

Normas y Políticas PPDNNADAJCMF-01

1.- El procedimiento de mediación se efectúa a petición de parte mediante solicitud de el/la interesada/o del servicio, una vez recibida ésta se analizará si es mediable o no, en caso de no ser sujeta de mediación se proveerá una explicación de la razón.

2.- La mediación solo se lleva a cabo en asuntos de tipo familiar tales como: divorcio incausado, pensión alimenticia, derecho de convivencia, guarda y custodia, reconocimiento de hijo y respeto.

3.- Las mediaciones estarán a cargo del mediador/a que le sea asignado, quien será responsable de llevar a cabo su desarrollo, así como la elaboración de los convenios, constancias y canalizaciones, que serán supervisados y revisados por el/la responsable del Centro de Mediación Familiar.

4.- Para la elaboración de los convenios es indispensable que el/la usuario/a entregue a el/la mediador/a los siguientes documentos:

- a. Identificación oficial (INE, IFE, pasaporte y licencia de manejo vigentes; cartilla militar liberada y cédula profesional)
- b. Comprobante de domicilio.
En su caso:
- c. Acta de matrimonio.
- d. Acta de nacimiento de las Niñas, Niños y Adolescentes.
- e. Comprobante de cuenta para depósitos bancarios.
- f. Constancia médica de no gravidez.
- g. Constancia de no propiedad.
- h. Avalúo catastral.

5.- El desarrollo de la mediación se llevara a cabo conforme los/as usuarios/as tengan disposición y voluntad de llegar a la solución de su conflicto y en caso contrario, el mediador/a bajo su criterio y experiencia decidirá dar por terminada la mediación o, si así lo desean los/las usuarios/as, se canalizarán al área de psicología del Centro de Mediación Familiar y/o a la dependencia correspondiente.

6.- Para que los convenios obtengan la categoría de "cosa juzgada" deberá contar con la firma de el/la titular de la Procuraduría de Protección de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes y Dirección de Asistencia Jurídica, y registro ante el Centro de Justicia Alternativa del Honorable Tribunal Superior de Justicia del



7.- El Centro de Mediación Familiar será responsable de responder en tiempo y forma legal, lo que requieran las autoridades, y que tenga que ver con su respectiva competencia, elaborando y preparando los documentos necesarios para su tramitación.



Descripción del Procedimiento PPDNNADAJCMF-01

Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento		
Usuarios/as	1. Acude al Centro de Mediación Familiar a solicitar un servicio ante un conflicto familiar.	
Recepcionista	2. Informa y detalla las características de la mediación.	
Usuarios/as	3. Proporciona sus datos generales y del invitado.	Entrevista inicial
Recepcionista	4. Proporciona al usuario un formulario para el tratamiento de datos personales sensibles.	Formulario
Usuarios/as	5. Facilita una síntesis del conflicto a mediar.	
	6. Solicita canalización a una Institución Pública competente.	
Recepcionista	7. Expide canalización a una Institución Pública competente.	Constancia de canalización
	8. Asigna número de solicitud.	

Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Continua Procedimiento		
Recepcionista	9. Formula una invitación donde conste lugar, fecha y horario para llevar a cabo la mediación.	Invitación
Usuarios/as	10. Recibe la invitación para entregarla al invitado.	Invitación
Recepcionista	11. Asigna número de expediente cuando se presentan ambas partes a sesión de mediación.	
Mediador/a	12. Informa a los usuarios acerca de los principios y reglas de la mediación y servicio de asesoría psicológica.	
Usuarios/as	13. Deciden si participan o no en la sesión de mediación.	
Mediador/a	14. Verifica la información de los datos generales una vez que el servicio es aceptado por ambas partes.	
	15. Canaliza por escrito a una Institución Pública a las personas que participen en un procedimiento de mediación si lo requieren.	Constancia de canalización
Jefe/a CMF	16. Autoriza las canalizaciones firmando los documentos.	Constancia de canalización

X

[Handwritten signature]

[Handwritten initials]



Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Continua Procedimiento		
Mediador/a	17. Adjunta al expediente la canalización con la firma de recibido del usuario.	Constancia de canalización
	18. Redacta la constancia de acuerdo en caso de que las partes constituyan un compromiso verbal.	Constancia de acuerdo
	19. Expide una constancia de no acuerdo a petición de parte.	Constancia de no acuerdo
	20. Solicita los documentos necesarios e indispensables para la elaboración del convenio.	Documentos
Usuarios/as	21. Entregan los documentos para la elaboración del convenio.	Documentos
Mediador/a	22. Proporciona fecha y horario para la firma de convenio de acuerdo a su agenda y conveniencia de los usuarios.	
	23. Redacta e imprime 5 juegos de convenios.	Convenio
Usuarios/as	24. Firman los 5 convenios en la fecha y horario programado.	Convenio

X

B

J b



Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Continúa Procedimiento		
Mediador/a	25. Firma los 5 convenios.	Convenio
Jefe/a CMF	26. Firma los 5 convenios previa revisión.	Convenio
Usuarios/as	27. Reciben del mediador un convenio original con la firma de las partes.	Convenio
Procurador/a de Protección de los Derechos de Niñas, Niños y adolescentes y Director/a de Asistencia Jurídica	28. Autoriza los convenios firmado los documentos previa revisión y remite al Centro de Justicia Alternativa del Poder Judicial del Estado para su registro.	Convenio
Jefe/a CMF	29. Captura y resguarda los convenios y registros originales.	Convenio
Usuarios/as	30. Solicitan sesión de mediación.	
Recepcionista	31. Formula una invitación donde conste lugar, fecha y horario para llevar a cabo la mediación.	Invitación

X

[Handwritten signature]

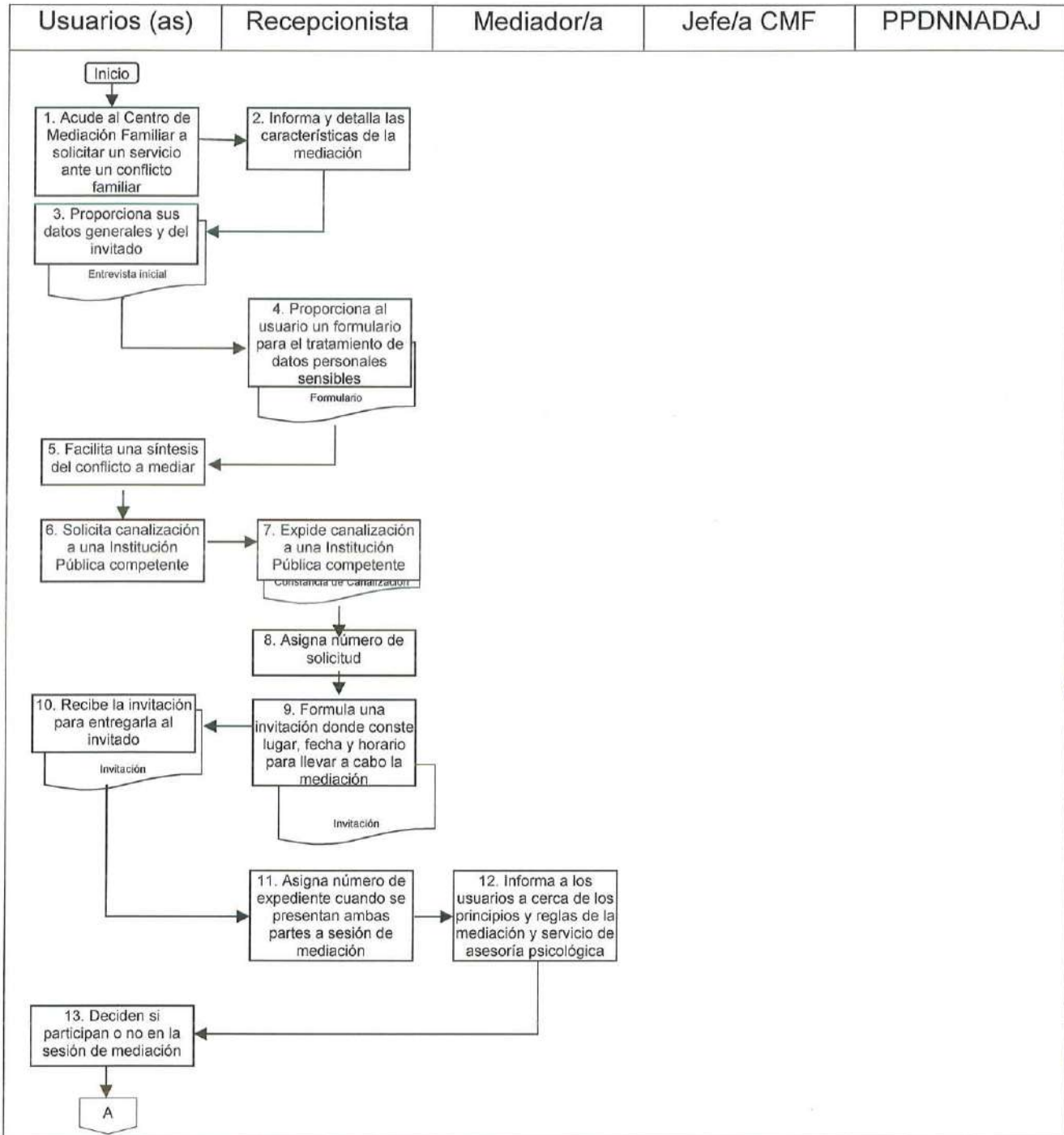
[Handwritten signature]

