = Baja De 11 a 20 = Media De 21 a 30 = Alta De 31 a 40= Muy Alta						

7. VALORACIÓN DE CASO

Resultados por tipo de violencia/Peligrosidad del agresor/Capacidad de respuesta de la usuaria para herramienta 2.1

1. Psicológica	2. Económica	3. Patrimonial	4. Sexual	5. Física	6. Capacidad de respuesta usuaria	7. Peligrosidadn del agresor	Valoración general (tipo de riesgo bajo, media, alto y muy alto)

Fecha de Evaluación:

* Se sugiere realizar el llenado de la valoración de caso posterior a la apreciación completa del caso



FECHA Y HORA DE OCURRENCIA

--	--

Dia

--	--

Mes

--	--	--	--

Año

--	--

HH

□
□

--	--

MM

FUE DIA FESTIVO

Si
En

☐ No

SITIO DE OCURRENCIA:

112

Casa Habitación

En

presa

☐ Ne

ocio

☐ Vía

pública

7

Entorno digital

TESTIGOS:

¿EL HECHO DE VIOLENCIA OCURRIÓ EN EL DOMICILIO DE LA VÍCTIMA?

Si

	No
--	----

DOMICILIO DE OCURRENCIA

DOMICILIO:

(Calle y numero exterior)

(Calle y número exterior)

Colonia/Barrio/Pueblo/Localidad/Ejido

Colonia/Barrio/Pueblo/Localidad/Ejido

MUNICIPIO:

ENTIDAD FEDERATIVA:

PAIS:

CP

CP.

DESCRIPCIÓN DEL EVENTO:



8.EVENTO (CONTINÚA)

8. EVENTO



9. PLAN DE SEGURIDAD

VIVE CON EL AGRESOR: ☐ Si ☐ No VIVE CERCA DEL AGRESOR: ☐ Si ☐ No COINCIDE EN OTROS LUGARES CON EL AGRESOR: ☐ Si ☐ No

¿CUENTA CON RED DE APOYO? ☐ Si ☐ No TIPO DE RELACION 1 Personal o familiar 2 Comunitario/Social 3 Laboral 4 Institucional 5 Docente 6 Otro

TIPO DE APOYO 1 Economico 2 Emocional 3 Estructural 4 Vivienda 5 Consejo/Asesoría 6 Laboral 7 Otro

REDES DE APOYO

TIPO DE RELACION DE LA RED

TIPO DE APOYO

1	Nombre	Parentesco	Telefono		
2	Nombre	Parentesco	Telefono		
3	Nombre	Parentesco	Telefono		

¿HACE CUANTO FUE LA ÚLTIMA CONVIVENCIA CON SU RED DE APOYO?

¿DOMICILIO DE SU RED DE APOYO?

1		1	
2		2	
3		3	

REQUIERE ALBERGUE: ☐ Si ☐ No

USUARIA ACEPTA ALBERGUE: ☐ Si ☐ No

OTRAS REDES DE APOYO: ☐ Si ☐ No

EN CASO DE DECIDIR SALIR DE SU DOMICILIO, ¿EN QUE DOMICILIO SE PUEDE LOCALIZAR?

RECOMENDACIONES PARA EL PLAN DE SEGURIDAD:

9. PLAN DE SEGURIDAD

10. PLAN DE ACCION SUGERIDO, A PARTIR DE NECESIDADES IDENTIFICADAS Y EXPECTATIVAS DE LA USUARIA

10. PLAN DE ACCIÓN



11. RUTA DE ACOMPAÑAMIENTO

11. RUTA DE ACOMPAÑAMIENTO

Fecha	(I) INICIAL		Ruta de acompañamiento inicial o modificación									Quien Fórmula	Quién Autoriza
	(A) ACTUALIZACIÓN												

MOTIVO POR EL QUE SE REFIERE A OTRA INSTANCIA EN CASO DE SER CANALIZADA:

