



## CENTROS DE JUSTICIA PARA LAS MUJERES 2021

### DATOS DE LA PERSONA INFORMANTE

#### PERSONA RESPONSABLE DE LA INFORMACIÓN

Titular o persona servidora pública del Centro de Justicia para las Mujeres que tiene el carácter de validar y oficializar la información. (Debe encontrarse, cuando menos en el segundo nivel jerárquico).

Nombre completo:	<input type="text"/>
Área o Unidad administrativa de adscripción:	<input type="text"/>
Cargo:	<input type="text"/>
Teléfono de oficina:	a. Lada <input type="text"/> b. Tel. <input type="text"/> c. Ext. <input type="text"/>
Teléfono alternativo:	a. Lada <input type="text"/> b. Tel. <input type="text"/> c. Ext. <input type="text"/>
Correo institucional:	<input type="text"/>
Correo alternativo:	<input type="text"/>

#### PERSONA RESPONSABLE DEL LLENADO DEL CUESTIONARIO (ENLACE DESIGNADO)

Puede ser la misma persona indicada como responsable del llenado de este cuestionario y el envío de la información.

Nombre completo:	<input type="text"/>
Área o Unidad administrativa de adscripción:	<input type="text"/>
Cargo:	<input type="text"/>
Teléfono de oficina:	a. Lada <input type="text"/> b. Tel. <input type="text"/> c. Ext. <input type="text"/>
Teléfono alternativo:	a. Lada <input type="text"/> b. Tel. <input type="text"/> c. Ext. <input type="text"/>
Correo institucional:	<input type="text"/>
Correo alternativo:	<input type="text"/>

### INTRODUCCIÓN

**El INEGI está llevando a cabo una recopilación de información en los Centros de Justicia para las Mujeres (CJM), que permitirá disponer de información pertinente, veraz y oportuna sobre la operación y registro en los CJM en las entidades del país.**

#### CONFIDENCIALIDAD

Conforme a las disposiciones del **Artículo 37, párrafo primero, de la Ley del Sistema Nacional de Información Estadística y Geográfica** en vigor: "Los datos que proporcionen para fines estadísticos los informantes del Sistema a las Unidades en términos de la presente Ley, serán estrictamente confidenciales y bajo ninguna circunstancia podrán utilizarse para otro fin que no sea el estadístico."

#### OBLIGATORIEDAD

De acuerdo con el **Artículo 45, párrafo primero, de la Ley del Sistema Nacional de Información Estadística y Geográfica** en vigor: "Los Informantes del Sistema estarán obligados a proporcionar, con veracidad y oportunidad, los datos e informes que les soliciten las autoridades competentes para fines estadísticos, censales y geográficos, y prestarán apoyo a las mismas."

## MÓDULO 1. IDENTIFICACIÓN Y OPERACIÓN DEL CJM

<b>NOMBRE OFICIAL DEL CJM</b>			
1.1 Denominación del CJM: <input style="width: 90%;" type="text"/>			
<b>IDENTIFICACIÓN GEOGRÁFICA</b>			
1.2 Entidad Federativa de ubicación: <input style="width: 90%;" type="text"/>			
1.3 Municipio/Alcaldía de ubicación: <input style="width: 90%;" type="text"/>			
1.4 Localidad o Colonia: <input style="width: 90%;" type="text"/>			
<b>GEORREFERENCIACIÓN</b>			
1.5 Latitud: <input style="width: 40%;" type="text"/>		1.6 Longitud: <input style="width: 40%;" type="text"/>	
<b>DIRECCIÓN DEL CJM</b>			
1.7 Nombre completo de la calle <input style="width: 20%;" type="text"/>	1.8 Número exterior <input style="width: 20%;" type="text"/>	1.9 Número interior <input style="width: 20%;" type="text"/>	1.10 Código Postal <input style="width: 20%;" type="text"/>
1.11 Entre el 1 de enero de 2019 y el 30 de junio de 2021, ¿el CJM cambió de ubicación física?  SELECCIONE LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA  <input style="width: 100px;" type="text"/>  1. Sí 2. No <i>PASE A 1.13</i>		1.12 Especifique el mes y año en el cual cambió su ubicación y la dirección anterior que tenía el CJM.  ANOTE RESPUESTA  1. Mes/Año <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> 2. Nombre completo de la calle <input style="width: 40px;" type="text"/> 3. Número exterior <input style="width: 20px;" type="text"/> 4. Número interior <input style="width: 20px;" type="text"/> 5. Código Postal <input style="width: 20px;" type="text"/> 6. Municipio <input style="width: 40px;" type="text"/> 7. Localidad <input style="width: 40px;" type="text"/> 8. Latitud <input style="width: 20px;" type="text"/> 9. Longitud <input style="width: 20px;" type="text"/>	
1.13 Indique la fecha en la que el CJM empezó a dar atención a las mujeres en situación de violencia.  (DD-MM-AAAA)  1. Fecha <input style="width: 40px;" type="text"/>		1.14 Indique el total de días que operó el CJM, para los periodos que se solicita:  EN EL CASO DE QUE EL CJM NO HAYA BRINDADO SERVICIO EN EL PERIODO COLOQUE NA QUE SIGNIFICA "NO APLICA"  1. Del 1 de enero de 2019 al 31 de diciembre de 2019 <input style="width: 20px;" type="text"/> 2. Del 1 de enero de 2020 al 31 de diciembre de 2020 <input style="width: 20px;" type="text"/> 3. Del 1 de enero de 2021 al 30 de junio de 2021 <input style="width: 20px;" type="text"/>	
1.15 Especifique los días y horarios de atención del CJM vigentes al 30 de junio de 2021, para los días que se señalan.  SELECCIONE LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA PARA CADA DÍA E INDIQUE EL HORARIO DE ATENCIÓN			
Día	1. SÍ	2. NO	DE: (HH:MM)
1. Lunes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>
2. Martes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>
3. Miércoles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>
4. Jueves	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>
5. Viernes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>
6. Sábado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>
7. Domingo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>
8. Días festivos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>

1.16 En caso de considerarlo necesario, puede hacer observaciones a los días y horarios de atención del CJM (pregunta 1.15) .....

## MÓDULO 2. ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL Y RECURSOS DEL CJM

### 2.1 PERSONALIDAD JURÍDICA Y ADSCRIPCIÓN DEL CJM (información vigente al 30 de junio de 2021)

#### 2.1.1 Indique la dependencia a la cual estuvo adscrito el CJM.

*SELECCIONE LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA*

Dependencia

1. Secretaría de Gobierno de la Entidad Federativa
2. Mecanismo para el Adelanto de las Mujeres de la Entidad Federativa
3. Procuraduría o Fiscalía General de Justicia de la Entidad Federativa
4. Otra dependencia
- 4.1. Especifique: \_\_\_\_\_

#### 2.1.2 Indique la naturaleza jurídica o administrativa del CJM.

*SELECCIONE LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA*

Tipo de naturaleza

1. Órgano desconcentrado
2. Órgano descentralizado
3. Unidad administrativa
4. Área administrativa
5. Otra
- 5.1. Especifique: \_\_\_\_\_

### 2.2 CARACTERÍSTICAS BÁSICAS DEL INMUEBLE (información vigente al 30 de junio del 2021)

#### 2.2.1 El inmueble que ocupa el CJM es:

*SELECCIONE LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA*

1. Propio
- PASE A 2.2.3
2. Rentado
3. Prestado o en comodato
4. Otra situación
- 4.1. Especifique: \_\_\_\_\_

#### 2.2.2 Por favor, indique la institución a cuyo patrimonio pertenece el inmueble que ocupa este CJM.

*(INDIQUE INSTITUCIÓN, DEPENDENCIA, EMPRESA O PERSONA PARTICULAR SEGÚN CORRESPONDA, EN CASO DE QUE NO SEPA ANOTE NS QUE SIGNIFICA "NO SABE")*

#### 2.2.3 El inmueble en el que se encuentra actualmente el CJM:

*SELECCIONE LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA PARA CADA ÍTEM  
1. SÍ 2. NO*

1. Fue construido para este fin   
*SI RESPONDE "SÍ"*  
PASE A 2.2.5
2. Se realizó alguna adaptación para poder ocuparlo   
*SI RESPONDE "SÍ"*  
PASE A 2.2.4

#### 2.2.4 ¿Qué tipo de adaptación se realizó?

*SELECCIONE LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA PARA CADA ÍTEM  
1. SÍ 2. NO*

1. De tipo estructural
2. Acabados
3. Instalación eléctrica, de agua, de plomería, etc.
4. Otra
- 4.1. Especifique: \_\_\_\_\_

#### 2.2.5 ¿El inmueble que ocupa el CJM contó con el siguiente equipamiento?

*SELECCIONE LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA PARA CADA ÍTEM  
1. SÍ 2. NO 3. NO APLICA*

- |   |   |
|---|---|
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Agua potable <input type="checkbox"/></li> <li>2. Cisterna (aljibe)/ tinaco para almacenar agua <input type="checkbox"/></li> <li>3. Bebederos o depósitos de agua para uso de las personas usuarias <input type="checkbox"/></li> <li>4. Sanitarios <i>EN CASO DE QUE NO HAYA PASE A 5</i> <input type="checkbox"/> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sanitarios para mujeres <input type="checkbox"/></li> <li>2. Sanitarios para hombres <input type="checkbox"/></li> <li>3. Sanitarios compartidos para mujeres y hombres <input type="checkbox"/></li> <li>4. Sanitarios para personas con discapacidad <input type="checkbox"/></li> </ol> </li> <li>5. Rampas para silla de ruedas <input type="checkbox"/></li> <li>6. Salida(s) de emergencia <input type="checkbox"/></li> <li>7. Letreros con señalizaciones de evacuación o zonas de seguridad <input type="checkbox"/></li> <li>8. Alarma de emergencia <input type="checkbox"/></li> </ol> | <ol style="list-style-type: none"> <li>9. Detectores de humo <input type="checkbox"/></li> <li>10. Extinguidores <input type="checkbox"/></li> <li>11. Servicio de vigilancia y seguridad <input type="checkbox"/></li> <li>12. Accesos alternos al principal <input type="checkbox"/></li> <li>13. Estacionamiento <input type="checkbox"/></li> <li>14. Servicio de gas <input type="checkbox"/></li> <li>15. Elevador <input type="checkbox"/></li> <li>16. Depósito y manejo de residuos sólidos <input type="checkbox"/></li> <li>17. Ventilación natural <input type="checkbox"/></li> <li>18. Iluminación natural <input type="checkbox"/></li> <li>19. Iluminación artificial <input type="checkbox"/></li> <li>20. Iluminación de emergencia <input type="checkbox"/></li> <li>21. Espacio exclusivo para archivo documental <input type="checkbox"/></li> </ol> |
|---|---|

#### 2.2.6 En el CJM, ¿existe un plan de mejora o ampliación de instalaciones aprobado y con presupuesto asignado para el 2021?

*SELECCIONE LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA  
1. SÍ 2. NO PASE A SECCIÓN 2.3*

#### 2.2.7 En caso de contar con un plan de mejora para el CJM durante el 2021, describa brevemente qué se tiene contemplado llevar a cabo.