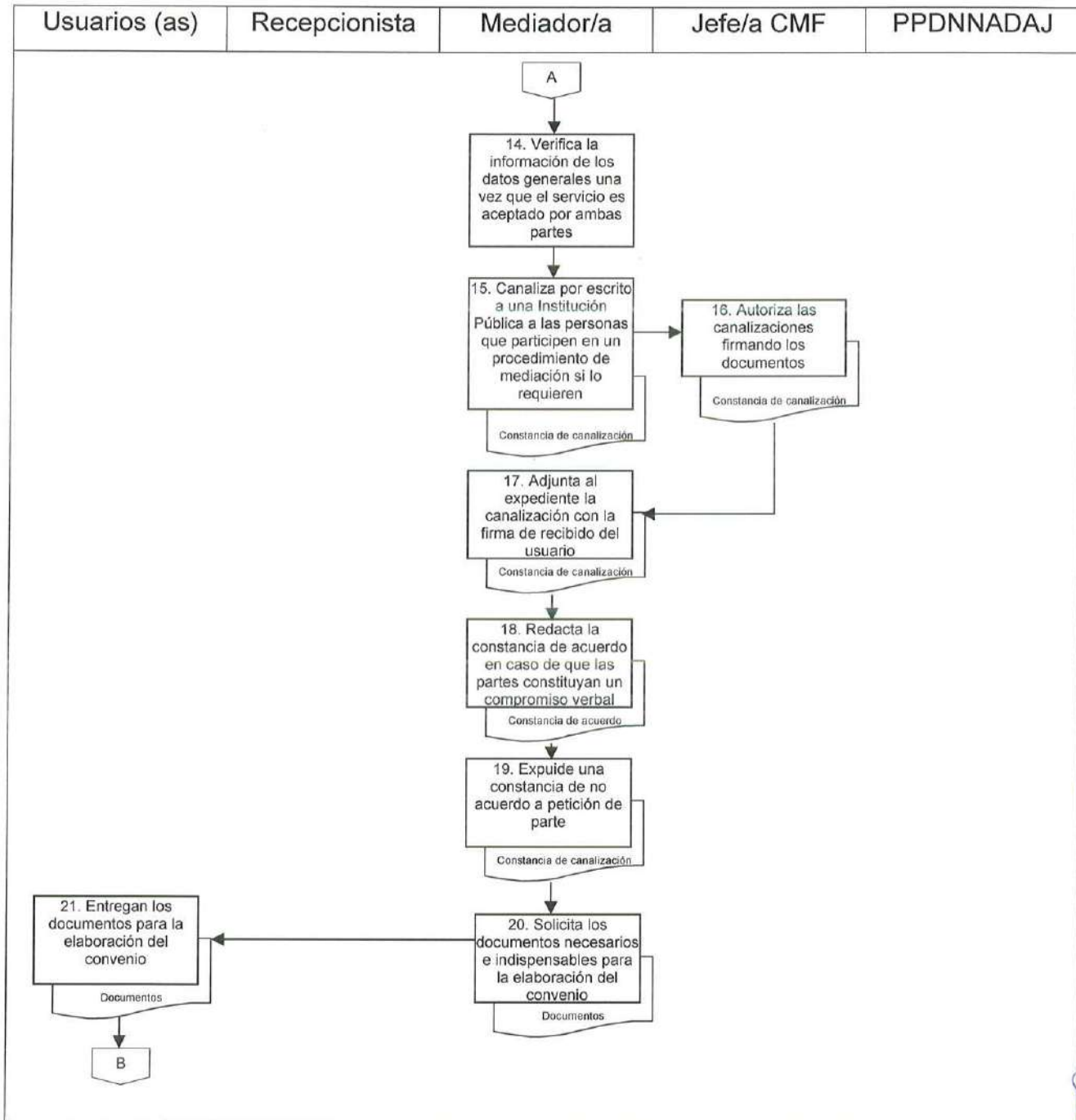


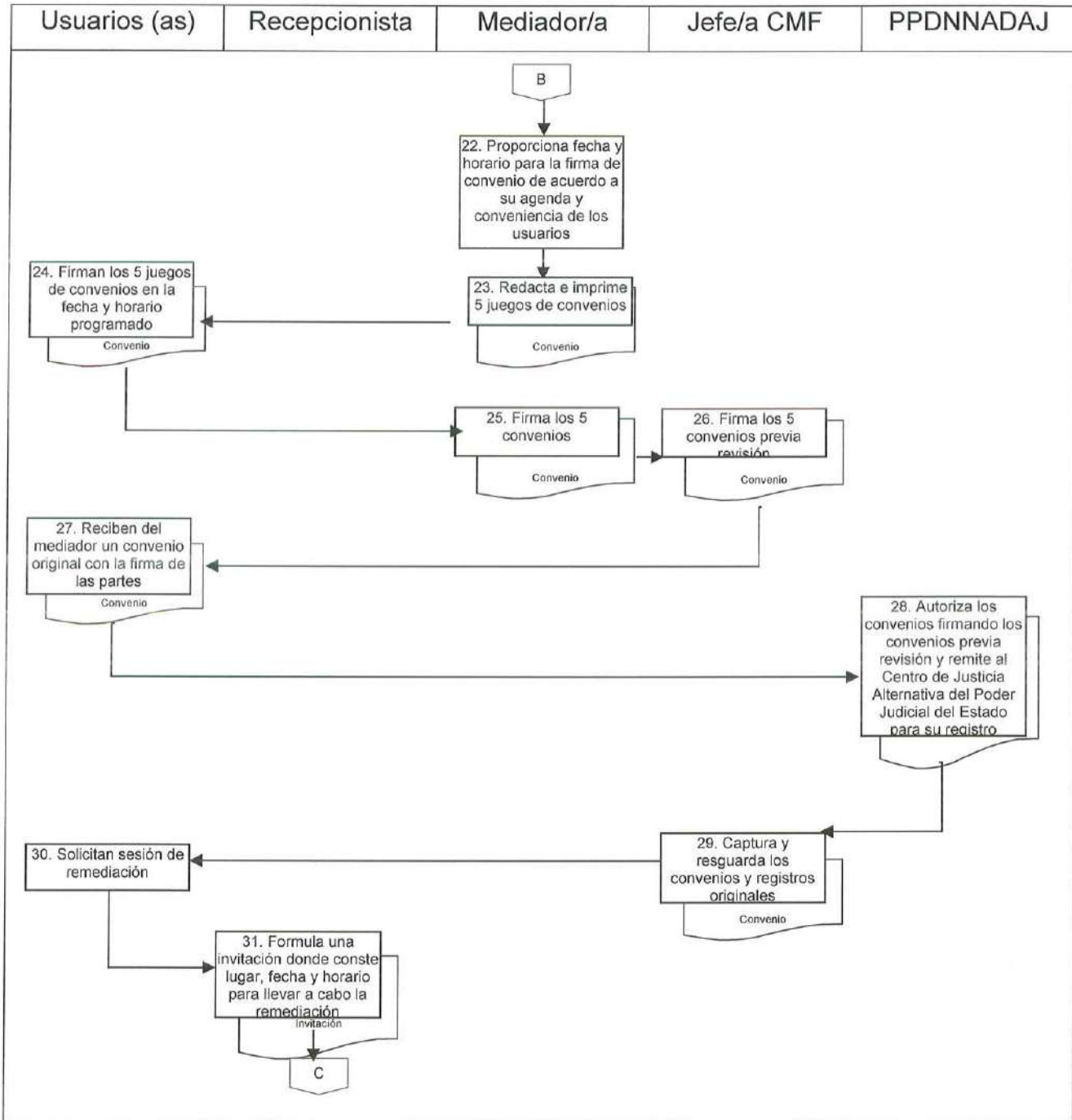
Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Continúa Procedimiento		
Jefe/a CMF	32. Remite la invitación a remediación al área de control de correspondencia del SEDIF para su entrega al invitado.	Invitación
Mediador/a	33. Realiza la sesión de remediación.	
Mediador/a	34. Elabora los convenios modificatorios de los acuerdos sigue el mismo procedimiento que en los convenios de sesión de mediación.	Convenio
Usuarios/as	35. Solicita copias certificadas del/los convenio/s.	Convenio
Procurador/a de Protección de los Derechos de Niñas, Niños y adolescentes y Director/a de Asistencia Jurídica	36. Certifica las copias del /los convenio/s.	Convenio
Fin del procedimiento		



Diagrama de Flujo PPDNNADAJCMF-01

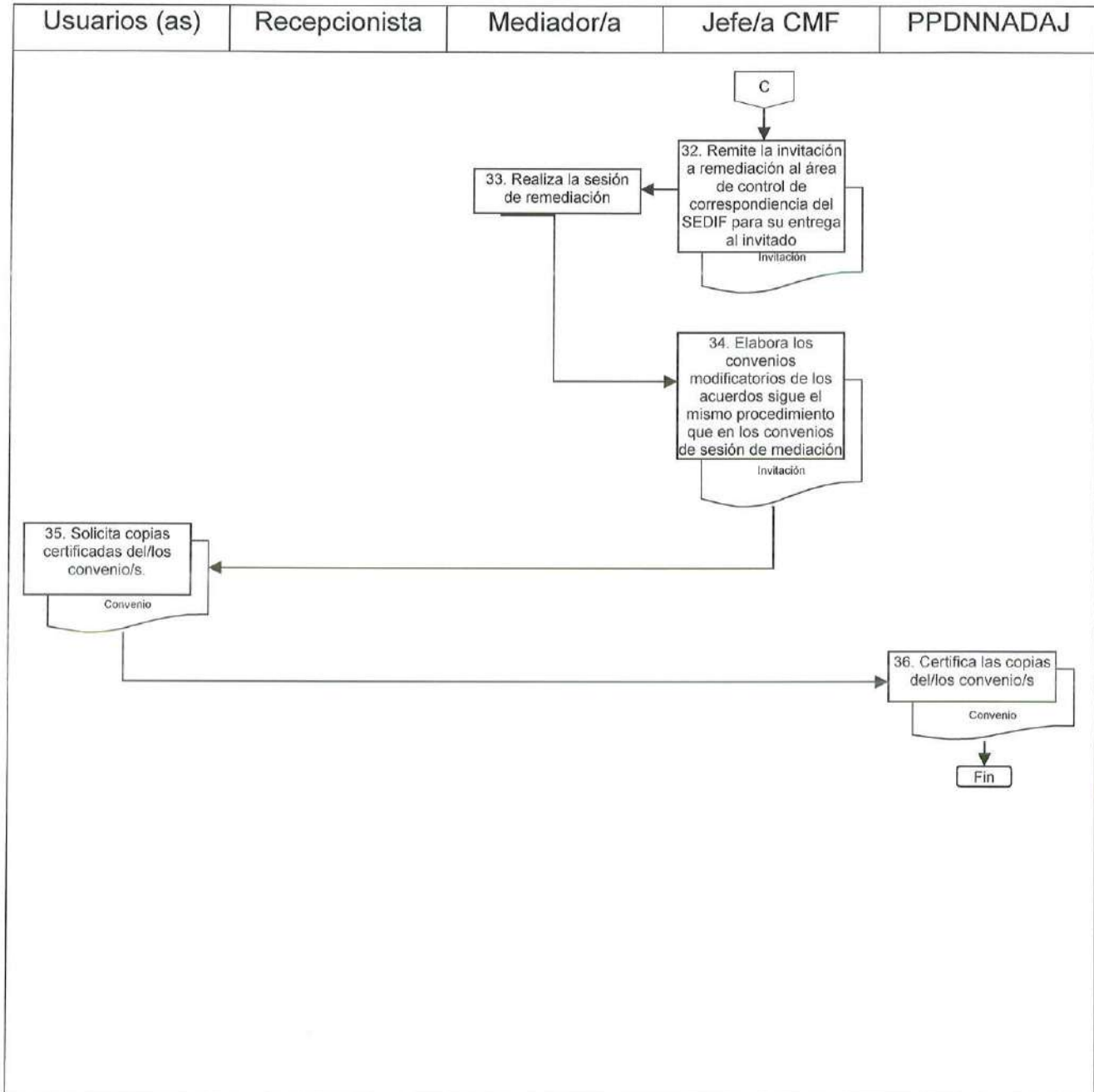






[Handwritten signatures and marks in blue ink on the right margin]





Anexos PPDNNADAJCMF-01

1CMF

EXP./ SOL. NO.
ASUNTO: FAMILIAR
FECHA: DE 2018
MEDIADOR:

ENTREVISTA INICIAL.

1.- DATOS USUARIO/A:

NOMBRE: _____

DOMICILIO: _____

NACIONALIDAD: _____ ESTADO: _____ MPIO: _____

EDAD: _____ TELÉFONO: _____ SEXO: F () M ()

ESTADO CIVIL: SOLTERO/A () CASADO/A () UNIÓN LIBRE () VIUDO/A ()

OCUPACIÓN: _____ ESCOLARIDAD: _____

IDENTIFICACIÓN _____ FOLIO _____

NIÑOS () EDAD (S): _____ NIÑAS () EDAD (S): _____

ADOLESCENTE EDAD (S): _____ ADOLESCENTE EDAD (S): _____

MUJER () _____ HOMBRE () _____

DISCAPACIDAD _____ FÍSICA _____

PSIQUIÁTRICA _____ CORREO ELECTRÓNICO _____

2.- DATOS INVITADO/A.

NOMBRE: _____

DOMICILIO: _____

NACIONALIDAD: _____ ESTADO: _____ MPIO: _____

EDAD: _____ TELÉFONO: _____ SEXO: F () M ()

ESTADO CIVIL: SOLTERO/A () CASADO/A () UNIÓN LIBRE () VIUDO/A ()

OCUPACIÓN: _____ ESCOLARIDAD: _____

IDENTIFICACIÓN _____ FOLIO _____

NIÑOS () EDAD (S): _____ NIÑAS () EDAD (S): _____

ADOLESCENTE EDAD (S): _____ ADOLESCENTE EDAD (S): _____

MUJER () _____ HOMBRE () _____

DISCAPACIDAD _____ FÍSICA _____

PSIQUIÁTRICA _____ CORREO ELECTRÓNICO _____

FECHA DE MEDIACIÓN:
DE 2018 A LAS HRS.
SOL. /2018



2CMF

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO EXPRESO DEL TITULAR PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES SENSIBLES

Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para los que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica. Usted podrá ejercer en cualquier momento sus derechos de acceso, rectificación, cancelación u oposición, a través de la Unidad Administrativa de Acceso a la Información del **Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de Puebla**, con dirección en calle 5 de Mayo número 1606, Centro Histórico, Edificio San Juan de Dios, Puebla, Puebla Código Postal 72000.

