

SECRETARIA DE SEGURIDAD PUBLICA

ACUERDO por el que se dan a conocer los trámites a seguir para la autorización de visitas a internos en los Centros Federales de Readaptación Social, interno-pacientes en el Centro Federal de Rehabilitación Psicosocial, y menores infractores en los Centros de Diagnóstico y Tratamiento para Menores, que aplica la Secretaría de Seguridad Pública a través del Organo Administrativo Desconcentrado Prevención y Readaptación Social.

Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos.- Secretaría de Seguridad Pública.

ALEJANDRO GERTZ MANERO, Secretario de Seguridad Pública, con fundamento en los artículos 30 Bis de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal; 5 del Reglamento Interior de la Secretaría de Seguridad Pública, y 8 fracción II del Reglamento del Organo Administrativo Desconcentrado Prevención y Readaptación Social, y

CONSIDERANDO

Que el Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006 prevé el establecimiento de un Programa de Mejora Regulatoria y Simplificación Administrativa, orientado a hacer más eficiente la regulación vigente y a eliminar la discrecionalidad innecesaria de la autoridad y el exceso de trámites;

Que el Programa de Modernización de la actual Administración Pública dispone que las dependencias y entidades paraestatales deberán analizar las normas que regulen sus funciones e identificar aquellas que sean susceptibles de eliminarse o simplificarse y promover los cambios indispensables al marco jurídico administrativo aplicable, con el objeto de eficientar la actuación del servidor público;

Que el Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006, prevé una reestructuración integral del sistema penitenciario, en virtud de lo cual el presente Acuerdo pretende coordinar y optimizar los diversos servicios que proporcionan los Centros Federales de Readaptación Social, el Centro Federal de Rehabilitación Psicosocial y los Centros de Diagnóstico y Tratamiento para Menores, con la finalidad de propiciar condiciones favorables que coadyuven en el tratamiento integral de los internos, interno-pacientes y menores infractores, respectivamente, sin descuidar las funciones de seguridad inherentes a los Centros, ya que es importante que cuenten con el acercamiento, conservación y fortalecimiento de todos aquellos lazos que permitan restablecer vínculos con el exterior, se ha tenido a bien expedir el siguiente:

ACUERDO POR EL QUE SE DAN A CONOCER LOS TRAMITES A SEGUIR PARA LA AUTORIZACION DE VISITAS A INTERNOS EN LOS CENTROS FEDERALES DE READAPTACION SOCIAL, INTERNO-PACIENTES EN EL CENTRO FEDERAL DE REHABILITACION PSICOSOCIAL Y MENORES INFRACTORES EN LOS CENTROS DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO PARA MENORES, QUE APLICA LA SECRETARIA DE SEGURIDAD PUBLICA A TRAVES DEL ORGANO ADMINISTRATIVO DESCONCENTRADO PREVENCION Y READAPTACION SOCIAL

ARTICULO PRIMERO.- Se dan a conocer los trámites que aplica la Secretaría de Seguridad Pública, a través del Organo Administrativo Desconcentrado Prevención y Readaptación Social, para la autorización de visitas a internos en los Centros Federales de Readaptación Social, de interno-pacientes en el Centro Federal de Rehabilitación Psicosocial y de Menores Infractores en los Centros de Diagnóstico y Tratamiento para Menores (anexos uno, dos y tres).

Igualmente, se dan a conocer los Formatos para realizar los Trámites de Visitas a internos en los Centros Federales de Readaptación Social y a interno-pacientes en el Centro Federal de Rehabilitación Psicosocial (anexos cuatro y cinco).

ARTICULO SEGUNDO.- Para los efectos de este Acuerdo y sus anexos, se entenderá por:

- I. DOF: Diario Oficial de la Federación;**
- II. SSP: Secretaría de Seguridad Pública;**
- III. OADPRS: Organo Administrativo Desconcentrado Prevención y Readaptación Social;**
- IV. CEFERESOS: Centros Federales de Readaptación Social;**

- V. CEFEREPSI:** Centro Federal de Rehabilitación Psicosocial;
- VI. CENTROS DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO PARA MENORES:** Centro de Tratamiento para Varones, Centro de Diagnóstico para Varones, Centro de Diagnóstico y Tratamiento para Mujeres, Centro de Desarrollo Integral para Menores, Centro de Atención Especial "Dr. Alfonso Quiroz Cuarón";
- VII. Trámite:** Cualquier documento o información que familiares y/o amistades, defensores, ministros de cultos religiosos, grupos de formación profesional o grupos de apoyo, deben presentar para tener acceso a la visita de los internos en los Centros Federales de Readaptación Social, interno-pacientes en el Centro Federal de Rehabilitación Psicosocial y Menores Infractores en los Centros de Diagnóstico y Tratamiento para Menores.
- VIII. Visita:** Comprende a la persona que acude a alguno de los Centros descritos en las fracciones IV, V y VI del presente artículo, en calidad de familiar y/o amistad, defensor, ministro de culto religioso, grupo de formación profesional o grupo de apoyo.

ARTICULO TERCERO.- Las solicitudes o escritos deberán presentarse en original y el número de copias que se indiquen en cada uno de los trámites comprendidos en los anexos uno, dos y tres del presente Acuerdo.

ARTICULO CUARTO.- Los interesados deberán presentar las solicitudes en los CEFERESOS, así como en el CEFEREPSI en un horario de 9:00 a 17:00 horas, los trescientos sesenta y cinco días del año y en los Centros de Diagnóstico y Tratamiento para Menores en un horario de 9:00 a 15:00 horas, de lunes a viernes.

ARTICULO QUINTO.- Todos los trámites se realizarán de manera gratuita, en caso de presentarse alguna anomalía en la atención a dichos trámites, se podrá presentar queja o denuncia en el Organismo Interno de Control en la Secretaría de Seguridad Pública, ubicado en bulevar Adolfo Ruiz Cortines número 3642, piso 16, colonia Jardines del Pedregal, código postal 01900, México, Distrito Federal, teléfono (55) 54-81-43-00, y en el Sistema de Atención Ciudadana de la Secretaría de la Función Pública, con los siguientes números telefónicos 30-03-20-00, en el interior de la República Mexicana 01-800-00-14-800, desde Estados Unidos o Canadá 1-888-594-3372.

ARTICULO SEXTO.- Para los efectos del artículo anterior, las autoridades de los CEFERESOS, CEFEREPSI y Centros de Diagnóstico y Tratamiento para Menores, deberán dar respuesta a las solicitudes presentadas en los plazos establecidos en los reglamentos e instructivos correspondientes y en el presente Acuerdo y sus anexos, en caso contrario, transcurrido el plazo aplicable, la resolución se entenderá en sentido negativo, de acuerdo a lo dispuesto por el artículo 17 segundo párrafo de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo.

ARTICULO SEPTIMO.- A la entrega de la documentación completa requerida en cada trámite para la autorización de visitas a CEFERESOS, al CEFEREPSI y a Centros de Diagnóstico y Tratamiento de Menores, se dará respuesta en el plazo establecido en los anexos uno, dos y tres del presente Acuerdo; durante este plazo los Centros podrán extender pases de acceso provisionales a los solicitantes, de acuerdo a los instructivos y lineamientos de visita.

ARTICULO OCTAVO.- Las credenciales autorizadas para la visita por parte de los CEFERESOS, CEFEREPSI y Centros de Diagnóstico y Tratamiento de Menores, quedarán bajo el resguardo y control del Centro correspondiente.

ARTICULO NOVENO.- La vigencia de los trámites de autorización de visita a internos en los CEFERESOS, a interno-pacientes en el CEFEREPSI y a menores infractores en los Centros de Diagnóstico y Tratamiento de Menores, se sujetará a lo previsto en los anexos uno, dos y tres del presente Acuerdo.

ARTICULO DECIMO.- En el caso de los requisitos y horarios para las visitas a los CEFERESOS y a Centros de Diagnóstico y Tratamiento para Menores, se estará a lo dispuesto en los reglamentos correspondientes a cada Centro e instructivos de visitas, así como lo establecido en el presente Acuerdo y sus anexos.

DE LAS VISITAS AL CENTRO FEDERAL DE REHABILITACION PSICOSOCIAL

ARTICULO DECIMO PRIMERO.- El interno-paciente del CEFEREPSI, registrará en la hoja de control que le será proporcionada por la Oficina de Trabajo Social, los nombres de los familiares y/o amistades que autoriza lo visiten, siendo el máximo de 12 personas incluyendo menores de edad entre 15 y 17 años; en el caso de que el interno se niegue a recibir la visita, se asentará por escrito anexándose en su expediente.

ARTICULO DECIMO SEGUNDO.- La visita familiar en el CEFEREPSI, se llevará a cabo en la sala de visita familiar, plaza de la visita familiar, locutorios y unidad hospitalaria, según sea el caso, en un horario de 9:00 a 13:30 horas, de lunes a domingo. Cuando el visitante se presente por primera vez, la visita se realizará en el área de locutorios; las subsecuentes en la plaza familiar, en la sala de visita familiar o en la unidad hospitalaria; para tal efecto se emitirá una credencial para visita familiar en todos los casos con usos y fines exclusivos de control, misma que será tramitada por la Oficina de Trabajo Social, siempre y cuando el visitante haya cubierto los requisitos establecidos en el Anexo dos del presente Acuerdo.

Al visitante se le permitirá el acceso una vez que se haya identificado plenamente y se encuentre en la relación de visitantes. En caso contrario, deberá realizar las gestiones que procedan.

Los visitantes podrán formular quejas o sugerencias, depositándolas en el buzón que para tal efecto existe en las instalaciones, dicha información será enviada a la Dirección y a las distintas Subdirecciones del CEFEREPSI, con la finalidad de que cada área dé seguimiento y atención a las quejas y sugerencias presentadas.

ARTICULO DECIMO TERCERO.- La visita íntima en el CEFEREPSI se concederá únicamente al interno-paciente que previamente lo solicite por escrito y hasta que el visitante cubra los requisitos establecidos en el Anexo dos del presente Acuerdo; dicha visita no se concederá al interno-paciente que se encuentre en exacerbación de sintomatología psiquiátrica.

Los estudios médicos solicitados se renovarán cada seis meses, mismos que deberán ser expedidos por instituciones del Sector Público (Instituto Mexicano del Seguro Social o Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado o Secretaría de Salud).

La visita íntima se efectuará en el área destinada para tal fin, hasta dos veces a la semana de lunes a domingo de 11:00 a 15:00 horas, únicamente se autorizará la visita íntima con una persona distinta a la ya autorizada, excepcionalmente y previa valoración del Consejo Técnico Interdisciplinario, seis meses después de que la primera haya sido dada de baja por escrito.

ARTICULO DECIMO CUARTO.- Todo interno-paciente del CEFEREPSI, tendrá derecho a recibir la visita de su defensor a fin de que se traten asuntos relacionados con su situación jurídica motivo por el que se encuentra privado de su libertad, siempre y cuando, el visitante haya cubierto los requisitos establecidos en el Anexo dos y en todos los casos se deberá contar con la anuencia previa del interno-paciente para recibir a su defensor, con un horario de 9:00 a 15:00 horas, los trescientos sesenta y cinco días del año. Fuera de este horario, sólo se permitirá el acceso a los defensores previa autorización del Director o del Funcionario de Guardia, en caso de extrema urgencia o absoluta necesidad, dicha visita se realizará únicamente en el área de locutorios, en la que se concederá la privacidad necesaria sin que afecte con ello la custodia del interno ni la seguridad del CEFEREPSI.

En ningún caso los defensores podrán realizar entrevistas con más de un interno simultáneamente, salvo en aquellos casos que sean coacusados.

La Oficina de Trabajo Social y la Subdirección Jurídica se encargarán de llevar el control de la visita de los defensores del interno en el CEFEREPSI; y sólo se permitirá el acceso del defensor al CEFEREPSI con los documentos necesarios para el desempeño de su trabajo; no se permitirá el acceso a los acompañantes del defensor, salvo que éstos tengan el mismo nombramiento.

ARTICULO DECIMO QUINTO.- La visita de los ministros de cultos religiosos al CEFEREPSI será permitida, siempre y cuando el visitante reúna los requisitos establecidos en el Anexo dos del presente Acuerdo, únicamente se le permitirá el ingreso de los implementos necesarios para llevar a cabo los servicios religiosos y que no contravengan las disposiciones de seguridad.

Sólo se permitirá el acceso a los acompañantes de los ministros de cultos religiosos cuando hayan sido valorados y autorizados por el Consejo Técnico Interdisciplinario.

ARTICULO DECIMO SEXTO.- El ingreso de integrantes de grupos de formación profesional al CEFEPERSI, será autorizado en la fecha aprobada por el Consejo Técnico Interdisciplinario del Centro, siempre y cuando reúnan los requisitos establecidos en el Anexo dos del presente Acuerdo.

ARTICULO DECIMO SEPTIMO.- Se podrá suspender la visita en el CEFEREPSI por las siguientes causas:

I.- Cuando se detecte que los visitantes proporcionan datos falsos en alguno de los documentos entregados;

II.- Cuando el interno lo solicite por escrito;

III.- Cuando el visitante exprese su voluntad de no acceder más a la visita;

IV.- Cuando el interno o su visita incurran en faltas a la normatividad establecida. En este caso, el Consejo Técnico Interdisciplinario determinará las medidas disciplinarias procedentes, notificando al interno y a sus visitantes a través de la Oficina de Trabajo Social las causas que motivaron dicha suspensión y el tiempo que ésta dure (si es temporal o definitiva), debiéndose anexar al expediente del interno dicha notificación firmada por el interesado;

V.- Por motivos de seguridad indicados en el apartado de Seguridad del Centro;

VI.- Por traslado temporal o definitivo a otra institución;

VII.- A todo aquel visitante que utilice la visita para otro fin que no sea el preestablecido, y

VIII.- Cuando el interno se encuentre bajo medida de protección en aislamiento temporal por exacerbación de sintomatología psiquiátrica.

ARTICULO DECIMO OCTAVO.- La visita íntima en el CEFEREPSI, además de los criterios señalados en el artículo anterior, se suspenderá por los siguientes casos:

I.- Expiración de la vigencia (seis meses) en los exámenes médicos;

II.- Cuando se trate de mujeres embarazadas cursando el séptimo mes de gestación o por prescripción médica del ginecólogo tratante, y

III.- Cuando el interno se encuentre bajo medida de protección en aislamiento temporal por exacerbación de sintomatología psiquiátrica.

TRANSITORIO

UNICO.- El presente Acuerdo entrará en vigor al día siguiente de su publicación en el **Diario Oficial de la Federación**.

México, D.F., a 23 de diciembre de 2003.- El Secretario de Seguridad Pública, **Alejandro Gertz Manero**.-
Rúbrica.

ANEXO UNO

Se señala a continuación la información relativa a los trámites para la autorización de visitas que aplica la Secretaría de Seguridad Pública a través del Organismo Administrativo Desconcentrado Prevención y Readaptación Social en los Centros Federales de Readaptación Social.

TRAMITE DE SOLICITUD DE AUTORIZACION DE VISITA DE MENORES DE EDAD FAMILIARES DE INTERNOS EN CEFERESOS. HOMOCLAVE PRS-00-001

Casos en los que se debe presentar el trámite:

1. Quién y en qué casos se debe realizar el trámite.

1.1. La solicitud debe ser realizada por los menores de edad descendientes y hermanos del interno, acompañados de algún familiar.

1.2. Se elaborará dicha solicitud cuando los menores de edad descendientes y hermanos del interno en CEFERESOS deseen realizar la visita.

1.3. Medios de presentación del trámite.

1.3.1. El trámite debe presentarse en el Formato de Solicitud de Autorización de Visita de Menores de Edad Familiares de Internos en CEFERESOS, mismo que se encuentra en el Anexo Cuatro del presente Acuerdo, en original y dos copias, con los siguientes datos:

- 1.3.2. Número de Centro Federal de Readaptación Social.
- 1.3.3. Fecha de solicitud.
- 1.3.4. Nombre del interno.
- 1.3.5. Nombre del menor solicitante.
- 1.3.6. Sexo.
- 1.3.7. Parentesco.
- 1.3.8. Edad.
- 1.3.9. Lugar y fecha de nacimiento.
- 1.3.10. Domicilio.
- 1.3.11. Nombre del tutor.
- 1.3.12. Parentesco.
- 1.3.13. Nombre y parentesco de la persona que autoriza el ingreso del menor.
- 1.3.14. Firma del padre o tutor.
- 1.4. Documentos que deben anexarse a dicha solicitud:
 - 1.4.1. Acta de nacimiento (copia certificada y dos copias simples).
 - 1.4.2. Tres fotografías tamaño infantil a color con fondo blanco.
- 1.5. Plazo máximo de respuesta.
 - 1.5.1. El plazo de respuesta será de treinta días naturales.
 - 1.5.2. La autoridad contará con un plazo máximo de diez días naturales para requerirle al particular información faltante.
- 1.6. Monto de derechos o aprovechamientos.
 - 1.6.1. El trámite será gratuito, no se puede exigir ningún pago.
- 1.7. Criterios de resolución del trámite.
 - 1.7.1. Se deberá realizar valoración psicológica al menor.
 - 1.7.2. El Consejo Técnico Interdisciplinario del CEFERESO, se encargará de emitir la opinión sobre la visita.
 - 1.7.3. El Director General del Centro, tomando en cuenta la opinión del Consejo Técnico Interdisciplinario, será quien autorice la visita.
- 1.8. Vigencia del trámite. La vigencia del trámite estará sujeta a los siguientes eventos:
 - 1.8.1. Por solicitud expresa del interno de la cancelación de la visita.
 - 1.8.2. Por egreso del interno del CEFERESO.
 - 1.8.3. Por determinación del Consejo Técnico Interdisciplinario del CEFERESO.

**TRAMITE DE SOLICITUD DE AUTORIZACION DE VISITA INTIMA A INTERNOS
EN CEFERESOS. HOMOCLAVE PRS-00-002**

Casos en los que se debe presentar el trámite:

- 1. Quién y en qué casos se debe realizar el trámite.
 - 1.1. La solicitud debe ser realizada por el cónyuge o concubina, debiendo acreditar tal carácter.
 - 1.2. Se elaborará dicha solicitud cuando el cónyuge o concubina del interno en CEFERESOS desee realizar la visita íntima.
 - 1.3. Medios de presentación del trámite.
 - 1.3.1. El trámite debe presentarse en el Formato de Solicitud de Autorización de Visita Intima a Internos en CEFERESOS, mismo que se encuentra en el Anexo cuatro del presente Acuerdo, en original y dos copias, con los siguientes datos:
 - 1.3.2. Número de Centro Federal de Readaptación Social.
 - 1.3.3. Fecha de solicitud.

- 1.3.4. Nombre del interno.
- 1.3.5. Nombre del solicitante.
- 1.3.6. Relación.
- 1.3.7. Edad.
- 1.3.8. Lugar y fecha de nacimiento.
- 1.3.9. Escolaridad.
- 1.3.10. Religión.
- 1.3.11. Estado civil.
- 1.3.12. Ocupación.
- 1.3.13. Domicilio.
- 1.3.14. Tiempo de residencia.
- 1.3.15. Teléfono.
- 1.3.16. Horario en que se localiza.
- 1.3.17. Nombre de la empresa o negocio (centro de trabajo).
- 1.3.18. Domicilio.
- 1.3.19. Teléfono y horario.
- 1.3.20. Señalar si ha sido detenido.
- 1.3.21. En su caso, referir fecha, motivo, centro, lugar de reclusión, periodo y motivo de externación.
- 1.3.22. Señalar si ha laborado en algún centro de reclusión.
- 1.3.23. En su caso, referir lugar, puesto y periodo.
- 1.3.24. Señalar si se tienen familiares o amigos que sean o hayan sido empleados en la Institución.
- 1.3.25. En su caso, referir nombre, parentesco y puesto desempeñado.
- 1.3.26. Señalar si se tienen familiares o amigos reclusos en otro centro de reclusión.
- 1.3.27. En su caso, referir, nombre, parentesco, fecha de internamiento, lugar de reclusión y delito.
- 1.3.28. Firma del solicitante.
- 1.4. Documentos que deben anexarse a la solicitud:
 - 1.4.1. Acta de nacimiento (copia certificada y dos copias simples).
 - 1.4.2. Acta de matrimonio, para el caso del cónyuge (copia certificada y dos copias simples).
 - 1.4.3. Comprobante de concubinato, de conformidad con la legislación vigente en el lugar de residencia del solicitante (original).
 - 1.4.4. Comprobante de domicilio a nombre del visitante (original y dos copias).
 - 1.4.5. Tres fotografías tamaño infantil a color con fondo blanco.
 - 1.4.6. Identificación oficial vigente con fotografía (original y dos copias).
 - 1.4.7. Tres cartas de referencias personales señalando nombre de la persona, domicilio, teléfono, ocupación y tiempo de conocerlo, que no sean familiares ni jefes de trabajo.
 - 1.4.8. Resultado de examen y exploración minuciosa de piel y anexos, con especial cuidado en boca, ano, vagina, uretra y mucosas.
 - 1.4.9. Resultado de exudado faríngeo, anal, vaginal y uretral.
 - 1.4.10. Resultado de auscultación de campos pleuropulmonares.
 - 1.4.11. Teleradiografía torácica.
 - 1.4.12. Resultado de reacciones serológicas.
 - 1.4.13. Resultado de examen inmunológico anticuerpos HIV (SIDA).