*ANOTE RESPUESTA*

**2.3 RECURSOS MATERIALES (información vigente al 30 de junio de 2021)**

**2.3.1 A continuación, registre el total de vehículos en funcionamiento que conformaron el parque vehicular del CJM.**

SI LA RESPUESTA ES CERO ANOTE 000  
SI NO CUENTA CON INFORMACIÓN PARA RESPONDER ESTA PREGUNTA ANOTE ND QUE SIGNIFICA "NO DISPONIBLE"

Tipo de vehículos	
<b>1. Total</b>	<input type="text"/>
2. Automóviles	<input type="text"/>
3. Camiones y camionetas	<input type="text"/>
4. Motocicletas	<input type="text"/>
5. Otro(s)	<input type="text"/>
5.1. Especifique:	<input type="text"/>

**2.3.2 Especifique el número de equipos informáticos en funcionamiento con el que contó el CJM de acuerdo con las características que se especifican.**

SI LA RESPUESTA ES CERO ANOTE 000  
SI NO CUENTA CON INFORMACIÓN PARA RESPONDER ESTA PREGUNTA INDIQUE ND QUE SIGNIFICA "NO DISPONIBLE"

Tipo de equipo	Equipo informático		Equipo informático con acceso a internet	
	Personales (de escritorio)	Portátiles	Personales (de escritorio)	Portátiles
<b>1. Total</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2. Computadoras exclusivas del CJM	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3. Computadoras que se usan para brindar servicios en el CJM, pero pertenecen a las dependencias representadas en el CJM	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**2.4 RECURSOS ECONÓMICOS**

**2.4.1 Indique la procedencia del presupuesto que fue aprobado para el CJM para los ejercicios fiscales de 2019, 2020 y 2021.**

SELECCIONE LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA PARA CADA ÍTEM  
1. SÍ 2. NO

Tipo de presupuesto	2019	2020	2021
1. Federal	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2. Estatal	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3. Otro <i>SI RESPONDE AFIRMATIVAMENTE PARA ALGÚN PERIODO, PASE A PREGUNTAS 2.4.5, 2.4.6</i>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3.1. Especifique: _____			

**2.4.2 En total, ¿a cuánto ascendió el presupuesto aprobado y ejercido del CJM para los ejercicios fiscales del 2019 y 2020, y a cuánto ascendió el presupuesto aprobado para el 2021? Anote según corresponda.**

ANOTE LA CANTIDAD QUE CORRESPONDA EN CADA ÍTEM INCLUYENDO LOS CENTAVOS  
SI NO RECIBIÓ PRESUPUESTO EN ALGUNA OPCIÓN ANOTE 000

Tipo de presupuesto	2019		2020		2021
	Aprobado	Ejercido	Aprobado	Ejercido	Aprobado
<b>1.Total</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2. Federal	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3. Estatal	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**2.4.3 Indique si se presentó algún retraso en la asignación de presupuesto para el CJM para los ejercicios fiscales de 2019, 2020 y 2021.**

SELECCIONE LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA PARA CADA ÍTEM  
1. SÍ 2. NO

Tipo de presupuesto	2019	2020	2021
1. Federal	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2. Estatal	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**2.4.4 Señale el presupuesto aprobado y ejercido por el CJM durante el ejercicio 2019, 2020 y 2021, para cada uno de los capítulos del Clasificador por Objeto del Gasto, para los periodos que se solicita.**

ANOTE LA CANTIDAD QUE CORRESPONDA EN CADA ÍTEM INCLUYENDO LOS CENTAVOS  
SI NO SE DESTINÓ PRESUPUESTO EN ALGUNA OPCIÓN ANOTE 000

Objeto del gasto	Capítulo	2019			2020			2021
		Aprobado	Ejercido	Sin ejercer	Aprobado	Ejercido	Sin ejercer	Aprobado
<b>1. Total</b>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2. Servicios personales	Capítulo 1000	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3. Materiales y suministros	Capítulo 2000	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4. Servicios generales	Capítulo 3000	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5. Transferencias, asignaciones, subsidios y otras ayudas	Capítulo 4000	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6. Bienes muebles, inmuebles e intangibles	Capítulo 5000	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7. Inversión Pública	Capítulo 6000	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
8. Inversiones financieras y otras provisiones	Capítulo 7000	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
9. Participaciones y aportaciones	Capítulo 8000	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
10. Deuda Pública	Capítulo 9000	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**2.4.5 En caso de haber recibido algún subsidio (de una transferencia) durante los ejercicios fiscales de 2019, 2020 y hasta el 30 de junio de 2021, señale la procedencia y el monto.**

SELECCIONE LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA PARA CADA ÍTEM Y ANOTE EL MONTO QUE CORRESPONDA INCLUYENDO LOS CENTAVOS  
SI NO RECIBIÓ RECURSO ECONÓMICO EN ALGUNA OPCIÓN ANOTE 000

Procedencia	2019		2020		Del 1 de enero al 30 de junio de 2021	
	SELECCIONE 1. SÍ 2. NO	ANOTE MONTO	SELECCIONE 1. SÍ 2. NO	ANOTE MONTO	SELECCIONE 1. SÍ 2. NO	ANOTE MONTO
1. A través de la CONAVIM	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2. A través del SESNSP	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3. Fondos de PAIMEF	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4. Otro	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4.1. Especifique: _____						

**2.4.6 En caso de haber recibido algún apoyo o donación económica, durante los ejercicios fiscales 2019, 2020 y hasta el 30 de junio de 2021, señale la procedencia y el monto recibido.**

SELECCIONE LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA PARA CADA ÍTEM Y ANOTE EL MONTO QUE CORRESPONDA INCLUYENDO LOS CENTAVOS  
SI NO RECIBIÓ RECURSO ECONÓMICO EN ALGUNA OPCIÓN ANOTE 000

Procedencia	2019		2020		Del 1 de enero al 30 de junio de 2021	
	SELECCIONE 1. SÍ 2. NO	ANOTE MONTO	SELECCIONE 1. SÍ 2. NO	ANOTE MONTO	SELECCIONE 1. SÍ 2. NO	ANOTE MONTO
1. Organismos internacionales (p. ej. ONU Mujeres, ONU Hábitat, etc.)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2. Agencias de Cooperación Internacional (p. ej. USAID, NORAD, EUROSOCIAL)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3. Otro	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3.1. Especifique: _____						

**2.5 RECURSOS HUMANOS (información vigente al 30 de junio de 2021)**

**2.5.1 Señale si el CJM contó con el tipo de personal que se indica.**

ANOTE OPCIÓN DE RESPUESTA PARA CADA ÍTEM  
1. SÍ 2. NO

Tipo de personal

1. Personal adscrito al CJM

SI CONTESTA AFIRMATIVAMENTE

RESPONDA PREGUNTAS 2.5.2 A 2.5.9

2. Personal asignado/comisionado al CJM

SI CONTESTA AFIRMATIVAMENTE

RESPONDA PREGUNTAS 2.5.8 A 2.5.12

3. Otro

3.1. Especifique: \_\_\_\_\_

**2.5.2 Indique el total del personal que estuvo adscrito al CJM, por tipo de plaza, desglosado por sexo.**

SI LA RESPUESTA ES CERO ANOTE 000  
SI NO CUENTA CON LA INFORMACIÓN ANOTE ND QUE SIGNIFICA "NO DISPONIBLE"

Tipo de plaza	Total	Mujeres	Hombres
<b>1. Total</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2. Confianza	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3. Base o sindicalizado	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4. Eventual	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5. Honorarios	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**2.5.3 Indique el total del personal que estuvo adscrito al CJM, según el área de atención donde prestó sus servicios, desglosado por sexo.**

SI LA RESPUESTA ES CERO ANOTE 000  
SI EL CENTRO NO CUENTA CON EL ÁREA DE ATENCIÓN ANOTE NA QUE SIGNIFICA "NO APLICA"

Área de atención	Total	Mujeres	Hombres
<b>1. Total</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2. Informes y difusión	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3. Entrevista inicial	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4. Atención psicológica	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5. Atención médica	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6. Atención jurídica	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7. Trabajo social	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
8. Empoderamiento	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
9. Atención infantil especializada	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
10. Agencia del Ministerio Público	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
11. Juzgados	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
12. Monitoreo y seguimiento	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
13. Personal administrativo o de apoyo	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
14. Otra(s)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**2.5.4 En el CJM, ¿existía personal que prestaba sus servicios en dos o más áreas de atención?**

SELECCIONE LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA  
1. SÍ 2. NO PASE A 2.5.6

**2.5.5 Indique las áreas de atención en las que el personal prestó sus servicios en dos áreas o más:**

ANOTE RESPUESTA

**2.5.6 Indique el total del personal que estuvo adscrito al CJM, por rango de salario nominal.**

SI LA RESPUESTA ES CERO, ANOTE 000  
SI NO CUENTA CON LA INFORMACIÓN ANOTE ND QUE SIGNIFICA "NO DISPONIBLE"

Rango de ingreso

<b>1. Total</b>	<input type="text"/>
2. Sin paga	<input type="text"/>
3. Menos de 5,000	<input type="text"/>
4. Más de 5,000 y hasta 10,000	<input type="text"/>
5. Más de 10,000 y hasta 15,000	<input type="text"/>
6. Más de 15,000 y hasta 20,000	<input type="text"/>
7. Más de 20,000 y hasta 25,000	<input type="text"/>
8. Más de 25,000 y hasta 30,000	<input type="text"/>
9. Más de 30,000 y hasta 35,000	<input type="text"/>
10. Más de 35,000 y hasta 40,000	<input type="text"/>
11. Más de 40,000 y hasta 45,000	<input type="text"/>
12. Más de 45,000 y hasta 50,000	<input type="text"/>
13. 50,000 o más	<input type="text"/>

**2.5.7 Indique el total del personal que estuvo adscrito al CJM, según condición de habla de lengua indígena o dialecto, desglosado por sexo.**

SI LA RESPUESTA ES CERO ANOTE 000

- 1. Total
- 2. Mujeres
- 3. Hombres


**Instituciones o dependencias**

**2.5.8 Especifique si en el CJM se encontraron representadas físicamente las instituciones que se enlistan a continuación.**

SELECCIONE LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA PARA CADA ÍTEM  
1. SÍ 2. NO

**2.5.9 ¿Existió algún convenio de colaboración o acuerdo entre el CJM y las instituciones representadas físicamente, para asignar/comisionar personal para laborar en el CJM?**

SELECCIONE LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA PARA CADA ÍTEM  
1. SÍ 2. NO

- 1. Mecanismo para el Adelanto de las Mujeres
- 2. Sistema Nacional de Desarrollo Integral de la Familia
- 3. Tribunal Superior de Justicia
- 4. Fiscalía o Procuraduría General de Justicia
- 5. Secretaría de Seguridad Pública
- 6. Secretaría de Salud
- 7. Secretaría de Educación Pública
- 8. Secretaría de Desarrollo Social
- 9. Secretaría de Economía
- 10. Centro de Atención a Víctimas
- 11. Secretaría de Gobierno
- 12. Secretaría de Trabajo y Previsión Social
- 13. Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas Estatal
- 14. Otra(s)
- 14.1. Especifique: \_\_\_\_\_



**2.5.10 Indique las características de la designación del personal que fue asignado/comisionado al CJM, para los años que se solicita.**

ANOTE LA RESPUESTA QUE CORRESPONDA PARA CADA ÍTEM

- 1. ROTATORIA SIN TIEMPO DEFINIDO O ESTABLECIDO
- 2. ROTATORIA, PERO CON TIEMPO ESTABLECIDO
- 3. ASIGNACIÓN PERMANENTE
- 4. OTRA
- 5. NO APLICA