Por favor lea el siguiente formato y al final indique si sus datos pueden ser utilizados o no: FECHA: ___/___/___
DÍA MES AÑO

Para llenado exclusivo del responsable del Sistema de Datos Personales:

1. DENOMINACIÓN DEL SISTEMA DE DATOS PERSONALES:
Sistema de Datos Personales del Servicio del Centro de Mediación Familiar del SEDIF

2. SUJETO OBLIGADO:
Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de Puebla

Para llenado exclusivo del titular de los datos personales:

3. DATOS DEL TITULAR*:

HE LEÍDO Y ENTIENDO ESTE DOCUMENTO, POR LO QUE:
OTORGO MI CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO DE MIS DATOS PERSONALES SENSIBLES.

NOMBRE(S) APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO

DOCUMENTO CON EL QUE SE IDENTIFICA (EN SU CASO): _____

FIRMA O HUELLA DIGITAL: _____

*EN CASO DE QUE USTED REPRESENTE LEGALMENTE, U OSTENTE LA TUTORÍA O RESPONSABILIDAD DE UN MENOR DE EDAD O INCAPAZ, LLENE LOS CAMPOS DE ARRIBA CON SUS DATOS, Y A CONTINUACIÓN ESPECIFIQUE ÚNICAMENTE EL NOMBRE DEL TITULAR DE LOS DATOS:

NOMBRE(S) APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO

INFORMACIÓN GENERAL

De conformidad con lo dispuesto en los artículos 1, 3 fracción VII, 12 y demás relativos y aplicables a La Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de los Sujetos Obligados del Estado de Puebla, la creación de Sistemas de Datos Personales que tengan la finalidad exclusiva de almacenar los datos personales sensibles sólo podrá darse cuando lo consienta expresamente el titular o tenga fines estadísticos, científicos o históricos, siempre y cuando se hubiera realizado previamente el procedimiento de disociación, que es el proceso por el cual se desvinculan o eliminan algunos datos para evitar que se identifique al titular.



3CMF

CONSTANCIA DE CANALIZACIÓN

LIC.
PRESENTE.

Por este conducto le envié un cordial saludo y al mismo tiempo me permito hacer de su conocimiento que acudió el/la C. _____, para plantear un asunto de carácter **FAMILIAR**, pero una vez analizado este y dadas las características del mismo, requiere de un procedimiento de carácter _____, razón por la cual solicito de la manera más atenta su apoyo y seguimiento del mismo.

Sin otro particular por el momento y agradeciendo la atención que se sirva dar a la presente, quedo de usted.

ATENTAMENTE

H. Puebla de Zaragoza., a _____ de _____ de 2018

**JEFE/A DEL CENTRO DE MEDIACION
FAMILIAR DEL SEDIF**

C.C.P. SOL./EXP. -----/2018



4CMF

INVITACIÓN

C. _____
PRESENTE

Me permito informarle que de acuerdo al artículo 835, 836 fracción VI y 839 del Código de Procedimientos Civiles del Estado de Puebla, la mediación es un procedimiento creado con el propósito de que las personas resuelvan sus conflictos a través del diálogo y encontrar soluciones adecuadas a las partes involucradas evitando el proceso judicial. El Centro de Mediación del SEDIF Puebla, le ofrece este servicio de manera gratuita y confidencial.

Para alcanzar este fin solicitamos de su presencia en nuestras oficinas ubicadas en **Calle 2 Oriente No. 810 (Casa Colorada) Col. Centro, con un Mediador/a** de este Centro de Mediación, quien lo orientará sobre el asunto en que presuntamente se encuentra involucrado, el día _____ a las _____ hrs.

Sin otro particular, reciba un cordial saludo.

ATENTAMENTE

H. Puebla de Zaragoza., a _____

JEFE/A DEL CENTRO DE MEDIACIÓN FAMILIAR DEL SEDIF

C.c.p. Archivo. Sol. 0001/2018/SEDIF

5CMF

CONSTANCIA DE ACUERDO

Se hace constar que acudió la C. _____, quien solicitó el servicio de mediación con el C. _____, y una vez realizado este procedimiento han llegado a un acuerdo verbal, consistente _____

Así mismo se comprometen a respetarse mutuamente y cumplir su acuerdo.

CUATRO VECES HEROICA PUEBLA DE ZARAGOZA, A _____ DE 2018

C. MEDIADA

C. MEDIADO

C. _____
MEDIADOR/A DEL CENTRO DE MEDIACIÓN FAMILIAR DEL SEDIF

C.c.p. Exp. 851/2018/SEDIF

6CMF

CONSTANCIA DE NO ACUERDO

Se hace constar que acudió la C. _____, para plantear un asunto de carácter **FAMILIAR**, con el C. _____, sin embargo, a pesar de haberse agotado el procedimiento de mediación, las partes no llegaron a algún acuerdo.

Sin otro particular por el momento, se cierra el proceso de mediación a petición de los usuarios.

CUATRO VECES HEROICA PUEBLA DE ZARAGOZA, A _____ DE 2018

C. MEDIADA

C. MEDIADO

C. _____
MEDIADOR/A DEL CENTRO DE MEDIACIÓN FAMILIAR DEL SEDIF

C.c.p. Exp. 001/2018/SEDIF

Procedimientos del Departamento de Clínicas de Prevención y Atención del Maltrato

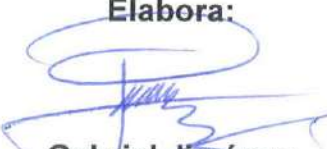



C. Gabriel Jiménez Méndez
Jefe del Departamento de Clínicas de
Prevención y Atención del Maltrato



Procedimiento PPDNNADAJCPAM-01

Atención al maltrato

Tiempo Promedio: 15 días

<p>Elabora:</p>  <p>Gabriel Jiménez Méndez G.J.M (CLIPAM) Junio 2018</p>	<p>Valida:</p>  <p>Gabriel Jiménez Méndez G.J.M (CLIPAM) Junio 2018</p>	<p>Autoriza:</p>  <p>Irma Méndez Rojas I.M.R. (PPDNNADAJ) Junio 2018</p>
---	--	--

Objetivo

Recibir, conocer y atender los reportes de maltrato que formule cualquier persona maltratada o en riesgo inminente de maltrato, ya sea de forma personal, por escrito, vía telefónica, Institucional, correo electrónico, medios de comunicación, a fin de salvaguardar sus Derechos Humanos y restablecer la armonía familiar a través de los servicios integrales que brinda el Departamento, quedando habilitados cualquier día y hora para que el personal profesional, según la naturaleza del reporte, brinde pronta atención al mismo.

Normas y Políticas de Operación

Reglamento Interior de la Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de Puebla/ Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes/Ley de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes del Estado de Puebla.

Responsables

Departamento de Clínicas de Prevención y Atención al Maltrato

Áreas involucradas

Procuraduría de Protección de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes y Dirección de Asistencia Jurídica, area Juridica, Medica, Psicologica y de Trabajo Social.

Recursos

Formatos digitales, libros de registro.



Descripción del Procedimiento PPDNNADAJCPAM-01

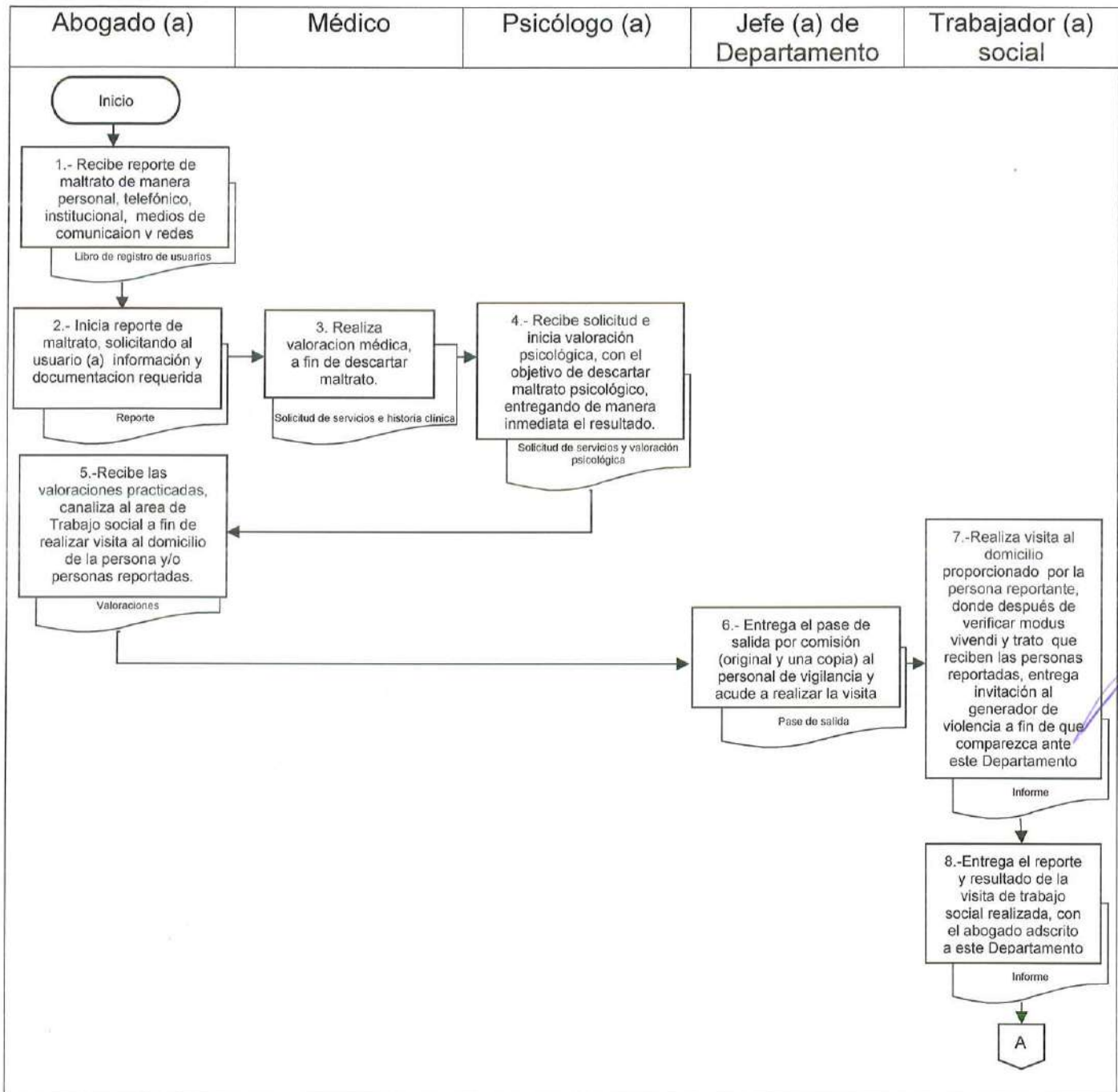
Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento		
Abogado (a)	1.- Recibe reporte de maltrato en forma personal, telefónico, Institucional, correo electrónico, medios de comunicación y redes sociales.	Libro de registro de usuarios
	2.- Inicia reporte de maltrato, solicitando al usuario (a) información y documentación requerida, brinda orientación jurídica canalizando, previo consentimiento del agredido o agredidos, a las áreas médica y/o psicológica de este Departamento.	Reporte
Médico	3.- Recibe solicitud para valoración e inicia historia clínica, con el objeto de descartar maltrato físico u omisión de cuidados, entregando de manera inmediata el resultado.	Solicitud de servicio e Historia clínica
Psicóloga (o)	4.- Recibe solicitud e inicia valoración psicológica, con el objetivo de descartar maltrato psicológico, entregando de manera inmediata el resultado.	Solicitud de servicio y valoración psicológica
Abogado (a)	5.-Recibe las valoraciones practicadas, canaliza el reporte de maltrato al area de Trabajo social, a fin de realizar visita al domicilio proporcionado por el reportante.	Valoraciones
Jefe (a) de Departamento	6.- Entrega el pase de salida por comisión (original y una copia) al personal de vigilancia y acude a realizar la visita.	Pase de salida
Trabajadora (o) Social	7.- Realiza visita al domicilio proporcionado por la persona reportante, donde después de verificar el modus vivendi y trato que reciben las personas reportadas, entrega invitación al generador de violencia a fin de que comparezca ante este Departamento.	Informe