1.4.14. Resultado de examen inmunológico anticuerpos antiHIV (confirmatorio), sólo en caso que el anterior resulte positivo (Western Blots).

1.4.15. Resultado del antígeno de superficie para Hepatitis B.

1.5. Plazo máximo de respuesta.

1.5.1. El plazo de respuesta es de treinta días naturales.

1.5.2. La autoridad cuenta con un plazo máximo de diez días naturales para requerirle al particular la información faltante.

1.6. Monto de derechos o aprovechamientos.

1.6.1. El trámite será gratuito, no se puede exigir ningún pago.

1.7. Criterios de resolución del trámite.

1.7.1. El Consejo Técnico Interdisciplinario del CEFERESO, se encargará de emitir la opinión sobre la visita.

1.7.2. El Director General del Centro, tomando en cuenta la opinión del Consejo Técnico Interdisciplinario, será quien autorice la visita.

1.8. Vigencia del trámite. La vigencia del trámite estará sujeta a los siguientes eventos:

1.8.1. Por solicitud expresa del interno de la cancelación de la visita.

1.8.2. Por egreso del interno del CEFERESO.

1.8.3. Por determinación del Consejo Técnico Interdisciplinario del CEFERESO.

1.8.4. Por vencimiento de los estudios médicos correspondientes del cónyuge o concubina.

TRAMITE DE SOLICITUD DE AUTORIZACION DE VISITA DE DEFENSOR DE INTERNOS EN CEFERESOS. HOMOCLOVE PRS-00-003

Casos en los que se debe presentar el trámite:

1. Quién y en qué casos se debe realizar el trámite.

1.1. La solicitud debe ser realizada por el defensor del interno.

1.2. Se elaborará dicha solicitud cuando el defensor del interno en CEFERESOS desee realizar la visita.

1.3. Medios de presentación del trámite.

1.3.1. El trámite debe presentarse en el Formato de Solicitud de Autorización de Visita de Defensor de Internos en CEFERESOS, mismo que se encuentra en el Anexo Cuatro del presente Acuerdo, en original y dos copias, con los siguientes datos:

1.3.2. Número de Centro Federal de Readaptación Social.

1.3.3. Fecha de solicitud.

1.3.4. Nombre del interno.

1.3.5. Nombre del solicitante.

1.3.6. Sexo.

1.3.7. Parentesco.

1.3.8. Edad.

1.3.9. Número de Cédula Profesional.

1.3.10 Lugar y fecha de nacimiento.

1.3.11. Estado civil.

1.3.12. Ocupación.

1.3.13. Domicilio.

1.3.14. Tiempo de residencia.

1.3.15. Teléfono.

1.3.16. Horario en que se localiza.

1.3.17. Nombre de la empresa o negocio (centro de trabajo).

- 1.3.18. Domicilio.
- 1.3.19. Teléfono y horario.
- 1.3.20. Señalar si ha sido detenido.
- 1.3.21. En su caso, referir fecha, motivo, centro, lugar de reclusión, periodo y motivo de externación.
- 1.3.22. Señalar si ha laborado en algún centro de reclusión.
- 1.3.23. En su caso, referir lugar, puesto y periodo.
- 1.3.24. Señalar si se tienen familiares o amigos que sean o hayan sido empleados en la Institución.
- 1.3.25. En su caso, referir nombre, parentesco y puesto desempeñado.
- 1.3.26. Señalar si se tienen familiares o amigos reclusos en otro centro de reclusión.
- 1.3.27. En su caso, referir nombre, parentesco, fecha de internamiento, lugar de reclusión y delito.
- 1.3.28. Firma del solicitante.
- 1.4. Documentos que se deben anexar a la solicitud:
 - 1.4.1. Escrito de designación de defensor por parte del interno o nombramiento de defensor expedido por autoridad competente.
 - 1.4.2. Identificación oficial vigente con fotografía (original y dos copias).
 - 1.4.3. Cédula profesional (original y dos copias).
 - 1.4.4. Comprobante de domicilio a nombre del visitante (original y dos copias).
 - 1.4.5. Dos fotografías tamaño infantil a color con fondo blanco.
 - 1.4.6. Tres cartas de referencias personales señalando nombre de la persona, domicilio, teléfono, ocupación y tiempo de conocerlo, que no sean familiares ni jefes de trabajo.
- 1.5. Plazo máximo de respuesta.
 - 1.5.1. El plazo de respuesta es de treinta días naturales.
 - 1.5.2. La autoridad cuenta con un plazo máximo de diez días naturales para requerirle al particular la información faltante.
- 1.6. Monto de derechos o aprovechamientos.
 - 1.6.1. El trámite será gratuito, no se puede exigir ningún pago.
- 1.7. Criterios de resolución del trámite.
 - 1.7.1. El Consejo Técnico Interdisciplinario del CEFERESO, se encargará de emitir la opinión sobre la visita.
 - 1.7.2. El Director General del Centro, tomando en cuenta la opinión del Consejo Técnico Interdisciplinario, será quien autorice la visita.
- 1.8. Vigencia del trámite. La vigencia del trámite estará sujeta a los siguientes eventos:
 - 1.8.1. Por revocación del nombramiento de defensor por parte del interno o autoridad competente.
 - 1.8.2. Por egreso del interno del CEFERESO.
 - 1.8.3. Por determinación del Consejo Técnico Interdisciplinario del CEFERESO.

**TRAMITE DE SOLICITUD DE AUTORIZACION DE VISITA DE FAMILIARES Y/O AMISTADES
DE INTERNOS EN CEFERESOS. HOMOCLAVE PRS-00-004**

Casos en los que se debe presentar el trámite:

- 1. Quién y en qué casos se debe realizar el trámite.
 - 1.1. La solicitud debe ser realizada por los familiares y/o amistades del interno.
 - 1.2. Se elaborará dicha solicitud cuando los familiares y/o amistades del interno en CEFERESOS deseen visitarlo.
 - 1.3. Medios de presentación del trámite.
 - 1.3.1. El trámite debe presentarse en el Formato de Solicitud de Autorización de Visita de Familiares y/o Amistades de Internos en CEFERESOS, mismo que se encuentra en el Anexo cuatro del presente Acuerdo, en original y dos copias, con los siguientes datos:

- 1.3.2. Número de Centro Federal de Readaptación Social.
- 1.3.3. Fecha de solicitud.
- 1.3.4. Nombre del interno.
- 1.3.5. Nombre del solicitante.
- 1.3.6. Sexo.
- 1.3.7. Parentesco.
- 1.3.8. Edad.
- 1.3.9. Lugar y fecha de nacimiento.
- 1.3.10. Escolaridad.
- 1.3.11. Religión.
- 1.3.12. Estado civil.
- 1.3.13. Ocupación.
- 1.3.14. Domicilio.
- 1.3.15. Tiempo de residencia.
- 1.3.16. Teléfono.
- 1.3.17. Horario en que se localiza.
- 1.3.18. Nombre de la empresa o negocio (centro de trabajo).
- 1.3.19. Domicilio.
- 1.3.20. Teléfono y horario.
- 1.3.21. Señalar si ha sido detenido.
- 1.3.22. En su caso, referir fecha, motivo, centro, lugar de reclusión, periodo y motivo de externación.
- 1.3.23. Señalar si ha laborado en algún centro de reclusión.
- 1.3.24. En su caso, referir lugar, puesto y periodo.
- 1.3.25. Señalar si se tienen familiares o amigos que sean o hayan sido empleados de la Institución.
- 1.3.26. En su caso, referir nombre, parentesco y puesto desempeñado.
- 1.3.27. Señalar si se tienen familiares o amigos reclusos en otro centro de reclusión.
- 1.3.28. En su caso, referir nombre, parentesco, fecha de internamiento, lugar de reclusión y delito.
- 1.3.29. Firma del solicitante.
- 1.4. Documentos que deben anexarse a dicha solicitud:
 - 1.4.1. Acta de nacimiento (copia certificada y dos copias simples).
 - 1.4.2. Acta de matrimonio, para el caso del cónyuge (copia certificada y dos copias simples).
 - 1.4.3. Comprobante de concubinato, de conformidad con la legislación vigente en el lugar de residencia del solicitante (original).
 - 1.4.4. Comprobante de domicilio a nombre del visitante (original y dos copias).
 - 1.4.5. Tres fotografías tamaño infantil a color con fondo blanco.
 - 1.4.6. Documento legal que acredite el parentesco por afinidad, cuando éste sea el caso.
 - 1.4.7. Identificación oficial vigente con fotografía (original y dos copias).
 - 1.4.8. Tres cartas de referencias personales señalando nombre de la persona, domicilio, teléfono, ocupación y tiempo de conocerlo, que no sean familiares ni jefes de trabajo.
- 1.5. Plazo máximo de respuesta.
 - 1.5.1. El plazo de respuesta será de treinta días naturales.
 - 1.5.2. La autoridad contará con un plazo máximo de diez días naturales para requerirle al particular la información faltante.
- 1.6. Monto de derechos o aprovechamientos.
 - 1.6.1. El trámite será gratuito, no se puede exigir ningún pago.

1.7. Criterios de resolución del trámite.

1.7.1. El Consejo Técnico Interdisciplinario del CEFERESO, se encargará de emitir la opinión sobre la visita.

1.7.2. El Director General del Centro, tomando en cuenta la opinión del Consejo Técnico Interdisciplinario, será quien autorice la visita.

1.8. Vigencia del trámite. La vigencia del trámite estará sujeta a los siguientes eventos:

1.8.1. Por solicitud expresa del interno de la cancelación de la visita.

1.8.2. Por egreso del interno del CEFERESO.

1.8.3. Por determinación del Consejo Técnico Interdisciplinario del CEFERESO.

TRAMITE DE SOLICITUD DE AUTORIZACION DE VISITA DE MINISTROS DE CULTOS RELIGIOSOS A INTERNOS EN CEFERESOS. HOMOClave PRS-00-005

Casos en los que se debe presentar el trámite:

1. Quién y en qué casos se debe realizar el trámite.

1.1. La solicitud debe ser realizada por los ministros de cultos religiosos.

1.2. Se elaborará dicha solicitud cuando ministros de cultos religiosos deseen visitar a internos en CEFERESOS.

1.3. Medios de presentación del trámite.

1.3.1. El trámite debe presentarse en el Formato de Solicitud de Autorización de Visita de Ministros de Cultos Religiosos a Internos en CEFERESOS, mismo que se encuentra en el Anexo cuatro del presente Acuerdo, en original y dos copias, con los siguientes datos:

1.3.2. Número de Centro Federal de Readaptación Social.

1.3.3. Fecha de solicitud.

1.3.4. Nombre del solicitante.

1.3.5. Sexo.

1.3.6. Edad.

1.3.7. Lugar y fecha de nacimiento.

1.3.8. Estado civil.

1.3.9. Ocupación.

1.3.10. Domicilio.

1.3.11. Tiempo de residencia.

1.3.12. Teléfono.

1.3.13. Horario en que se localiza.

1.3.14. Nombre de la empresa o negocio (centro de trabajo).

1.3.15. Domicilio.

1.3.16. Teléfono y horario.

1.3.17. Señalar tiempo de colaboración con la agrupación de culto religioso que representa.

1.3.18. Señalar las instituciones en las que colabora o colaboró como miembro del grupo.

1.3.19. Señalar razón o motivo para desempeñarse en la Institución.

1.3.20. Señalar si ha sido detenido.

1.3.21. En su caso, referir fecha, motivo, centro, lugar de reclusión, periodo y motivo de externación.

1.3.22. Señalar si ha laborado en algún centro de reclusión.

1.3.23. En su caso, referir lugar, puesto y periodo.

1.3.24. Señalar si se tienen familiares o amigos que sean o hayan sido empleados de la Institución.

1.3.25. En su caso, referir nombre, parentesco y puesto desempeñado.

1.3.26. Señalar si se tienen familiares o amigos reclusos en otro centro de reclusión.

1.3.27. En su caso, referir nombre, parentesco, fecha de internamiento, lugar de reclusión y delito.

1.3.28. Firma del solicitante.

1.4. Documentos que deben anexarse a la solicitud:

1.4.1. Escrito con los objetivos específicos de la visita, periodicidad de las visitas, actividades por realizar y los nombres de los representantes elegidos.

1.4.2. Acta constitutiva de la agrupación de culto religioso que representa (copia).

1.4.3. Identificación oficial vigente con fotografía (original y dos copias).

1.4.4. Dos fotografías tamaño infantil a color con fondo blanco.

1.4.5. Tres cartas de referencias personales señalando nombre de la persona, domicilio, teléfono, ocupación y tiempo de conocerlo, que no sean familiares ni jefes de trabajo.

1.5. Plazo máximo de respuesta.

1.5.1. El plazo de respuesta será de treinta días naturales.

1.5.2. La autoridad cuenta con un plazo máximo de diez días naturales para requerirle al particular la información faltante.

1.6. Monto de derechos o aprovechamientos.

1.6.1. El trámite será gratuito, no se puede exigir ningún pago.

1.7. Criterios de resolución del trámite.

1.7.1. El Consejo Técnico Interdisciplinario del CEFERESO, se encargará de emitir la opinión sobre la visita.

1.7.2. El Director General del Centro, tomando en cuenta la opinión del Consejo Técnico Interdisciplinario, será quien autorice el ingreso.

1.8. Vigencia del trámite.

1.8.1. La vigencia del trámite se puede cancelar por determinación del Consejo Técnico Interdisciplinario del CEFERESO.

ANEXO DOS

Se señala a continuación la información relativa a los trámites para la autorización de visitas que aplica la Secretaría de Seguridad Pública a través del Organismo Administrativo Desconcentrado Prevención y Readaptación Social en el Centro Federal de Rehabilitación Psicosocial.

TRAMITE DE SOLICITUD DE AUTORIZACION DE VISITA DE FAMILIARES Y/O AMISTADES DE INTERNO-PACIENTES EN EL CEFEREPSI. HOMOCLOVE PRS-00-006

Casos en los que se debe presentar el trámite:

1. Quién y en qué casos se debe realizar el trámite.

1.1. La solicitud debe ser realizada por los familiares y/o amistades de los interno-pacientes.

1.2. Se elaborará dicha solicitud cuando los familiares y/o amistades del interno-paciente recluido en el CEFEREPSI deseen visitarlo.

1.3. Medios de presentación del trámite.

1.3.1. El trámite debe presentarse en el Formato de Solicitud de Autorización de Visita de Familiares y/o Amistades de Interno-Pacientes en el CEFEREPSI, mismo que se encuentra en el Anexo cinco del presente Acuerdo, en original y dos copias, con los siguientes datos:

1.3.2. Fecha de solicitud.

1.3.3. Nombre del interno.

1.3.4. Nombre del solicitante.

1.3.5. Sexo.

1.3.6. Parentesco.

1.3.7. Edad.

1.3.8. Lugar y fecha de nacimiento.

1.3.9. Escolaridad.

- 1.3.10. Religión.
- 1.3.11. Estado civil.
- 1.3.12. Ocupación.
- 1.3.13. Domicilio.
- 1.3.14. Tiempo de residencia.
- 1.3.15. Teléfono.
- 1.3.16. Horario en que se localiza.
- 1.3.17. Nombre de la empresa o negocio (centro de trabajo).
- 1.3.18. Domicilio.
- 1.3.19. Teléfono y horario.
- 1.3.20. Señalar si ha sido detenido.
- 1.3.21. En su caso, referir fecha, motivo, centro, lugar de reclusión, periodo y motivo de externación.
- 1.3.22. Señalar si ha laborado en algún centro de reclusión.
- 1.3.23. En su caso, referir lugar, puesto y periodo.
- 1.3.24. Señalar si se tienen familiares o amigos que sean o hayan sido empleados de la Institución.
- 1.3.25. En su caso, referir nombre, parentesco y puesto desempeñado.
- 1.3.26. Señalar si se tienen familiares o amigos recluidos en otro centro de reclusión.
- 1.3.27. En su caso, referir nombre, parentesco, fecha de internamiento, lugar de reclusión y delito.
- 1.3.28. Tres referencias personales (no incluir familiares o jefes de trabajo), señalando nombre, domicilio, teléfono, ocupación y tiempo de conocerlo.
- 1.3.29. Firma del solicitante.
- 1.4. Documentos que deben anexarse a dicha solicitud:
 - 1.4.1. Identificación oficial vigente con fotografía (original y dos copias).
 - 1.4.2. Comprobante de domicilio a nombre del visitante (original y dos copias).
 - 1.4.3. Documentos oficiales en donde se especifiquen los lazos familiares y consanguíneos: acta de nacimiento, acta de matrimonio o constancia de identidad emitida por autoridad competente (original y copia).
 - 1.4.4. Dos comprobantes de concubinato emitidos por familiares directos del interno-paciente o concubina, donde se incluya domicilio y nombre completo. Si existieran hijos, la concubina presentará acta de nacimiento de los mismos, lo que suplirá el requerimiento anterior (original).
 - 1.4.5. Tres fotografías tamaño infantil a color con fondo blanco.
- 1.5. Plazo máximo de respuesta.
 - 1.5.1. El plazo de respuesta será de treinta días naturales.
 - 1.5.2. La autoridad contará con un plazo máximo de diez días naturales para requerirle al particular la información faltante.
- 1.6. Monto de derechos o aprovechamientos.
 - 1.6.1. El trámite será gratuito, no se puede exigir ningún pago.
- 1.7. Criterios de resolución del trámite.
 - 1.7.1. El Consejo Técnico Interdisciplinario del CEFEREPSI, se encargará de emitir la opinión sobre la visita.
 - 1.7.2. El Director General del Centro, tomando en cuenta la opinión del Consejo Técnico Interdisciplinario, será quien autorice la visita.
- 1.8. Vigencia del trámite. La vigencia del trámite estará sujeta a los siguientes eventos:
 - 1.8.1. Por solicitud expresa del interno-paciente de la cancelación de la visita.
 - 1.8.2. Por egreso del interno-paciente del CEFEREPSI.
 - 1.8.3. Por determinación del Consejo Técnico Interdisciplinario del CEFEREPSI.

**TRAMITE DE SOLICITUD DE AUTORIZACION DE VISITA DE MENORES DE EDAD FAMILIARES
DE INTERNO-PACIENTES EN EL CEFEREPSI. HOMOCLAVE PRS-00-007**

Casos en los que se debe presentar el trámite:

1. Quién y en qué casos se debe realizar el trámite.

1.1. La solicitud debe ser realizada por los menores de edad descendientes y hermanos del interno-paciente, acompañados de algún familiar.

1.2. Se elaborará dicha solicitud cuando los menores descendientes y hermanos del interno-paciente del CEFEREPSI deseen realizar la visita.

1.3. Medios de presentación del trámite.

1.3.1. El trámite debe presentarse en el Formato Solicitud de Autorización de Visita de Menores de Edad Familiares de Interno-Pacientes en el CEFEREPSI, mismo que se encuentra en el Anexo cinco del presente Acuerdo, en original y dos copias, con los siguientes datos:

1.3.2. Fecha de solicitud.

1.3.3. Nombre del interno-paciente.

1.3.4. Nombre del menor solicitante.

1.3.5. Sexo.

1.3.6. Parentesco.

1.3.7. Edad.

1.3.8. Lugar y fecha de nacimiento.

1.3.9. Domicilio.

1.3.10. Nombre del tutor.

1.3.11. Parentesco.

1.3.12. Nombre y parentesco de la persona que autoriza el ingreso del menor.

1.3.13. Firma del padre o tutor.

1.4. Documentos que deben anexarse a dicha solicitud:

1.4.1. Acta de nacimiento (copia certificada y dos copias simples).

1.4.2. Dos fotografías tamaño infantil a color con fondo blanco.

1.5. Plazo máximo de respuesta.

1.5.1. El plazo de respuesta será de treinta días naturales.

1.5.2. La autoridad contará con un plazo máximo de diez días naturales para requerirle al particular información faltante.

1.6. Monto de derechos o aprovechamientos.

1.6.1. El trámite será gratuito, no se puede exigir ningún pago.

1.7. Criterios de resolución del trámite.

1.7.1. Se deberá realizar valoración psicológica al menor.

1.7.2. El Consejo Técnico Interdisciplinario del CEFEREPSI, se encargará de emitir la opinión sobre la visita.

1.7.3. El Director General del Centro, tomando en cuenta la opinión del Consejo Técnico Interdisciplinario, será quien autorice la visita.