**Institución u organización**

Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2019

Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2020

Del 1 de enero al 30 de junio de 2021

- 1. Mecanismo para el Adelanto de las Mujeres
- 2. Sistema Nacional de Desarrollo Integral de la Familia
- 3. Tribunal Superior de Justicia
- 4. Fiscalía o Procuraduría General de Justicia
- 5. Secretaría de Seguridad Pública
- 6. Secretaría de Salud
- 7. Secretaría de Educación Pública
- 8. Secretaría de Desarrollo Social
- 9. Secretaría de Economía
- 10. Centro de Atención a Víctimas
- 11. Secretaría de Gobierno
- 12. Secretaría de Trabajo y Previsión Social
- 13. Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas Estatal
- 14. Otra(s)
- 14.1. Especifique: \_\_\_\_\_




**2.5.11 Indique el total de personal que fue asignado/comisionado al CJM, por cada institución u organización de adscripción que se encuentra representada en las instalaciones del CJM para los periodos que se indican.**

SI LA RESPUESTA ES CERO ANOTE 000  
 SI LA INSTITUCIÓN NO ASIGNA/COMISIONA PERSONAL ANOTE NA QUE SIGNIFICA "NO APLICA"  
 SI NO CUENTA CON LA INFORMACIÓN ANOTE ND QUE SIGNIFICA "NO DISPONIBLE"

Institución u organización	Del 1 de enero al 31	Del 1 de enero al 31	Del 1 de enero al 30		
	de diciembre de 2019	de diciembre de 2020	de junio de 2021	Mujeres	Hombres
	Total	Total	Total		
<b>1. Total</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2. Mecanismo para el Adelanto de las Mujeres	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3. Sistema Nacional de Desarrollo Integral de la Familia	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4. Tribunal Superior de Justicia	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5. Fiscalía o Procuraduría General de Justicia	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6. Secretaría de Seguridad Pública	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7. Secretaría de Salud	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
8. Secretaría de Educación Pública	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
9. Secretaría de Desarrollo Social	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
10. Secretaría de Economía	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
11. Centro de Atención a Víctimas	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
12. Secretaría de Gobierno	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
13. Secretaría de Trabajo y Previsión Social	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
14. Otra(s)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**2.5.12 Indique el total del personal que fue asignado/comisionado al CJM, según el área de atención donde prestó sus servicios para los años que se indican.**

SI LA RESPUESTA ES CERO ANOTE 000  
 SI NO CUENTA CON EL REGISTRO ANOTE ND QUE SIGNIFICA "NO DISPONIBLE" SEGÚN CORRESPONDA

Área de atención	Del 1 de enero al 31	Del 1 de enero al 31	Del 1 de enero al 30		
	de diciembre de 2019	de diciembre de 2020	de junio de 2021	Mujeres	Hombres
	Total	Total	Total		
<b>1. Total</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2. Informes y difusión	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3. Entrevista inicial	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4. Atención psicológica	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5. Atención médica	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6. Atención jurídica	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7. Trabajo social	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
8. Empoderamiento	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
9. Atención infantil especializada	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
10. Agencia del Ministerio Público	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
11. Juzgados	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
12. Monitoreo y seguimiento	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
13. Personal administrativo o de apoyo	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
14. Otra(s)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**2.6 CAPACITACIÓN**

**2.6.1 Indique si en el CJM se llevaron a cabo acciones en materia de capacitación para el personal adscrito y asignado/comisionado al Centro, para los años que se solicita.**

SELECCIONE LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA PARA CADA ÍTEM  
 SI LA RESPUESTA ES NEGATIVA O NO DISPONIBLE, PARA TODOS LOS AÑOS Y TIPO DE PERSONAL, PASE A SECCIÓN 2.7  
 1. SÍ 2. NO 3. NO DISPONIBLE

Tipo de personal capacitado	Del 1 de enero al 31	Del 1 de enero al 31	Del 1 de enero al 30
	de diciembre de 2019	de diciembre de 2020	de junio de 2021
1. Personal adscrito al CJM	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2. Personal asignado/comisionado al CJM	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3. Otro	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>



**A. Capacitación informativa**

**2.6.2 ¿El CJM llevó a cabo acciones de capacitación informativa, es decir, que no requieren un proceso de evaluación para su acreditación? Indique para los años que se solicita.**

SELECCIONE LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA PARA CADA ÍTEM  
SI LA RESPUESTA ES NEGATIVA O NO DISPONIBLE EN LOS TRES PERIODOS INDICADOS, PASE A LA PREGUNTA 2.6.7  
1. SÍ 2. NO 3. NO DISPONIBLE

- |   |                          |
|---|--------------------------|
| 1. Del 1 de enero al 31 de diciembre del 2019 | <input type="checkbox"/> |
| 2. Del 1 de enero al 31 de diciembre del 2020 | <input type="checkbox"/> |
| 3. Del 1 de enero al 30 de junio del 2021     | <input type="checkbox"/> |

**2.6.3 En los periodos que se indican, señale a qué tipo de personal se le brindó capacitación informativa y el tipo de capacitación recibida.**

SELECCIONE LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA PARA CADA ÍTEM  
1. SÍ 2. NO

Acciones de capacitación	Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2019		Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2020		Del 1 de enero al 30 de junio de 2021	
	Personal adscrito	Personal asignado/comisionado	Personal adscrito	Personal asignado/comisionado	Personal adscrito	Personal asignado/comisionado
1. Conferencias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Jornadas y mesas de trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Mesas de discusión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Pláticas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Obras de teatro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Otra(s) modalidad(es)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**2.6.4 Para los periodos que se indican, anote la cantidad total de acciones o eventos de capacitación informativa impartidas por el CJM.**

ANOTE LA CANTIDAD TOTAL DE ACCIONES O EVENTOS DE CAPACITACIÓN INFORMATIVA

Acciones de capacitación	Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2019	Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2020	Del 1 de enero al 30 de junio de 2021
1. Conferencias	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2. Jornadas y mesas de trabajo	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3. Mesas de discusión	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4. Pláticas	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5. Obras de teatro	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6. Otra(s) modalidad(es)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6.1. Especifique: _____			

**2.6.5 En los periodos que se indican, anote los temas abordados en las acciones de capacitación informativa impartidas, según lo señalado en las preguntas anteriores:**

ANOTE RESPUESTAS, SI NO CUENTA CON LA INFORMACIÓN REGISTRE ND QUE SIGNIFICA "NO DISPONIBLE"

Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2019	Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2020	Del 1 de enero al 30 de junio de 2021
1. _____	1. _____	1. _____
2. _____	2. _____	2. _____
3. _____	3. _____	3. _____
4. _____	4. _____	4. _____
5. _____	5. _____	5. _____
6. _____	6. _____	6. _____
7. _____	7. _____	7. _____

**2.6.6 En los periodos que se indican, anote la institución oferente que impartió principalmente las acciones de capacitación informativa, señaladas en la pregunta anterior (por ejemplo, personal del CJM, universidades, instituciones del gobierno, etc.):**

ANOTE RESPUESTAS, SI NO CUENTA CON LA INFORMACIÓN REGISTRE ND QUE SIGNIFICA "NO DISPONIBLE"

Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2019	Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2020	Del 1 de enero al 30 de junio de 2021
1. _____	1. _____	1. _____
2. _____	2. _____	2. _____
3. _____	3. _____	3. _____
4. _____	4. _____	4. _____
5. _____	5. _____	5. _____
6. _____	6. _____	6. _____
7. _____	7. _____	7. _____

**B. Capacitación formativa**

**2.6.7 ¿El CJM llevó a cabo acciones de capacitación formativa, es decir, que requieren un proceso de evaluación para su acreditación? Indique para los años que se solicita.**

SELECCIONE LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA PARA CADA ÍTEM  
SI LA RESPUESTA ES NEGATIVA O NO DISPONIBLE EN LOS TRES PERIODOS INDICADOS, PASE A LA SECCIÓN 2.7  
1. SÍ 2. NO 3. NO DISPONIBLE

- |   |                          |
|---|--------------------------|
| 1. Del 1 de enero al 31 de diciembre del 2019 | <input type="checkbox"/> |
| 2. Del 1 de enero al 31 de diciembre del 2020 | <input type="checkbox"/> |
| 3. Del 1 de enero al 30 de junio del 2021     | <input type="checkbox"/> |

**2.6.8 En los periodos que se indican, señale a qué tipo de personal se le brindó capacitación formativa y el tipo de acción de capacitación:**

SELECCIONE LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA PARA CADA ÍTEM  
1. SÍ 2. NO

Acciones de capacitación	Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2019		Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2020		Del 1 de enero al 30 de junio de 2021	
	Personal adscrito	Personal asignado/comisionado	Personal adscrito	Personal asignado/comisionado	Personal adscrito	Personal asignado/comisionado
1. Diplomados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Cursos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Talleres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Seminarios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Otra(s) modalidad(es)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**2.6.9 Para los periodos que se indican, anote la cantidad total de acciones de capacitación formativa impartidas por el CJM.**

ANOTE EL TOTAL DE ACCIONES O EVENTOS DE CAPACITACIÓN FORMATIVA

Acciones de capacitación	Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2019	Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2020	Del 1 de enero al 30 de junio de 2021
1. Diplomados	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2. Cursos	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3. Talleres	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4. Seminarios	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5. Otra(s) modalidad(es)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5.1. Especifique: _____			

**2.6.10 Para los periodos que se indica, anote los temas abordados en las acciones de capacitación formativa impartidas, según lo señalado en la pregunta anterior:**

ANOTE RESPUESTAS, SI NO CUENTA CON LA INFORMACIÓN REGISTRE ND QUE SIGNIFICA "NO DISPONIBLE"

Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2019	Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2020	Del 1 de enero al 30 de junio de 2021
1. _____	1. _____	1. _____
2. _____	2. _____	2. _____
3. _____	3. _____	3. _____
4. _____	4. _____	4. _____
5. _____	5. _____	5. _____
6. _____	6. _____	6. _____
7. _____	7. _____	7. _____

**2.6.11 En los periodos que se indican, anote la institución oferente que impartió principalmente las acciones de capacitación formativa, señaladas en la pregunta anterior (por ejemplo, personal del CJM, universidades, instituciones del gobierno como el INMUJERES, la CONAVIM, etc.):**

ANOTE RESPUESTAS, SI NO CUENTA CON LA INFORMACIÓN REGISTRE ND QUE SIGNIFICA "NO DISPONIBLE"

Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2019	Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2020	Del 1 de enero al 30 de junio de 2021
1. _____	1. _____	1. _____
2. _____	2. _____	2. _____
3. _____	3. _____	3. _____
4. _____	4. _____	4. _____
5. _____	5. _____	5. _____
6. _____	6. _____	6. _____
7. _____	7. _____	7. _____

**2.7 MECANISMOS DE CUIDADO DIRIGIDO AL PERSONAL**

**2.7.1 Durante los periodos señalados, ¿contó el CJM con un plan institucionalizado de cuidados dirigido al personal que atiende a las mujeres, sus hijas e hijos en situación de violencia?**

SELECCIONE LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA PARA CADA ÍTEM, SI LA RESPUESTA ES NEGATIVA PARA LOS TRES AÑOS O NO DISPONIBLE PASE AL MÓDULO 3  
1. SÍ 2. NO 3. NO DISPONIBLE

Del 1 de enero al 31  
de diciembre de 2019

Del 1 de enero al 31  
de diciembre de 2020

Del 1 de enero al 30  
de junio de 2021




**2.7.2 Indique a qué personal incluyó el plan institucionalizado de cuidados.**

SELECCIONE LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA PARA CADA ÍTEM  
1. SÍ 2. NO