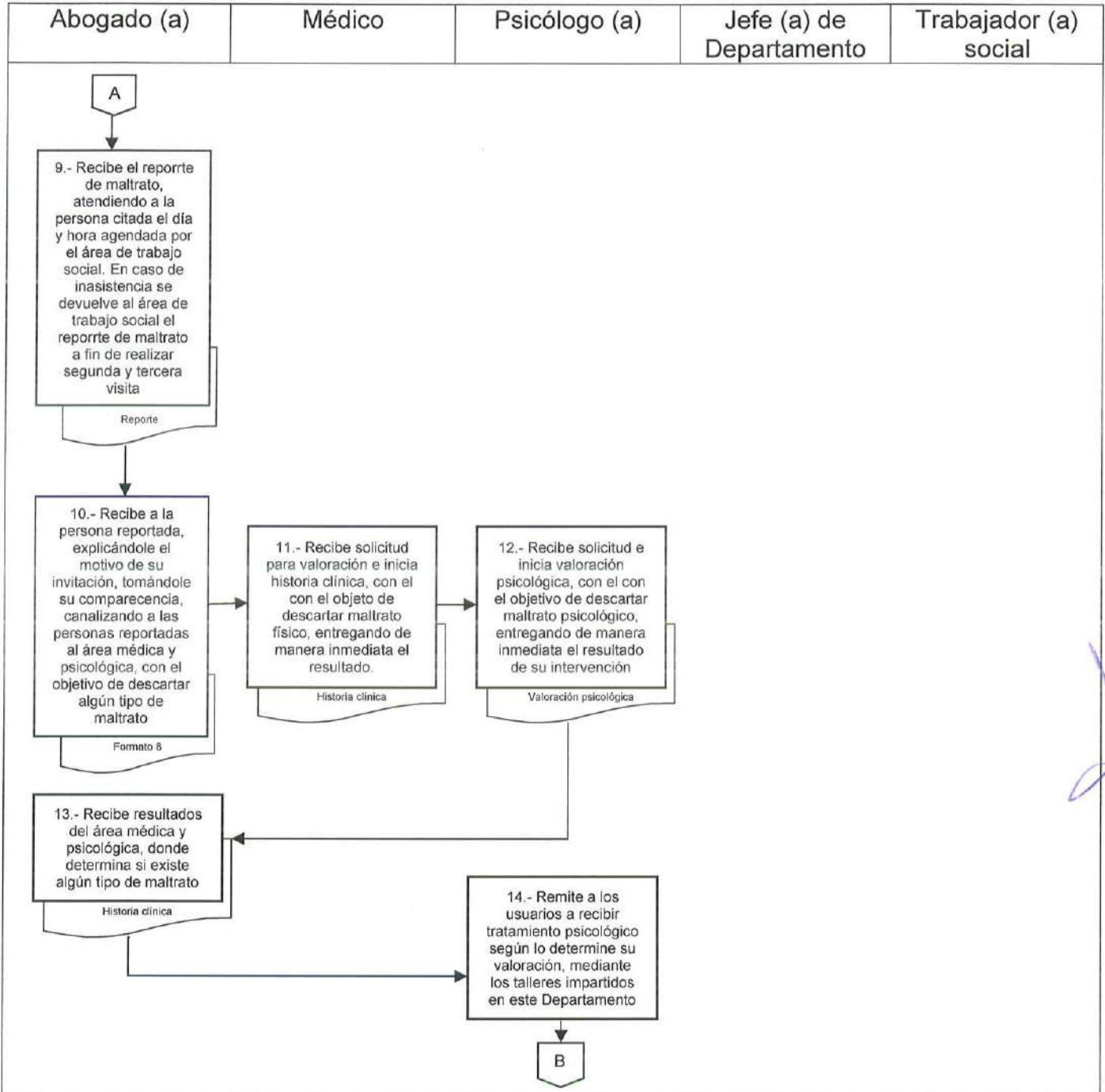
Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Continua Procedimiento		
Trabajadora (o) Social	8.- Entrega el reporte y resultado de la visita de Trabajo Social realizada, con el Abogado Adscrito a este Departamento.	Reporte
Abogado (a)	9.- Recibe el reporte de Maltrato, atendiendo a la persona citada el día y hora agendada por el area de Trabajo Social. En caso de inasistencia se devuelve al area de Trabajo Social el reporte de maltrato a fin de realizar segunda y tercera visita.	Reporte
	10.- Recibe a la persona reportada, explicándole el motivo de su invitación, tomándole su comparecencia, canalizando a las personas reportadas al area medica y psicológica, con el objetivo de descartar algún tipo de maltrato.	Formato 8
Medico	11.- Recibe solicitud para valoración e inicia historia clínica, con el objeto de descartar maltrato físico, entregando de manera inmediata el resultado	Historia clínica
Psicóloga (o)	12.- Recibe solicitud e inicia valoración psicológica, con el objetivo de descartar maltrato psicológico, entregando de manera inmediata el resultado de su intervención.	Valoración psicológica
Abogado (a)	13.- Recibe resultados del area medica y psicológica, donde determina si existe algún tipo de maltrato.	Valoraciones
Psicólogo (a)	14.-Remite a los usuarios a recibir tratamiento psicológico según lo determine su valoración, mediante los talleres impartidos en este Departamento.	
Abogado	15.- Realiza denuncia y/o acompañamiento a la victima y/o persona reportada ante la Fiscalía General del estado, solicitando adopte las medidas de protección necesarias, si existe la posible comisión de algún delito	

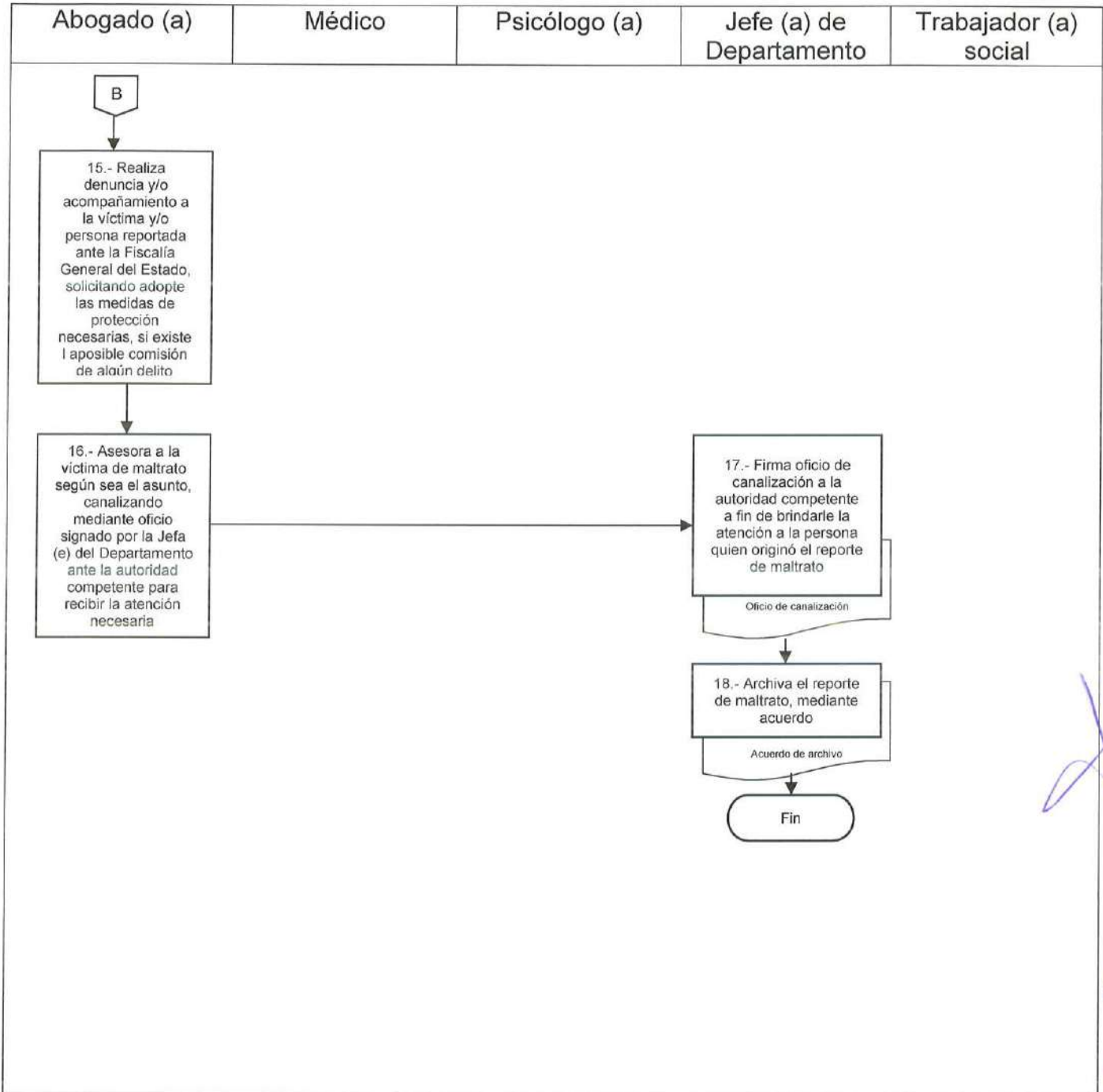
Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Continua Procedimiento		
Abogado (a)	16.- Asesora a la víctima de maltrato según sea el asunto, canalizando mediante oficio signado por la Jefa (e) del Departamento ante la autoridad competente para recibir la atención necesaria.	
Jefe (a) de Departamento	17.- Firma oficio de canalización a la autoridad competente a fin de brindarle la atención a la persona quien origino el reporte de Maltrato.	Oficio de canalización
	18.- Archiva el reporte de maltrato, mediante acuerdo.	Acuerdo de archivo
Fin del procedimiento		



Diagrama de Flujo PPDNNADAJDDIF-01








[Handwritten signatures and initials]



Anexos PPDNNADAJCPAM-01

Formato 1



Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de Puebla

PROCURADURÍA DE PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS DE LAS NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES Y DIRECCIÓN DE ASISTENCIA JURÍDICA | CLÍNICAS DE PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DEL MALTRATO

Reporte no.: _____
 Fecha: _____
 Hora: _____
 M.P.: _____

1.- Datos Personales de persona(s) agredida(s) Nombre(s)

Domicilio: _____

Edades: _____ Escolaridad: _____

Teléfono: _____ Referencias: _____

2.- Datos del Agresor (es)

Nombre (s): _____

Edad (es): _____ Parentesco: _____

Domicilio: _____

_____ Teléfono: _____

Ocupación: _____

Aadiciones: _____ Escolaridad: _____

3.- Datos del Reporte

Tipo de maltrato:	Físico ()	Psicológico ()	Sexual ()
	Económico ()	Omisión por cuidados ()	Abandono ()
Frecuencia:	Continuo ()	Esporádico ()	Aislado ()
Se recibe vía:	Teléfono ()	Institucional ()	Personal ()