1.8. Vigencia del trámite. La vigencia del trámite estará sujeta a los siguientes eventos:

1.8.1. Por solicitud expresa del interno-paciente de la cancelación de la visita.

1.8.2. Por egreso del interno-paciente del CEFEREPSI.

1.8.3. Por determinación del Consejo Técnico Interdisciplinario del CEFEREPSI.

**TRAMITE DE SOLICITUD DE AUTORIZACION DE VISITA DE DEFENSOR
DE INTERNO-PACIENTES EN EL CEFEREPSI. HOMOCLAVE PRS-00-008**

Casos en los que se debe presentar el trámite:

1. Quién y en qué casos se debe realizar el trámite.
 - 1.1. La solicitud debe ser realizada por los defensores del interno-paciente.
 - 1.2. Se elaborará dicha solicitud cuando el defensor del interno-paciente en el CEFEREPSI desee realizar la visita.
 - 1.3. Medios de presentación del trámite.
 - 1.3.1. El trámite debe presentarse en el CEFEREPSI.
 - 1.3.2. El trámite puede realizarse por escrito libre (original y dos copias).
 - 1.4. Documentos que se deben anexar a la solicitud:
 - 1.4.1. Nombramiento oficial que lo reconozca como defensor del interno-paciente (original y dos copias).
 - 1.4.2. Cédula profesional o carta de pasante (original y dos copias).
 - 1.5. Plazo máximo de respuesta.
 - 1.5.1. El trámite es de resolución inmediata.
 - 1.5.2. En caso de que la solicitud sea presentada incompleta o le falte algún documento, la autoridad deberá indicarlo al particular en el momento de la presentación de dicha solicitud.
 - 1.6. Monto de derechos o aprovechamientos.
 - 1.6.1. El trámite será gratuito, no se puede exigir ningún pago.
 - 1.7. Vigencia del trámite. La vigencia del trámite estará sujeta a los siguientes eventos:
 - 1.7.1. Por revocación del nombramiento de defensor por parte del interno-paciente o autoridad competente.
 - 1.7.2. Por egreso del interno-paciente del CEFEREPSI.
 - 1.7.3. Por determinación del Consejo Técnico Interdisciplinario del CEFEREPSI.

**TRAMITE DE SOLICITUD DE AUTORIZACION DE INGRESO DE MINISTROS DE CULTOS
RELIGIOSOS AL CEFEREPSI. HOMOCLAVE PRS-00-009**

Casos en los que se debe presentar el trámite:

1. Quién y en qué casos se debe realizar el trámite.
 - 1.1. La solicitud debe ser realizada por los ministros de cultos religiosos.
 - 1.2. Se elaborará dicha solicitud cuando ministros de cultos religiosos deseen ingresar al CEFEREPSI.
 - 1.3. Medios de presentación del trámite.
 - 1.3.1. El trámite debe presentarse en el Formato de Solicitud de Autorización de Ingreso de Ministros de Cultos Religiosos al CEFEREPSI, mismo que se encuentra en el Anexo cinco del presente Acuerdo, en original y dos copias, con los siguientes datos:
 - 1.3.2. Fecha de solicitud.
 - 1.3.3. Nombre del solicitante.
 - 1.3.4. Sexo.
 - 1.3.5. Edad.
 - 1.3.6. Lugar y fecha de nacimiento.
 - 1.3.7. Estado civil.
 - 1.3.8. Ocupación.
 - 1.3.9. Escolaridad.
 - 1.3.10. Religión.
 - 1.3.11. Domicilio.
 - 1.3.12. Tiempo de residencia.
 - 1.3.13. Teléfono.
 - 1.3.14. Horario en que se localiza.
 - 1.3.15. Nombre de la empresa o negocio (centro de trabajo).

- 1.3.16. Domicilio.
- 1.3.17. Teléfono y horario.
- 1.3.18. Señalar tiempo de colaboración con la agrupación de culto religioso que representa.
- 1.3.19. Señalar las instituciones en las que colabora o colaboró como miembro del grupo.
- 1.3.20. Señalar razón o motivo para desempeñarse en la Institución.
- 1.3.21. Señalar si ha sido detenido.
- 1.3.22. En su caso, referir fecha, motivo, centro, lugar de reclusión, periodo y motivo de externación.
- 1.3.23. Señalar si ha laborado en algún centro de reclusión.
- 1.3.24. En su caso, referir lugar, puesto y periodo.
- 1.3.25. Señalar si se tienen familiares o amigos que sean o hayan sido empleados de la Institución.
- 1.3.26. En su caso, referir nombre, parentesco y puesto desempeñado.
- 1.3.27. Señalar si se tienen familiares o amigos reclusos en otro centro de reclusión.
- 1.3.28. En su caso, referir nombre, parentesco, fecha de internamiento, lugar de reclusión y delito.
- 1.3.29. Tres referencias personales (no incluir familiares o jefes de trabajo), señalando nombre, domicilio, teléfono, ocupación y tiempo de conocerlo.
- 1.3.30. Firma del solicitante.
- 1.4. Documentos que deben anexarse a la solicitud:
 - 1.4.1. Acta de nacimiento (original y copia).
 - 1.4.2. Comprobante de domicilio a nombre del visitante (original y dos copias).
 - 1.4.3. Identificación oficial vigente con fotografía (original y dos copias).
 - 1.4.4. Escrito con los objetivos específicos de la visita, periodicidad de las visitas, actividades por realizar y los nombres de los representantes elegidos.
 - 1.4.5. Acta constitutiva de la agrupación de culto religioso que representa (copia).
 - 1.4.6. Una fotografía tamaño infantil a color con fondo blanco.
- 1.5. Plazo máximo de respuesta.
 - 1.5.1. El plazo de respuesta será de treinta días naturales.
 - 1.5.2. La autoridad cuenta con un plazo máximo de diez días naturales para requerirle al particular la información faltante.
- 1.6. Monto de derechos o aprovechamientos.
 - 1.6.1. El trámite será gratuito, no se puede exigir ningún pago.
- 1.7. Criterios de resolución del trámite.
 - 1.7.1. El Consejo Técnico Interdisciplinario del CEFEREPSI, se encargará de emitir la opinión sobre la visita.
 - 1.7.2. El Director General del Centro, tomando en cuenta la opinión del Consejo Técnico Interdisciplinario, será quien autorice el ingreso.
- 1.8. Vigencia del trámite.
 - 1.8.1. La vigencia del trámite se puede cancelar por determinación del Consejo Técnico Interdisciplinario del CEFEREPSI.

**TRAMITE DE SOLICITUD DE AUTORIZACION DE VISITA INTIMA A INTERNO-PACIENTES
EN EL CEFEREPSI. HOMOClave PRS-00-010**

Casos en los que se debe presentar el trámite:

- 1. Quién y en qué casos se debe realizar el trámite.
 - 1.1. La solicitud debe ser realizada por el cónyuge o concubina, debiendo acreditar tal carácter.
 - 1.2. Se elaborará dicha solicitud cuando el cónyuge o concubina del interno-paciente en el CEFEREPSI desee realizar la visita íntima.
 - 1.3. Medios de presentación del trámite.

1.3.1. El trámite debe presentarse en el Formato de Solicitud de Autorización de Visita Intima a Interno-Pacientes en el CEFEREPSI, mismo que se encuentra en el Anexo cinco del presente Acuerdo, en original y dos copias, con los siguientes datos:

1.3.2. Fecha de solicitud.

1.3.3. Nombre del interno-paciente.

1.3.4. Nombre del solicitante.

1.3.5. Relación.

1.3.6. Edad.

1.3.7. Lugar y fecha de nacimiento.

1.3.8. Escolaridad.

1.3.9. Religión.

1.3.10. Estado civil.

1.3.11. Ocupación.

1.3.12. Domicilio.

1.3.13. Tiempo de residencia.

1.3.14. Teléfono.

1.3.15. Horario en que se localiza.

1.3.16. Nombre de la empresa o negocio (centro de trabajo).

1.3.17. Domicilio.

1.3.18. Teléfono y horario.

1.3.19. Señalar si ha sido detenido.

1.3.20. En su caso, referir fecha, motivo, centro, lugar de reclusión, periodo y motivo de externación.

1.3.21. Señalar si ha laborado en algún centro de reclusión.

1.3.22. En su caso, referir lugar, puesto y periodo.

1.3.23. Señalar si se tienen familiares o amigos que sean o hayan sido empleados en la Institución.

1.3.24. En su caso, referir nombre, parentesco y puesto desempeñado.

1.3.25. Señalar si se tienen familiares o amigos reclusos en otro centro de reclusión.

1.3.26. En su caso, referir nombre, parentesco, fecha de internamiento, lugar de reclusión y delito.

1.3.27. Tres referencias personales (no incluir familiares o jefes de trabajo), señalando nombre, domicilio, teléfono, ocupación y tiempo de conocerlo.

1.3.28. Firma del solicitante.

1.4. Documentos que deben anexarse a la solicitud:

1.4.1. Identificación oficial vigente con fotografía (original y dos copias).

1.4.2. Comprobante de domicilio a nombre del visitante (original y dos copias).

1.4.3. Documentos oficiales en los que se especifiquen lazos familiares: acta de matrimonio o constancia de identidad emitida por autoridad competente (original y copia simple).

1.4.4. Dos comprobantes de concubinato emitidos por familiares directos del interno-paciente o concubina, donde se incluya domicilio y nombre completo. Si existieran hijos, la concubina presentará acta de nacimiento de los mismos, lo que suplirá el requerimiento anterior (original).

1.4.5. Tres fotografías tamaño infantil a color con fondo blanco.

1.4.6. Certificado general de salud.

1.4.7. Examen de VDRL con resultado negativo.

1.4.8. Resultado de examen inmunológico anticuerpos VIH (SIDA) con resultado negativo.

1.4.9. Teleradiografía torácica.

1.4.10. Papanicolau.

1.4.11. Prueba inmunológica de embarazo.

1.5. Plazo máximo de respuesta.

1.5.1. El plazo de respuesta es de treinta días naturales.

1.5.2. La autoridad cuenta con un plazo máximo de diez días naturales para requerirle al particular la información faltante.

1.6. Monto de derechos o aprovechamientos.

1.6.1. El trámite será gratuito, no se puede exigir ningún pago.

1.7. Criterios de resolución del trámite.

1.7.1. El Consejo Técnico Interdisciplinario del CEFEREPSI, se encargará de emitir la opinión sobre la visita.

1.7.2. El Director General del Centro, tomando en cuenta la opinión del Consejo Técnico Interdisciplinario, será quien autorice la visita.

1.8. Vigencia del trámite. La vigencia del trámite estará sujeta a los siguientes eventos:

1.8.1. Por solicitud expresa del interno-paciente de la cancelación de la visita.

1.8.2. Por egreso del interno-paciente del CEFEREPSI.

1.8.3. Por determinación del Consejo Técnico Interdisciplinario del CEFEREPSI.

1.8.4. Por vencimiento de los estudios médicos correspondientes del cónyuge o concubina.

TRAMITE DE SOLICITUD DE AUTORIZACION DE INGRESO DE GRUPOS DE FORMACION PROFESIONAL AL CEFEREPSI. HOMOClave PRS-00-011

Casos en los que se debe presentar el trámite:

1. Quién y en qué casos debe realizarse el trámite.

1.1. La solicitud debe ser realizada por grupos de formación profesional.

1.2. Se elaborará dicha solicitud cuando grupos de formación profesional deseen ingresar al CEFEREPSI.

1.3. Medios de presentación del trámite.

1.3.1. El trámite debe presentarse en el Formato de Solicitud de Autorización de Ingreso de Grupos de Formación Profesional al CEFEREPSI, mismo que se encuentra en el Anexo cinco del presente Acuerdo, en original y dos copias, con los siguientes datos:

1.3.2. Fecha de solicitud.

1.3.3. Nombre de la institución educativa que realiza la solicitud.

1.3.4. Nombre de la materia o especialidad que cursa el grupo visitante.

1.3.5. Grado que cursan los integrantes del grupo.

1.3.6. Número de integrantes del grupo.

1.3.7. Nombre y cargo del responsable del grupo.

1.3.8. Objetivo de la visita.

1.3.9. Propuesta de día y hora de realización de la visita.

1.3.10. Firma del solicitante.

1.4. Documentos que deben anexarse a la solicitud:

1.4.1. Oficio de solicitud de visita firmado por el director de la institución educativa, especificando objetivo y fecha de realización de la misma.

1.4.2. Identificación oficial vigente con fotografía (original y copia) de cada uno de los integrantes del grupo visitante.

1.4.3. Relación de los integrantes del grupo.

1.5. Plazo máximo de respuesta.

1.5.1. El plazo de respuesta será de treinta días naturales.

1.5.2. La autoridad cuenta con un plazo máximo de diez días naturales para requerirle al particular la información faltante.

1.6. Monto de derechos o aprovechamientos.

1.6.1. El trámite será gratuito, no se puede exigir ningún pago.

1.7. Criterios de resolución del trámite.

1.7.1. El Consejo Técnico Interdisciplinario del CEFEREPSI, se encargará de emitir la opinión sobre la visita.

1.7.2. El Director General del Centro, tomando en cuenta la opinión del Consejo Técnico Interdisciplinario, será quien autorice el ingreso.

1.8. Vigencia del trámite.

1.8.1. La vigencia del trámite aplicará durante la realización de la visita del grupo de formación profesional, en la fecha aprobada por el Consejo Técnico Interdisciplinario del CEFEREPSI.

ANEXO TRES

Se señala a continuación la información relativa a los trámites para la autorización de visitas que aplica la Secretaría de Seguridad Pública a través del Organismo Administrativo Desconcentrado Prevención y Readaptación Social en los Centros de Diagnóstico y Tratamiento para Menores.

TRAMITE DE VISITA FAMILIAR A CENTROS DE INTERNAMIENTO DE MENORES. HOMOCLAVE PRS-00-013

Casos en los que se debe presentar el trámite:

1. Quién y en qué casos se debe realizar el trámite.

1.1. La solicitud debe ser realizada por los familiares del menor.

1.2. Se elaborará dicha solicitud cuando los familiares del menor deseen realizar la visita.

1.3. Medios de presentación del trámite.

1.3.1. El trámite debe presentarse en el Centro de Internamiento y es de carácter obligatorio.

1.3.2. El trámite se realiza por medio de escrito libre (original y dos copias), con los siguientes datos:

1.3.3. Nombre del solicitante.

1.3.4. Domicilio.

1.3.5. Teléfono.

1.3.6. Nombre del menor.

1.3.7. Parentesco.

1.4. Documentos que se deben anexar a la solicitud:

1.4.1. Acta de nacimiento del menor (original y copia).

1.4.2. Identificación oficial vigente con fotografía (original y copia).

1.4.3. Dos comprobantes de domicilio a nombre del visitante (original y copia).

1.4.4. Dos fotografías tamaño infantil a color con fondo blanco.

1.5. Plazo máximo de respuesta.

1.5.1. El plazo de respuesta será de tres meses.

1.5.2. La autoridad contará con un plazo máximo de treinta días naturales para requerirle al particular información faltante.

1.6. Monto de derechos o aprovechamientos.

1.6.1. El trámite será gratuito, no se puede exigir ningún pago.

1.7. Criterios de resolución del trámite.

1.7.1. El Director del Centro, será quien autorice la visita.

1.7.2. En los casos en que se detecte que la visita puede interferir negativamente en el tratamiento del menor, se someterá a aprobación del Consejo Técnico Interdisciplinario del Centro.

1.8. Vigencia del trámite. La vigencia del trámite estará sujeta a los siguientes eventos:

1.8.1. Por egreso del menor infractor del Centro de Internamiento correspondiente.

1.8.2. Por determinación del Consejo Técnico Interdisciplinario del Centro de Internamiento de Menores correspondiente.

**TRAMITE DE VISITA DE GRUPOS DE APOYO A CENTROS DE INTERNAMIENTO
DE MENORES. HOMOCLOVE PRS-00-014**

Casos en los que se debe presentar el trámite:

1. Quién y en qué casos se debe realizar el trámite.

1.1. La solicitud debe ser realizada por representantes legales de instituciones asistenciales, educativas, culturales, religiosas, recreativas o de investigación.

1.2. Se elaborará dicha solicitud cuando los grupos de apoyo deseen ingresar a Centros de Internamiento de Menores.

1.3. Medios de presentación del trámite.

1.3.1. El trámite debe presentarse en la Dirección General de Prevención y Tratamiento de Menores y es de carácter obligatorio.

1.3.2. El trámite se realiza por medio de escrito libre (original y dos copias), dirigido al Director General de Prevención y Tratamiento de Menores, con copia a la Dirección Técnica y al Director del Centro al que se propone brindarle el apoyo, con los siguientes datos:

1.3.3. Nombre del grupo, institución o asociación.

1.3.4. Domicilio social.

1.3.5. Nombre del director, presidente o representante legal.

1.3.6. Descripción de las actividades que solicita desarrollar en el Centro de Internamiento.

1.3.7. Presentación del programa o evento, fecha de celebración, duración y apoyos necesarios.

1.4. Documentos que se deben anexar a la solicitud:

1.4.1. Documentación que acredite la personalidad del solicitante (original y dos copias).

1.4.2. Lista de participantes (original y dos copias).

1.4.3. Programa o proyecto de trabajo a realizar en el Centro de Internamiento.

1.5. Plazo máximo de respuesta.

1.5.1. El plazo de respuesta será de quince días hábiles.

1.5.2. La autoridad contará con un plazo máximo de cinco días hábiles para requerirle al particular información faltante.

1.6. Monto de derechos o aprovechamientos.

1.6.1. El trámite será gratuito, no se puede exigir ningún pago.

1.7. Criterios de resolución del trámite.

1.7.1. Previa entrevista con el o los representantes del grupo de apoyo, la Dirección General de Prevención y Tratamiento de Menores será quien autorice la visita.

1.8. Vigencia del trámite. La vigencia del trámite estará sujeta a los siguientes eventos:

1.8.1. Por conclusión del tiempo autorizado para brindar el apoyo por parte de la Dirección General de Prevención y Tratamiento de Menores.

1.8.2. Por determinación del Consejo Técnico Interdisciplinario del Centro de Internamiento de Menores correspondiente.

ANEXO CUATRO.- FORMATOS DE AUTORIZACION DE VISITAS A INTERNOS EN LOS CEFERESOS

 <p>SECRETARIA DE SEGURIDAD PUBLICA</p>	<p>ORGANO ADMINISTRATIVO DESCONCENTRADO PREVENCIÓN Y READAPTACION SOCIAL</p> <p>SOLICITUD DE AUTORIZACION DE VISITA DE MENORES DE EDAD FAMILIARES DE INTERNOS</p> <p>CENTROS FEDERALES DE READAPTACION SOCIAL</p> <p>PRS-00-001</p>	<p>Fotografía Tamaño infantil</p>
--	---	---

DATOS GENERALES	
Centro Federal de Readaptación Social No.:	Fecha: ____/____/____
Nombre del Interno: _____	
Nombre del menor solicitante: _____	
Sexo: Masculino: _____	Femenino: _____ Parentesco: _____ Edad: _____ años.
Lugar y fecha de nacimiento: _____	
Domicilio: _____	
Localidad y/o municipio: _____	Estado: _____
Nombre del tutor: _____	
Parentesco: _____	
Nombre y parentesco de la persona que autoriza el ingreso del menor: _____	

DOCUMENTACION PRESENTADA		
Acta de Nacimiento (copia certificada y dos copias simples)	Sí	No
Tres fotografías tamaño infantil a color con fondo blanco	Sí	No

Bajo protesta de decir verdad, manifiesto que todos los datos proporcionados son ciertos y autorizo que los mismos puedan ser verificados por personal de esta Institución y quedo enterado que en caso que se detecten como falsos o se omita alguno, el Consejo Técnico Interdisciplinario tiene la facultad de cancelar en forma definitiva mi visita.

Asimismo, acepto que se realice la entrevista de valoración psicológica sobre la pertinencia del ingreso a visita del menor bajo mi responsabilidad, me comprometo a respetar la normatividad establecida para la visita y estoy dispuesto(a) a sujetarme a los procedimientos de revisión para el ingreso a este Centro Federal de Readaptación Social.