UNIDAD DE RECEPCIÓN Y TRABAJO SOCIAL TS01 Diseño de Ruta de acompañamiento TS02 Canalización o asesoría (no compete a CJM) TS03 Ampliación de hechos en expediente único TS04 Estancia transitoria TS05 Canalización a refugio TS06 Acompañamiento médico TS07 Acompañamiento social TS08 Acompañamiento educativo TS09 Canalizaciones complementarias TS10 Visitas Domiciliarias TS11 Seguimientos de 911 TS12 Orientaciones telefónicas TS13 Llamadas a usuarias de alto riesgo TS14 Estudios socioeconómicos UNIDAD MÉDICA ME01 Intervención de la salud	JURÍDICO PENAL JP01 Asesoría o información JP02 Seguimientos subsecuentes JP03 Representación en audiencia JP04 Acompañamiento para presentación de denuncia JP05 Oficios de promoción dentro de carpeta de investigación o expediente JP06 Solicitud de medida de protección JP07 Acompañamientos para recuperación de menores o bienes JP08 Acompañamiento a médico legista JP09 Representación con líderes de comunidad JURÍDICO DERECHOS HUMANOS JD01 Asesoría o información JD02 Presentación de queja JD03 Seguimientos subsecuentes	JURÍDICO FAMILIAR JF01 Asesoría o información JF02 Seguimientos subsecuentes JF03 Presentación de la demanda inicial y/o convenio ante autoridad administrativa JF04 Promoción en el expediente JF05 Solicitud de orden de protección JF06 Emplazamiento JF07 Representación en audiencia JF08 Acompañamiento a juzgado familiar COORDINACIÓN DE EMPODERAMIENTO EM01 Información EM02 Seguimientos EM03 Vinculación emprendimiento EM04 Capacitación para autoempleo EM05 Talleres CJM EM06 Talleres aliados EM07 Bolsa de trabajo empresa EM08 Apoyo educativo EM09 Bolsa de trabajo institución	PSICOLOGÍA PS01 Sesiones 1era vez individual grupal o infantil PS02 Sesiones seguimiento individual grupal o infantil PS03 Terapia grupal PS04 Impresión diagnóstica PS05 Asesoría psicológica PS06 Otras asesorías PS07 Acompañamientos PS08 Encuadres PS09 Intervención en crisis /primeros auxilios psicológicos PS10 Taller de Psicología PS11 Observación Psicológica cámara Gesel PS12 Atención a hijas e hijos usuarias PS13 Talleres para niños PREVENCIÓN PR01 Intervención en materia de prevención
---	---	---	--

12. OBSERVACIONES

12. OBSERVACIONES

13. FIRMAS

13. FIRMAS

Nombre y firma de conformidad de la usuaria: _____

Atendió por: _____ Firma: _____ Hora: _____

14. CONCLUSIÓN Y REAPERTURA

14. CONCLUSIÓN Y REAPERTURA

Fecha de baja de expediente: _____ Motivo de baja: ☐ Inasistencia ☐ Abogado particular ☐ Reconciliación
☐ Desistimiento ☐ Cambio de residencia ☐ Otro ¿Cuál? _____ FOLIO BANAVIM: _____

Autorización de reapertura: _____ Fecha de reapertura: _____

Motivo de reapertura: _____

EL CENTRO DE JUSTICIA PARA LAS MUJERES DEL ESTADO DE SAN LUIS POTOSÍ, COMO UN ORGANISMO PÚBLICO DESCENTRALIZADO, CON PERSONALIDAD JURÍDICA Y PATRIMONIO PROPIO, SECTORIZADO A LA SECRETARÍA GENERAL DE GOBIERNO, RESPONSABLE DE GARANTIZAR EL DERECHO DE ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA Y DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS SUJETOS OBLIGADOS, ACORDE A LO DISPUESTO POR EL ARTÍCULO 34 DE LA LEY DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES DEL ESTADO DE SAN LUIS POTOSÍ, HACE DEL CONOCIMIENTO AL PÚBLICO EN GENERAL EL SIGUIENTE:

AVISO DE PRIVACIDAD INTEGRAL (Usuarías)

El Centro de Justicia para las Mujeres del Estado de San Luis Potosí (CJM), con domicilio en calle Arista #340, Col. Centro, C.P. 78000, San Luis Potosí, S.L.P., es el responsable del uso y protección de sus datos personales, y al respecto le informamos lo siguiente:

¿Para qué utilizaremos sus datos personales?

Los datos personales que recabamos de usted a través de entrevistas personales y llenado de formularios, serán necesarios para las siguientes finalidades:

Uso interno exclusivamente: Brindar atención y servicios integrales, multidisciplinarios y transversales de seguimiento a mujeres víctimas de violencia y sus menores hijos e hijas con un enfoque de derechos humanos, de género y de interés superior de la infancia.