Otro (especifique): _____

C.P.A.M.-12


/

/

/




DIF
SISTEMA ESTATAL PUEBLA
INTEGRANDO FAMILIAS
con Amor



174

/

Formato 2

	Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de Puebla
<small>PROCURADURÍA DE PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS DE LAS NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES Y DIRECCIÓN DE ASISTENCIA JURÍDICA</small>	<small>CLÍNICAS DE PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DEL MALTRATO</small>
SOLICITUD DE SERVICIO	
Fecha: ____ de ____ de ____	
C. PRESENTE.	Ref. Reporte No. ____
Por este conducto le solicito atentamente realice _____	
A _____ de _____	
Con el fin de _____	
Agradezco de antemano la atención que se sirva prestar al presente esperando su reporte.	
ATENTAMENTE.	
LIC. _____	
C.P.A.M.-6	

[Handwritten signatures and initials in blue ink]



DIF Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de Puebla
PROCURADURÍA DE PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS DE LAS NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES Y DIRECCIÓN DE ASISTENCIA JURÍDICA | CLÍNICAS DE PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DEL MALTRATO

HISTORIA CLÍNICA

FECHA DE ELABORACIÓN: _____ CASO No.: _____
 NOMBRE: _____ EDAD CUMPLIDA: _____
 DOMICILIO ACTUAL: _____ TEL: _____
 LOCALIDAD O COLONIA: _____ MUNICIPIO: _____ ESTADO: _____
 LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO: _____ SEXO: (M) (F)
 ESTATURA: _____ MTRS.: _____ PESO: _____ KGS.: _____ TEMP.: _____ °C
 RESPIRACIONES: _____ K. FRECUENCIA CARDÍACA: _____ K. T.A.: _____ MMHG
 MOTIVO DEL ENVÍO POR SOSPECHA DE: _____ No. DE OFICIO: _____ FECHA: _____

MALTRATO	()	CONFIRMADO AL EXAMEN	SI () NO ()
VIOLACIÓN	()	CONFIRMADO AL EXAMEN	SI () NO ()
ABANDONO	()	CONFIRMADO AL EXAMEN	SI () NO ()
EXTRAVÍO	()	CONFIRMADO AL EXAMEN	SI () NO ()
EXPLOTACIÓN	()	CONFIRMADO AL EXAMEN	SI () NO ()
PERVERSIÓN	()	CONFIRMADO AL EXAMEN	SI () NO ()
FUGA DEL HOGAR	()	CONFIRMADO AL EXAMEN	SI () NO ()
FARMACODPENDENCIA	()	CONFIRMADO AL EXAMEN	SI () NO ()
ALCOHOLISMO	()	CONFIRMADO AL EXAMEN	SI () NO ()
PROSTITUCIÓN	()	CONFIRMADO AL EXAMEN	SI () NO ()
VERIFICACIÓN DE SU ESTADO DE SALUD	()	CONFIRMADO AL EXAMEN	SI () NO ()

OBSERVACIONES: _____

ANTECEDENTES HEREDO-FAMILIARES:

ABUELO MAT.	VIVO () MUERTO ()	_____
ABUELA MAT.	VIVA () MUERTA ()	_____
ABUELO PAT.	VIVO () MUERTO ()	_____
ABUELA PAT.	VIVA () MUERTA ()	_____
PADRE	VIVO () MUERTO ()	_____
MADRE	VIVA () MUERTA ()	_____
HERMANOS	VIVOS () MUERTOS ()	_____
HERMANAS	VIVAS () MUERTAS ()	_____

OTROS FAMILIARES: _____

FAMILIA INTEGRADA SI () NO () PORQUE: _____

¿VIVE CON OTRAS GENTES AJENAS A LA FAMILIA? SI () NO () QUIENES: _____

DOMICILIO DONDE LOCALIZAR ALGUN FAMILIAR: _____

OBSERVACIONES Y/O COMENTARIOS: _____

C.P.A.M.-10

8

X

Y



HISTORIA CLINICA		
SE PUEDE REVISAR O MODIFICAR AL TIEMPO DE LA CONSULTA EN LOS HOSPICIOS LIEBOWITZ O PUEBLA, PUEBLA AL SUR EN TU DEL SAMAME		
SI () NO () CUALES: _____		
ANTECEDENTES PERSONALES DEL MENOR: PRODUCTO DE _____ MESES DE GESTACIÓN, SE PRESENTARON PROBLEMAS DURANTE EL EMBARAZO ()		
EMBARAZO DESEADO SI () NO ()		
EN CASO DE TENERLOS DE QUE TIPO: _____		
TUVO PROBLEMAS AL NACER SI () NO () DE QUE TIPO: _____		
FUE ATENDIDO EN EL HOSPITAL SI () NO () EN DONDE: _____		
SU DIETA POR LO GENERAL ES: _____		
SU VIVIENDA HA SIDO: _____		
CUENTA CON ACTA DE NACIMIENTO SI () NO () DE DONDE: _____		
CUENTA CON CARTILLA NACIONAL DE VACUNACIÓN SI () NO () CON QUE VACUNAS CUENTA: _____		
HA TENIDO ENFERMEDADES O PROBLEMAS QUE AMERITAN INTERNAMIENTO HOSPITALARIO SIN SER QUIRURGICOS SI () NO ()		
CUALES: _____		
OTROS PROBLEMAS QUE NO NECESITAN HOSPITALIZACIÓN O CIRUGIA: _____		
EN QUE TRABAJA: _____ EXP. A SUBST: _____		
OBSERVACIONES IMPORTANTES: _____		
PADECIMIENTO ACTUAL INICIA: _____ COMO: _____		
HABITUS EXTERIOR: SETRATA DE PERSONA DEL SEXO MASC. () FEM. ()		
AL MOMENTO DE LA ENTREVISTA SE ENCUENTRA TRANQUILO SI () NO ()		
CONSENTE SI () NO ()		
COOPERA CON EL INTERROGATORIO SI () NO ()		
DE EDAD APARENTE A LA CRONOLOGÍA A LA REFERIDA SI () NO ()		
CON MARCHA Y MOVIMIENTOS NORMALES SI () NO ()		
OTROS COMENTARIOS: _____		
EXPLORACIÓN FÍSICA: _____		
CABEZA: _____		
ODOS: _____		
CARA: _____		
OJOS: _____		
NARIZ: _____		
BOCA: _____		
DENTADURA: _____		
CUELLO: _____		
TORAX: _____		
ABDOMEN: _____		
GENITALES: _____		
EXTREMIDADES SUPERIORES: _____		
EXTREMIDADES INFERIORES: _____		
OBSERVACIONES: _____		
CONCLUSIONES DIAGNOSTICAS: 1. _____		
2. _____		
3. _____		
TRATAMIENTO EMPLEADO: 1. _____		
2. _____		
3. _____		
RECOMENDACIONES: _____		
ATENTAMENTE		
_____ NOMBRE Y FIRMA DEL MEDICO QUE VALORO		
C.P.A.M.-18.1		

[Handwritten signatures and marks in blue ink]





**PROCURADURIA DE PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES Y
DIRECCIÓN DE ASISTENCIA JURÍDICA**

Clinicas de Prevención y Atención del Maltrato

VALORACION PSICOLOGICA

**FECHA:
REP. N°:**

FECHA DE IDENTIFICACIÓN:

NOMBRE:

EDAD:

ANTECEDENTES:

SITUACIÓN ACTUAL:

INTERPRETACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS PSICOLÓGICOS:

CONCLUSIÓN:

SUGERENCIAS:

ATENTAMENTE

Calle Siete Mayo 1600 Centro Histórico
Edificio de San Juan de Dios C.P. 72000
Heroica Puebla de Zaragoza, Puebla
(0222) 249 5000

[Handwritten signatures and initials in blue ink]



DIF  Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de Puebla
INTEGRANDO FAMILIAS con Amor

PASES DE SALIDA POR COMISION

Departamento: _____

Se autoriza a: _____

Para salir hoy a las: _____ horas, durante _____

A: _____

H. Puebla de Zaragoza, a _____ de _____ de 20____

Salio: _____

Regreso: _____

Ausencia total: _____

JEFE DEL DEPARTAMENTO

Nombre Y Firma







**PROCURADURIA DE PROTECCION DE LOS DERECHOS DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES Y
DIRECCION DE ASISTENCIA JURIDICA**

Clínicas de Prevención y Atención del Maltrato

INFORME DE TRABAJO SOCIAL

No. De reporte
Fecha:
No. De visita

Motivo de la visita: _____

Domicilio: _____

Se localizo el domicilio ()

Referencias: _____

No se localizo el domicilio

Motivos

Personas que se encuentran al momento de la visita

Actitud de la persona

Parentesco en relación al agredido

No se encontró a nadie en el domicilio ()

Se entrevista a vecinos ()

Desarrollo de la entrevista: _____

Calle 5 de Mayo 1606, Centro Histórico,
Edificio de San Juan de Dios, C.P. 72000,
Heróica Puebla de Zaragoza, Puebla
(222) 229 5300





CITATORIO

OFICIO NO. P.P.D.N.N.A.D.A.J./CLIPAM

AL C.
PRESENTE

Con fundamento en lo dispuesto por los artículos 4 párrafos noveno y décimo de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 7 de la Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Puebla, 122 fracciones V, VI y VII de la Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, 116 fracciones I, V, VI y VII de la Ley de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes del Estado de Puebla, 15, 17 fracciones I, III, IV, XII y 30 de la Ley Sobre el Sistema Estatal de Asistencia Social, 13 fracciones XXI, XXII, XXIX y XXXV del Reglamento Interior del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia, le solicito comparezca el día _____ a las _____ horas en el Departamento de Clínicas de Prevención y Atención del Maltrato del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de Puebla, ubicado en Boulevard 5 de Mayo esquina 4 Oriente Número 806, Planta Baja, Colonia Centro de esta Ciudad, con el objeto de estar en posibilidad de descartar maltrato.

En virtud del señalamiento vertido en el reporte número _____ de los de esta Clínica de Prevención y Atención del Maltrato, por lo que, solicito se sirva presentarse en las oficinas arriba indicadas con identificación con fotografía expedida por autoridad competente y en compañía de _____.

Con el apercibimiento que de no hacerlo así, se interpondrá la denuncia correspondiente ante la agencia del Ministerio Público respectiva.

ATENTAMENTE
HEROICA PUEBLA DE ZARAGOZA A ___ DE JUNIO DE 2017.