Nombre y firma del padre o tutor

Fecha de valoración psicológica:			
Aprobación del Consejo Técnico Interdisciplinario:	Sí	No	Fecha:
Observaciones:	No. de sesión:		
_____ _____ _____			

<p>FIRMAS</p>

Validó:	Autorizó:
<hr/> Nombre y firma del Trabajador Social	<hr/> Nombre y firma del Director General del Centro Federal
CONSIDERACIONES GENERALES PARA SU LLENADO:	
<ol style="list-style-type: none"> 1. La manera de presentarse el trámite deberá ser por medio de un formato proporcionado por la Oficina de Trabajo Social del Centro Federal de Readaptación Social correspondiente. 2. El formato deberá ser llenado a máquina o a mano con letra de molde. 3. Los servicios que preste la institución para disfrutar de las visitas serán completamente gratuitos. 4. Se debe realizar el trámite cuando menores de edad descendientes y hermanos de internos en los Centros Federales de Readaptación Social deseen realizar la visita familiar. 5. Se debe presentar el trámite en las Unidades Administrativas de los Centros Federales de Readaptación Social 1, 2 y 3, con horario de 9:00 a 17:00 hrs., los 365 días del año. 6. La documentación presentada será en original y dos copias. 7. El plazo máximo que tiene el Organo Administrativo Desconcentrado para resolver el trámite, será de 30 días naturales, una vez entregada la documentación completa. 	
FUNDAMENTO JURIDICO	
<p>Art. 12 Fracción VIII, Art. 17 Inciso A) Fracción VII del Reglamento del Organo Administrativo Desconcentrado Prevención y Readaptación Social.</p> <p>Art. 33 Fracción VIII, Art. 36, Art. 37 y Art. 40 del Reglamento de los Centros Federales de Readaptación Social.</p> <p>Art. 15 Fracciones de la I a la VI, Art. 16 y Art. 34 del Instructivo de Visita de los Centros Federales de Readaptación Social.</p>	
VIGENCIA	
<p>La vigencia del trámite estará sujeta a los siguiente eventos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Por solicitud expresa del interno de la cancelación de la visita. 2. Por egreso del interno del Centro Federal de Readaptación Social. 3. Por determinación del Consejo Técnico Interdisciplinario del Centro Federal de Readaptación Social. 	
ORIENTACION SOBRE EL TRAMITE	NUMEROS TELEFONICOS PARA QUEJAS

<p>CENTRO FEDERAL DE READAPTACION SOCIAL</p> <p>No. 1 "LA PALMA"</p> <p>Rancho la Palma s/n, Santa Juana, C.P. 50900, Almoloya de Juárez, Edo. de México, Tel. 0172 22 192389</p>	<p>CENTRO FEDERAL DE READAPTACION SOCIAL</p> <p>No. 2 "PUENTE GRANDE"</p> <p>Carretera Libre a Zapotlanejo km 17.5 por carretera El Salto, km 2.5 El Salto, Jalisco, C.P. 43420, Tel. 0133 36 147792</p>	<p>CENTRO FEDERAL DE READAPTACION SOCIAL</p> <p>No. 3 "MATAMOROS"</p> <p>Carretera Sendero Nacional km 14 Ejido Santa Adelaida, C.P. 87557, Municipio de Matamoros, Tamps. Tel. 01 86 88 195051</p>	<p>CONTRALORIA INTERNA DE LA SSP</p> <p>Domicilio: Bulevar Adolfo Ruiz Cortines No. 3642, piso 16, Col. Jardines del Pedregal, Deleg. Alvaro Obregón, C.P. 01900 Tel. 54 81 43 00, Ext. 4839</p>	<p>SISTEMA DE ATENCION CIUDADANA DE LA SECRETARIA DE LA FUNCION PUBLICA</p> <p>Tel. 30032000</p> <p>En el interior de la República</p> <p>Tel. 01 800 00 14 800.</p> <p>Oficinas: Insurgentes Sur 1735, planta baja</p>
---	--	---	---	--



SECRETARIA DE
SEGURIDAD PUBLICA

ORGANO ADMINISTRATIVO DESCONCENTRADO PREVENCIÓN Y READAPTACIÓN SOCIAL

SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE VISITA DE MENORES DE EDAD FAMILIARES DE INTERNOS

CENTROS FEDERALES DE READAPTACIÓN SOCIAL

PRS-00-001

(INSTRUCTIVO DE LLENADO)

No.	Dice	Debe anotarse
1	Fotografía tamaño infantil.	Adherir fotografía que cumpla con los requisitos.
2	Centro Federal de Readaptación Social Número.	El número del Centro Federal.
3	Fecha.	Día, mes y año.
4	Nombre del interno.	Nombre completo sin abreviaturas, apellido paterno, materno, nombre(s).
5	Nombre del menor solicitante.	Nombre completo sin abreviaturas, apellido paterno, materno, nombre(s).
6	Sexo: masculino, femenino.	La letra "x", donde corresponda.
7	Parentesco.	Hija(o), hermana(o).
8	Edad.	Número de años cumplidos.
9	Lugar y fecha de nacimiento.	Nombre del poblado, delegación o municipio y estado; día, mes y año.
10	Domicilio.	Nombre de la calle, número exterior e interior, colonia y código postal.
11	Localidad y/o municipio.	Nombre del poblado, delegación o municipio.
12	Estado.	Nombre de la entidad federativa.
13	Nombre del tutor.	Nombre completo sin abreviaturas, apellido paterno, apellido materno, nombre(s).
14	Parentesco.	Padre, madre, tía(o), hermana(o), etc.
15	Nombre y parentesco de la persona que autoriza el ingreso del menor.	Nombre completo sin abreviaturas, apellido paterno, apellido materno, nombre(s); Padre, madre, tía(o), hermana(o), etc.
16	Acta de nacimiento.	La letra "x", donde corresponda.
17	Tres fotografías tamaño infantil a color con fondo blanco.	La letra "x", donde corresponda.
18	Nombre y firma del padre o tutor.	El nombre y la firma como aparece en su identificación.
19	Aprobación del Consejo Técnico Interdisciplinario.	La letra "x", donde corresponda.
20	Fecha.	Día, mes, año.
21	Número de sesión.	El número de la Sesión del Consejo Técnico Interdisciplinario donde se emitió opinión.
22	Observaciones.	Las correspondientes de ser necesario.
23	Nombre y firma del Trabajador Social.	El nombre y la firma del Trabajador Social que valida el trámite.

24	Nombre y firma del Director General del Centro Federal.	El nombre y firma de autorización del Director General del Centro Federal.
 <p>SECRETARIA DE SEGURIDAD PUBLICA</p>	<p>ORGANO ADMINISTRATIVO DESCONCENTRADO PREVENCIÓN Y READAPTACION SOCIAL</p> <p>SOLICITUD DE AUTORIZACION DE VISITA INTIMA DE INTERNOS</p> <p>CENTROS FEDERALES DE READAPTACION SOCIAL</p> <p>PRS-00-002</p>	<p>Fotografía Tamaño infantil</p>

DATOS GENERALES	
Centro Federal de Readaptación Social No.:	_____ Fecha: ____/____/____
Nombre del interno:	_____
Nombre del solicitante:	_____
Relación:	_____ Edad: _____ años.
Lugar y fecha de nacimiento:	_____
Escolaridad:	_____ Religión: _____
Estado Civil:	_____ Ocupación: _____
Domicilio:	_____
Localidad y/o municipio:	_____ Estado: _____
Tiempo de residencia en el domicilio actual :	_____ Clave lada: _____ Teléfono: _____
Horario en el que se localiza:	_____
Nombre del Centro de trabajo:	_____
Domicilio:	_____
Teléfono:	_____ Horario: _____
¿En alguna ocasión ha sido detenido? Sí _____ No _____	Fecha: _____
Motivo de la Detención:	_____
Si estuvo recluso, indique centro y lugar de reclusión:	_____
Periodo:	_____ a _____
Motivo de externación:	_____
¿Trabaja o laboró con anterioridad en algún Centro de Reclusión? Sí _____ No _____	
¿Dónde?	_____
Puesto desempeñado:	_____ Periodo laboral: _____
¿Tiene familiares que sean o hayan sido empleados en esta Institución? Sí _____ No _____	
Refiera nombre y parentesco:	_____
Puesto desempeñado:	_____
¿Tiene algún familiar o amigo recluso en otro Centro de Reclusión? Sí _____ No _____	
Refiera nombre y parentesco	_____
Fecha de internamiento y Centro de reclusión:	_____
Delito:	_____

**Referencias personales (no incluir familiares o jefes de trabajo)
Anotar los datos de las cartas presentadas**

Nombre:	Domicilio	Teléfono	Ocupación	Tiempo de conocerlo

Documentación presentada		
Acta de nacimiento (copia certificada y dos copias simples).	Sí	No
Acta de matrimonio para el caso del cónyuge (copia certificada y dos copias simples).	Sí	No
Comprobante de concubinato de conformidad con la legislación vigente en el lugar de residencia del solicitante (original).	Sí	No
Comprobante de domicilio a nombre del visitante (original y dos copias).	Sí	No
Tres fotografías tamaño infantil a color con fondo blanco.	Sí	No
Identificación oficial vigente con fotografía (original y dos copias).	Sí	No
Tres cartas de referencias personales.	Sí	No
Resultados de exámenes médicos completos (ocho).	Sí	No

Bajo protesta de decir verdad, manifiesto que todos los datos proporcionados son ciertos y autorizo que los mismos puedan ser verificados por personal de esta institución y quedo enterado que en caso que se detecten como falsos o se omite alguno, el Consejo Técnico Interdisciplinario tiene la facultad de cancelar en forma definitiva mi visita.
Asimismo me comprometo a respetar la normatividad establecida para la visita y estoy dispuesto(a) a sujetarme a los procedimientos de revisión para el ingreso a este Centro Federal de Readaptación Social.

Firma del solicitante

Aprobación de Consejo Técnico Interdisciplinario:	Sí	No	Fecha:
			No. de sesión:
Observaciones:			

FIRMAS

Validó:	Autorizó:
_____	_____
Nombre y firma del Trabajador Social	Nombre y firma del Director General del Centro Federal

CONSIDERACIONES GENERALES PARA SU LLENADO:

1. La manera de presentarse el trámite deberá ser por medio de un formato proporcionado por la Oficina de Trabajo Social del Centro Federal de Readaptación Social correspondiente.
2. El formato deberá ser llenado a máquina o a mano con letra de molde.
3. Los servicios que preste la institución para disfrutar de las visitas serán completamente gratuitos.
4. Se debe realizar el trámite cuando el cónyuge o concubina, en su caso, de internos en el Centro Federal de Readaptación Social deseen realizar la visita íntima.
5. Se debe presentar el trámite en las Unidades Administrativas de los Centros Federales de Readaptación Social 1, 2 y 3, con horario de 9:00 a 17:00 hrs., los 365 días del año.
6. La documentación presentada será en original y dos copias.
7. El plazo máximo que tiene el Organo Administrativo Desconcentrado para resolver el trámite, será de 30 días naturales, una vez entregada la documentación completa.

FUNDAMENTO JURIDICO

Art. 12 Fracción VIII y Art. 17 Inciso A) Fracción VII del Reglamento del Organismo Administrativo Desconcentrado Prevención y Readaptación Social.
 Art. 33 Fracción II; Art. 37, Art. 38, Art. 39 y Art. 40 del Reglamento de los Centros Federales de Readaptación Social.
 Art. 15 Fracciones de la I a la VI; Art. 16; Art. 26 incisos del A) al H) y Art. 34 del Instructivo de Visita de los Centros Federales de Readaptación Social.

VIGENCIA

La vigencia del trámite estará sujeta a los siguientes eventos:

1. Por solicitud expresa del interno de la cancelación de la visita.
2. Por egreso del interno del Centro Federal de Readaptación Social.
3. Por determinación del Consejo Técnico Interdisciplinario del Centro Federal de Readaptación Social.
4. Por vencimiento de los estudios médicos correspondientes del cónyuge o concubina.

ORIENTACION SOBRE EL TRAMITE

NUMEROS TELEFONICOS PARA QUEJAS

<p>CENTRO FEDERAL DE READAPTACION SOCIAL No. 1 "LA PALMA" Rancho la Palma s/n, Santa Juana, C.P. 50900, Almoloya de Juárez, Edo. de México, Tel. 0172 22 192389</p>	<p>CENTRO FEDERAL DE READAPTACION SOCIAL No. 2 "PUENTE GRANDE" Carretera Libre a Zapotlanejo km. 17.5 por carretera El Salto, km 2.5, El Salto, Jalisco, C.P. 43420, Tel. 0133 36 147792</p>	<p>CENTRO FEDERAL DE READAPTACION SOCIAL No. 3 "MATAMOROS" Carretera Sendero Nacional km 14 Ejido Santa Adelaida, C.P. 7557, Municipio de Matamoros, Tamps. Tel. 01 86 88 195051</p>	<p>CONTRALORIA INTERNA DE LA SSP Domicilio: Bulevar Adolfo Ruiz Cortines No. 3642, piso 16, Col. Jardines del Pedregal, Deleg. Alvaro Obregón, C.P. 01900, Tel. 5481 43 00, Ext. 4839</p>	<p>SISTEMA DE ATENCION CIUDADANA DE LA SECRETARIA DE LA FUNCION PUBLICA Tel. 30032000 En el interior de la República Tel. 01 800 00 14 800 Oficinas: Insurgentes Sur 1735, planta baja</p>
---	---	---	--	---

 SECRETARIA DE SEGURIDAD PUBLICA	ORGANISMO ADMINISTRATIVO DESCONCENTRADO PREVENCION Y READAPTACION SOCIAL SOLICITUD DE AUTORIZACION DE VISITA INTIMA A INTERNOS CENTROS FEDERALES DE READAPTACION SOCIAL PRS-00-002 (INSTRUCTIVO DE LLENADO)
--	---

No.	Dice	Debe anotarse
1	Fotografía tamaño infantil.	Adherir fotografía que cumpla con los requisitos.
2	Centro Federal de Readaptación Social Número.	El número del Centro Federal.
3	Fecha.	Día, mes y año.
4	Nombre del interno.	Nombre completo sin abreviaturas, apellido paterno, materno, nombre(s).
5	Nombre del solicitante.	Nombre completo sin abreviaturas, apellido paterno, materno, nombre(s).
6	Relación.	Esposa, cónyuge.
7	Edad.	Número de años cumplidos.
8	Lugar y fecha de nacimiento.	Nombre del poblado, delegación o municipio y estado; día, mes y año.
9	Escolaridad.	Último grado de estudios.
10	Religión.	El nombre de la religión que profesa.
11	Estado civil.	Soltera, casada, viuda, divorciada.
12	Ocupación.	La actividad a la que actualmente se dedica.
13	Domicilio.	Nombre de la calle, número exterior e interior, colonia y código postal.
14	Localidad y/o municipio.	Nombre de la localidad o municipio.
15	Estado.	Nombre de la entidad federativa.
16	Tiempo de residencia en el domicilio actual.	Años y/o meses cumplidos.
17	Clave lada.	Número de la clave de larga distancia.
18	Teléfono.	Número telefónico.
19	En qué horario se localiza.	El horario en que se le puede localizar.
20	Nombre del Centro de Trabajo.	El nombre de la empresa o negocio donde trabaja.
21	Domicilio.	Nombre de la calle, número exterior e interior, colonia y código postal.
22	Teléfono.	Número telefónico completo incluyendo clave lada si no es de la localidad.
23	Horario.	Horario en que se le puede localizar.
24	¿En alguna ocasión ha sido detenido?	La letra "x", donde corresponda.
25	Fecha.	En caso afirmativo, día, mes y año.
26	Motivo de la detención.	En caso afirmativo el nombre del delito tal como lo enuncia la legislación y/o describir brevemente el motivo.
27	Si estuvo recluso, indique el centro y lugar de reclusión.	En caso afirmativo, nombre del centro, poblado, delegación o municipio y estado.
28	Período.	En caso afirmativo, fechas de inicio y término; día, mes y año.
29	Motivo de externación.	Libertad por compurgamiento, beneficio de libertad, etc.
30	Trabaja o laboró con anterioridad en algún centro de reclusión.	La letra "x", donde corresponda.
31	¿Dónde?	En caso afirmativo, nombre del centro, poblado, delegación o municipio y estado.
32	Puesto desempeñado.	En caso afirmativo, el nombre del puesto.
33	Período laboral.	En caso afirmativo, fechas de inicio y término; día, mes y año.
34	Tiene familiares que sean o hayan sido empleados en esta Institución.	Si o No, según corresponda.
35	Refiera nombre y parentesco.	En caso afirmativo, nombre completo sin abreviaturas, apellido paterno, materno, nombre(s).

36	Puesto desempeñado.	En caso afirmativo, el nombre del puesto.
37	Tiene algún familiar o amigo recluso en otro centro de reclusión.	Si o No, según corresponda.
38	Refiera su nombre y parentesco.	En caso afirmativo, nombre completo sin abreviaturas, apellido paterno, materno, nombre(s).
39	Fecha de internamiento y centro de reclusión.	Día, mes y año; Nombre oficial del centro de reclusión.
40	Delito.	Nombre del delito como lo enuncia la legislación.
41	Nombre completo (referencias).	Nombre completo sin abreviaturas, apellido paterno, apellido materno, nombre(s).
42	Ubicación del domicilio.	Nombre de la calle, número exterior e interior, colonia, código postal, poblado, delegación o municipio y estado.
43	Teléfono.	Número telefónico completo, incluyendo clave larga distancia si no corresponde a la localidad.
44	Ocupación.	Nombre de la actividad actual.
45	Tiempo de conocerlo.	Número de años.
46	Acta de nacimiento.	La letra "x", donde corresponda.
47	Acta de matrimonio.	La letra "x", donde corresponda.
48	Comprobante de concubinato.	La letra "x", donde corresponda.
49	Comprobante de domicilio.	La letra "x", donde corresponda.
50	Tres fotografías tamaño infantil a color con fondo blanco.	La letra "x", donde corresponda.
51	Identificación oficial vigente.	La letra "x", donde corresponda.
52	Tres cartas de referencias personales.	La letra "x", donde corresponda.
53	Resultados de exámenes médicos completos (ocho).	La letra "x", donde corresponda.
54	Firma del solicitante.	La firma como aparece en su identificación.
55	Aprobación del Consejo Técnico Interdisciplinario.	La letra "x", donde corresponda.
56	Fecha.	Día, mes y año.
57	Número de sesión.	El número de la Sesión del Consejo Técnico Interdisciplinario donde se emitió opinión.
58	Observaciones.	Las correspondientes de ser necesario.
59	Nombre y firma del Trabajador Social.	El nombre y la firma del Trabajador Social que valida el trámite.
60	Nombre y firma del Director General del Centro Federal.	El nombre y firma de autorización del Director General del Centro Federal.

 <p>SECRETARIA DE SEGURIDAD PUBLICA</p>	<p>ORGANO ADMINISTRATIVO DESCONCENTRADO PREVENCIÓN Y READAPTACION SOCIAL</p> <p>SOLICITUD DE AUTORIZACION DE VISITA DE DEFENSOR DE INTERNOS</p> <p>CENTROS FEDERALES DE READAPTACION SOCIAL</p> <p>PRS-00-003</p>	<p>Fotografía Tamaño infantil</p>
---	---	---

DATOS GENERALES

Centro Federal de Readaptación Social No.: _____ Fecha: ____/____/____

Nombre del Interno: _____

Nombre del solicitante: _____

Sexo: Masculino: _____ Femenino: _____ Parentesco: _____ Edad: _____ años.

Número de Cédula Profesional: _____

Lugar y fecha de nacimiento: _____

Estado Civil: _____ Ocupación: _____

Domicilio: _____

Localidad y/o municipio: _____ Estado: _____

Tiempo de residencia en el domicilio actual: _____ Clave lada: _____ Teléfono: _____

En que horario se localiza: _____

Nombre del Centro de Trabajo: _____

Domicilio: _____

Teléfono: _____ Horario: _____

¿En alguna ocasión ha sido detenido? _____ Fecha: _____

Motivo de la detención. _____

Si estuvo recluso, indique centro y lugar de reclusión: _____

_____ Periodo: _____

Motivo de externación : _____

¿Trabaja o laboró con anterioridad en algún Centro de Reclusión? Sí _____ No _____

¿Dónde? _____

Puesto desempeñado: Periodo laboral: _____

¿Tiene familiares que sean o hayan sido empleados en esta Institución? _____

Refiera nombre y parentesco: _____

Puesto desempeñado: _____

¿Tiene algún familiar o amigo recluso en otro Centro de Reclusión? _____

Refiera nombre y parentesco: _____

Fecha de internamiento y Centro de Reclusión: _____

_____ Delito: _____

Referencias personales (no incluir familiares o jefes de trabajo)				
Anotar los datos de las cartas presentadas				
Nombre:	Domicilio	Teléfono	Ocupación	Tiempo de conocerlo

Documentación presentada		
Designación o nombramiento de defensor.	Sí	No
Identificación oficial vigente con fotografía (original y dos copias).	Sí	No
Comprobante de domicilio a nombre del visitante (original y dos copias).	Sí	No
Cédula profesional (original y dos copias).	Sí	No
Dos fotografías tamaño infantil a color con fondo blanco.	Sí	No
Tres cartas de referencias personales.	Sí	No

Bajo protesta de decir verdad, manifiesto que todos los datos proporcionados son ciertos y autorizo que los mismos puedan ser verificados por personal de esta Institución y quedo enterado que en caso que se detecten como falsos o se omita alguno, el Consejo Técnico Interdisciplinario tiene la facultad de cancelar en forma definitiva mi visita.
Asimismo me comprometo a respetar la normatividad establecida para la vista y estoy dispuesto(a) a sujetarme a los procedimientos de revisión para el ingreso a este Centro Federal de Readaptación Social.