¿Qué datos personales utilizaremos para estos fines?

Para llevar a cabo las finalidades descritas en el presente aviso de privacidad, trataremos los siguientes datos personales:

- Nombre
- Edad
- Sexo
- Domicilio
- Teléfono
- Estado Civil
- Instrucción Escolar
- Ocupación
- Fuente de ingresos
- Número de dependientes Económicos
- Correo electrónico
- Datos patrimoniales
- Datos legales

Además de los datos personales mencionados anteriormente, para las finalidades informadas en el presente aviso de privacidad utilizaremos los siguientes datos personales considerados como sensibles, por lo que se previene una especial protección:

- Datos ideológicos
- Datos de salud
- Datos sobre vida sexual
- Características Físicas
- Videos y/o fotografías
- Datos de origen étnico o racial
- Evento de violencia
- Valoración del caso

¿Con quién compartiremos su información personal y para qué fines?

Le informamos que sus datos personales pueden ser compartidos solo en casos específicos para que reciba servicios de instituciones gubernamentales de los tres órdenes de gobierno, local, federal y municipal, así como con asociaciones civiles, con el objeto de articular esfuerzos, para facilitar el acceso a la justicia y la prevención de los factores de riesgo de las mujeres, niñas y niños cualquiera que sea su condición, logrando para estas, así como para sus hijas e hijos, una mayor seguridad, con el apoyo de una red de colaboración favoreciendo su empoderamiento social y económico, las cuales se señalan a continuación:

- Centro de Atención Integral a Víctimas;
- Comisión Estatal de Derechos Humanos;
- Comisión Nacional de Derechos Humanos;
- Consejo Estatal de Población;
- Defensoría Pública del Estado;
- Instituto de las Mujeres del Estado;
- Instituto para el Desarrollo Humano y Social de los Pueblos y Comunidades Indígenas;
- Instituto Potosino de la Juventud;
- Secretaría de Desarrollo Económico;
- Secretaría de Desarrollo Social y Regional;
- Secretaría de Educación del Gobierno del Estado;
- Secretaría de Seguridad Pública;
- Secretaría de Salud;
- Secretaría del Trabajo y Previsión Social;
- Servicios de Salud en el Estado;
- Sistema de Financiamiento para el Desarrollo del Estado SIFIDE;
- Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado, DIF Estatal;
- Poder Judicial del Estado, y Poder Judicial de la Federación
- Fiscalía General de Justicia del Estado.
- Procuraduría de Protección de Niñas, Niños y Adolescentes;
- Instituto Mexicano del Seguro Social.
- Clínica Psiquiátrica "Dr. Everardo Neumann Peña".
- Procuraduría de la Defensa de las personas Adultas Mayores.
- Contraloría General del Estado.

De igual manera se hace saber que el Centro de Justicia se encuentra obligado a intercambiar, sistematizar, analizar y actualizar la información que diariamente se genere en materia de víctimas de violencia de género, así como a proporcionar dicha información al Banco Nacional de Datos e información sobre casos de Violencia contra las Mujeres.

Si no desea que su información se utilice para alguno de estos fines, avíselo a quien le entrevista, o presente un escrito ante la Unidad de Transparencia del Centro de Justicia para las Mujeres del Estado, en Arista No. 340, Col. Centro, C.P. 78000, San Luis Potosí, S.L.P., o mediante correo a la dirección: fgalan.cimslp@gmail.com.

Si está de acuerdo con el tratamiento de sus datos personales, así como de la transferencia de los mismos únicamente en caso de que la atención así lo requiera, señale, otorgo mi consentimiento para el tratamiento de mis datos personales. **Sí () No ()**

Nombre y Firma de Consentimiento: _____



¿Cómo puede acceder, rectificar o cancelar sus datos personales, u oponerse a su uso?

Tiene derecho a conocer qué datos personales tenemos de usted, para qué los utilizamos y las condiciones del uso que les damos (**Acceso**). Asimismo, es su derecho solicitar la corrección de su información personal en caso de que esté desactualizada, sea inexacta o incompleta (**Rectificación**); que la eliminemos de nuestros registros o bases de datos cuando considere que la misma no está siendo utilizada conforme a los principios, deberes y obligaciones previstas en la normativa (**Cancelación**); así como oponerse al uso de sus datos personales para fines específicos (**Oposición**). Estos derechos se conocen como derechos ARCO.