**PROCURADURÍA DE PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES Y
DIRECCIÓN DE ASISTENCIA JURÍDICA**

Clínicas de Prevención y Atención del Maltrato

Se encuentran en el domicilio la persona (s) presuntamente maltratados
SI () NO ()

Condiciones generales de la vivienda _____

Se hizo entrega del citatorio
SI () NO ()

Persona que recibe el citatorio _____

Mencionar los motivos _____

Observaciones _____

Carre 5 de Mayo 1500 Centro Histórico
Edificio de San Juan de Dios C.P. 72000
Merida Puebla de Zaragoza, Puebla
(228) 209 5200

[Handwritten signatures in blue ink on the right margin]



DIF  **Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de Puebla**
PROCURADURÍA DE PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS DE LAS NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES Y DIRECCIÓN DE ASISTENCIA JURÍDICA | CLÍNICAS DE PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DEL MALTRATO

FICHA DE COMPARECENCIA

REPORTE No. _____

Nombre del Agredido (s): _____

Edad (es): _____ Escolaridad: _____

Solicitante: _____
 Edad: _____ Edo. Civil: _____
 Domicilio: _____

 Teléfono: _____ Ocupación: _____
 Lugar donde trabaja: _____
 Motivo: _____

Padre: _____ Edad: _____
 Madre: _____ Edad: _____
 Domicilio: _____
 Teléfono: _____ Ocupación: _____
 Tel. Oficina: _____ Lugar donde labora: _____
 Estado Civil: _____ Familiares: _____

CPAM-11

[Handwritten signature in blue ink]



SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DEL ESTADO DE PUEBLA	
CARNET DE CITAS	
PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE LOS DAÑOS EN LA INFANCIA, NIÑOS Y ADOLESCENTES Y CONSECUENCIAS ADVERSAS	CLÍNICAS DE PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DEL MALTRATO
EXPEDIENTE No. _____	
NOMBRE: _____	
DOMICILIO: _____	
C.P.A.M.-1	
 DIF INTEGRANDO FAMILIAS <i>con Amor</i>	

Calle 5 de Mayo 1606 Centro Histórico,
Edificio de San Juan de Dios. C.P. 72000.
Heroica Puebla de Zaragoza, Puebla
(222) 229 5200
DIFestatal.Puebla.gob.mx

X

8

S





Reporte Número _____ 2017

ACUERDO DE ARCHIVO

Puebla, Pue., a _____ del mes de _____ de dos mil diecisiete tomando en consideración las actuaciones realizadas dentro de los antecedentes del reporte de maltrato al rubro indicado y de los servicios asistenciales realizados, para la Prevención, Atención y Erradicación de la Violencia Familiar, la suscrita C. _____ Jefe (e) del Departamento de las Clínicas de Atención del Maltrato, con fundamento en los artículos 1 y 4 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 17 fracciones I, II, XII, XIV de la Ley Sobre el Sistema Estatal de Asistencia Social, 13 fracción XXX del Reglamento Interior del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de Puebla; 1, 2, 3, 26 de la Ley de Prevención, Atención y Sanción de la Violencia Familiar, hace constar: _____
Que, con fecha _____ se recibió el Reporte de Maltrato Número _____ que presentó (aron) el (la) (los) _____ en agravio de _____ y en contra de _____ iniciándose los trámites y prestación de servicios respectivos, y de acuerdo al análisis jurídico, valoración médica y psicológica practicadas, se descartó () y/o comprobó () la existencia de:

- Maltrato físico () De acuerdo a la valoración médica realizada
- Maltrato psicológico () De acuerdo a la valoración médica y psicológica y/o investigación de trabajo social realizadas
- Omisión de cuidados () De acuerdo a las valoraciones realizadas
- Abuso sexual () De acuerdo a la valoración médica realizada por el médico legista adscrito a la Agencia Especializada en Violencia familiar y Delitos Sexuales, actuando dentro de la Carpeta de Investigación

Por lo anteriormente expuesto se acuerda:

- UNICO - El archivo definitivo (), Temporal y/o Reserva () del Reporte No _____ por los motivos siguientes:
- A) () Por haberse descartado la existencia de algún tipo de maltrato, de acuerdo a las valoraciones médicas y/o psicológicas realizadas.
 - B) () Por haber recibido las víctimas y/o agresores el apoyo jurídico y tratamiento psicológico oportuno y necesario, para la erradicación de la violencia familiar y cuya conducta no sea constitutiva de delito.
 - C) () La inexistencia del domicilio proporcionado por él o los reportantes.
 - D) () Por desinterés de las partes, de más de tres meses.
 - E) () Una vez que él o los sujetos de asistencia social, ingresaron bajo la custodia del Sistema DIF Estatal y cuyo expediente se ventila en el Departamento de la Defensa de la Infancia y la Familia.
 - F) () Por no llegar a ningún acuerdo las partes, se canalizaron a la instancia Judicial competente.
 - G) () Por desistimiento del reportante.

Así lo acordó y firmó la suscrita Responsable de las Clínicas de Prevención y Atención del Maltrato.

Cumplase

Jefe (a) Del Departamento

Calle de Mayo 1665 Centro Histórico,
Edificio de San Juan de Dios C. P. 72000
Mérida, Puebla de Zaragoza, Puebla
0222132960200
DIFestatal.puebla.gob.mx

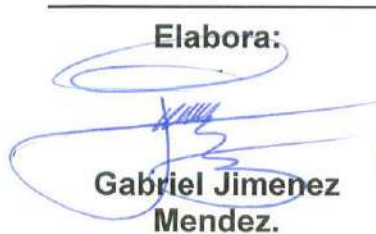
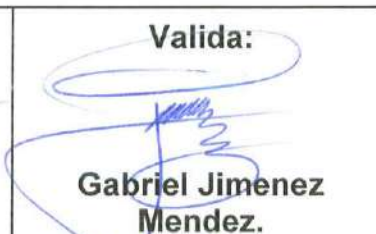

[Handwritten signatures and marks in blue ink]



Procedimiento PPDNNADAJCPAM-02

Apoyo a autoridades judiciales

Tiempo Promedio: 60 días

Elabora:	Valida:	Autoriza:
 Gabriel Jimenez Mendez. G.J.M. (CLIPAM) Junio 2018	 Gabriel Jimenez Mendez. G.J.M. (CLIPAM) Junio 2018	 Irma Mendez Rojas I.M.R. (PPDNNADAJ) Junio 2018

Objetivo

Brindar la atención a todas y cada una de las solicitudes hechas por otras autoridades Jurisdiccionales tanto locales como Federales requirentes, con el fin de crear lazos de apoyo institucional para el beneficio de la población vulnerable.

Normas y Políticas de Operación

Reglamento Interior de la Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de Puebla / Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes/Ley de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes del Estado de Puebla

Responsables

Departamento de Clínicas de Prevención y Atención al Maltrato

Áreas Involucradas

Procuraduría de Protección de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes y Dirección de Asistencia Jurídica, area Juridica, Medica, Psicologica y de Trabajo Social.

Recursos

Formatos digitales, libros de registro.

Handwritten signature



Descripción del Procedimiento PPDNNADAJCPAM-02

Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Inicio del Procedimiento		
Oficialía de partes	1.- Recibe los oficios de solicitud de las diferentes instancias judiciales.	Registro
	2.- Turna la solicitud de apoyo a la Procuraduría de Protección de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes y Dirección de Asistencia Jurídica.	Registro
Procuraduría de Protección de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes y Dirección de Asistencia Jurídica.	3.-Revisa, registra en su archivo y elabora memorándum de canalización con número de Folio al Departamento de Clínicas de Prevención y Atención del Maltrato	Registro y memorándum
Departamento de Clínicas de Prevención y Atención del Maltrato	4.-Recibe la correspondencia con sello de la Procuraduría de Protección de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes y Dirección de Asistencia Jurídica, y la turna a la Jefa del Departamento.	Correspondencia
	5.- Recibe la correspondencia, la revisa y la turna a la secretaria.	Correspondencia
	6.- Registra la correspondencia y la canaliza al abogado(a) correspondiente, mediante firma de acuse recibido	Registro
	7.-Recibe la correspondencia y la registra el Abogado correspondiente	Registro
	8.-Turna la correspondencia según corresponda, al funcionario adscrito al Departamento de Clínicas de Prevención y Atención del Maltrato.	

Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Continúa Procedimiento		
Departamento de Clínicas de Prevención y Atención del Maltrato	9.- Elabora los oficios de solicitud de apoyo a otras áreas de la Procuraduría de Protección de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes y Dirección de Asistencia Jurídica o del SEDIF, que sean necesarios para dar cumplimiento a lo solicitado	Oficio
Áreas del SEDIF involucradas	10.- Dan contestación por escrito a los oficios de solicitud de apoyo del Departamento de Clínicas de Prevención y Atención del Maltrato, anexando en su caso la documentación requerida.	Oficio
	11.- Presentan oficios en oficialía de partes	Oficio
Oficialía de partes del SEDIF	12.- Turna la correspondencia a la Procuraduría de Protección de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes y Dirección de Asistencia Jurídica.	
Procuraduría de Protección de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes y Dirección de Asistencia Jurídica.	13.-Revisa, registra en su archivo y elabora memorándum de canalización con número de Folio a la Procuraduría de Protección de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes y Dirección de Asistencia Jurídica	Registro y memorándum
Departamento de Clínicas de Prevención y Atención del Maltrato	14.-Recibe la correspondencia y para canalizarla al Jefe (a) del Departamento.	Registro
	15.- Recibe la correspondencia la revisa, y la turna a la secretaria (o)	Correspondencia
	16.- Registra la correspondencia y la canaliza al Abogado (a) correspondiente, mediante firma de acuse de recibo	Registro
	17.-Recibe la correspondencia y la registra	Correspondencia



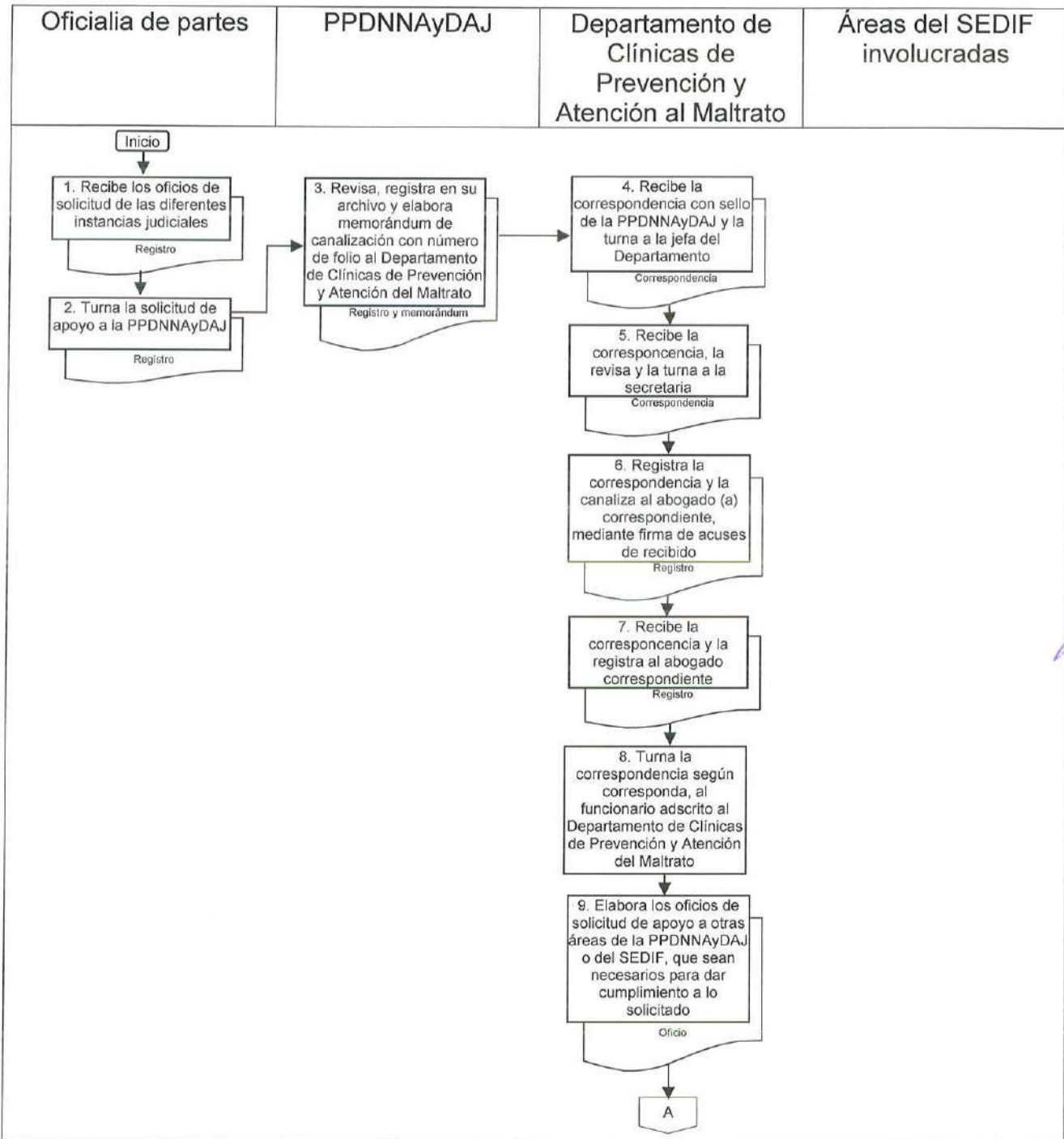
Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Continúa Procedimiento		
Departamento de Clínicas de Prevención y Atención del Maltrato	18.- Busca antecedentes en sus archivos	
	19.- Elabora oficio a la autoridad Judicial solicitante, informándole el resultado de la intervención.	Oficio
	20.- Entrega resultado a la Autoridad solicitante, si es mediante correo electrónico continúa en paso 21, si es de manera personal continúa en paso 23 y si es por mensajería continúa en paso 27.	Oficio
	21.- Se comunica vía telefónica con la autoridad solicitante y le solicita dirección de correo electrónico para enviar la documentación correspondiente	Correo electrónico
	22.- Se vuelve a comunicar con la autoridad solicitante para confirmar la recepción del correo electrónico. Continúa en paso 32.	Correo electrónico
	23.- Realiza el llenado del formato denominado "pase de salida" el cual contiene el Departamento al que pertenece, la persona que va a salir de la institución, lugar a donde se dirige, tiempo que se encontrara ausente en las oficinas, fecha y nombre y firma de la Jefa (e) Departamento	Pase de salida
	24.- Pasa con la Jefa (e) del Departamento por el pase de salida debidamente requisitado para su aprobación	Pase de salida
	25.- Firma de Autorización para la salida de la institución	Pase de salida
26.- Traslado a las oficinas de la autoridad solicitante, para hacer la entrega del trámite concluido y se recaba el sello de acuse de recibido. Continúa en paso 32	Acuse de recibido	