Firma del solicitante

Aprobación de Consejo Técnico Interdisciplinario:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fecha:
Observaciones:	No. de sesión:	
_____ _____ _____		

FIRMAS

Validó:	Autorizó:
_____ Nombre y firma del Subdirector Jurídico	_____ Nombre y firma del Director General del Centro Federal

CONSIDERACIONES GENERALES PARA SU LLENADO:

1. La manera de presentarse el trámite deberá ser por medio de un formato proporcionado por la Oficina de Trabajo Social del Centro Federal de Readaptación Social correspondiente.
2. El formato deberá ser llenado a máquina o a mano con letra de molde.
3. Los servicios que preste la institución para disfrutar de las visitas serán completamente gratuitos.
4. Se debe realizar el trámite cuando los defensores de internos en Centros Federales de Readaptación Social deseen entrevistarse con su defenso.
5. Se debe presentar el trámite en las Unidades Administrativas de los Centros Federales de Readaptación Social 1, 2 y 3, con horario de 9:00 a 17:00 hrs., los 365 días del año.
6. La documentación presentada será en original y dos copias.
7. El plazo máximo que tiene el Organismo Administrativo Desconcentrado para resolver el trámite, será de 30 días naturales, una vez entregada la documentación completa.

FUNDAMENTO JURIDICO

Art. 12 Fracción VIII y Art. 17 Inciso A) Fracción VII del Reglamento del Organismo Administrativo Desconcentrado Prevención y Readaptación Social.
Art. 33 Fracción IV y Art. 41 del Reglamento de los Centros Federales de Readaptación Social.
Art. 34, Art. 50, Art. 51 Incisos A), B), C) y Art. 53 Incisos A), B), C), D) del Instructivo de Visita de los Centros Federales de Readaptación Social.

VIGENCIA

La vigencia del trámite estará sujeta a los siguiente eventos:

1. Por revocación del nombramiento de defensor por parte del interno o autoridad competente.
2. Por egreso del interno del Centro Federal de Readaptación Social.
3. Por determinación del Consejo Técnico Interdisciplinario del Centro Federal de Readaptación Social.

ORIENTACION SOBRE EL TRAMITE

NUMEROS TELEFONICOS PARA QUEJAS

CENTRO FEDERAL DE READAPTACION SOCIAL No. 1 "LA PALMA" Rancho la Palma s/n, Santa Juana, C.P. 50900, Almoloya de Juárez, Edo. de México, Tel. 0172 22 192389	CENTRO FEDERAL DE READAPTACION SOCIAL No. 2 "PUENTE GRANDE" Carretera Libre a Zapotlanejo km 17.5 por Carretera El Salto, km 2.5, El Salto, Jalisco, C.P. 43420, Tel. 0133 36 147792	CENTRO FEDERAL DE READAPTACION SOCIAL No. 3 "MATAMOROS" Carretera Sendero Nacional km 14 Ejido Santa Adelaida, C.P. 87557, Municipio de Matamoros, Tamps. Tel. 01 86 88 195051	CONTRALORIA INTERNA DE LA SSP Domicilio: Bulevar Adolfo Ruiz Cortines No. 3642, piso 16, Col. Jardines del Pedregal, Deleg. Alvaro Obregón, C.P. 01900 Tel. 54 81 43 00, Ext. 4839	SISTEMA DE ATENCION CIUDADANA DE LA SECRETARIA DE LA FUNCION PUBLICA Tel. 30032000 En el interior de la República Tel. 01 800 00 14 800 Oficinas: Insurgentes Sur 1735, planta baja
--	--	--	--	--



SECRETARIA DE
SEGURIDAD PUBLICA

ORGANO ADMINISTRATIVO DESCONCENTRADO PREVENCIÓN Y READAPTACIÓN SOCIAL

**SOLICITUD DE AUTORIZACION DE VISITA DE DEFENSOR DE INTERNOS
CENTROS FEDERALES DE READAPTACION SOCIAL**

PRS-00-003

(INSTRUCTIVO DE LLENADO)

No.	Dice	Debe anotarse
1	Fotografía tamaño infantil.	Adherir fotografía que cumpla con los requisitos.
2	Centro Federal de Readaptación Social Número.	El número del Centro Federal.
3	Fecha.	Día, mes y año.
4	Nombre del interno.	Nombre completo sin abreviaturas, apellido paterno, materno, nombre(s).
5	Nombre del solicitante.	Nombre completo sin abreviaturas, apellido paterno, materno, nombre(s).
6	Sexo: masculino, femenino.	La letra "x", donde corresponda.
7	Parentesco.	Padre, madre, hermana(o), esposa, etc.
8	Edad.	Número de años cumplidos.
9	Número de Cédula Profesional.	Anotar el número de la cédula profesional.
10	Lugar y fecha de nacimiento.	Nombre del poblado, delegación o municipio y estado; día, mes y año.
11	Estado Civil.	Soltera(o), casada(o), viuda(o), divorciada(a).
12	Ocupación.	La actividad a la que actualmente se dedica.
13	Domicilio.	Nombre de la calle, número exterior e interior, colonia y código postal.
14	Localidad y/o municipio.	Nombre de la localidad o municipio.
15	Estado.	Nombre de la entidad federativa.
16	Tiempo de residencia en el domicilio actual.	Años y/o meses cumplidos.
17	Clave lada.	Número de la clave de larga distancia.
18	Teléfono.	Número telefónico.
19	En qué horario se localiza.	El horario en que se le puede localizar.
20	Nombre del Centro de Trabajo.	El nombre de la empresa o negocio donde trabaja.
21	Domicilio.	Nombre de la calle, número exterior e interior, colonia y código postal.
22	Teléfono.	Número telefónico completo incluyendo clave lada si no es de la localidad.
23	Horario.	Horario en que se le puede localizar.
24	¿En alguna ocasión ha sido detenido?	La letra "x", donde corresponda.
25	Fecha.	En caso afirmativo, día, mes y año.
26	Motivo de la detención.	En caso afirmativo el nombre del delito tal como lo enuncia la legislación y/o describir brevemente el motivo.
27	Si estuvo recluso, indique centro y lugar de reclusión.	En caso afirmativo, nombre del centro, poblado, delegación o municipio y estado.
28	Periodo.	En caso afirmativo, fechas de inicio y término; día, mes y año.
29	Motivo de externación.	Libertad por compurgamiento, beneficio de libertad, etc.
30	Trabaja o laboró con anterioridad en algún centro de reclusión.	La letra "x", donde corresponda.
31	¿Dónde?	En caso afirmativo, nombre del centro, poblado, delegación o municipio y estado.
32	Puesto desempeñado.	En caso afirmativo, el nombre del puesto.
33	Periodo laboral.	En caso afirmativo, fechas de inicio y término; día, mes y año.
34	Tiene familiares que sean o hayan sido empleados en esta Institución.	Sí o No, según corresponda.
35	Refiera nombre y parentesco.	En caso afirmativo, nombre completo sin abreviaturas, apellido paterno, materno, nombre(s).
36	Puesto desempeñado.	En caso afirmativo, el nombre del puesto.
37	Tiene algún familiar o amigo recluso en otro centro de reclusión.	Sí o No, según corresponda.
38	Refiera nombre y parentesco.	En caso afirmativo, nombre completo sin abreviaturas, apellido paterno, materno, nombre(s).
39	Fecha de internamiento y centro de reclusión.	Día, mes y año; Nombre oficial del Centro de Reclusión.
40	Delito.	Nombre del delito como lo enuncia la legislación.
41	Nombre completo (referencias).	Nombre completo sin abreviaturas, apellido paterno, apellido materno, nombre(s).
42	Ubicación del domicilio.	Nombre de la calle, número exterior e interior, colonia, código postal, poblado, delegación o municipio y estado.
43	Teléfono.	Número telefónico completo, incluyendo clave larga distancia si no corresponde a la localidad.
44	Ocupación.	Nombre de la actividad actual.
45	Tiempo de conocerlo.	La letra "x", donde corresponda.
46	Designación o nombramiento de defensor.	La letra "x", donde corresponda.
47	Identificación oficial vigente.	La letra "x", donde corresponda.
48	Comprobante de domicilio.	La letra "x", donde corresponda.
49	Cédula Profesional.	La letra "x", donde corresponda.
50	Dos fotografías tamaño infantil a color con fondo blanco.	La letra "x", donde corresponda.
51	Tres cartas de referencias personales.	La letra "x", donde corresponda.
52	Firma del solicitante.	La firma como aparece en su identificación.
53	Aprobación del Consejo Técnico Interdisciplinario.	La letra "x", donde corresponda.
54	Fecha.	Día, mes y año.
55	Número de sesión.	El número de la Sesión del Consejo Técnico Interdisciplinario donde se emitió opinión.
56	Observaciones.	Las correspondientes de ser necesario.

57	Nombre y firma del Subdirector Jurídico.	El nombre y firma del Titular de la Subdirección que valida el trámite.
58	Nombre y firma del Director General del Centro Federal.	El Nombre y firma de autorización del Director General del Centro Federal.

 <p>SECRETARIA DE SEGURIDAD PUBLICA</p>	ORGANO ADMINISTRATIVO DESCONCENTRADO PREVENCIÓN Y READAPTACION SOCIAL SOLICITUD DE AUTORIZACION DE VISITA DE FAMILIARES Y/O AMISTADES DE INTERNOS CENTROS FEDERALES DE READAPTACION SOCIAL PRS-00-004	Fotografía Tamaño infantil

DATOS GENERALES	
Centro Federal de Readaptación Social No.:	Fecha: ____/____/____
Nombre del interno: _____	
Nombre del solicitante: _____	
Sexo: Masculino: _____ Femenino: _____ Parentesco: _____ Edad: _____ años.	
Lugar y fecha de nacimiento: _____	
Escolaridad: _____ Religión: _____	
Estado Civil: _____ Ocupación: _____	
Domicilio: _____	
Localidad y/o municipio: _____ Estado: _____	
Tiempo de residencia en el domicilio actual: _____ Clave lada: _____ Teléfono: _____	
Horario en el que se localiza: _____	
Nombre del Centro de trabajo: _____	
Domicilio: _____	
Teléfono: _____ Horario: _____	
¿En alguna ocasión ha sido detenido? Sí _____ No _____ Fecha: _____	
Motivo de la Detención: _____	
Si estuvo recluso, indique centro y lugar de reclusión: _____	

Periodo: _____ a _____	
Motivo de externación: _____	
¿Trabaja o laboró con anterioridad en algún Centro de Reclusión? Sí _____ No _____	
¿Dónde? _____	
Puesto desempeñado: _____ Periodo laboral: _____	
¿Tiene familiares que sean o hayan sido empleados en esta Institución? Sí _____ No _____	
Refiera nombre y parentesco: _____	

Puesto desempeñado: _____	
¿Tiene algún familiar o amigo recluso en otro Centro de Reclusión? Sí _____ No _____	
Refiera nombre y parentesco _____	

Fecha de internamiento y Centro de Reclusión: _____	
Delito: _____	

Referencias personales (no incluir familiares o jefes de trabajo) Anotar los datos de las cartas presentadas				
Nombre:	Domicilio	Teléfono	Ocupación	Tiempo de conocerlo

Documentación presentada		
Acta de nacimiento (copia certificada y dos copias simples).	Sí	No
Acta de matrimonio para el caso del cónyuge (copia certificada y dos copias simples).	Sí	No
Comprobante de concubinato de conformidad con la legislación vigente en el lugar de residencia del solicitante (original).	Sí	No
Comprobante de domicilio a nombre del visitante (original y dos copias).	Sí	No
Tres fotografías tamaño infantil a color con fondo blanco.	Sí	No
Documento legal que acredite el parentesco por afinidad, cuando sea el caso.	Sí	No
Identificación oficial vigente con fotografía (original y dos copias).	Sí	No
Tres cartas de referencias personales.	Sí	No

Bajo protesta de decir verdad, manifiesto que todos los datos proporcionados son ciertos y autorizo que los mismos puedan ser verificados por personal de esta institución y quedo enterado que en caso que se detecten como falsos o se omite alguno, el Consejo Técnico Interdisciplinario tiene la facultad de cancelar en forma definitiva mi visita.

Asimismo, me comprometo a respetar la normatividad establecida para la visita y estoy dispuesto(a) a sujetarme a los procedimientos de revisión para el ingreso a este Centro Federal de Readaptación Social.

Firma del solicitante

Aprobación del Consejo Técnico Interdisciplinario:	Sí	No	Fecha:
			No. de sesión:
Observaciones:			

FIRMAS	
Validó:	Autorizó:
_____	_____
Nombre y firma del Trabajador Social	Nombre y firma del Director General del Centro Federal

- CONSIDERACIONES GENERALES PARA SU LLENADO:**
1. La manera de presentarse el trámite, deberá ser por medio de un formato proporcionado por la Oficina de Trabajo Social del Centro Federal de Readaptación Social correspondiente.
 2. El formato deberá ser llenado a máquina o a mano con letra de molde.
 3. Los servicios que preste la institución para disfrutar de las visitas, serán completamente gratuitos.
 4. Se debe realizar el trámite cuando familiares o amistades del interno en los Centros Federales de Readaptación Social deseen realizar la visita familiar.
 5. Se debe presentar el trámite en las Unidades Administrativas de los Centros Federales de Readaptación Social 1, 2 y 3, con horario de 9:00 a 17:00 Hrs., los 365 días del año.
 6. La documentación presentada será en original y dos copias.
 7. El plazo máximo que tiene el Organismo Administrativo Desconcentrado para resolver el trámite, será de 30 días naturales, una vez entregada la documentación completa.

FUNDAMENTO JURIDICO

Art. 12 Fracción VIII y Art. 17 inciso A) Fracción VII del Reglamento del Organismo Administrativo Desconcentrado Prevención y Readaptación Social.

Art. 33 Fracción I, Art. 37 y Art. 40 del Reglamento de los Centros Federales de Readaptación Social.

Art. 15 Fracciones de la I a la VI, Art. 16 y Art. 34 del Instructivo de Visita de los Centros Federales de Readaptación Social.

VIGENCIA

La vigencia del trámite estará sujeta a los siguiente eventos:

1. Por solicitud expresa del interno de la cancelación de la visita.
2. Por egreso del interno del Centro Federal de Readaptación Social.
3. Por determinación del Consejo Técnico Interdisciplinario del Centro Federal de Readaptación Social.

ORIENTACION SOBRE EL TRAMITE	NUMEROS TELEFONICOS PARA QUEJAS
-------------------------------------	--

CENTRO FEDERAL DE READAPTACION SOCIAL No. 1 "LA PALMA" , Rancho la Palma s/n, Santa Juana, C.P. 50900, Almoloya de Juárez, Edo. de México, Tel. 0172 22 192389	CENTRO FEDERAL DE READAPTACION SOCIAL No. 2 "PUENTE GRANDE" , Carretera Libre a Zapotlanejo km 17.5 por carretera El Salto, km 2.5 El Salto, Jalisco, C.P. 43420 Tel. 0133 36 147792	CENTRO FEDERAL DE READAPTACION SOCIAL No. 3 "MATAMOROS" , Carretera Sendero Nacional km 14 Ejido Santa Adelaida, C.P. 87557, Municipio de Matamoros, Tamps., Tel. 01 86 88 195051	CONTRALORIA INTERNA DE LA SSP , Domicilio: Bulevar Adolfo Ruiz Cortines No. 3642, piso 16, Col. Jardines del Pedregal, Deleg. Alvaro Obregón, C.P. 01900, Tel. 54 81 43 00, Ext. 4839	SISTEMA DE ATENCION CIUDADANA DE LA SECRETARIA DE LA FUNCION PUBLICA , Tel. 30032000. En el interior de la República Tel. 01 800 00 14 800. Oficinas: Insurgentes Sur 1735, planta baja
---	--	--	---	--

 SECRETARIA DE SEGURIDAD PUBLICA	ORGANO ADMINISTRATIVO DESCONCENTRADO PREVENCIÓN Y READAPTACION SOCIAL SOLICITUD DE AUTORIZACION DE VISITA DE FAMILIARES Y/O AMISTADES DE INTERNOS CENTROS FEDERALES DE READAPTACION SOCIAL PRS-00-004 (INSTRUCTIVO DE LLENADO)
---	--

No.	Dice	Debe anotarse
1	Fotografía tamaño infantil.	Adherir fotografía que cumpla con los requisitos.
2	Centro Federal de Readaptación Social Número.	El número del Centro Federal.
3	Fecha.	Día, mes y año.
4	Nombre del interno.	Nombre completo sin abreviaturas, apellido paterno, materno, nombre(s)
5	Nombre del solicitante.	Nombre completo sin abreviaturas, apellido paterno, materno, nombre(s)
6	Sexo: masculino, femenino.	La letra "x", donde corresponda.
7	Parentesco.	Padre, madre, hermana(o), esposa, etc.
8	Edad.	Número de años cumplidos.
9	Lugar y fecha de nacimiento.	Nombre del poblado, delegación o municipio y estado; día, mes y año.
10	Escolaridad.	Ultimo grado de estudios.
11	Religión.	El nombre de la religión que profesa.
12	Estado civil.	Soltera(o), casada(o), viuda(o), divorciada(o).
13	Ocupación.	La actividad a la que actualmente se dedica.
14	Domicilio.	Nombre de la calle, número exterior e interior, colonia y código postal.
15	Localidad y/o municipio.	Nombre de la localidad o municipio.
16	Estado.	Nombre de la entidad federativa.
17	Tiempo de residencia en el domicilio actual.	Años y/o meses cumplidos.
18	Clave lada.	Número de la clave de larga distancia.
19	Teléfono.	Número telefónico.
20	En qué horario se localiza.	El horario en que se le puede localizar.
21	Nombre del Centro de Trabajo.	El nombre de la empresa o negocio donde trabaja.
22	Domicilio.	Nombre de la calle, número exterior e interior, colonia y código postal.
23	Teléfono.	Número telefónico completo incluyendo clave lada si no es de la localidad.
24	Horario.	Horario en que se le puede localizar.
25	¿En alguna ocasión ha sido detenido?	La letra "x", donde corresponda.
26	Fecha.	En caso afirmativo, día, mes y año.
27	Motivo de la detención.	En caso afirmativo el nombre del delito tal como lo enuncia la legislación y/o describir brevemente el motivo.
28	Si estuvo recluso, indique centro y lugar de reclusión.	En caso afirmativo, nombre del centro, poblado, delegación o municipio y estado.
29	Periodo.	En caso afirmativo, fechas de inicio y término; día, mes y año.
30	Motivo de externación.	Libertad por compurgamiento, beneficio de libertad, etc.
31	Trabaja o laboró con anterioridad en algún centro de reclusión.	La letra "x", donde corresponda.
32	¿Dónde?	En caso afirmativo, nombre del centro, poblado, delegación o municipio y estado.
33	Puesto desempeñado.	En caso afirmativo, el nombre del puesto.
34	Periodo laboral.	En caso afirmativo, fechas de inicio y término; día, mes y año.
35	Tiene familiares que sean o hayan sido empleados en esta Institución.	Sí o No, según corresponda.
36	Refiera nombre y parentesco.	En caso afirmativo, nombre completo sin abreviaturas, apellido paterno, materno, nombre(s).
37	Puesto desempeñado.	En caso afirmativo, el nombre del puesto.
38	Tiene algún familiar o amigo recluso en otro centro de reclusión.	Sí o No, según corresponda.
39	Refiera nombre y parentesco.	En caso afirmativo, nombre completo sin abreviaturas, apellido paterno, materno, nombre(s).
40	Fecha de internamiento y centro de reclusión.	Día, mes y año; Nombre oficial del Centro de Reclusión.
41	Delito.	Nombre del delito como lo enuncia la legislación.
42	Nombre completo (referencias).	Nombre completo sin abreviaturas, apellido paterno, materno, nombre(s).
43	Ubicación del domicilio.	Nombre de la calle, número exterior e interior, colonia, código postal, poblado, delegación o municipio y estado.
44	Teléfono.	Número telefónico completo, incluyendo clave larga distancia si no corresponde a la localidad.
45	Ocupación.	Nombre de la actividad actual.
46	Tiempo de conocerlo.	Número de años.
47	Acta de nacimiento.	La letra "x", donde corresponda.