Para el ejercicio de cualquiera de los derechos ARCO, usted podrá presentar la solicitud respectiva ante la Unidad de Transparencia de este Centro de Justicia para las Mujeres del Estado de San Luis Potosí:

- Responsable: Lic. Fernando Galán Sandoval
- Domicilio: Arista No. 340, Col. Centro, C.P. 78000, San Luis Potosí, S.L.P.
- Correo electrónico: fgalan.cjmslp@gmail.com
- Teléfonos: 8 33 21 43 y 8 33 21 44 ext. 813
- Horario de 09 a 15 horas de lunes a viernes.

Es importante que nos proporcione algún dato de contacto actualizado para responder a su solicitud.

¿Cómo puede revocar su consentimiento para el uso de sus datos personales?

Usted puede revocar el consentimiento que, en su caso, nos haya otorgado para el tratamiento de sus datos personales. Sin embargo es importante que tenga en cuenta que no en todos los casos podremos atender su solicitud o concluir el uso de forma inmediata, ya que es posible que por alguna obligación legal requiramos seguir tratando sus datos personales. Asimismo, usted deberá considerar que para ciertos fines, la revocación de su consentimiento implicará que no le podamos seguir prestando el servicio que nos solicitó, o la conclusión de su relación con este Centro de Justicia para las Mujeres del Estado..

Para revocar su consentimiento usted podrá presentar la solicitud respectiva ante la Unidad de Transparencia de este Centro de Justicia para las Mujeres del Estado de San Luis Potosí:

- Responsable: Lic. Fernando Galán Sandoval
- Domicilio: Arista No. 340, Col. Centro, C.P. 78000, San Luis Potosí, S.L.P.
- Correo electrónico: fgalan.cjmslp@gmail.com
- Teléfonos: 8 33 21 43 y 8 33 21 44 ext. 813
- Horario de 09 a 15 horas de lunes a viernes.

Es importante que nos proporcione algún dato de contacto actualizado para responder a su solicitud.

El fundamento legal que faculta expresamente al responsable para llevar a cabo el tratamiento de datos personales.

El Centro de Justicia para las Mujeres del Estado de San Luis Potosí es un organismo público descentralizado, con personalidad jurídica y patrimonio propio, sectorizado a la Secretaría General de Gobierno, encargado de brindar atención y servicios integrales, multidisciplinarios y transversales bajo el mismo techo a las mujeres víctimas de violencia y sus menores hijos e hijas, con un enfoque de derechos humanos, de género y de interés superior de la infancia; por lo que con fundamento en el artículo 6 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 7 de la Constitución Política del Estado Libre y Soberano de San Luis Potosí; 1, 2, 3 y demás relativos de la Ley del Centro de Justicia para las Mujeres del Estado; artículos, 1, 3, fracciones I, VII, VIII, IX, X y XIV, 15, 16, 17, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 26, 27, 34 y 35, los contenidos en Título Tercero, y demás relativos de la Ley de Protección de Datos Personales del Estado de San Luis Potosí; artículos 1, 2, 3, 23, 54, 82, Título Sexto y demás relativos de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado; podrá recabar y será responsable del tratamiento de los datos personales que se recaban en ejercicio de sus funciones.

¿Cómo puede conocer los cambios a este aviso de privacidad?

El presente aviso de privacidad puede sufrir modificaciones, cambios o actualizaciones derivadas de nuevos requerimientos legales; de nuestras propias necesidades por los servicios que ofrecemos; de nuestras prácticas de privacidad o por otras causas.

Nos comprometemos a mantenerlo informado sobre los cambios que pueda sufrir el presente aviso de privacidad, a través de la página de internet beta.slp.gob.mx/CJM/Paginas/Inicio.aspx, de manera directa en la Unidad de Transparencia del Centro de Justicia para las Mujeres del Estado de San Luis Potosí, Arista No. 340, Col. Centro, C.P. 78000, San Luis Potosí, S.L.P. y/o en anuncios visibles en nuestras instalaciones.

Observaciones: _____

Fecha de Última Actualización: **marzo del 2021**