Personal

Del 1 de enero al 31  
de diciembre de 2019

Del 1 de enero al 31  
de diciembre de 2020

Del 1 de enero al 30  
de junio de 2021

1. Personal adscrito al CJM




2. Personal asignado/comisionado  
al CJM




**2.7.3 Señale el tipo de mecanismos de cuidado que llevó a cabo el CJM, al personal que brinda atención a las mujeres, sus hijas e hijos víctimas de violencia, en los periodos señalados.**

SELECCIONE LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA PARA CADA ÍTEM  
1. SÍ 2. NO

Mecanismos

Del 1 de enero al 31  
de diciembre de 2019

Del 1 de enero al 31  
de diciembre de 2020

Del 1 de enero al 30  
de junio de 2021

1. Intervención en crisis




2. Apoyo emocional




3. Terapia




4. Otro(s)




4.1. Especifique: \_\_\_\_\_

**2.7.4 Señale la frecuencia con la que se llevaron a cabo los mecanismos de cuidado para el personal del CJM, que brindó servicios a las mujeres, sus hijas e hijos víctimas de violencia, en los periodos señalados.**

SELECCIONE LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA PARA CADA ÍTEM  
1. SEMANAL 2. MENSUAL 3. BIMESTRAL 4. NO DEFINIDO (INDIQUE LA FRECUENCIA PROMEDIO EN LA PREGUNTA 2.7.4.1) 5. NO APLICA

Mecanismos

Del 1 de enero al 31  
de diciembre de 2019

Del 1 de enero al 31  
de diciembre de 2020

Del 1 de enero al 30  
de junio de 2021

1. Intervención en crisis




2. Apoyo emocional




3. Terapia




4. Otro(s)




4.1. Especifique: \_\_\_\_\_

2.7.4.1 En caso de responder "4. No definido" en alguno de los mecanismos de la pregunta anterior, registre la frecuencia promedio con la que se llevaron a cabo los mecanismos de cuidado para el personal del CJM. ....

**2.7.5 Señale quién proporcionó los mecanismos de cuidado para el personal del CJM, que brindó servicios a las mujeres, sus hijas e hijos víctimas de violencia, en los periodos señalados.**

SELECCIONE LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA PARA CADA ÍTEM  
1. SÍ 2. NO

Personal

Del 1 de enero al 31  
de diciembre de 2019

Del 1 de enero al 31  
de diciembre de 2020

Del 1 de enero al 30  
de junio de 2021

1. Personal del CJM




2. Personal externo al CJM




2.1. Cuando responda "Sí" para algún periodo, especifique qué persona, área o institución estuvo a cargo de proporcionar los mecanismos de cuidado: \_\_\_\_\_

## MÓDULO 3. OPERACIÓN DEL CJM

### 3.1 COORDINACIÓN DEL CJM (Información vigente al 30 de junio de 2021)

<p><b>3.1.1 ¿El CJM contó con un Consejo Consultivo o Directivo?</b></p> <p style="text-align: center;">SELECCIONE LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA</p> <p style="text-align: center;">1. SÍ 2. NO PASE A 3.1.4</p> <p style="text-align: center;"><input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/></p>	<p><b>3.1.2 Indique qué instituciones u organizaciones conformaron el Consejo Consultivo.</b></p> <p style="text-align: center;">ANOTE RESPUESTA</p> <p style="text-align: center;"><input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/></p>	
<p><b>3.1.3 Indique de forma breve, ¿cuáles fueron las funciones que desempeñó el Consejo Consultivo o Directivo?</b></p> <p style="text-align: center;">ANOTE RESPUESTA</p> <p style="text-align: center;"><input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/></p>		
<p><b>3.1.4 En el CJM, ¿existió un perfil establecido para ocupar la titularidad del Centro?</b></p> <p style="text-align: center;">SELECCIONE LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA</p> <p style="text-align: center;">1. SÍ 2. NO PASE A 3.1.6</p> <p style="text-align: center;"><input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/></p>	<p><b>3.1.5 En caso de que exista el perfil, indique lo siguiente:</b></p> <p style="text-align: center;">ANOTE RESPUESTA</p> <p>1. ¿Qué normatividad lo determina? <input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/></p> <p>2. ¿Qué requisitos establece? <input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/></p>	
<p><b>3.1.6 Sexo de la persona titular del CJM:</b></p> <p style="text-align: center;">SELECCIONE LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA</p> <p style="text-align: center;"><input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/></p> <p>1. Hombre</p> <p>2. Mujer</p>	<p><b>3.1.7 Edad de la persona titular del CJM:</b></p> <p style="text-align: center;">SELECCIONE LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA</p> <p>1. 18 a 24 años <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/></p> <p>2. 25 a 29 años <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/></p> <p>3. 30 a 34 años <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/></p> <p>4. 35 a 39 años <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/></p> <p>5. 40 a 44 años <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/></p> <p>6. 45 a 49 años <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/></p> <p>7. 50 a 54 años <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/></p> <p>8. 55 a 59 años <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/></p> <p>9. 60 años o más <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/></p>	
<p><b>3.1.8 Nivel máximo de estudios concluidos de la persona titular del CJM.</b></p> <p style="text-align: center;">SELECCIONE LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA</p> <p style="text-align: center;"><input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/></p> <p>1. Preparatoria o bachillerato general</p> <p>2. Bachillerato tecnológico</p> <p>3. Estudios técnicos o comerciales con primaria terminada</p> <p>4. Estudios técnicos o comerciales con secundaria terminada</p> <p>5. Estudios técnicos o comerciales con preparatoria terminada</p> <p>6. Normal con primaria o secundaria terminada</p> <p>7. Normal de licenciatura</p> <p>8. Licenciatura</p> <p>9. Maestría</p> <p>10. Doctorado</p>	<p><b>3.1.9 Indique el área de conocimiento de la persona titular del CJM.</b></p> <p style="text-align: center;">ANOTE RESPUESTA</p> <p style="text-align: center;"><input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/></p>	
<p><b>3.1.10 A continuación, especifique el nombre del cargo que ocupó la persona titular del CJM.</b></p> <p style="text-align: center;">ANOTE RESPUESTA</p> <p style="text-align: center;"><input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/></p>	<p><b>3.1.11 ¿La persona titular contó con nombramiento como Titular de este CJM?</b></p> <p style="text-align: center;">SELECCIONE LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA</p> <p style="text-align: center;"><input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/></p> <p>1. Sí</p> <p>2. No PASE A 3.1.14</p>	<p><b>3.1.12 Si la persona titular del CJM al 30 de junio de 2021, contó con nombramiento, registre la fecha en que inició el cargo:</b></p> <p style="text-align: center;">(DD/MM/AAAA)</p> <p style="text-align: center;"><input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/></p>

<p><b>3.1.13 Indique el nombre de la institución que otorgó el nombramiento a la persona titular del CJM.</b></p> <p>SELECCIONE LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA</p> <p style="text-align: center;">_____</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Secretaría de Gobierno de la Entidad Federativa</li> <li>2. Mecanismo para el Adelanto de las Mujeres de la Entidad</li> <li>3. Procuraduría o Fiscalía General de Justicia de la Entidad Federativa</li> <li>4. Otra dependencia             <ol style="list-style-type: none"> <li>4.1. Especifique: _____</li> </ol> </li> </ol>	<p><b>3.1.14 Indique las características del trabajo de la persona titular del CJM.</b></p> <p>SELECCIONE LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA</p> <p style="text-align: center;">_____</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. De tiempo completo</li> <li>2. Parcial</li> <li>3. Temporal</li> </ol>	
<p><b>3.1.15 Por favor, señale ¿cuál fue el mecanismo de ingreso de la persona titular del CJM?</b></p> <p>SELECCIONE LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA</p> <p style="text-align: center;">_____</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pertenecía a una institución pública y fue designada al CJM</li> <li>2. No pertenecía a alguna institución pública y fue designada al CJM</li> <li>3. Por concurso público abierto</li> <li>4. Fue designada por medio de un Consejo Consultivo</li> <li>5. Otro             <ol style="list-style-type: none"> <li>5.1. Especifique: _____</li> </ol> </li> </ol>	<p><b>3.1.16 ¿A qué Institución o Dependencia estaba adscrita la plaza que ocupó la persona titular del CJM?</b></p> <p>SELECCIONE LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA</p> <p style="text-align: center;">_____</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Secretaría de Gobierno de la Entidad Federativa</li> <li>2. Mecanismo para el Adelanto de las Mujeres de la Entidad</li> <li>3. Procuraduría o Fiscalía General de Justicia de la Entidad Federativa</li> <li>4. Otra dependencia             <ol style="list-style-type: none"> <li>4.1. Especifique: _____</li> </ol> </li> </ol>	
<p><b>3.1.17 Indique las características de la plaza que ocupó la persona titular del CJM.</b></p> <p>SELECCIONE LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA</p> <p style="text-align: center;">_____</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. De base <i>PASE A PREGUNTA 3.1.19</i></li> <li>2. Confianza <i>PASE A PREGUNTA 3.1.19</i></li> <li>3. Honorarios</li> <li>4. Eventual</li> <li>5. Otro tipo <i>PASE A PREGUNTA 3.1.19</i></li> </ol>	<p><b>3.1.18 Si la plaza de la persona titular del CJM fue por contrato de honorarios y/o eventual, indique el plazo del contrato vigente.</b></p> <p>SELECCIONE LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA</p> <p style="text-align: center;">_____</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tres meses</li> <li>2. Seis meses</li> <li>3. Un año</li> <li>4. Otro</li> </ol>	<p><b>3.1.19 Indique el rango de salario nominal mensual (Bruto), de la plaza que ocupó la persona titular del CJM.</b></p> <p>SELECCIONE LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA</p> <p style="text-align: center;">_____</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menos de 5,000</li> <li>2. Más de 5,000 y hasta 10,000</li> <li>3. Más de 10,000 y hasta 15,000</li> <li>4. Más de 15,000 y hasta 20,000</li> <li>5. Más de 20,000 y hasta 25,000</li> <li>6. Más de 25,000 y hasta 30,000</li> <li>7. Más de 30,000 y hasta 35,000</li> <li>8. Más de 35,000 y hasta 40,000</li> <li>9. Más de 40,000 y hasta 45,000</li> <li>10. Más de 45,000 hasta 50,000</li> <li>11. 50,000 o más</li> </ol>
<p><b>3.1.20 Indique el cargo de la persona servidora pública inmediata superior a la que reportó la persona titular del CJM.</b></p> <p>ANOTE RESPUESTA</p> <p style="text-align: center;">_____</p>	<p><b>3.1.21 ¿A qué institución o dependencia estuvo adscrita la persona servidora pública a la que reportó de manera directa la persona titular del CJM?</b></p> <p>SELECCIONE LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA</p> <p style="text-align: center;">_____</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Secretaría de Gobierno de la Entidad Federativa</li> <li>2. Mecanismo para el Adelanto de las Mujeres de la Entidad</li> <li>3. Procuraduría o Fiscalía general de Justicia de la Entidad Federativa</li> <li>4. Otra(s) dependencia(s)             <ol style="list-style-type: none"> <li>4.1. Especifique: _____</li> </ol> </li> </ol>	<p><b>3.1.22 Indique la frecuencia con la que reportó la persona titular del CJM a su superior jerárquico.</b></p> <p>SELECCIONE LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA</p> <p style="text-align: center;">_____</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Diario</li> <li>2. Semanal</li> <li>3. Mensual</li> <li>4. Semestral</li> <li>5. Anual</li> <li>6. Según se solicite</li> <li>7. Otro             <ol style="list-style-type: none"> <li>7.1. Especifique: _____</li> </ol> </li> </ol>