Responsable	Descripción de actividades	Formato y/o Documento
Continúa Procedimiento		
Departamento de Clínicas de Prevención y Atención del Maltrato	27.-Se solicita al Despacho de Procuraduría de Protección de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes y Dirección de Asistencia Jurídica mediante oficio el recurso económico para el envío	Oficio
	28.- Realiza el llenado del formato denominado "pase de salida" el cual contiene el departamento al que pertenece, la persona que va a salir de la institución, lugar a donde se dirige, tiempo que se encontrara ausente en las oficinas, fecha y nombre y firma de la Jefa (e) Departamento de Clínicas de Prevención y Atención del Maltrato	Pase de salida
	29.- Pasa con el Jefe del Departamento el pase de salida debidamente requisitado para su firma y aprobación	Pase de salida
	30.-Firma de autorización para la salida de la institución	Pase de salida
	31.- Traslado a las oficinas de la mensajería a poner el envío a la autoridad solicitante.	
	32.- Procede al archivo en el expediente respectivo una vez que ya se ha enviado el resultado de la intervención a la autoridad solicitante	Archivo de expediente
Fin del procedimiento		

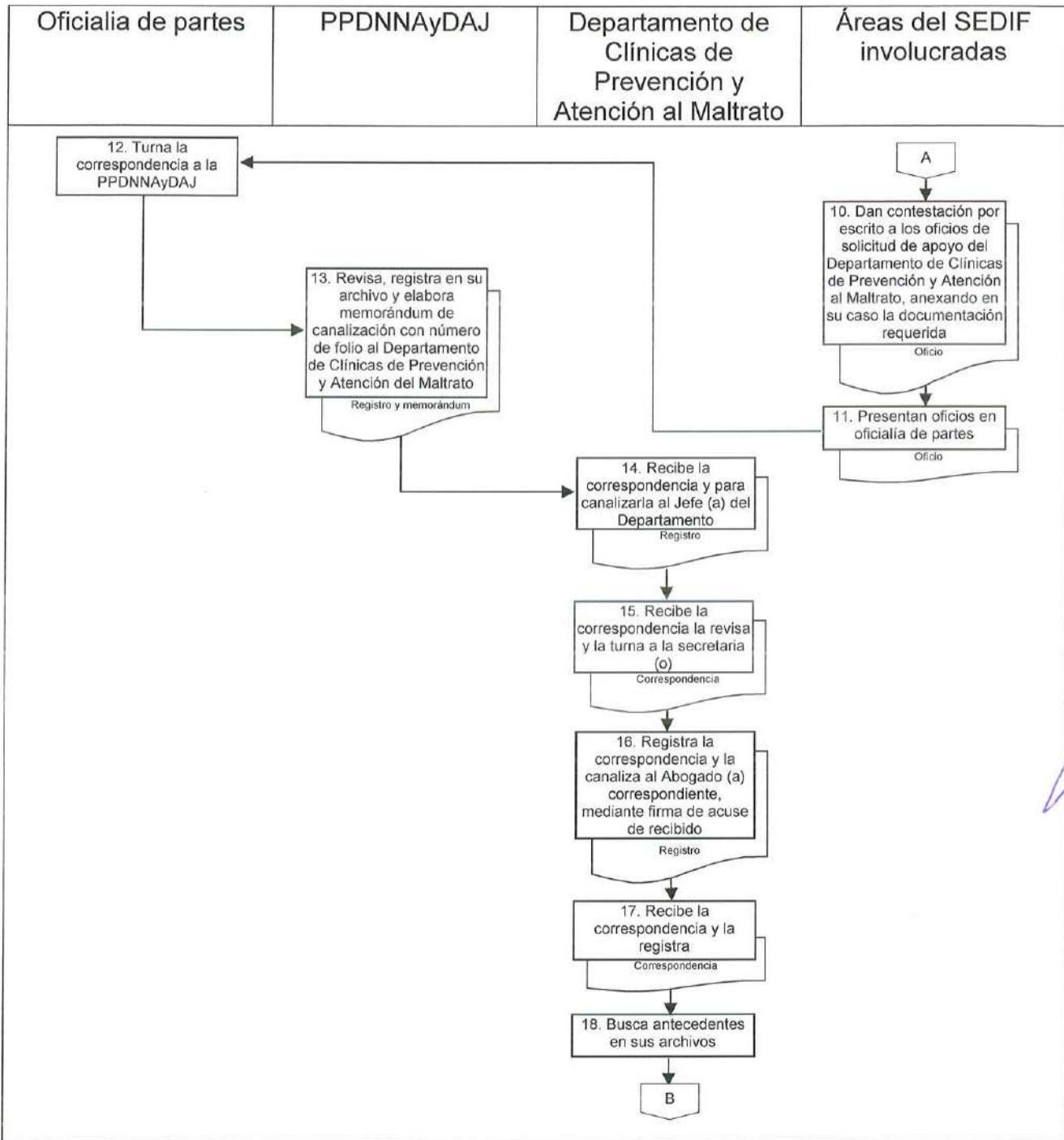


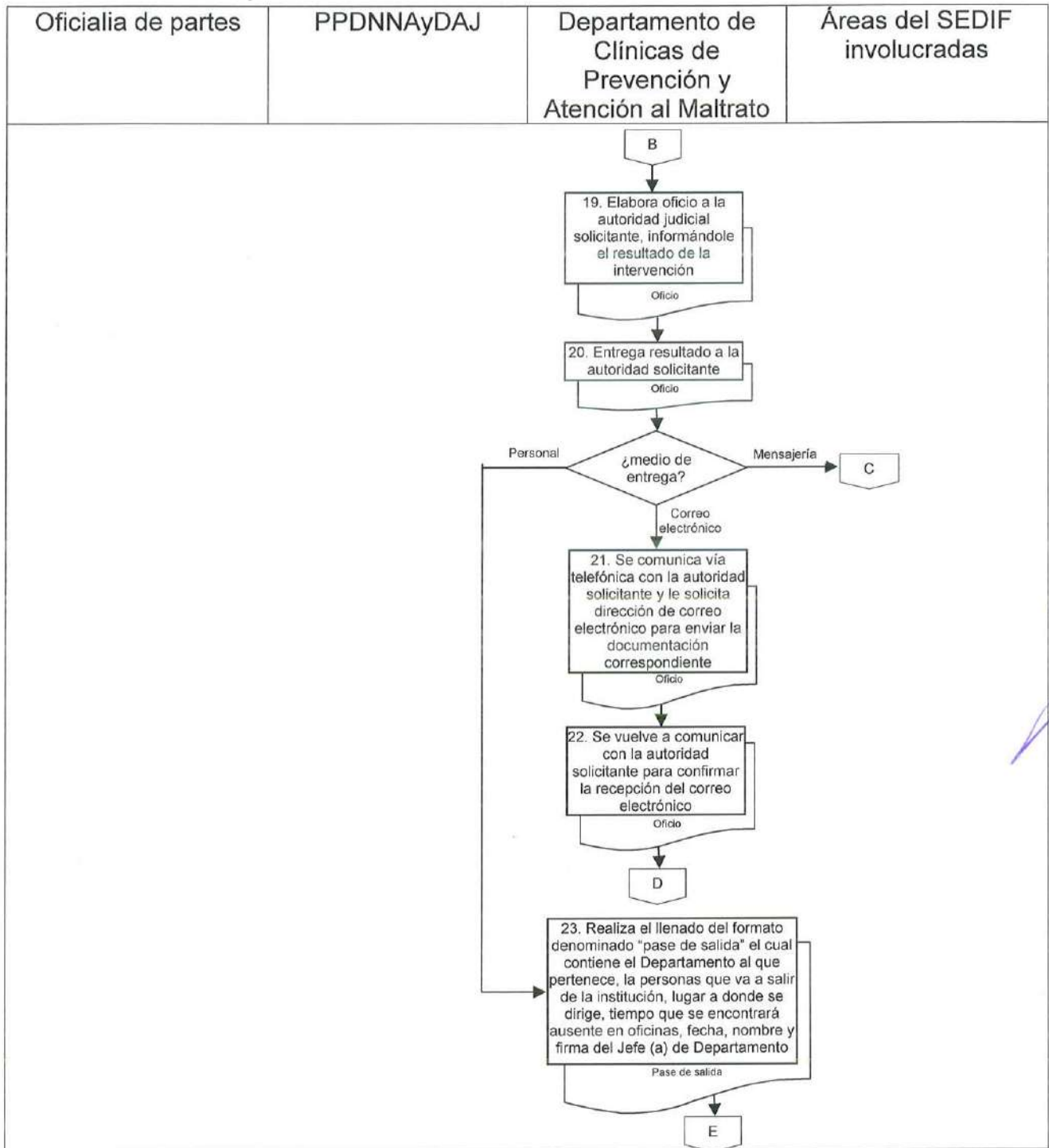
Diagrama de Flujo PPDNNADAJCPAM -02



Handwritten signatures and marks in blue ink on the right side of the page, including a large 'X' and several illegible signatures.