48	Acta de matrimonio.	La letra "x", donde corresponda.
49	Comprobante de concubinato.	La letra "x", donde corresponda.
50	Comprobante de domicilio.	La letra "x", donde corresponda.
51	Tres fotografías tamaño infantil a color con fondo blanco.	La letra "x", donde corresponda.
52	Documento legal que acredite el parentesco.	La letra "x", donde corresponda.
53	Identificación oficial vigente.	La letra "x", donde corresponda.
54	Tres cartas de referencias personales.	La letra "x", donde corresponda.
55	Firma del solicitante.	La firma como aparece en su identificación.
56	Aprobación del Consejo Técnico Interdisciplinario.	La letra "x", donde corresponda.
57	Fecha.	Día, mes, año.
58	Número de sesión.	El número de la Sesión del Consejo Técnico Interdisciplinario donde se emitió opinión.
59	Observaciones.	Las correspondientes de ser necesario.
60	Nombre y firma del Trabajador Social.	El nombre y la firma del Trabajador Social que valida el trámite.
61	Nombre y firma del Director General del Centro Federal.	El nombre y firma de autorización del Director General del Centro Federal.

 <p>SECRETARIA DE SEGURIDAD PUBLICA</p>	<p>ORGANO ADMINISTRATIVO DESCONCENTRADO PREVENCIÓN Y READAPTACION SOCIAL</p> <p>SOLICITUD DE AUTORIZACION DE VISITA DE MINISTROS DE CULTOS RELIGIOSOS A INTERNOS</p> <p>CENTROS FEDERALES DE READAPTACION SOCIAL</p> <p>PRS-00-005</p>	<p>Fotografía</p> <p>Tamaño infantil</p>
--	--	--

DATOS GENERALES

Centro Federal de Readaptación Social No.: _____ Fecha: ___/___/___

Nombre del solicitante: _____ Sexo: Masculino: _____ Femenino: _____ Edad: _____ años.

Lugar y fecha de nacimiento: _____

Estado Civil: _____ Ocupación: _____

Domicilio: _____

Localidad y/o municipio: _____ Estado: _____

Tiempo de residencia: _____ Clave lada: _____ Teléfono: _____ Horario: _____

Nombre del Centro de trabajo: _____

Domicilio: _____

Teléfono: _____ Horario: _____

¿Cuánto tiempo tiene colaborando con la agrupación?: _____

Señale las instituciones en las que colabora o colaboró como miembro del grupo: _____

¿Por qué le interesa desempeñarse en este Centro Federal? _____

¿En alguna ocasión ha sido detenido? Sí _____ No _____ Fecha: _____

Motivo del delito: _____

Si estuvo recluso, indique centro y lugar de reclusión _____

Periodo: _____ a _____

Motivo de externación: _____

¿Trabaja o laboró con anterioridad en algún Centro de Reclusión? Sí _____ No _____

¿Dónde? _____

Puesto desempeñado: _____ Periodo laboral: _____

¿Tiene familiares que sean o hayan sido empleados en esta Institución? Sí _____ No _____

Refiera nombre y parentesco: _____

Puesto desempeñado: _____

¿Tiene algún familiar o amigo recluso en otro Centro de Reclusión? Sí _____ No _____

Refiera nombre y parentesco _____

Lugar de reclusión: _____

Delito: _____

Referencias personales (no incluir familiares o jefes de trabajo)					
Anotar los datos de las cartas presentadas					
Nombre:	Domicilio	Teléfono	Ocupación	Tiempo de conocerlo	
Documentación presentada					
Escrito fundamentando objetivos, periodicidad, actividades y designación de representantes.				Sí	No
Acta constitutiva de la agrupación de culto religioso que representa (copia).				Sí	No
Identificación oficial vigente con fotografía (original y dos copias).				Sí	No
Dos fotografías tamaño infantil a color con fondo blanco.				Sí	No
Tres cartas de referencias personales.				Sí	No

Bajo protesta de decir verdad, manifiesto que todos los datos proporcionados son ciertos y autorizo que los mismos puedan ser verificados por personal de esta institución y quedo enterado que en caso que se detecten como falsos o se omita alguno, el Consejo Técnico Interdisciplinario tiene la facultad de cancelar en forma definitiva mi visita.

Asimismo me comprometo a respetar la normatividad establecida para la visita y estoy dispuesto(a) a sujetarme a los procedimientos de revisión para el ingreso a este Centro Federal de Readaptación Social.

Firma del solicitante

Aprobación del Consejo Técnico Interdisciplinario:	Sí	No	Fecha:
			No. de sesión:
Observaciones:			

FIRMAS			
Validó:	Validó:	Autorizó:	
_____	_____	_____	
Nombre y firma del Jefe de la Oficina de Actividades Culturales, Deportivas y Recreativas	Nombre y firma del Jefe de Departamento de C.O.C.	Nombre y firma del Director General del Centro Federal	

CONSIDERACIONES GENERALES PARA SU LLENADO:	
1.	La manera de presentarse el trámite deberá ser por medio de un formato proporcionado por la Oficina de Trabajo Social del Centro Federal de Readaptación Social correspondiente.
2.	El formato deberá ser llenado a máquina o a mano con letra de molde.
3.	Los servicios que preste la institución para disfrutar de las visitas serán completamente gratuitos.
4.	Se debe realizar el trámite cuando si algún Ministro de Cultos Religiosos desee visitar a los internos en los Centros Federales de Readaptación Social.
5.	Se debe presentar el trámite en las Unidades Administrativas de los Centros Federales de Readaptación Social 1, 2 y 3, con horario de 9:00 a 17:00 hrs., los 365 días del año.
6.	La documentación presentada será en original y dos copias.
7.	El plazo máximo que tiene el Organo Administrativo Desconcentrado para resolver el trámite, será de 30 días naturales, una vez entregada la documentación completa.
FUNDAMENTO JURIDICO	

Art. 12, Fracción VIII y Art. 17 Inciso A) Fracción VII del Reglamento del Organismo Administrativo Desconcentrado Prevención y Readaptación Social.
 Art. 33 Fracción V del Reglamento de los Centros Federales de Readaptación Social.
 Art. 34, Art. 63 y Art. 64 del Instructivo de Visita de los Centros Federales de Readaptación Social.

VIGENCIA

La vigencia del trámite se puede cancelar por determinación del Consejo Técnico Interdisciplinario del Centro Federal de Readaptación Social.

ORIENTACION SOBRE EL TRAMITE

NUMEROS TELEFONICOS PARA QUEJAS

CENTRO FEDERAL DE READAPTACION SOCIAL No. 1 "LA PALMA" Rancho la Palma s/n, Santa Juana, C.P. 50900, Almoloya de Juárez, Edo. de México, Tel. 0172 22 192389	CENTRO FEDERAL DE READAPTACION SOCIAL No. 2 "PUENTE GRANDE" Carretera Libre a Zapotlanejo km 17.5 por Carretera El Salto, km 2.5 El Salto, Jalisco, C.P. 43420 Tel. 0133 36 147792	CENTRO FEDERAL DE READAPTACION SOCIAL No. 3 "MATAMOROS" Carretera Sendero Nacional km 14 Ejido Santa Adelaida C.P. 87557 Municipio de Matamoros, Tamps. Tel. 01 86 88 195051	CONTRALORIA INTERNA DE LA SSP Domicilio: Bulevar Adolfo Ruiz Cortines No. 3642, piso 16, Col. Jardines del Pedregal, Deleg. Alvaro Obregón, C.P. 01900 Tel: 54 81 43 00, Ext. 4839	SISTEMA DE ATENCION CIUDADANA DE LA SECRETARIA DE LA FUNCION PUBLICA Tel. 30032000 En el interior de la República Tel. 01 800 00 14 800 Oficinas: Insurgentes Sur 1735, planta baja
--	---	--	--	--

 SECRETARIA DE SEGURIDAD PUBLICA	ORGANISMO ADMINISTRATIVO DESCONCENTRADO PREVENCION Y READAPTACION SOCIAL SOLICITUD DE AUTORIZACION DE VISITA DE MINISTROS DE CULTOS RELIGIOSOS A INTERNOS CENTROS FEDERALES DE READAPTACION SOCIAL PRS-00-005 (INSTRUCTIVO DE LLENADO)
---	--

No.	Dice	Debe anotarse
1	Fotografía tamaño infantil.	A adherir fotografía que cumpla con los requisitos.
2	Centro Federal de Readaptación Social Número.	Número de Centro Federal.
3	Fecha.	Día, mes y año.
4	Nombre del solicitante.	Nombre completo sin abreviaturas, apellido paterno, materno, nombre(s).
5	Sexo: masculino, femenino.	La letra "x", donde corresponda.
6	Edad.	Número de años cumplidos.
7	Lugar y fecha de nacimiento.	Nombre del poblado, delegación o municipio y estado; día, mes y año.
8	Estado civil.	Soltera(o), casada(o), viuda(o), divorciada(o).
9	Ocupación.	La actividad a la que actualmente se dedica.
10	Domicilio.	Nombre de la calle, número exterior e interior, colonia y código postal.
11	Localidad y/o municipio.	Nombre de la localidad o municipio.
12	Estado.	Nombre de la entidad federativa.
13	Tiempo de residencia en el domicilio actual.	Años y/o meses cumplidos.
14	Teléfono.	Número telefónico.
15	En qué horario se localiza.	El horario en que se le puede localizar.
16	Nombre del Centro de Trabajo.	El nombre de la empresa o negocio donde trabaja.
17	Domicilio.	Nombre de la calle, número exterior e interior, colonia y código postal.
18	Teléfono.	Número telefónico completo incluyendo clave lada sino es de la localidad.
19	Horario.	Horario en que se le puede localizar.
20	Cuánto tiempo tiene colaborando con la agrupación.	Años y meses cumplidos.
21	Señale las instituciones en las que colabora o colaboró como miembro del grupo.	Nombres oficiales de las instituciones.
22	Porqué le interesa desempeñarse en este Centro Federal.	Señale brevemente la razón.
23	¿En alguna ocasión ha sido detenido?	La letra "x", donde corresponda.
24	Fecha.	En caso afirmativo, día, mes y año.
25	Motivo del delito.	En caso afirmativo el nombre del delito tal como lo enuncia la legislación y/o describir brevemente el motivo.
26	Si estuvo recluso, indique el centro y lugar de reclusión.	En caso afirmativo, nombre del centro, poblado, delegación o municipio y estado.
27	Periodo.	En caso afirmativo, fechas de inicio y término; día, mes y año.
28	Motivo de externación.	Libertad por compurgamiento, beneficio de libertad, etc.
29	Trabaja o laboró con anterioridad en algún centro de reclusión.	La letra "x", donde corresponda.
30	¿Dónde?	En caso afirmativo, nombre del centro, poblado, delegación o municipio y estado.
31	Puesto desempeñado.	En caso afirmativo, el nombre del puesto.
32	Periodo laboral.	En caso afirmativo, fechas de inicio y término; día, mes y año.
33	Tiene familiares que sean o hayan sido empleados en esta Institución.	La letra "x", donde corresponda.
34	Refiera nombre y parentesco.	En caso afirmativo, nombre completo sin abreviaturas, apellido paterno, materno, nombre(s).
35	Puesto desempeñado.	En caso afirmativo, el nombre del puesto.
36	Tiene algún familiar o amigo recluso en otro centro de reclusión	La letra "x", donde corresponda.

37	Refiera nombre y parentesco.	En caso afirmativo, nombre completo sin abreviaturas, apellido paterno, materno, nombre(s).
38	Lugar de reclusión.	Nombre oficial del Centro de Reclusión.
39	Delito.	Nombre del delito como lo enuncia la legislación.
40	Nombre completo (referencias).	Nombre completo sin abreviaturas, apellido paterno, apellido materno, nombre(s).
41	Ubicación del domicilio.	Nombre de la calle, número exterior e interior, colonia, código postal, poblado, delegación o municipio y estado.
42	Teléfono	Número telefónico completo, incluyendo clave larga distancia si no corresponde a la localidad.
43	Ocupación.	Nombre de la actividad actual.
44	Tiempo de conocerlo.	Número de años.
45	Escrito con objetivos, periodicidad actividades y designación de representantes.	La letra "x", donde corresponda
46	Acta constitutiva de la agrupación de culto religioso.	La letra "x", donde corresponda.
47	Identificación oficial vigente con fotografía.	La letra "x", donde corresponda.
48	Dos fotografías tamaño infantil a color con fondo blanco.	La letra "x", donde corresponda.
49	Tres cartas de referencias personales.	La letra "x", donde corresponda.
50	Firma del solicitante.	La firma como aparece en su identificación.
51	Aprobación del Consejo Técnico Interdisciplinario.	La letra "x", donde corresponda.
52	Fecha.	Día, mes, año.
53	Número de sesión.	El número de la Sesión del Consejo Técnico Interdisciplinario donde se emitió opinión.
54	Observaciones.	Las correspondientes de ser necesario.
55	Nombre y firma del Jefe de Oficina de Actividades Culturales, Deportivas y Recreativas.	El nombre y la firma del Titular de la Oficina que valida el trámite.
56	Nombre y firma del Jefe de Departamento de C.O.C.	El nombre y firma del Titular del Departamento que valida el trámite.
57	Nombre y firma del Director General del Centro Federal.	El nombre y firma de autorización del Director General del Centro Federal.

ANEXO CINCO.- FORMATOS DE AUTORIZACION DE VISITAS A INTERNO-PACIENTES EN EL CEFEREPSI.

 <p align="center">SECRETARIA DE SEGURIDAD PUBLICA</p>	<p align="center">ORGANO ADMINISTRATIVO DESCONCENTRADO PREVENCIÓN Y READAPTACION SOCIAL</p> <p align="center">SOLICITUD DE AUTORIZACION DE VISITA DE FAMILIARES Y/O AMISTADES DE INTERNO-PACIENTES</p> <p align="center">CENTRO FEDERALES DE REHABILITACION PSICOSOCIAL</p> <p align="center">PRS-00-006</p>	<p>Fotografía Tamaño infantil</p>
--	--	---

DATOS GENERALES

Fecha: ____/____/____

Nombre del interno: _____

Nombre del solicitante: _____

Sexo: Masculino: _____ Femenino: _____ Parentesco: _____ Edad: _____ años.

Lugar y fecha de nacimiento: _____

Escolaridad: _____ Religión: _____

Estado Civil: _____ Ocupación: _____

Domicilio: _____

Localidad y/o municipio: _____ Estado: _____

Tiempo de residencia en el domicilio actual: _____ Clave lada: _____ Teléfono: _____

Horario en el que se localiza: _____

Nombre del Centro de trabajo: _____

Domicilio: _____

Teléfono: _____ Horario: _____

¿En alguna ocasión ha sido detenido? Sí _____ No _____ Fecha: _____

Motivo de la Detención: _____

Si estuvo recluso, indique centro y lugar de reclusión: _____

Periodo: _____ a _____

Motivo de externación: _____

¿Trabaja o laboró con anterioridad en algún Centro de Reclusión? Sí _____ No _____

¿Dónde? _____

Puesto desempeñado: _____ Periodo laboral: _____

¿Tiene familiares o amigos que sean o hayan sido empleados en esta Institución? Sí _____ No _____

Refiera nombre y parentesco: _____

Puesto desempeñado: _____

¿Tiene algún familiar o amigo recluso en otro Centro de Reclusión? Si _____ No _____

Refiera nombre y parentesco _____

Fecha de internamiento y lugar de reclusión: _____

Delito: _____

Referencias personales (no incluir familiares o jefes de trabajo)				
Nombre:	Domicilio	Teléfono	Ocupación	Tiempo de conocerlo

Documentación presentada		
Original y dos copias de identificación oficial vigente con fotografía.	Sí	No
Original y dos copias del comprobante de domicilio a nombre del visitante, en el que se especifique: Calle, número, colonia, delegación o municipio y entidad federativa (recibo de luz, agua, teléfono, predial).	Sí	No
Documentos oficiales en los que se especifiquen lazos familiares y consanguíneos (original y copia del acta de nacimiento, acta de matrimonio o constancia de identidad emitida por autoridad competente).	Sí	No
En caso de ser concubina: Dos cartas de constancias de unión libre, emitidas por familiares directos del interno-paciente o concubina, donde se incluyan domicilio y nombre completo. Si existieran hijos, la concubina presentará acta de nacimiento de los mismos, lo que suplirá el requerimiento anterior (original).	Sí	No

Tres fotografías tamaño infantil a color con fondo blanco.	Sí	No
--	----	----

Bajo protesta de decir verdad, manifiesto que todos los datos proporcionados son ciertos y autorizo que los mismos puedan ser verificados por personal de esta Institución, y quedo enterado que en caso de que se detecten como falsos o se omita alguno, el Consejo Técnico Interdisciplinario tiene la facultad de cancelar en forma definitiva mi visita.

Asimismo, me comprometo a respetar la normatividad establecida para la visita, y estoy dispuesto(a) a sujetarme a los procedimientos de revisión para el ingreso al Centro Federal de Rehabilitación Psicosocial.

Firma del solicitante

Aprobación de Consejo Técnico Interdisciplinario:	Sí	No	Fecha:
			No. de sesión:
Observaciones:			

FIRMAS			
Validó:	Autorizó:		
_____	_____		
Nombre y firma del Trabajador Social	Nombre y firma del Director General del Centro Federal		

CONSIDERACIONES GENERALES PARA SU LLENADO:

1. La manera de presentarse el trámite deberá ser por medio de un formato proporcionado por las Oficinas de Trabajo Social del Centro Federal de Rehabilitación Psicosocial.
2. El formato deberá ser llenado a máquina o a mano con letra de molde.
3. Los servicios que preste la institución para disfrutar de la visita serán completamente gratuitos.
4. Se debe realizar el trámite cuando familiares y/o amistades de interno-pacientes en el Centro Federal de Rehabilitación Psicosocial deseen realizar la visita familiar.
5. Se debe presentar el trámite en las Oficinas de Trabajo Social de la Unidad Administrativa del Centro Federal de Rehabilitación Psicosocial, con horario de 9:00 a 17:00 horas, los 365 días del año.
6. La documentación presentada será en original y dos copias.
7. El plazo máximo que tiene el Organismo Administrativo Desconcentrado para resolver el trámite, será de 30 días naturales, una vez entregada la documentación completa.

VIGENCIA

- La vigencia del trámite estará sujeta a los siguientes eventos:
1. Por solicitud expresa del interno-paciente de la cancelación de la visita.
 2. Por egreso del interno-paciente del Centro Federal de Rehabilitación Psicosocial.
 3. Por determinación del Consejo Técnico Interdisciplinario del Centro Federal de Rehabilitación Psicosocial.