<p><b>3.1.23 ¿Tiene el CJM obligación de elaborar reportes o informes de labores?</b></p> <p>SELECCIONE LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA</p> <p style="text-align: center;">[ ]</p> <p>1. Sí 2. No <i>PASE A PREGUNTA 3.1.26</i></p>	<p><b>3.1.24 Indique a qué institución(es) se remiten los reportes o informes de labores del CJM.</b></p> <p>SELECCIONE LAS OPCIONES QUE CORRESPONDAN</p> <p>1. Secretaría de Gobierno de la Entidad Federativa [ ] 2. Mecanismo para el Adelanto de las Mujeres de la Entidad [ ] 3. Procuraduría o Fiscalía General de Justicia de la Entidad Federativa [ ] 4. Comisión Nacional para Prevenir y Erradicar la Violencia contra las Mujeres [ ] 5. Otra dependencia [ ] 5.1. Especifique: _____</p>	<p><b>3.1.25 Indique la temporalidad con la cual se realizaron dichos reportes o informes de labores.</b></p> <p>SELECCIONE LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA</p> <p style="text-align: center;">[ ]</p> <p>1. Mensual 2. Semestral 3. Anual 4. Según se solicite 5. Otro 5.1. Especifique: _____</p>
<p><b>3.1.26 Previo a la situación de emergencia sanitaria, el espacio físico de trabajo de la persona titular del CJM estuvo:</b></p> <p>SELECCIONE LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA</p> <p style="text-align: center;">[ ]</p> <p>1. En las instalaciones del CJM <i>PASE A 3.1.29</i> 2. En otra dependencia o institución</p>	<p><b>3.1.27 Si el espacio físico de trabajo de la persona titular del CJM, estuvo en otra dependencia o institución, especifique el nombre.</b></p> <p>ANOTE RESPUESTA</p> <p style="text-align: center;">[ ]</p>	<p><b>3.1.28 Indique la dirección completa, donde se ubicó el lugar de trabajo.</b></p> <p>ANOTE LAS RESPUESTAS</p> <p>1. Nombre de la calle [ ] 2. Número exterior [ ] 3. Número interior [ ] 4. Código postal [ ] 5. Entidad [ ] 6. Municipio [ ] 7. Localidad [ ] 8. Latitud [ ] 9. Longitud [ ]</p>
<p><b>3.1.29 Indique cuál(es) fue(ron) el(los) lugar(es) de trabajo de la persona titular del CJM, durante la situación de emergencia sanitaria.</b></p> <p>SELECCIONE LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA 1. SÍ 2. NO</p> <p>1. En las instalaciones del CJM [ ] 2. En otra dependencia o institución [ ] 3. En su domicilio particular [ ] 4. Otro espacio físico [ ]</p>		

**3.1.30 Indique si entre el 1º de enero de 2019 al 30 de junio del 2021 hubo otras personas que fungieron como titulares del CJM, y de ser así, cuántas fueron.**

1. ¿Hubo más personas que fungieron como titulares del CJM? *SELECCIONE LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA* [ ]  
1. SÍ CONTINÚA CUESTIONARIO;  
2. NO PASE A LA PREGUNTA 3.2.1

2. ¿Cuántas personas fungieron como titulares del CJM? *SELECCIONE RESPUESTA* [ ]  
1. UNA 2. DOS 3. TRES O MÁS

**3.1.31 Características de las personas que fueron titulares del CJM:**

		Persona 1	Persona 2	Persona 3
1. Sexo	SELECCIONE OPCIÓN (CATÁLOGO)	[ ]	[ ]	[ ]
2. Edad	SELECCIONE GRUPO DE EDAD (CATÁLOGO)	[ ]	[ ]	[ ]
3. Nivel máximo de estudios	SELECCIONE OPCIÓN (CATÁLOGO)	[ ]	[ ]	[ ]
4. Dependencia de adscripción	ANOTE	[ ]	[ ]	[ ]
5. ¿Hubo acta de entrega recepción?	SELECCIONE OPCIÓN (CATÁLOGO)	[ ]	[ ]	[ ]
		DE: DD/MM/AAAA	DE: DD/MM/AAAA	DE: DD/MM/AAAA
		[ ]	[ ]	[ ]
6. Periodo en el que ocupó el cargo	ANOTE FECHAS	A: DD/MM/AAAA	A: DD/MM/AAAA	A: DD/MM/AAAA
		[ ]	[ ]	[ ]

**3.2 INFRAESTRUCTURA PARA LA ATENCIÓN (Información vigente al 30 de junio de 2021)**

Espacios físicos del CJM	3.2.1 Indique si el CJM dispuso de los espacios físicos que se enlistan.  SELECCIONE LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA 1. SÍ 2. NO	3.2.2 Indique si los espacios físicos fueron utilizados para los fines diseñados en el CJM.  SELECCIONE LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA 1. SÍ 2. NO	3.2.3 En caso de que los espacios físicos no fueron utilizados en el CJM para el fin diseñado, especifique el/los motivo(s).  ANOTE RESPUESTA
1. Consultorio(s) para la atención médica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Oficina(s)/cubículo(s) para las entrevistas iniciales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Consultorio(s) para terapia individual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Sala(s) de terapia grupal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Oficina(s)/despacho(s) individuales para brindar asesoría legal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Cámara(s) de Gesell	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Sala(s) de usos múltiples	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Aula(s) de cómputo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Celda(s) en la zona de detención	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Ventanilla(s)/cubículo(s) para presentar denuncias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Consultorio(s) para medicina legal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Consultorio(s) para pruebas periciales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Sala(s) para audiencias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Sala(s) para juicios orales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Casa de emergencia o de acogida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Área lúdica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Comedor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Módulo de información	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Sala de registro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Sala de bienvenida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Módulo de registro civil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Salas lúdicas o áreas para estancia infantiles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Otro(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.1. Especifique: _____			

**3.3 INSTITUCIONES U ORGANIZACIONES QUE CONFORMAN EL CENTRO DE JUSTICIA PARA LAS MUJERES (Información vigente al 30 de junio de 2021)**

**3.3.1 Especifique el horario de atención que implementó cada institución con representación física en las instalaciones del CJM.**

*ESPECIFIQUE HORARIO DE: HH/MM A: HH/MM*

Instituciones representadas en el CJM	DE: HH/MM	A: HH/MM
1. Mecanismo para el Adelanto de las Mujeres	DE: HH/MM	A: HH/MM
2. Sistema Nacional de Desarrollo Integral de la Familia	DE: HH/MM	A: HH/MM
3. Tribunal Superior de Justicia	DE: HH/MM	A: HH/MM
4. Fiscalía o Procuraduría General de Justicia	DE: HH/MM	A: HH/MM
5. Secretaría de Seguridad Pública	DE: HH/MM	A: HH/MM
6. Secretaría de Salud	DE: HH/MM	A: HH/MM
7. Secretaría de Educación Pública	DE: HH/MM	A: HH/MM
8. Secretaría de Desarrollo Social	DE: HH/MM	A: HH/MM
9. Secretaría de Economía	DE: HH/MM	A: HH/MM
10. Centro de Atención a Víctimas	DE: HH/MM	A: HH/MM
11. Secretaría de Gobierno	DE: HH/MM	A: HH/MM
12. Secretaría de Trabajo y Previsión Social	DE: HH/MM	A: HH/MM
13. Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas Estatal	DE: HH/MM	A: HH/MM
14. Otras	DE: HH/MM	A: HH/MM
14.1. Especifique: _____		

**3.3.2 Este CJM, ¿recibió apoyo o servicios de parte de otras instancias u organizaciones?**

SELECCIONE LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA  
1. SÍ 2. NO

Instancias u organizaciones

- 1. Organizaciones de la Sociedad Civil SI RESPONDE AFIRMATIVAMENTE PASE A 3.3.3
- 2. Centros de Educación Superior SI RESPONDE AFIRMATIVAMENTE PASE A 3.3.4
- 3. Instituciones de asistencia privada SI RESPONDE AFIRMATIVAMENTE PASE A 3.3.5
- 4. Organismos internacionales SI RESPONDE AFIRMATIVAMENTE, PASE A 3.3.6
- 5. Otra SI RESPONDE "2. NO" EN TODAS LAS ANTERIORES

OPCIONES, PASE A 3.4

5.1. Especifique: \_\_\_\_\_

**3.3.3 Organizaciones de la Sociedad Civil al 30 de junio de 2021**

**Servicios**

SELECCIONE LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA 1. SÍ 2. NO

Nombre de la Organización	Fecha en la cual inició el apoyo DD/MM/AAAA	Informes y valoración del riesgo	Traslados	Seguridad y protección	Atención psicológica	Atención médica	Atención jurídica	Empoderamiento	Servicios educativos	Atención infantil	Atención personas agresoras
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**3.3.4 Centros de Educación Superior al 30 de junio de 2021**

**Servicios**

SELECCIONE LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA 1. SÍ 2. NO

Nombre del Centro	Fecha en la cual inició el apoyo DD/MM/AAAA	Informes y valoración del riesgo	Traslados	Seguridad y protección	Atención psicológica	Atención médica	Atención jurídica	Empoderamiento	Servicios educativos	Atención infantil	Atención personas agresoras
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**3.3.5 Instituciones de asistencia privada al 30 de junio de 2021**

**Servicios**

SELECCIONE LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA 1. SÍ 2. NO

Nombre de la Institución	Fecha en la cual inició el apoyo DD/MM/AAAA	Informes y valoración del riesgo	Traslados	Seguridad y protección	Atención psicológica	Atención médica	Atención jurídica	Empoderamiento	Servicios educativos	Atención infantil	Atención personas agresoras
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**3.3.6 Organismos internacionales al 30 de junio de 2021**

**Servicios**

SELECCIONE LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA 1. SÍ 2. NO

Nombre del Organismo	Fecha en la cual inició el apoyo DD/MM/AAAA	Informes y valoración del riesgo	Traslados	Seguridad y protección	Atención psicológica	Atención médica	Atención jurídica	Empoderamiento	Servicios educativos	Atención infantil	Atención personas agresoras
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



**3.4 ÁREAS DE ATENCIÓN (Información vigente al 30 de junio de 2021)**

**3.4.1 Indique si el CJM contó con las áreas de atención que se enlistan a continuación.**

SELECCIONE LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA PARA CADA ÍTEM  
1. SÍ 2. NO

Áreas de atención

- |  |  |
|--|--|
| 1. Informes y difusión                     | <input type="checkbox"/>                 |
| 2. Entrevista inicial                      | <input type="checkbox"/>                 |
| 3. Atención psicológica                    | <input type="checkbox"/>                 |
| 4. Atención médica                         | <input type="checkbox"/>                 |
| 5. Atención jurídica                       | <input type="checkbox"/>                 |
| 6. Trabajo social                          | <input type="checkbox"/>                 |
| 7. Empoderamiento                          | <input type="checkbox"/>                 |
| 8. Atención infantil especializada         | <input type="checkbox"/>                 |
| 9. Agencia/Fiscalía del Ministerio Público | SI RESPONDE AFIRMATIVAMENTE PASE A 3.4.2 |
| 10. Juzgados                               | SI RESPONDE AFIRMATIVAMENTE PASE A 3.4.4 |
| 11. Monitoreo y seguimiento                | <input type="checkbox"/>                 |
| 12. Otra(s)                                | <input type="checkbox"/>                 |
| 12.1 Especifique: _____                    |  |

**3.4.2 Especifique el tipo de Agencias/Fiscalías con las que contó el CJM.**

SELECCIONE LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA PARA CADA ÍTEM  
1. SÍ 2. NO

Tipo de Agencia

- |  |                          |
|--|--------------------------|
| 1. Agencia/Fiscalía General              | <input type="checkbox"/> |
| 2. Agencia/Fiscalía Especializada        | <input type="checkbox"/> |
| SI RESPONDE AFIRMATIVAMENTE PASE A 3.4.3 |                          |
| 3. Otras                                 | <input type="checkbox"/> |
| 3.1. Especifique: _____                  |                          |

**3.4.3 Solo en caso de haber contado con Agencias/Fiscalías Especializadas, por favor indique el nombre completo de éstas.**

ANOTE RESPUESTA

Nombre de la Agencia/Fiscalía Especializada

1. ....
2. ....
3. ....
4. ....