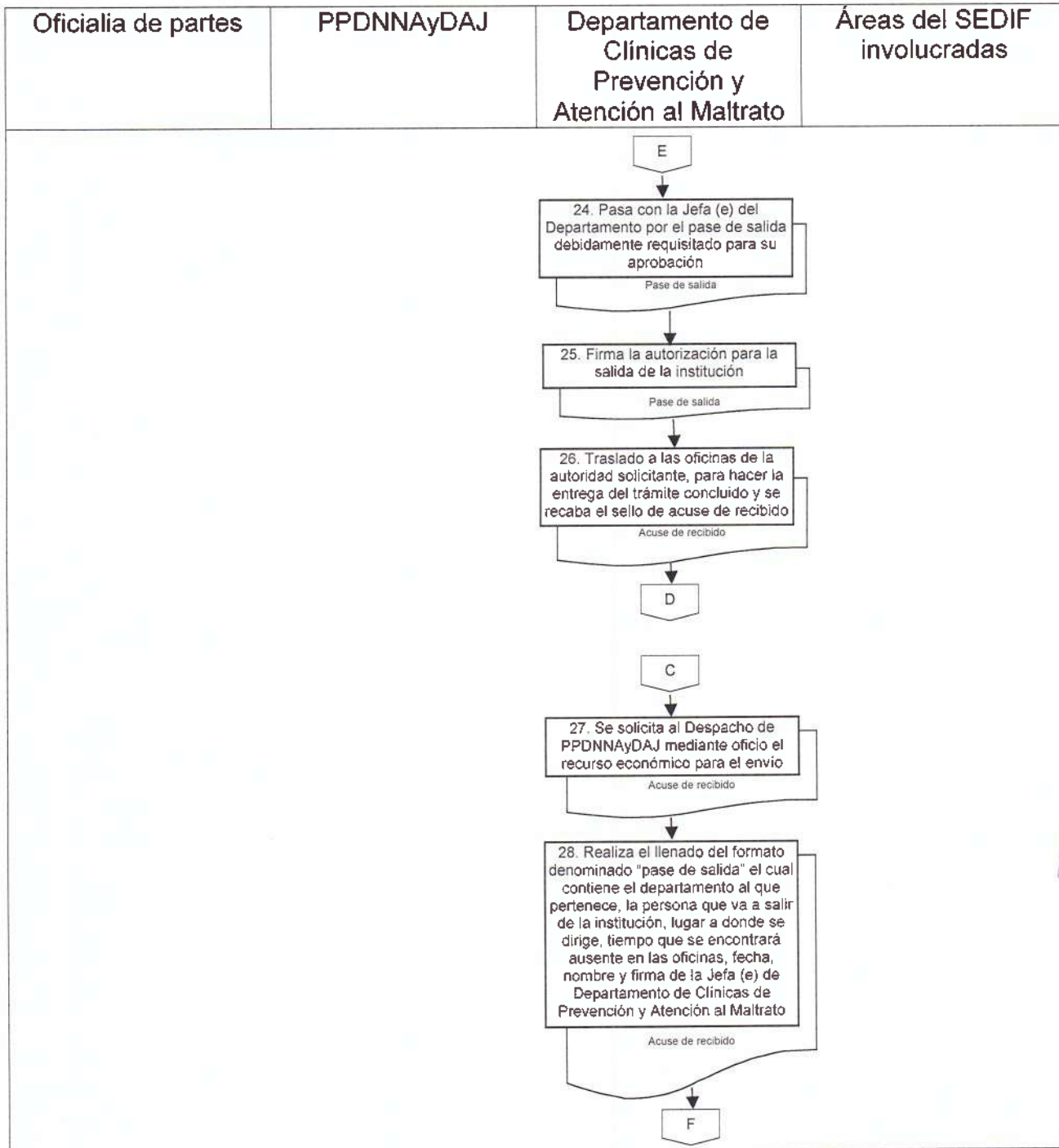




Handwritten signature

Handwritten signature

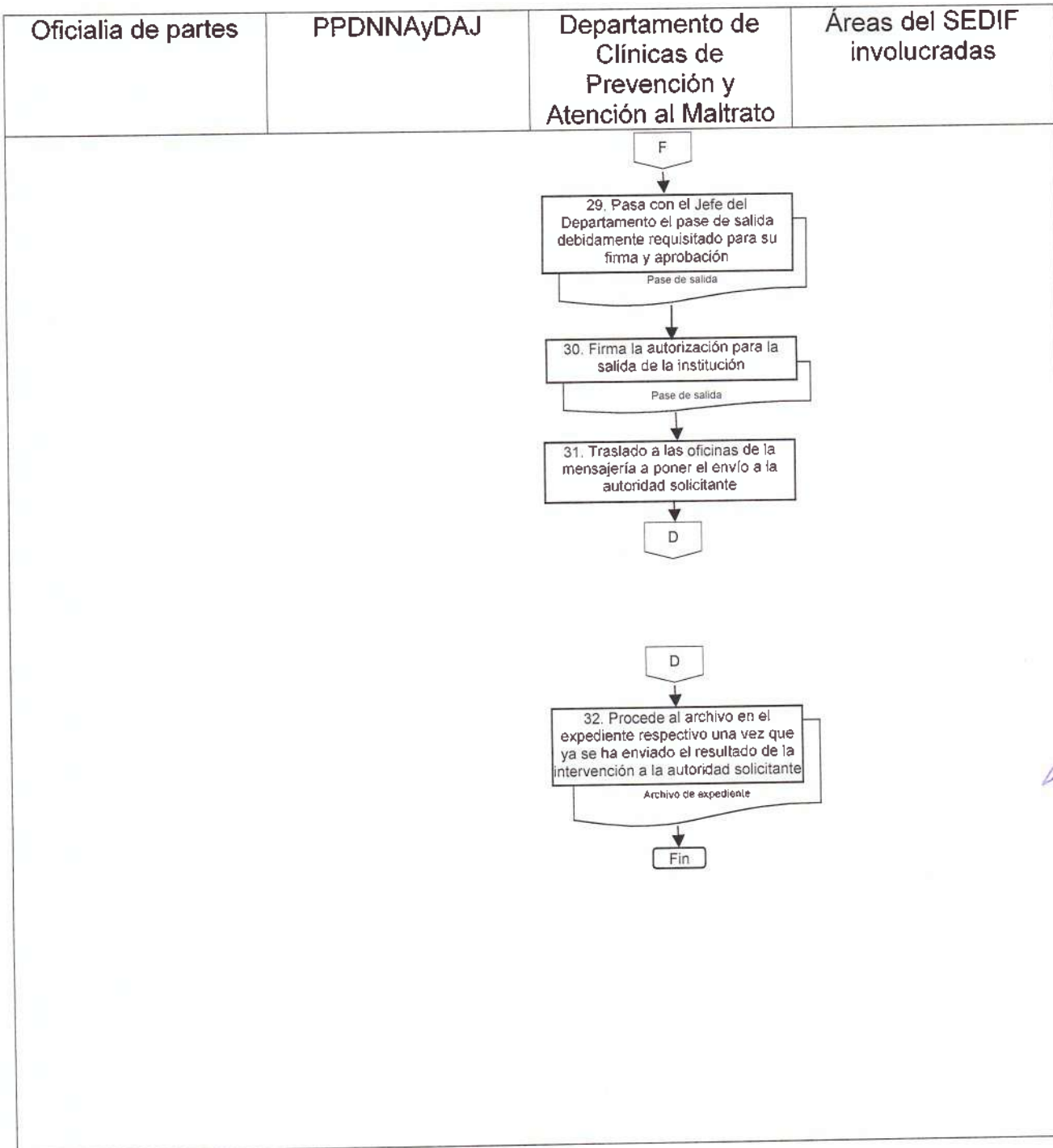




8

X





[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]



Anexos PPDNNADAJCPAM-02



CITATORIO

**OFICIO T.S. //2017
EXPEDIENTE NUMERO**

C.
Calle
PRESENTE

Con fundamento en lo dispuesto en los artículos 4 párrafos noveno y décimo de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 7 de la Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Puebla, 121 de la Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, 115 de la Ley de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes del Estado de Puebla, 15 y 30 de la Ley sobre el Sistema Estatal de Asistencia Social, 4 fracción V, inciso d), 13 fracciones, XIV y XXXV del Reglamento Interior del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia, y para efecto de dar cumplimiento a lo ordenado en el Oficio dictado dentro del expediente al rubro citado, por el C. Juez de lo Familiar del Distrito Judicial de Puebla, deberá presentarse en el Área de Trabajo Social de esta Procuraduría, sito en Calle 5 de Mayo número mil seiscientos seis (1606), Planta Alta, Colonia Centro, de esta ciudad capital (Oficinas Centrales del Sistema Estatal DIF), con la Profesiona T.S. Con identificación oficial vigente el día y hora que a continuación se detalla:

() de dos mil dieciséis (2016) a las HORAS.

Sin otro particular, le reitero la seguridad de mi atenta y distinguida consideración

ATENTAMENTE
CUATRO VECES HERÓDIA PUEBLA DE ZARAGOZA, A DE DE 2017

PROCURADOR DE PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS
DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES Y
DIRECTOR DE ASISTENCIA JURÍDICA

DIF

Calle 5 de Mayo 1606 Centro Puebla
Estado de Puebla, C.P. 72000
Teléfono: 01 (52) 221 211 2111
www.difpuebla.gob.mx
Difestatal.puebla.gob.mx

GOBIERNO DEL ESTADO DE PUEBLA
COMPROMISO
CON EL ESTADO



Glosario

ACUERDO: Resolución positiva de la mediación en la cual las partes en conflicto coinciden en el arreglo.

CLIPAM: Clinicas de Prevención y Atención del Maltrato.

CMF: Centro de Mediación Familiar

CONFIDENCIALIDAD.-Lo tratado en mediación no podrá ser divulgado por el mediador, a excepción de los casos en los que la información se refiera a un ilícito penal perseguible de oficio. Las actuaciones que se practiquen en este procedimiento, incluyendo los testimonios o confesiones expresadas por las partes no tendrán valor probatorio, ni incidirán en los juicios que se sigan en los Tribunales.

CONVENIO: Acuerdo suscrito por los interesados para fijar las condiciones del arreglo.

DA: Departamento de Adopciones.

DCDN: Departamento Consultivo y Dictamen Normativo

DDIF: Departamento de la Defensa de la Infancia y la Familia.

EQUIDAD.-El mediador debe procurar que el acuerdo al que lleguen los mediados, satisfaga sus intereses de manera justa.

FLEXIBILIDAD.-El procedimiento de mediación prescindirá de toda forma, para poder responder a las necesidades de los mediados.

HONESTIDAD.-El mediador no intervendrá o dará por fracasada la mediación, cuando por su naturaleza o la conducta de los interesados, el asunto no sea mediable.

IMPARCIALIDAD.-El mediador deberá actuar libre de favoritismos, inclinaciones, prejuicios o rituales, tratando a los mediados con absoluta objetividad, sin hacer diferencia alguna.

INVITADO/A: Persona a la que se le insta a acudir a mediación para tratar de resolver un conflicto con el usuario/a.



MEDIACIÓN: es un procedimiento mediante el cual las personas que tienen un conflicto entre sí, solicitan la intervención de un tercero que facilite la comunicación para que de manera conjunta y pacífica obtengan un acuerdo satisfactorio, evitando el proceso judicial.

La mediación se rige bajo los principios siguientes: Voluntariedad, confidencialidad, flexibilidad, neutralidad, imparcialidad, equidad, legalidad y honestidad.

MEDIADOR/A: Profesional que funge como tercero neutral en el proceso de mediación, es el facilitador de la comunicación entre las partes, no es árbitro ni juez.

NEUTRALIDAD.-El mediador debe mantener una postura y mentalidad equilibrada para no ceder a sus inclinaciones o preferencias.

PPDNNADAJ: Procuraduría de Protección de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes y Dirección de Asistencia Jurídica.

RL: Representación Legal.

SEDIF: Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de Puebla.

USUARIO/A: Persona que requiere el Servicio de Mediación.

VOLUNTARIEDAD.-La participación en el procedimiento de mediación debe ser por propia decisión y no obligatoria.



REGISTRO: GEP1719/08/0002C/05/18MP0718

Valida:

Santiago Benítez Salazar
SBS (DEPSDIF)
Junio 2018

Autoriza:

Emmanuel Durán Meneses
EDM (DGSDIF)
Junio 2018

Con fundamento en los artículos 50, 54, 59 y 60 de la Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de Puebla, última reforma 23/II/2017; el Artículo 6 fracciones VI, VII, Artículo 7 fracción IV del Reglamento Interior del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado última reforma 06/III/2017, se AUTORIZA la expedición del presente MANUAL DE PROCEDIMIENTOS del Organismo Público, Junio de 2018.