ORIENTACION SOBRE EL TRAMITE	NUMEROS TELEFONICOS PARA QUEJAS	
CENTRO FEDERAL DE REHABILITACION PSICOSOCIAL Cd. Ayala, Morelos Km 11.5 Carretera Izúcar de Matamoros, Fraccionamiento Mariano Matamoros, Cd. Ayala, Morelos C.P. 62970 Tel. 01 7313 51 21 66	CONTRALORIA INTERNA DE LA SSP Domicilio: Bulevar Adolfo Ruiz Cortines No. 3642, piso 16 Col. Jardines del Pedregal, Deleg. Alvaro Obregón, C.P. 01900 Tel. 54 81 43 00, Ext. 4839	SISTEMA DE ATENCION CIUDADANA DE LA SECRETARIA DE LA FUNCION PUBLICA Tel. 30032000 En el interior de la República Tel. 01 800 00 14 800 Oficinas: Insurgentes Sur 1735, planta baja, Col. Guadalupe Inn, Deleg. Alvaro Obregón

 SECRETARIA DE SEGURIDAD PUBLICA	ORGANISMO ADMINISTRATIVO DESCONCENTRADO PREVENCIÓN Y READAPTACIÓN SOCIAL SOLICITUD DE AUTORIZACION DE VISITA DE FAMILIARES Y/O AMISTADES DE INTERNO-PACIENTES CENTRO FEDERAL DE REHABILITACION PSICOSOCIAL PRS-00-006 (INSTRUCTIVO DE LLENADO)
--	--

No.	Dice	Debe anotarse
1	Fotografía tamaño infantil.	Adherir fotografía que cumpla con los requisitos.
2	Fecha.	Día, mes y año.
3	Nombre del Interno.	Nombre completo sin abreviaturas, apellido paterno, materno, nombre(s).
4	Nombre del solicitante.	Nombre completo sin abreviaturas, apellido paterno, materno, nombre(s).
5	Sexo: masculino, femenino.	La letra "x", donde corresponda.
6	Parentesco.	Padre, madre, hermana(o), esposa, hija(o), etc.
7	Edad.	Número de años cumplidos.
8	Lugar y fecha de nacimiento.	Nombre del poblado, delegación o municipio y estado; día, mes y año.
9	Escolaridad.	Primaria, secundaria, bachillerato, profesional, postgrado.
10	Religión.	El nombre de la que profesa.
11	Estado civil.	Soltera(o), casada(o), viuda(o), divorciada(o).
12	Ocupación.	La actividad a la que actualmente se dedica.
13	Domicilio.	Nombre de la calle, número exterior e interior, colonia y código postal.
14	Localidad y/o municipio.	Nombre de la localidad o municipio.
15	Estado.	Nombre de la entidad federativa.
16	Tiempo de residencia en el domicilio actual.	Años y/o meses cumplidos.
17	Clave lada.	Número de la clave de larga distancia.
18	Teléfono.	Número telefónico.
19	En qué horario se localiza.	El horario en que se le puede localizar.
20	Nombre del Centro de Trabajo.	El nombre de la empresa o negocio donde trabaja.
21	Domicilio.	Nombre de la calle, número exterior e interior, colonia y código postal.
22	Teléfono.	Número telefónico completo incluyendo clave lada sino es de la localidad.
23	Horario.	Horario en que se le puede localizar.
24	¿En alguna ocasión ha sido detenido?	La letra "x", donde corresponda.
25	Fecha.	En caso afirmativo, día, mes y año.
26	Motivo de la detención.	En caso afirmativo, el nombre del delito tal como lo enuncia la legislación y/o describir brevemente el motivo.
27	Si estuvo recluido, indique el centro de reclusión.	En caso afirmativo, nombre del centro, poblado, delegación o municipio y estado.
28	Periodo.	En caso afirmativo, fechas de inicio y término; día, mes y año.
29	Motivo de externación.	Libertad por compurgamiento, beneficio de libertad, etc.
30	Trabaja o laboró con anterioridad en algún centro de reclusión.	La letra "x", donde corresponda.
31	¿Dónde?	En caso afirmativo, nombre del centro, poblado, delegación o municipio y estado.
32	Puesto desempeñado.	En caso afirmativo, el nombre del puesto.
33	Periodo laboral.	En caso afirmativo, fechas de inicio y término; día, mes y año.
34	Tiene familiares o amigos que sean o hayan sido empleados en esta Institución.	La letra "x", donde corresponda.
35	Refiera nombre y parentesco.	En caso afirmativo, nombre completo sin abreviaturas, apellido paterno, materno, nombre(s).
36	Puesto desempeñado.	En caso afirmativo, el nombre del puesto.
37	Tiene algún familiar o amigo recluido en otro centro de reclusión.	La letra "x", donde corresponda.
38	Refiera nombre y parentesco.	En caso afirmativo, nombre completo sin abreviaturas, apellido paterno, materno, nombre(s).
39	Fecha de internamiento y lugar de reclusión.	Día, mes, año; nombre y ubicación del centro de reclusión.
40	Delito.	Nombre del delito como lo enuncia la legislación.
41	Nombre completo (referencias).	Nombre completo sin abreviaturas, apellido paterno, apellido materno, nombre(s).
42	Ubicación del domicilio.	Nombre de la calle, número exterior e interior, colonia, código postal, poblado, delegación o municipio y estado.
43	Teléfono.	Número telefónico completo, incluyendo clave larga distancia si no corresponde a la localidad.
44	Ocupación.	Nombre de la actividad actual.
45	Tiempo de conocerlo.	Número de años.
46	Identificación oficial vigente con fotografía.	La letra "x", donde corresponda.
47	Comprobante de domicilio a nombre del visitante.	La letra "x", donde corresponda.
48	Documentos oficiales en los que se especifiquen lazos familiares y consanguíneos.	La letra "x", donde corresponda.
49	Comprobantes de concubinato.	La letra "x", donde corresponda.
50	Tres fotografías tamaño infantil a color con fondo blanco.	La letra "x", donde corresponda.
51	Firma del solicitante.	La firma como aparece en su identificación.
52	Aprobación del Consejo Técnico Interdisciplinario.	La letra "x", donde corresponda.
53	Fecha.	Día, mes y año.
54	Número de sesión.	El número de la Sesión del Consejo Técnico Interdisciplinario donde se emitió opinión.
55	Observaciones.	Las correspondientes de ser necesario.
56	Nombre y firma del Trabajador Social.	El nombre y la firma del Trabajador Social que valida el trámite.
57	Nombre y firma del Director General del Centro Federal.	El nombre y firma de autorización del Director General del Centro Federal.

 <p>SECRETARIA DE SEGURIDAD PUBLICA</p>	<p>ORGANO ADMINISTRATIVO DESCONCENTRADO PREVENION Y READAPTACION SOCIAL</p> <p>SOLICITUD DE AUTORIZACION DE VISITA DE MENORES DE EDAD FAMILIARES DE INTERNO-PACIENTES</p> <p>CENTRO FEDERAL DE REHABILITACION PSICOSOCIAL</p> <p>PRS-00-007</p>	<p>Fotografía Tamaño infantil</p>
--	---	---

DATOS GENERALES	
	Fecha: ____/____/____
Nombre del interno: _____	
Nombre del menor solicitante: _____	
Sexo: Masculino: _____ Femenino: _____ Parentesco: _____ Edad: _____ años.	
Lugar y fecha de nacimiento: _____	
Domicilio: _____	
Localidad y/o municipio: _____ Estado: _____	
Nombre del tutor: _____	
Parentesco: _____	
Nombre y parentesco de la persona que autoriza el ingreso del menor: _____	

Documentación presentada		
Original y dos copias del acta de nacimiento.	Sí	No
Dos fotografías tamaño infantil a color con fondo blanco	Sí	No

Bajo protesta de decir verdad, manifiesto que todos los datos proporcionados son ciertos y autorizo que los mismos puedan ser verificados por personal de esta Institución, y quedo enterado que en caso de que se detecten como falsos o se omita alguno, el Consejo Técnico Interdisciplinario tiene la facultad de cancelar en forma definitiva mi visita.

Asimismo, acepto que se realice la entrevista de valoración psicológica sobre la pertinencia del ingreso a visita del menor bajo mi responsabilidad, me comprometo a respetar la normatividad establecida para la visita y estoy dispuesto(a) a sujetarme a los procedimientos de revisión para el ingreso al Centro Federal de Rehabilitación Psicosocial.

Firma del padre o tutor

Fecha de valoración psicológica:				
Aprobación de Consejo Técnico Interdisciplinario:	Sí	No	Fecha:	
			No. de sesión:	
Observaciones: _____ _____ _____				

Validó:	Autorizó:
<hr/> Nombre y firma del Trabajador Social	<hr/> Nombre y firma del Director General del Centro Federal

CONSIDERACIONES GENERALES PARA SU LLENADO:

1. La manera de presentarse el trámite deberá ser por medio de un formato proporcionado por las Oficinas de Trabajo Social del Centro Federal de Rehabilitación Psicosocial.
2. El formato deberá ser llenado a máquina o a mano con letra de molde.
3. Los servicios que preste la Institución para disfrutar de la visita serán completamente gratuitos.
4. Se debe realizar el trámite cuando menores de edad descendientes y hermanos de interno-pacientes en el Centro de Rehabilitación Psicosocial deseen realizar la visita familiar.
5. Se debe presentar el trámite en las Oficinas de Trabajo Social de la Unidad Administrativa del Centro Federal de Rehabilitación Psicosocial, con horario de 9:00 a 17:00 horas, los 365 días del año.
6. La documentación presentada será en original y dos copias.
7. El plazo máximo que tiene el Organo Administrativo Desconcentrado para resolver el trámite, será de 30 días naturales, una vez entregada la documentación completa.

VIGENCIA

La vigencia del trámite estará sujeta a los siguientes eventos:

1. Por solicitud expresa del interno-paciente de la cancelación de la visita.
2. Por egreso del interno-paciente del Centro Federal de Rehabilitación Psicosocial.
3. Por determinación del Consejo Técnico Interdisciplinario del Centro Federal de Rehabilitación Psicosocial.

ORIENTACION SOBRE EL TRAMITE

NUMEROS TELEFONICOS PARA QUEJAS

<p>CENTRO FEDERAL DE REHABILITACION PSICOSOCIAL</p> <p>Cd. Ayala, Morelos</p> <p>Km 11.5 Carretera Izúcar de Matamoros</p> <p>Fraccionamiento Mariano Matamoros,</p> <p>Cd. Ayala, Morelos, C.P. 62970</p> <p>Tel. 01 7313 51 21 66</p>	<p>CONTRALORIA INTERNA DE LA SSP</p> <p>Domicilio: Bulevar Adolfo Ruiz Cortines</p> <p>No. 3642, piso 16, Col. Jardines del Pedregal,</p> <p>Deleg. Alvaro Obregón, C.P. 01900</p> <p>Tel. 54 81 43 00, Ext. 4839</p>	<p>SISTEMA DE ATENCION CIUDADANA DE LA SECRETARIA DE LA FUNCION PUBLICA</p> <p>Tel. 30032000</p> <p>En el interior de la República</p> <p>Tel. 01 800 00 14 800</p> <p>Oficinas: Insurgentes Sur</p> <p>1735, planta baja,</p> <p>Col. Guadalupe Inn,</p> <p>Deleg. Alvaro Obregón</p>
---	--	---

 SECRETARIA DE SEGURIDAD PUBLICA	<p>ORGANO ADMINISTRATIVO DESCONCENTRADO PREVENCIÓN Y READAPTACIÓN SOCIAL</p> <p>SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE VISITA DE MENORES DE EDAD FAMILIARES DE INTERNO-PACIENTES</p> <p>CENTRO FEDERAL DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL</p> <p>PRS-00-007</p> <p>(INSTRUCTIVO DE LLENADO)</p>
---	--

No.	Dice	Debe anotarse
1	Fotografía tamaño infantil.	Adherir fotografía que cumpla con los requisitos.
2	Fecha.	Día, mes y año.
3	Nombre del interno.	Nombre completo sin abreviaturas, apellido paterno, materno, nombre(s).
4	Nombre del menor solicitante.	Nombre completo sin abreviaturas, apellido paterno, materno, nombre(s).
5	Sexo: masculino, femenino.	La letra "x", donde corresponda.
6	Parentesco.	Hija(o), hermana(o).
7	Edad.	Número de años cumplidos.
8	Lugar y fecha de nacimiento.	Nombre del poblado, delegación o municipio y estado; día, mes y año.
9	Domicilio.	Nombre de la calle, número exterior e interior, colonia y código postal.
10	Localidad y/o municipio.	Nombre del poblado, delegación o municipio.
11	Estado.	Nombre de la entidad federativa.
12	Nombre del tutor.	Nombre completo sin abreviaturas, apellido paterno, apellido materno, nombre(s).
13	Parentesco.	Padre, madre, tía(o), hermana(o), etc.
14	Nombre y parentesco de la persona que autoriza el ingreso del menor.	Nombre completo sin abreviaturas, apellido paterno, apellido materno, nombre(s); padre, madre, tía(o), hermana(o), etc.
15	Acta de nacimiento.	La letra "x", donde corresponde.
16	Dos fotografías tamaño infantil a color con fondo blanco.	La letra "x", donde corresponde.
17	Nombre y firma del padre o tutor.	La firma como aparece en su identificación.
18	Fecha de valoración psicológica.	Día, mes y año.
19	Aprobación del Consejo Técnico Interdisciplinario.	La letra "x", donde corresponda.
20	Fecha.	Día, mes, año.
21	Número de sesión.	El número de la Sesión de Consejo Técnico Interdisciplinario donde se emitió opinión.
22	Observaciones.	Las correspondientes de ser necesario.
23	Nombre y firma del Trabajador Social.	El nombre y la firma del Trabajador Social que valida el trámite.
24	Nombre y firma del Director General del Centro Federal.	El nombre y firma de autorización del Director General del Centro Federal.



ORGANO ADMINISTRATIVO DESCONCENTRADO PREVENCIÓN Y READAPTACIÓN SOCIAL

SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE INGRESO DE MINISTROS DE CULTOS RELIGIOSOS

CENTRO FEDERAL DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL

PRS-00-009

Fotografía
Tamaño
infantil

DATOS GENERALES

Fecha: ____/____/____

Nombre del solicitante: _____ Sexo: Masculino: _____ Femenino: _____ Edad: _____ años.

Lugar y fecha de nacimiento: _____

Estado Civil: _____ Ocupación: _____ Escolaridad: _____

Religión: _____

Domicilio: _____

Localidad y/o municipio: _____ Estado: _____

Tiempo de residencia: _____ Clave lada: _____ Teléfono: _____ Horario: _____

Nombre del Centro de trabajo: _____

Domicilio: _____

Teléfono: _____ Horario: _____

¿Cuánto tiempo tiene colaborando con la agrupación? _____

Señale las instituciones en las que colabora o colaboró como miembro del grupo: _____

¿Porqué le interesa desempeñarse en este Centro Federal? _____

¿En alguna ocasión ha sido detenido? Sí _____ No _____ Fecha: _____

Motivo de la detención: _____

Si estuvo recluso, indique centro y lugar de reclusión _____

Periodo: _____ a _____

Motivo de externación: _____

¿Trabaja o laboró con anterioridad en algún Centro de Reclusión? Sí _____ No _____

¿Dónde? _____

Puesto desempeñado: _____ Periodo laboral: _____

¿Tiene familiares o amigos que sean o hayan sido empleados en esta Institución? Sí _____ No _____

Refiera nombre y parentesco _____

Puesto desempeñado: _____

¿Tiene algún familiar o amigo recluso en otro Centro de Reclusión? Sí _____ No _____

Refiera nombre y parentesco _____

Fecha de internamiento y lugar de reclusión: _____

Delito: _____

**Referencias personales
(no incluir familiares o jefes de trabajo)**

Nombre:	Domicilio	Teléfono	Ocupación	Tiempo de conocerlo

Documentación presentada		
Original y copia del acta de nacimiento	Sí	No
Original y dos copias del comprobante de domicilio a nombre del visitante, en el que se especifique: calle, número, colonia, delegación o municipio y entidad federativa (recibo de luz, agua, teléfono, predial).	Sí	No
Original y dos copias de identificación oficial vigente con fotografía.	Sí	No
Escrito con objetivos, periodicidad, actividades a realizar y designación de representantes.	Sí	No
Acta constitutiva de la agrupación del culto religioso que representa (copia).	Sí	No
Una fotografía tamaño infantil a color con fondo blanco.	Sí	No

Bajo protesta de decir verdad, manifiesto que todos los datos proporcionados son ciertos y autorizo que los mismos puedan ser verificados por personal de esta Institución, y quedo enterado que en caso de que se detecten como falsos o se omita alguno, el Consejo Técnico Interdisciplinario tiene la facultad de cancelar en forma definitiva mi visita.

Asimismo, me comprometo a respetar la normatividad establecida para la visita, y estoy dispuesto(a) a sujetarme a los procedimientos de revisión para el ingreso al Centro Federal de Rehabilitación Psicosocial.

Firma del solicitante

Aprobación de Consejo Técnico Interdisciplinario:	Sí	No	Fecha:
			No. de sesión:
Observaciones:			

FIRMAS		
Validó:	Validó:	Autorizó:
_____	_____	_____
Nombre y firma del Jefe de Departamento de Diagnóstico y Determinación del Tratamiento	Nombre y firma del Subdirector Jurídico y Normativo	Nombre y firma del Director General del Centro Federal

- CONSIDERACIONES GENERALES PARA SU LLENADO:**
1. La manera de presentarse el trámite deberá ser por medio de un formato proporcionado por las Oficinas de Trabajo Social del Centro Federal de Rehabilitación Psicosocial.
 2. El formato deberá ser llenado a máquina o a mano con letra de molde.
 3. Los servicios que preste la Institución para disfrutar de la visita serán completamente gratuitos.
 4. Se debe realizar el trámite cuando los Ministros de Cultos Religiosos soliciten realizar actividades religiosas en el Centro Federal de Rehabilitación Psicosocial.
 5. Se debe presentar el trámite en las Oficinas de Trabajo Social de la Unidad Administrativa del Centro Federal de Rehabilitación Psicosocial, con horario de 9:00 a 17:00 horas, los 365 días del año.
 6. La documentación presentada será en original y dos copias.
 7. El plazo máximo que tiene el Organismo Administrativo Desconcentrado para resolver el trámite, será de 30 días naturales, una vez entregada la documentación completa.

VIGENCIA

La vigencia del trámite se puede cancelar por determinación del Consejo Técnico Interdisciplinario del Centro Federal de Rehabilitación Psicosocial.

ORIENTACION SOBRE EL TRAMITE	NUMEROS TELEFONICOS PARA QUEJAS
-------------------------------------	--

CENTRO FEDERAL DE REHABILITACION PSICOSOCIAL Cd. Ayala, Morelos Km. 11.5 Carretera Izúcar de Matamoros Fraccionamiento Mariano Matamoros, Cd. Ayala, Morelos, C.P. 62970 Tel. 01 7313 51 21 66	CONTRALORIA INTERNA DE LA SSP Domicilio: Bulevar Adolfo Ruiz Cortines No. 3642, piso 16 Col. Jardines del Pedregal, Deleg. Alvaro Obregón, C.P. 01900 Tel. 54 81 43 00, Ext. 4839	SISTEMA DE ATENCION CIUDADANA DE LA SECRETARIA DE LA FUNCION PUBLICA Tel. 30032000 En el interior de la República Tel. 01 800 00 14 800 Oficinas: Insurgentes Sur 1735, planta baja.
---	---	--

 SECRETARIA DE SEGURIDAD PUBLICA	ORGANO ADMINISTRATIVO DESCONCENTRADO PREVENCION Y READAPTACION SOCIAL SOLICITUD DE AUTORIZACION DE INGRESO DE MINISTROS DE CULTOS RELIGIOSOS CENTRO FEDERAL DE REHABILITACION PSICOSOCIAL PRS-00-009 (INSTRUCTIVO DE LLENADO)
---	---

No.	Dice	Debe anotarse
1	Fotografía tamaño infantil.	Adherir fotografía que cumpla con los requisitos.
2	Fecha.	Día, mes y año.
3	Nombre del solicitante.	Nombre completo sin abreviaturas, apellido paterno, materno, nombre(s).
4	Sexo: masculino, femenino.	La letra "x", donde corresponda.
5	Edad.	Número de años cumplidos.
6	Lugar y fecha de nacimiento.	Nombre del poblado, delegación o municipio y Estado; día, mes y año.
7	Estado civil.	Soltera(o), casada(o), viuda(o), divorciada(o).
8	Ocupación.	La actividad a la que actualmente se dedica.
9	Escolaridad.	Primaria, secundaria, bachillerato, profesional, postgrado.
10	Religión.	El nombre de la que profesa.
11	Domicilio.	Nombre de la calle, número exterior e interior, colonia y código postal.
12	Localidad y/o municipio.	Nombre de la localidad o municipio.
13	Estado.	Nombre de la entidad federativa.
14	Tiempo de residencia en el domicilio actual.	Años y/o meses cumplidos.
15	Teléfono.	Número telefónico con clave lada.
16	En qué horario se localiza.	El horario en que se le puede localizar.
17	Nombre del Centro de Trabajo.	El nombre oficial de la empresa o negocio donde trabaja.
18	Domicilio.	Nombre de la calle, número exterior e interior, colonia y código postal.
19	Teléfono.	Número telefónico completo incluyendo clave lada sino es de la localidad.
20	Horario.	Horario en que se le puede localizar.
21	Cuánto tiempo tiene colaborando con la agrupación	Años y meses cumplidos.
22	Señale las instituciones en las que colabora o colaboró como miembro del grupo.	Nombres oficiales.
23	Porqué le interesa desempeñarse en este Centro Federal.	Brevemente señale la razón.
24	¿En alguna ocasión ha sido detenido?	La letra "x", donde corresponda.
25	Fecha.	En caso afirmativo, día, mes y año.
26	Motivo de la detención.	En caso afirmativo el nombre del delito tal como lo enuncia la legislación y/o describir brevemente el motivo.
27	Si estuvo recluso, indique el centro de reclusión.	En caso afirmativo, nombre del centro, poblado, delegación o municipio y estado.
28	Periodo.	En caso afirmativo, fechas de inicio y término; día mes y año.
29	Motivo de externación.	Libertad por compurgamiento, beneficio de libertad, etc.
30	Trabaja o laboró con anterioridad en algún centro de reclusión.	La letra "x", donde corresponda.
31	¿Dónde?	En caso afirmativo, nombre del centro, poblado, delegación o municipio y estado.
32	Puesto desempeñado.	En caso afirmativo, el nombre del puesto.
33	Periodo laboral.	En caso afirmativo, fechas de inicio y término; día, mes y año.
34	Tiene familiares o amigos que sean o hayan sido empleados en esta Institución.	La letra "x", donde corresponda.
35	Refiera nombre y parentesco.	En caso afirmativo, nombre completo sin abreviaturas, apellido paterno, materno, nombre(s).
36	Puesto desempeñado.	En caso afirmativo, el nombre del puesto.
37	Tiene algún familiar o amigo recluso en otro centro de reclusión.	La letra "x", donde corresponda.
38	Refiera nombre y parentesco.	En caso afirmativo, nombre completo sin abreviaturas, apellido paterno, materno, nombre(s).
39	Fecha de internamiento y lugar de reclusión.	Día, mes, año; nombre y ubicación del centro de reclusión.
40	Delito.	Nombre del delito como lo enuncia la legislación.
41	Nombre completo (referencias).	Nombre completo sin abreviaturas apellido paterno, apellido materno, nombre(s).
42	Ubicación del domicilio.	Nombre de la calle, número exterior e interior, colonia, código postal, poblado, delegación o municipio y Estado.
43	Teléfono.	Número telefónico completo, incluyendo clave larga distancia sino corresponde a la localidad.
44	Ocupación.	Nombre de la actividad actual.
45	Tiempo de conocerlo.	Número de años.
46	Acta de nacimiento.	La letra "x", donde corresponda.