**3.4.4 Especifique el tipo de Juzgados con los que contó este CJM.**

ANOTE RESPUESTA

Tipo de juzgado

1. ....
2. ....
3. ....
4. ....

**3.5 SERVICIOS (Información vigente al 30 de junio de 2021)**

Tipo de servicio	3.5.1 Indique si en el CJM se brindaron los servicios que se enlistan a continuación.  SELECCIONE LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA PARA CADA ÍTEM 1. SÍ 2. NO	3.5.2 Indique la temporalidad con la que se ofrecieron los servicios en el CJM.  SELECCIONE RESPUESTA QUE CORRESPONDA PARA CADA ÍTEM 1. PERMANENTE 2. TEMPORAL 3. ESPORÁDICA	3.5.3 En caso de que el servicio no se ofreciera de forma permanente en el CJM señale la razón o razones por las que ocurrió.  SELECCIONE RESPUESTA QUE CORRESPONDA PARA CADA ÍTEM 1. FALTA DE ESPACIOS ADECUADOS 2. FALTA DE RECURSOS HUMANOS ESPECIALIZADOS 3. FALTA DE MATERIALES O EQUIPO 4. AUSENCIA DE LA INSTITUCIÓN PÚBLICA RESPONSABLE DEL SERVICIO 5. OTRA RAZÓN
Informes y valoración del riesgo  1. Atención a llamadas de emergencia 2. Informes sobre los servicios que presta el CJM 3. Servicio de orientación	<input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/>
Traslados  4. Canalización a otras instituciones 5. Traslado a otras instituciones 6. Canalización a refugio o albergue	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Seguridad y protección 7. Alimentación y vestido durante la estancia transitoria 8. Elaboración y seguimiento de plan de seguridad 9. Estancia transitoria 10. Protección y seguridad a las mujeres, sus hijas e hijos durante la estancia transitoria 11. Rondines programados al domicilio de la usuaria por la unidad especializada de la Policía	<input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>
Atención psicológica 12. Atención psicológica y/o terapia individual 13. Contención emocional 14. Grupos de apoyo y/o psicoterapia de grupo 15. Terapia para las hijas e hijos de la mujer atendida	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>
Atención médica 16. Análisis clínicos 17. Atención ginecológica 18. Atención médica especializada a víctimas de violación 19. Consulta médica 20. Curaciones/Primeros auxilios 21. Dispensario de medicamentos 22. Referencia a un hospital 23. Terapia o tratamiento para desintoxicación por drogas o alcohol, u otro 24. Vacunación	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>
Atención jurídica 25. Acompañamiento/representación legal 26. Asesoría jurídica 27. Peritaje forense 28. Peritaje psicológico 29. Peritaje médico legal 30. Recepción de denuncia 31. Tramitación, seguimiento y control de órdenes de protección	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>
Empoderamiento 32. Actividades culturales 33. Bolsa de trabajo 34. Capacitación para el trabajo y el emprendimiento 35. Cursos sobre violencia contra las mujeres, sus consecuencias y cómo evitarla 36. Apoyo para que la usuaria regrese a su lugar de origen 37. Realización de trámites ante el registro civil	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>

Servicios educativos	38. Gestión de inscripciones a instituciones educativas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	39. Gestión de apoyos educativos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	40. Educación para adultos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	41. Clases multigrado para las hijas/os de las mujeres atendidas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atención infantil	42. Cuidado de las hijas e hijos en el área lúdica mientras las mujeres reciben atención	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	43. Atención pediátrica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atención personas agresoras	44. Reeducación de personas agresoras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	45. Tratamiento educativo y/o terapéutico para personas agresoras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**3.5.4 De la lista que se muestra a continuación identifique cuál fue la condición de los servicios brindados a las mujeres hablantes de lengua indígena en el CJM, que requirieron apoyo de un intérprete o persona que comprendiera su lengua.**

SELECCIONE LA RESPUESTA Y ANOTE EL CÓDIGO QUE CORRESPONDA PARA CADA ÍTEM  
1. SE BRINDÓ DE MANERA FAVORABLE 2. SE BRINDÓ CON DIFICULTAD 3. NO SE PUDO BRINDAR

Servicios

1. Proporcionar información y detectar la violencia
2. Coordinación de traslado a otras instituciones y/u organizaciones de la sociedad civil
3. Ingreso y apertura del expediente electrónico (Expediente Único)
4. Bienvenida
5. Medición del riesgo
6. Entrevista inicial
7. Plan de seguridad
8. Personalización de la ruta de acompañamiento
9. Atención psicológica
10. Atención médica
11. Atención jurídica
12. Trabajo social
13. Empoderamiento
14. Atención infantil especializada
15. Ministerio Público
16. Juzgados
17. Otro servicio
- 17.1. Especifique: \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

**3.5.5 Indique si en este CJM se brindó atención a población masculina al 30 de junio de 2021 (considere a los hijos varones de las usuarias).**

SELECCIONE LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA

1. SÍ 2. NO PASE A SECCIÓN 3.6

**3.5.6 Indique en qué situaciones este CJM atendió a la población masculina.**

SELECCIONE LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA PARA CADA ÍTEM

1. SÍ 2. NO

Situaciones

1. Se da atención a los hijos menores de edad de la usuaria
2. Se da atención a los hijos mayores de edad de la usuaria
3. Se atiende a la pareja de la usuaria, cuando éste fue víctima en el mismo incidente de violencia
4. Se atiende a los parientes ascendientes o colaterales de la usuaria que fueron víctimas en el mismo evento de violencia
5. Se atiende a los hombres que participan en el programa de reeducación para agresores
6. Otro(s)
- 6.1. Especifique: \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

**3.6 PROCESO INTEGRAL DE ATENCIÓN (información vigente al 30 de junio del 2021)**

**A. Atención presencial**

**3.6.1 Señale si el CJM solicitó alguno(s) de los elementos que se enlistan a continuación, como requisitos para brindar servicio a las mujeres sus hijas e hijos, en situación de violencia.**

SELECCIONE LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA PARA CADA ÍTEM  
1. SÍ 2. NO

Requisitos

- |  |                          |
|--|--------------------------|
| 1. Ser mujer (independientemente de la edad)   | <input type="checkbox"/> |
| 2. Ser mujer mayor de 18 años  | <input type="checkbox"/> |
| 3. Ser hija o hijo menor de edad de la mujer usuaria del servicio                                | <input type="checkbox"/> |
| 4. Tener su lugar de residencia en la entidad de pertenencia del CJM                             | <input type="checkbox"/> |
| 5. Tener su lugar de residencia en un conjunto en específico de municipios, dentro de la entidad | <input type="checkbox"/> |
| 6. Tener antecedente de denuncia de la situación de violencia                                    | <input type="checkbox"/> |
| 7. Ir acompañada de algún familiar o persona responsable   | <input type="checkbox"/> |
| 8. Ser mexicana(o)   | <input type="checkbox"/> |
| 9. Otro(s) requisito(s)  | <input type="checkbox"/> |
| 9.1. Especifique: _____  |                          |

**3.6.2 De los grupos de mujeres que se enlistan a continuación, por favor indique a quiénes brindó atención el CJM.**

SELECCIONE LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA PARA CADA ÍTEM  
1. SÍ 2. NO 3. NO SE RECABA INFORMACIÓN/DATOS POR LO QUE NO ES POSIBLE DETERMINAR

Perfiles de mujeres

- |  |                          |
|--|--------------------------|
| 1. Mujeres residentes de entornos rurales                          | <input type="checkbox"/> |
| 2. Mujeres extranjeras   | <input type="checkbox"/> |
| 3. Mujeres provenientes de otros estados de la República           | <input type="checkbox"/> |
| 4. Mujeres con discapacidad física o mental                        | <input type="checkbox"/> |
| 5. Mujeres adultas mayores   | <input type="checkbox"/> |
| 6. Mujeres con VIH-SIDA  | <input type="checkbox"/> |
| 7. Mujeres LGBTTT  | <input type="checkbox"/> |
| 8. Mujeres en situación de calle                                   | <input type="checkbox"/> |
| 9. Mujeres sexo servidoras   | <input type="checkbox"/> |
| 10. Mujeres expresidarias  | <input type="checkbox"/> |
| 11. Mujeres de poblaciones desplazadas por la violencia            | <input type="checkbox"/> |
| 12. Mujeres con problemas de adicción (alcohol, drogas o fármacos) | <input type="checkbox"/> |
| 13. Mujeres hablantes de lengua indígena                           | <input type="checkbox"/> |
| 14. Mujeres afrodescendientes                                      | <input type="checkbox"/> |
| 15. Otra(s)  | <input type="checkbox"/> |
| 15.1. Especifique: _____   |                          |

**3.6.3 A continuación señale qué aspectos del procedimiento para la atención presencial se realizaron en el CJM.**

SELECCIONE LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA PARA CADA ÍTEM  
1. SÍ 2. NO

Procedimiento

- |   |                          |
|---|--------------------------|
| 1. Proporcionar información y detectar la violencia                                       | <input type="checkbox"/> |
| 2. Coordinación de traslado a otras instituciones y/u organizaciones de la sociedad civil | <input type="checkbox"/> |
| 3. Ingreso y apertura del expediente electrónico (Expediente Único)                       | <input type="checkbox"/> |
| 4. Bienvenida   | <input type="checkbox"/> |
| 5. Medición del riesgo  | <input type="checkbox"/> |
| 6. Entrevista inicial   | <input type="checkbox"/> |
| 7. Plan de seguridad  | <input type="checkbox"/> |
| 8. Personalización de la ruta de acompañamiento   | <input type="checkbox"/> |
| 9. Establecimiento de protocolos para brindar atención                                    | <input type="checkbox"/> |
| 10. Otro(s) proceso(s)  | <input type="checkbox"/> |
| 10.1. Especifique: _____  |                          |

**3.6.4 ¿En este CJM se elaboraron planes de crecimiento para las mujeres que se atendieron, como parte de su proceso de empoderamiento?**

SELECCIONE LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA

1. SÍ 2. NO

**3.6.5 Indique si en el CJM, con la finalidad de dar seguimiento a la ruta de acompañamiento de las usuarias se realizaron las acciones que se enlistan a continuación.**

SELECCIONE LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA PARA CADA ÍTEM

1. SÍ 2. NO

Acciones

- 1. Reuniones con el equipo de especialistas que atienden el caso
- 2. Recordatorios a las mujeres para que asistan a sus citas (llamada, correo electrónico, etcétera.)
- 3. Visitas domiciliarias
- 4. Otra(s) acción(es)
- 4.1. Especifique: \_\_\_\_\_

**3.6.6 Indique si en el CJM, con la finalidad de conocer la opinión de las usuarias sobre la calidad del servicio, nivel de satisfacción o impacto de la atención en su plan de vida y crecimiento, realizaron las acciones que se enlistan a continuación.**

SELECCIONE LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA PARA CADA ÍTEM

1. SÍ 2. NO

Acciones

- 1. Aplicaron encuestas o formatos para conocer la satisfacción del servicio
- 2. Entrevistaron a las usuarias para conocer su opinión
- 3. Se dispuso de un buzón de quejas y sugerencias
- 4. Se dispuso de otra(s) acción(es)
- 4.1. Especifique: \_\_\_\_\_

**3.6.7 Indique qué criterios empleaban en el CJM para dar por concluido el seguimiento a los casos o situaciones de violencia que fueron atendidos.**

SELECCIONE LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA PARA CADA ÍTEM

1. SÍ 2. NO

Criterios

- 1. Cambio de domicilio de la mujer usuaria del servicio
- 2. Conclusión de la atención de la mujer, por canalización a otra instancia
- 3. Conclusión de la atención de la mujer, debido a una atención integral de parte del CJM
- 4. Solicitud de conclusión del seguimiento, de parte de la usuaria del servicio
- 5. Desinterés del seguimiento y falta de asistencia a las instalaciones del CJM de parte de la usuaria del servicio
- 6. Una vez que se dictamina sentencia, para los eventos o casos de violencia que siguieron un proceso de denuncia
- 7. Una vez que se dictamina sentencia, para los eventos o casos de violencia que siguieron un proceso de denuncia y se lleva a cabo la reparación del daño material y/o moral
- 8. Por deceso de la usuaria del servicio
- 9. Otra(s) situación(es)
- 9.1. Especifique: \_\_\_\_\_

**B. Atención remota (telefónica)**

**3.6.8 Indique si este CJM mantuvo un mecanismo de cooperación con el C4/C5 de su entidad para establecer estrategias de prevención y atención a mujeres en situación de violencia.**

SELECCIONE LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA

1. SÍ 2. NO PASE A PREGUNTA 3.6.10

**3.6.9 De las situaciones que se mencionan a continuación, indique en cada una de ellas si se mantuvo un mecanismo de cooperación entre el C4 y C5 de su entidad y este CJM.**

SELECCIONE LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA

1. SÍ 2. NO

Situaciones

- 1. En el C4/C5 se lleva un registro de las llamadas de emergencia sobre los casos de mujeres en situación de violencia
- 2. Las llamadas al número de emergencia que involucran a mujeres en situación de violencia se transfieren al CJM
- 3. El C4/C5 tiene mapas georreferenciados que permiten identificar el domicilio de las mujeres en situación de violencia
- 4. El C4/C5 canaliza a las mujeres en situación de violencia al CJM para recibir atención
- 5. El CJM participa en la atención que se brinda a las mujeres que solicitan ayuda a través de las llamadas de emergencia

**3.6.10 Indique qué instancias y/o autoridades canalizan mujeres en situación de violencia a este CJM.**

SELECCIONE LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA PARA CADA ÍTEM  
1. SÍ 2. NO

Instancias

- 1. La Guardia Nacional
- 2. La policía estatal
- 3. La policía preventiva municipal
- 4. Agencias del Ministerio Público o Fiscalías Estatales externas al CJM
- 5. Unidades médicas públicas
- 6. Unidades médicas privadas
- 7. Institutos de las Mujeres
- 8. Centro de Atención a Víctimas
- 9. Otra(s)
- 9.1. Especifique: \_\_\_\_\_

**C. Atención en el domicilio, hospitales o unidades médicas y en el lugar de los hechos**

**3.6.11 En este CJM, ¿se brindó atención *In Situ*, es decir, se atendieron a las mujeres en su domicilio, en hospitales o unidades médicas o en el lugar de los hechos?**

SELECCIONE LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA

1. SÍ 2. NO PASE A SECCIÓN 3.7

**3.6.12 A continuación especifique los sitios en los que este CJM brindó atención *In Situ* a las mujeres.**

SELECCIONE LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA PARA CADA ÍTEM  
1. SÍ 2. NO

Sitios

- 1. En el domicilio de la mujer
- 2. En hospitales o unidades médicas
- 3. En el lugar de los hechos

**3.6.13 Especifique en qué situación(es), el CJM atendió directamente a las mujeres en su domicilio, hospitales o unidades médicas y en el lugar de los hechos.**

SELECCIONE LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA PARA CADA ÍTEM  
1. SÍ 2. NO

Situaciones	Domicilio de la mujer	Hospitales o unidades médicas	Lugar de los hechos
1. Incapacidad de las mujeres para acudir al CJM debido a afectaciones físicas consecuencia de la violencia cometida contra ellas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Falta de recursos económicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Privación de la libertad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Por llamada de emergencia del C4/C5 o denuncia anónima	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Por notificación de alguna institución responsable de dar atención	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Por seguimiento o evaluación del proceso de atención brindado en el CJM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Otra(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.1. Especifique: _____			

**3.6.14 Indique el tipo de servicios que brindó el CJM a las mujeres en situación de violencia, cuando se brindó atención en su domicilio, hospitales o unidades médicas o en el lugar de los hechos.**

SELECCIONE LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA PARA CADA ÍTEM  
1. SÍ 2. NO

Tipo de atención	Domicilio de la mujer	Hospitales o unidades médicas	Lugar de los hechos
1. Contención psicológica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Entrevista Inicial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Medición del riesgo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Diseño de plan de seguridad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Personalización de la ruta de acompañamiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Peritaje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Toma de declaración	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Toma de evidencia fotográfica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Otro(s) servicio(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.1. Especifique: _____			

**3.7 DECLARATORIAS DE ALERTA DE VIOLENCIA DE GÉNERO (información vigente al 30 de junio)**

**3.7.1 Indique si en su entidad, ¿hubo alguna(s) Declaratoria(s) de Alerta de Violencia de Género vigente(s) al 30 de junio de 2021?**

SELECCIONE LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA  
1. SÍ 2. NO PASE A PREGUNTA 3.8.1

**3.7.2 Especifique, el número de Declaratoria(s) de Alerta de Violencia de Género vigente(s) al 30 de junio de 2021.**

SELECCIONE LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA  
1. UNA 2. DOS 3. TRES O MÁS

**3.7.3 Indique la fecha de declaración de la(s) Declaratoria(s) de Alerta de Violencia de Género:**

ANOTE FECHA, EMPEZANDO POR LA MÁS RECIENTE  
DD/MM/AAAA

1. Declaratoria 1     
2. Declaratoria 2     
3. Declaratoria 3

**3.7.4 El CJM, ¿colaboró con alguna(s) acción(es) para dar cumplimiento a la(s) Declaratoria(s) de Alerta de Violencia de Género?**

SELECCIONE LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA  
1. SÍ 2. NO PASE A PREGUNTA 3.8.1

**3.7.5 Especifique de manera breve, en qué consistieron la(s) acción(es) que llevó a cabo el CJM para dar cumplimiento a la(s) Declaratoria(s) de Alerta de Violencia de Género.**

ANOTE RESPUESTA

**3.8 MEDIDAS IMPLEMENTADAS ANTE LA SITUACIÓN DE EMERGENCIA SANITARIA POR LA COVID-19**

**3.8.1 Debido a la situación de emergencia sanitaria, provocada por la COVID-19 ¿el funcionamiento del CJM fue afectado? Considere el periodo del 1 de marzo de 2020 al 30 de junio de 2021.**

SELECCIONE LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA  
1. SÍ 2. NO PASE A PREGUNTA 4.1.1

**3.8.2 De las situaciones que se enlistan a continuación indique los principales problemas que tuvo el CJM, para brindar atención a las mujeres durante la emergencia sanitaria en el periodo del 1 marzo de 2020 y el 30 de junio de 2021.**

SELECCIONE LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA PARA CADA ÍTEM  
1. SÍ 2. NO

Situaciones

- 1. El CJM tuvo que cerrar totalmente o de manera parcial   
*SI RESPONDE AFIRMATIVAMENTE, PASE A 3.8.3*
- 2. Falta/insuficiencia de personal especializado
- 3. Falta/insuficiencia de recursos económicos
- 4. Falta/insuficiencia de instalaciones adecuadas
- 5. Falta/insuficiencia de claridad en las medidas a implementar o de protocolos de atención
- 6. Falta/insuficiencia de material sanitario para el personal del CJM y las personas atendidas
- 7. Se redujeron los horarios de atención
- 8. Otra(s)
- 8.1. Especifique: \_\_\_\_\_

**3.8.3 En caso de que el CJM hubiese tenido que cerrar de manera permanente o de forma parcial, indique el/los periodos en que esto ocurrió.**

ESPECIFIQUE PERIODO(S)

Periodo 1:

Del:     
Día Mes Año

Al:     
Día Mes Año

Periodo 2:

Del:     
Día Mes Año

Al:     
Día Mes Año

**3.8.4 Indique qué medidas especiales se implementaron durante la emergencia sanitaria; es decir, entre el 1 de marzo de 2020 y el 30 de junio de 2021, para brindar atención a las mujeres en situación de violencia.**

SELECCIONE LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA  
1. SÍ 2. NO

Medidas especiales

- 1. Se contrató personal especializado
- 2. Se solicitaron más recursos económicos
- 3. Se mejoraron/ampliaron las instalaciones
- 4. Se mejoraron/ampliaron los servicios
- 5. Se mejoraron las acciones a implementar o protocolos de atención
- 6. Se adquirió material sanitario para el personal del CJM y personas atendidas
- 7. Se ampliaron los horarios de atención
- 8. Otra(s)
- 8.1. Especifique: \_\_\_\_\_