47	Comprobante de domicilio a nombre del visitante.	La letra "x", donde corresponda.
48	Identificación oficial vigente con fotografía.	La letra "x", donde corresponda.
49	Escrito con objetivos, periodicidad, actividades por realizar y designación de representantes.	La letra "x", donde corresponda.
50	Acta constitutiva de la agrupación de culto religioso.	La letra "x", donde corresponda.
51	Una fotografía tamaño infantil a color con fondo blanco.	La letra "x", donde corresponda.
52	Firma del solicitante.	La firma como aparece en su identificación.
53	Aprobación del Consejo Técnico Interdisciplinario.	La letra "x", donde corresponda.
54	Fecha.	Día, mes y año.
55	Número de sesión.	El número de la Sesión del Consejo Técnico Interdisciplinario donde se emitió opinión.
56	Observaciones.	Las correspondientes de ser necesario.
57	Nombre y firma del Jefe de Departamento de Diagnóstico y Determinación del Tratamiento.	El nombre y la firma del Titular del Departamento que valida el trámite.
58	Nombre y firma del Subdirector Jurídico y Normativo.	El nombre y la firma del Titular de la Subdirección que valida el trámite.
59	Nombre y firma del Director General del Centro Federal.	El nombre y firma de autorización del Director General del Centro Federal.

 <p>SECRETARIA DE SEGURIDAD PUBLICA</p>	<p>ORGANO ADMINISTRATIVO DESCONCENTRADO PREVENCIÓN Y READAPTACION SOCIAL</p> <p>SOLICITUD DE AUTORIZACION DE VISITA INTIMA A INTERNO-PACIENTES</p> <p>CENTRO FEDERAL DE REHABILITACION PSICOSOCIAL</p> <p>PRS-00-010</p>	<p>Fotografía Tamaño infantil</p>
--	--	---

DATOS GENERALES	
	Fecha: ____/____/____
Nombre del interno: _____	
Nombre del solicitante: _____	
Relación: _____ Edad: _____ años.	
Lugar y fecha de nacimiento: _____	
Escolaridad: _____ Religión _____	
Estado Civil: _____ Ocupación: _____	
Domicilio: _____	
Localidad y/o municipio: _____ Estado: _____	
Tiempo de residencia en el domicilio actual: _____ Clave lada: _____ Teléfono: _____	
Horario en el que se localiza: _____	
Nombre del Centro de trabajo: _____	
Domicilio: _____	
Teléfono: _____ Horario: _____	
¿En alguna ocasión ha sido detenido? Sí _____ No _____ Fecha: _____	
Motivo de la Detención: Si estuvo recluso, indique centro y lugar de reclusión: _____	
Periodo: _____ a _____	
Motivo de externación: _____	
¿Trabaja o laboró con anterioridad en algún Centro de Reclusión? Sí _____ No _____	
¿Dónde? _____	
Puesto desempeñado: _____ Periodo laboral: _____	
¿Tiene familiares o amigos que sean o hayan sido empleados en esta Institución? Sí _____ No _____	
Refiera nombre y parentesco: _____	
Puesto desempeñado: _____	
¿Tiene algún familiar o amigo recluso en otro Centro de Reclusión? Sí _____ No _____	
Refiera nombre y parentesco _____	
Fecha de internamiento y lugar de reclusión: _____	
Delito: _____	

Referencias personales (No incluir familiares o jefes de trabajo)				
Nombre:	Domicilio	Teléfono	Ocupación	Tiempo de conocerlo

Documentación presentada		
Original y dos copias de identificación oficial vigente con fotografía.	Sí	No
Original y dos copias del comprobante de domicilio a nombre del visitante, en el que se especifique: Calle, número, colonia, delegación o municipio y entidad federativa (recibo de luz, agua, teléfono, predial).	Sí	No
Original y copia de documentos oficiales en los que se especifiquen lazos familiares (acta de matrimonio o constancia de identidad emitida por autoridad competente).	Sí	No
En caso de ser concubina: Dos cartas de constancias de unión libre, emitidas por familiares directos del interno-paciente o concubina, donde se incluyan domicilio y nombre completo. Si existieran hijos, la concubina presentará acta de nacimiento de los mismos, lo que suplirá el requerimiento anterior (original).	Sí	No
Tres fotografías tamaño infantil a color con fondo blanco.	Sí	No
Resultados de exámenes médicos completos (certificado general de salud, examen VDRL con resultado negativo, examen inmunológico anticuerpos VIH (SIDA) con resultado negativo, teleradiografía de tórax, papanicolau, prueba inmunológica de embarazo)	Sí	No

Bajo protesta de decir verdad, manifiesto que todos los datos proporcionados son ciertos y autorizo que los mismos puedan ser verificados por personal de esta Institución, y quedo enterado que en caso de que se detecten como falsos o se omita alguno, el Consejo Técnico Interdisciplinario tiene la facultad de cancelar en forma definitiva mi visita.

Asimismo, me comprometo a respetar la normatividad establecida para la visita y estoy dispuesto(a) a sujetarme a los procedimientos de revisión para el ingreso al Centro Federal de Rehabilitación Psicosocial.

Firma del solicitante

Aprobación de Consejo Técnico Interdisciplinario:	Sí	No	Fecha: _____
			No. de sesión: _____
Observaciones:			

FIRMAS	
Validó:	Autorizó:
_____	_____
Nombre y firma del Trabajador Social	Nombre y firma del Director General del Centro Federal

CONSIDERACIONES GENERALES PARA SU LLENADO:

- 1.- La manera de presentarse el trámite deberá ser por medio de un formato proporcionado por las Oficinas de Trabajo Social del Centro Federal de Rehabilitación Psicosocial.
- 2.- El formato deberá ser llenado a máquina o a mano con letra de molde.
- 3.- Los servicios que preste la Institución para disfrutar de la visita serán completamente gratuitos.
- 4.- Se debe realizar el trámite cuando el cónyuge o concubina, en su caso, de interno-pacientes en el Centro de Rehabilitación Psicosocial deseen realizar la visita íntima.
- 5.- Se debe presentar el trámite en las Oficinas de Trabajo Social de la Unidad Administrativa del Centro Federal de Rehabilitación Psicosocial, con horario de 9:00 a 17:00 horas, los 365 días del año.
- 6.- La documentación presentada será en original y dos copias.
- 7.- El plazo máximo que tiene el Organo Administrativo Desconcentrado para resolver el trámite, será de 30 días naturales, una vez entregada la documentación completa.

VIGENCIA

La vigencia del trámite estará sujeta a los siguientes eventos:

- 1.- Por solicitud expresa del interno-paciente de la cancelación de la visita.
- 2.- Por egreso del interno-paciente del Centro Federal de Rehabilitación Psicosocial.
- 3.- Por determinación del Consejo Técnico Interdisciplinario del Centro Federal de Rehabilitación Psicosocial.
- 4.- Por vencimiento de los estudios médicos correspondientes del cónyuge o concubina.

ORIENTACION SOBRE EL TRAMITE	NUMEROS TELEFONICOS PARA QUEJAS	
CENTRO FEDERAL DE REHABILITACION PSICOSOCIAL Cd. Ayala, Morelos Km. 11.5 Carretera Izúcar de Matamoros Fraccionamiento Mariano Matamoros, Cd. Ayala, Morelos, C.P. 62970 Tel. 01 7313 51 21 66	CONTRALORIA INTERNA DE LA SSP Domicilio: Bulevar Adolfo Ruiz Cortines No. 3642, piso 16, Col. Jardines del Pedregal, Deleg. Alvaro Obregón, C.P. 01900 Tel. 54 81 43 00, Ext. 4839	SISTEMA DE ATENCION CIUDADANA DE LA SECRETARIA DE LA FUNCION PUBLICA Tel. 30032000 En el interior de la República Tel. 01 800 00 14 800 Oficinas: Insurgentes Sur 1735, planta baja, Col. Guadalupe Inn, Deleg. Alvaro Obregón

 SECRETARIA DE SEGURIDAD PUBLICA	ORGANO ADMINISTRATIVO DESCONCENTRADO PREVENICION Y READAPTACION SOCIAL SOLICITUD DE AUTORIZACION DE VISITA INTIMA A INTERNO-PACIENTES CENTRO FEDERAL DE REHABILITACION PSICOSOCIAL PRS-00-010 (INSTRUCTIVO DE LLENADO)
--	--

No.	Dice	Debe anotarse
1	Fotografía tamaño infantil.	Adherir fotografía que cumpla con los requisitos.
2	Fecha.	Día, mes y año.
3	Nombre del Interno.	Nombre completo sin abreviaturas, apellido paterno, materno, nombre(s).
4	Nombre del solicitante	Nombre completo sin abreviaturas, apellido paterno, materno, nombre(s).
5	Relación.	Esposa, concubina.
6	Edad.	Número de años cumplidos.
7	Lugar y fecha de nacimiento.	Nombre del poblado, delegación o municipio y Estado; día, mes y año.
8	Escolaridad.	Primaria, secundaria, bachillerato, profesional, postgrado.
9	Religión.	El nombre de la que profesa.
10	Estado civil.	Soltera, casada, viuda o divorciada.
11	Ocupación.	La actividad a la que actualmente se dedica.
12	Domicilio.	Nombre de la calle, número exterior e interior, colonia y código postal.
13	Localidad y/o municipio.	Nombre de la localidad o municipio.
14	Estado.	Nombre de la entidad federativa.
15	Tiempo de residencia en el domicilio actual.	Años y/o meses cumplidos.
16	Clave lada.	Número de la clave de larga distancia.
17	Teléfono.	Número telefónico.
18	En qué horario se localiza.	El horario en que se le puede localizar.
19	Nombre del centro de trabajo.	El nombre oficial de la empresa o negocio donde trabaja.
20	Domicilio.	Nombre de la calle, número exterior e interior, colonia y código postal.
21	Teléfono.	Número telefónico completo incluyendo clave lada sino es de la localidad.
22	Horario.	Horario en que se le puede localizar.
23	¿En alguna ocasión ha sido detenido?	La letra "x", donde corresponda.
24	Fecha.	En caso afirmativo, día, mes y año.
25	Motivo de la detención.	En caso afirmativo, el nombre del delito tal como lo enuncia la legislación y/o describir brevemente el motivo.
26	Si estuvo recluso, indique el centro de reclusión.	En caso afirmativo, nombre del centro, poblado, delegación o municipio y estado.
27	Periodo.	En caso afirmativo, fechas de inicio y término; día, mes y año.
28	Motivo de externación.	Libertad por compurgamiento, beneficio de libertad, etc.

29	Trabaja o laboró con anterioridad en algún centro de reclusión.	La letra "x", donde corresponda.
30	¿Dónde?	En caso afirmativo, nombre del centro, poblado, delegación o municipio y estado.
31	Puesto desempeñado.	En caso afirmativo, el nombre del puesto.
32	Periodo laboral.	En caso afirmativo, fechas de inicio y término; día, mes y año.
33	Tiene familiares o amigos que sean o hayan sido empleados en esta Institución.	La letra "x", donde corresponda.
34	Refiera nombre y parentesco.	En caso afirmativo, nombre completo sin abreviaturas, apellido paterno, materno, nombre(s).
35	Puesto desempeñado.	En caso afirmativo, el nombre del puesto.
36	Tiene algún familiar o amigo recluido en otro centro de reclusión.	La letra "x", donde corresponda.
37	Refiera nombre y parentesco.	En caso afirmativo, nombre completo sin abreviaturas, apellido paterno, materno, nombre(s).
38	Fecha de internamiento y lugar de reclusión.	Día, mes, año; nombre y ubicación del centro de reclusión.
39	Delito.	Nombre del delito como lo enuncia la legislación.
40	Nombre completo (referencias).	Nombre completo sin abreviaturas. apellido paterno, apellido materno, nombre(s).
41	Ubicación del domicilio.	Nombre de la calle, número exterior e interior, colonia, código postal, poblado, delegación o municipio y estado.
42	Teléfono.	Número telefónico completo, incluyendo clave larga distancia sino corresponde a la localidad.
43	Ocupación.	Nombre de la actividad actual.
44	Tiempo de conocerlo.	Número de años.
45	Identificación oficial vigente con fotografía.	La letra "x", donde corresponda.
46	Comprobante de domicilio a nombre del visitante.	La letra "x", donde corresponda.
47	Documentos oficiales en los que se especifiquen lazos familiares.	La letra "x", donde corresponda.
48	Comprobantes de concubinato.	La letra "x", donde corresponda.
49	Tres fotografías tamaño infantil a color con fondo blanco.	La letra "x", donde corresponda.
50	Resultados de exámenes médicos completos.	La letra "x", donde corresponda.
51	Firma del solicitante.	La firma como aparece en su identificación.
52	Aprobación del Consejo Técnico Interdisciplinario.	La letra "x", donde corresponda.
53	Fecha.	Día, mes y año.
54	Número de sesión.	El número de la Sesión del Consejo Técnico Interdisciplinario donde se emitió opinión.
55	Observaciones.	Las correspondientes de ser necesario.
56	Nombre y firma del Trabajador Social.	El nombre y firma del Trabajador Social que valida el trámite.
57	Nombre y firma del Director General del Centro Federal.	El nombre y firma de autorización del Director General del Centro Federal.

 <p>SECRETARIA DE SEGURIDAD PUBLICA</p>	<p>ORGANO ADMINISTRATIVO DESCONCENTRADO PREVENION Y READAPTACION SOCIAL</p> <p>SOLICITUD DE AUTORIZACION DE INGRESO DE GRUPOS DE FORMACION PROFESIONAL</p> <p>CENTRO FEDERAL DE REHABILITACION PSICOSOCIAL</p> <p>PRS-00-011</p>
--	--

DATOS GENERALES	
Fecha: ____ / ____ / ____	
Nombre de la Institución educativa que realiza la solicitud: _____	
Nombre de la materia o especialidad que cursa el grupo visitante: _____	
Grado que cursan los integrantes del grupo: _____ Número de integrantes del grupo: _____	
Nombre y cargo del responsable del grupo: _____	
Objetivo de la visita: _____	
Propuesta de día y hora de realización de la visita: _____	

Documentación presentada		
Oficio de solicitud de visita firmado por el Director de la institución educativa, especificando objetivo y fecha de realización de la misma.	Sí	No
Identificación oficial vigente con fotografía (original y copia) de cada uno de los integrantes del grupo visitante.	Sí	No

Relación de los integrantes del grupo.	Sí	No
--	----	----

Bajo protesta de decir verdad, manifiesto que todos los datos proporcionados son ciertos y autorizo que los mismos puedan ser verificados por personal de esta Institución, y quedo enterado que en caso de que se detecten como falsos o se omita alguno, el Consejo Técnico Interdisciplinario tiene la facultad de cancelar en forma definitiva mi visita.

Asimismo, me comprometo a respetar la normatividad establecida para la visita, y estoy dispuesto(a) a sujetarme a los procedimientos de revisión para el ingreso al Centro Federal de Rehabilitación Psicosocial.

Firma del solicitante

Aprobación de Consejo Técnico Interdisciplinario:	Sí	No	Fecha:
			No. de sesión:
Observaciones:			

FIRMAS			
Validó:		Autorizó:	
_____		_____	
Nombre y firma del Subdirector Jurídico y Normativo		Nombre y firma del Director General del Centro Federal	

- CONSIDERACIONES GENERALES PARA SU LLENADO:**
1. La manera de presentarse el trámite deberá ser por medio de un formato proporcionado por las Oficinas de Trabajo Social del Centro Federal de Rehabilitación Psicosocial.
 2. El formato deberá ser llenado a máquina o a mano con letra de molde.
 3. Los servicios que preste la institución para disfrutar de la visita serán completamente gratuitos.
 4. Se debe realizar el trámite cuando Grupos de Formación Profesional soliciten ingresar al Centro Federal de Rehabilitación Psicosocial.
 5. Se debe presentar el trámite en las Oficinas de Trabajo Social de la Unidad Administrativa del Centro Federal de Rehabilitación Psicosocial, con horario de 9:00 a 17:00 horas, los 365 días del año.
 6. La documentación presentada será en original y dos copias.
 7. El plazo máximo que tiene el Organo Administrativo Desconcentrado para resolver el trámite, será de 30 días naturales, una vez entregada la documentación completa.

VIGENCIA

La vigencia del trámite aplicará durante la realización de la visita del grupo de formación profesional, en la fecha aprobada por el Consejo Técnico interdisciplinario del Centro Federal de Rehabilitación Psicosocial.

ORIENTACION SOBRE EL TRAMITE	NUMEROS TELEFONICOS PARA QUEJAS	
<p>CENTRO FEDERAL DE REHABILITACION PSICOSOCIAL</p> <p>Cd. Ayala, Morelos</p> <p>Km. 11.5 Carretera Izúcar de Matamoros</p> <p>Fraccionamiento Mariano Matamoros,</p> <p>Cd. Ayala, Morelos, C.P. 62970</p> <p>Tel. 01 7313 51 21 66</p>	<p>CONTRALORIA INTERNA DE LA SSP</p> <p>Domicilio: Bulevar Adolfo Ruiz Cortines</p> <p>No. 3642, piso 16,</p> <p>Col. Jardines del Pedregal,</p> <p>Deleg. Alvaro Obregón, C.P. 01900</p> <p>Tel. 54 81 43 00, Ext. 4839</p>	<p>SISTEMA DE ATENCION CIUDADANA DE LA SECRETARIA DE LA FUNCION PUBLICA</p> <p>Tel. 30032000</p> <p>En el interior de la República</p> <p>Tel. 01 800 00 14 800</p> <p>Oficinas: Insurgentes Sur</p> <p>1735, planta baja</p>



ORGANO ADMINISTRATIVO DESCONCENTRADO PREVENCIÓN Y READAPTACIÓN SOCIAL

**SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE INGRESO DE GRUPOS DE FORMACIÓN PROFESIONAL
CENTRO FEDERAL DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL**

PRS-00-011

(INSTRUCTIVO DE LLENADO)

No.	Dice	Debe anotarse
1	Fecha.	Día, mes y año.
2	Nombre de la institución educativa que realiza la solicitud.	Nombre completo sin abreviaturas.
3	Nombre de la materia o especialidad que cursa el grupo visitante.	Nombre completo sin abreviaturas.
4	Grado que cursan los integrantes del grupo.	Indicar grado de estudios.
5	Número de integrantes del grupo.	Señalar el número de integrantes que realizará la visita.
6	Nombre y cargo del responsable del grupo.	Nombre completo y sin abreviaturas, apellido paterno, materno, nombre(s); y el cargo que tiene asignado en la institución.
7	Objetivo de la visita.	Señale brevemente la finalidad de la visita.
8	Propuesta de día y hora de realización de la visita.	Hora y fecha propuesta para llevar a cabo la visita.
9	Oficio de solicitud de visita firmado por el Director de la institución educativa, especificando objetivo y fecha de realización de la misma.	La letra "x", donde corresponda.
10	Identificación oficial vigente con fotografía de cada uno de los integrantes.	La letra "x", donde corresponda.
11	Relación de los integrantes del grupo.	La letra "x", donde corresponda.
12	Firma del solicitante.	La firma como aparece en su identificación.
13	Aprobación del Consejo Técnico Interdisciplinario.	La letra "x", donde corresponda.
14	Fecha.	Día, mes y año.
15	Número de sesión.	El número de la Sesión de Consejo Técnico Interdisciplinario donde se emitió opinión.
16	Observaciones.	Las correspondientes de ser necesario.
17	Nombre y firma del Subdirector Jurídico y Normativo.	El nombre y firma del Titular de la Subdirección que valida el trámite.
18	Nombre y firma del Director General del Centro Federal.	El nombre y firma de autorización del Director General del Centro Federal.