## MÓDULO 4. CARACTERÍSTICAS DEL REGISTRO ADMINISTRATIVO DEL CJM

### 4.1 REGISTRO DE LAS MUJERES ATENDIDAS (información vigente al 30 de junio)

<p><b>4.1.1 Señale si en el CJM hubo protocolos o lineamientos para el registro de información y para qué situaciones.</b></p> <p style="text-align: center;"><i>SELECCIONE LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA PARA CADA ÍTEM 1. SÍ 2. NO</i></p> <p>Situaciones</p> <p>1. Para el registro en general de las mujeres atendidas <input style="float: right;" type="checkbox"/></p> <p>2. Para el registro de mujeres con alguna situación en particular, tales como hablantes de lengua indígena o con discapacidad <input style="float: right;" type="checkbox"/></p> <p>3. Para el registro en general de las personas agresoras <input style="float: right;" type="checkbox"/></p> <p>4. Otro(s) <input style="float: right;" type="checkbox"/></p> <p>4.1. Especifique: _____</p>	<p><b>4.1.2 Señale si en este CJM se llevó a cabo un registro o se anotó información sobre los servicios prestados de cada una de las siguientes situaciones.</b></p> <p style="text-align: center;"><i>SI RESPONDE AFIRMATIVAMENTE EN ALGUNA DE LAS SITUACIONES PASE A PREGUNTA 4.1.3 SELECCIONE LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA PARA CADA ÍTEM 1. SÍ 2. NO</i></p> <p>Situaciones</p> <p>1. Mujeres que acuden directamente al CJM a quienes se les brinda sólo información y no ingresan a los servicios del CJM <input style="float: right;" type="checkbox"/></p> <p>2. Mujeres que acuden directamente al CJM e ingresan a los servicios del CJM <input style="float: right;" type="checkbox"/></p> <p>3. Mujeres atendidas vía telefónica en los números de emergencia <input style="float: right;" type="checkbox"/></p> <p>4. Mujeres atendidas <i>in situ</i> (casa, hospitales, lugar de los hechos) <input style="float: right;" type="checkbox"/></p> <p>5. Mujeres canalizadas por otras instituciones <input style="float: right;" type="checkbox"/></p> <p>6. Otra(s) <input style="float: right;" type="checkbox"/></p> <p>6.1. Especifique: _____</p>
<p><b>4.1.3 Especifique el principal medio de registro de información de las personas atendidas que utilizó el CJM.</b></p> <p style="text-align: center;"><i>SELECCIONE LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA PARA CADA ÍTEM</i></p> <p>1. PAPEL (MEDIOS FÍSICOS, COMO LIBROS, LIBRETAS, BITÁCORAS, ETCÉTERA.)</p> <p>2. EN ARCHIVOS ELECTRÓNICOS (COMO HOJAS DE EXCEL, WORD U OTROS PROGRAMAS DE CÓMPUTO SIMILARES)</p> <p>3. CUENTAN CON UN SISTEMA O PLATAFORMA ELECTRÓNICA, ELABORADA EXCLUSIVAMENTE PARA QUE EL CJM LLEVE EL REGISTRO DE LA INFORMACIÓN</p> <p>Situaciones</p> <p>1. Mujeres que acuden directamente al CJM a quienes se les brinda información <input style="float: right;" type="checkbox"/></p> <p>2. Mujeres que acuden directamente al CJM e ingresan a los servicios del CJM <input style="float: right;" type="checkbox"/></p> <p>3. Mujeres atendidas vía telefónica en los números de emergencia <input style="float: right;" type="checkbox"/></p> <p>4. Mujeres atendidas <i>in situ</i> (casa, hospitales, lugar de los hechos) <input style="float: right;" type="checkbox"/></p> <p>5. Mujeres canalizadas por otras instituciones <input style="float: right;" type="checkbox"/></p> <p>6. Otra(s) <input style="float: right;" type="checkbox"/></p> <p>6.1. Especifique: _____</p>	<p><b>4.1.4 Indique la frecuencia con la que se registraron o anotaron los datos para las mujeres atendidas en el CJM.</b></p> <p style="text-align: center;"><i>SELECCIONE LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA PARA CADA ÍTEM</i></p> <p>1. REGISTRO CONTINUO (AL INICIO, DURANTE O AL FINAL DE LA ATENCIÓN A LA PERSONA)</p> <p>2. REGISTRO DIARIO (SE REGISTRAN A TODAS LAS PERSONAS ATENDIDAS DURANTE UNA JORNADA)</p> <p>3. REGISTRO SEMANAL (SE REGISTRAN LAS PERSONAS ATENDIDAS EN UN TIEMPO ESPECÍFICO DE LA SEMANA)</p> <p>Situaciones</p> <p>1. Mujeres que acuden directamente al CJM a quienes se les brinda información <input style="float: right;" type="checkbox"/></p> <p>2. Mujeres que acuden directamente al CJM e ingresan a los servicios del CJM <input style="float: right;" type="checkbox"/></p> <p>3. Mujeres atendidas vía telefónica en los números de emergencia <input style="float: right;" type="checkbox"/></p> <p>4. Mujeres atendidas <i>in situ</i> (casa, hospitales, lugar de los hechos) <input style="float: right;" type="checkbox"/></p> <p>5. Mujeres canalizadas por otras instituciones <input style="float: right;" type="checkbox"/></p> <p>6. Otra(s) <input style="float: right;" type="checkbox"/></p> <p>6.1. Especifique: _____</p>



**4.2 RECURSOS TECNOLÓGICOS (información vigente al 30 de junio de 2021)**

**4.2.1 Especifique si el CJM contó con un sistema o plataforma electrónica exclusivo/a para el registro de la información y atención que brindó.**

SELECCIONE LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA  
1. SÍ 2. NO PASE A 4.2.3

**4.2.2 En caso de que el CJM haya contado con algún sistema o plataforma electrónica para brindar atención, señale si la herramienta informática contó con las características por las que a continuación se pregunta.**

Características de los sistemas o plataformas electrónicas

1. Nombre de la plataforma	ANOTE NOMBRE	<input type="checkbox"/>
2. Fecha exacta en la que comenzó a operar el Sistema o Plataforma electrónica	ANOTE FECHA DD/MM/AAAA	<input type="checkbox"/>
3. Generó un folio o número de identificación para cada persona atendida que sirve para identificarla dentro del CJM	INDIQUE 1. SÍ 2. NO	<input type="checkbox"/>
4. Generó un folio o número de identificación para cada caso atendido, es decir, un mismo folio vincula a varias personas que son atendidas por un mismo evento o situación de violencia	INDIQUE 1. SÍ 2. NO	<input type="checkbox"/>
5. Estuvo habilitado para que distintas personas registren o consulten información	INDIQUE 1. SÍ 2. NO	<input type="checkbox"/>
6. Contuvo toda la información del Expediente Único o Expediente especializado	INDIQUE 1. SÍ 2. NO	<input type="checkbox"/>
7. Permitted exportar el Expediente Único o especializado e imprimirlo	INDIQUE 1. SÍ 2. NO	<input type="checkbox"/>
8. Se tuvo acceso exclusivamente desde las instalaciones del CJM	INDIQUE 1. SÍ 2. NO	<input type="checkbox"/>
9. Se tuvo acceso desde cualquier computadora con acceso a internet	INDIQUE 1. SÍ 2. NO	<input type="checkbox"/>
10. Permitted generar reportes como cuadros o gráficas	INDIQUE 1. SÍ 2. NO	<input type="checkbox"/>
11. Permitted exportar la información en bases de datos en formato Excel, DBF, CVS u otro	INDIQUE 1. SÍ 2. NO	<input type="checkbox"/>
12. Permitted cargar archivos en formato Word, PDF u otro	INDIQUE 1. SÍ 2. NO	<input type="checkbox"/>
13. En caso de que dispusieran de más de un sistema en el CJM, indique si fueron interoperables	INDIQUE 1. SÍ 2. NO	<input type="checkbox"/>
14. En caso de que tuvieran otras características que considere relevantes, por favor especifique:	ANOTE	<input type="checkbox"/>

**4.2.3 ¿Alguna(s) dependencia(s) representada(s) en el CJM contaron con un sistema o plataforma electrónica propia para brindar atención desde su competencia?**

SELECCIONE LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA  
1. SÍ 2. NO PASE A 4.2.5

**4.2.4 Indique qué dependencias y el nombre de los sistemas o plataformas electrónicas.**

ANOTE RESPUESTAS

Dependencia	Sistema o Plataforma electrónica
1. ....	1. ....
2. ....	2. ....
3. ....	3. ....

**4.2.5 Indique con qué instituciones o dependencias el CJM compartió sus registros (en papel, archivos electrónicos, sistema o plataforma).**

SELECCIONE LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA PARA CADA ÍTEM  
1. SÍ 2. NO

1. Mecanismo para el Adelanto de las Mujeres Estatal	<input type="checkbox"/>	9. Secretaría de Economía Estatal	<input type="checkbox"/>
2. Sistema Nacional de Desarrollo Integral de la Familia Estatal	<input type="checkbox"/>	10. Centro de Atención a Víctimas	<input type="checkbox"/>
3. Tribunal Superior de Justicia Estatal	<input type="checkbox"/>	11. Secretaría de Gobierno Estatal	<input type="checkbox"/>
4. Fiscalía o Procuraduría General de Justicia Estatal	<input type="checkbox"/>	12. Secretaría de Trabajo y Previsión Social Estatal	<input type="checkbox"/>
5. Secretaría de Seguridad Pública Estatal	<input type="checkbox"/>	13. Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas Estatal	<input type="checkbox"/>
6. Secretaría de Salud Estatal	<input type="checkbox"/>	14. Otra(s)	<input type="checkbox"/>
7. Secretaría de Educación Pública Estatal	<input type="checkbox"/>	14.1. Especifique: _____	<input type="checkbox"/>
8. Secretaría de Desarrollo Social Estatal	<input type="checkbox"/>		

**4.2.6 Indique si el CJM registró información en alguno(s) de los siguientes sistemas o plataformas electrónicas.**

SELECCIONE LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA  
1. SÍ 2. NO  
SI TODAS LAS RESPUESTAS SON NEGATIVAS PASAR A SECCIÓN 4.3

1. Banco Nacional de Datos e Información sobre Casos de Violencia contra las Mujeres (BANAVIM)	<input type="checkbox"/>
2. Banco Estatal de Datos e Información sobre Casos de Violencia contra las Mujeres (BAESVIM)	<input type="checkbox"/>
3. Otro(s)	<input type="checkbox"/>
3.1. Especifique: _____	

**4.2.7 Si el CJM compartió o registró información en algún(os) de los sistemas o plataformas electrónicas señalados en la pregunta 4.2.6 indique qué tipo de información fue compartida.**

ANOTE RESPUESTA

#### 4.3 REGISTRO DEL EXPEDIENTE ÚNICO

##### 4.3.1 Indique si en este CJM se llevó a cabo la integración del Expediente Único

SELECCIONE LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA  
1. SÍ PASE A 4.3.5 2. NO CONTINÚA CUESTIONARIO

##### 4.3.2 Si en el CJM, no se llevó Expediente Único indique:

SELECCIONE LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA  
PARA CADA ÍTEM  
1. SÍ 2. NO

SI RESPONDE "NO" PARA LA OPCIÓN DE  
RESPUESTA 1 Y 2, PASE A 4.4.1

1. Se llevan expedientes independientes por área de atención
2. Solo para algunas áreas de atención
3. Otro(s)
- 3.1. Especifique: \_\_\_\_\_

##### 4.3.3 Si en el CJM se llevaron expedientes independientes para todas o para algunas áreas de atención indique si hubo vinculación entre éstos.

SELECCIONE LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA  
1. SÍ 2. NO PASE A 4.4.1

##### 4.3.4 Especifique de forma breve, cómo se vincularon los expedientes:

ANOTE INFORMACIÓN  
FINALIZA SECCIÓN, PASE A 4.4.1

##### 4.3.5 Especifique de qué manera se integró el Expediente Único en este CJM.

SELECCIONE LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA

###### Características

1. El Expediente Único contuvo la información de un caso o situación de violencia, padecido de manera individual o colectiva, y contiene la información de todas la(s) persona(s) involucradas y su seguimiento
2. El Expediente Único se integró de manera individual contiene únicamente la información de la usuaria y su seguimiento (es decir todos los incidentes de violencia que pudiera confrontar en un momento o en varios momentos)

##### 4.3.6 ¿Se asignó un Número de Identificación o Folio al Expediente Único en el CJM?

SELECCIONE LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA  
1. SÍ 2. NO

##### 4.3.7 De la siguiente lista señale qué información se incluyó en el Expediente Único.

SELECCIONE LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA PARA CADA ÍTEM  
1. SÍ 2. NO

- |   |   |
|---|---|
| 1. Datos de la persona atendida <input type="checkbox"/>                    | 7. Ruta de acompañamiento <input type="checkbox"/>  |
| 2. Descripción del evento o situación de violencia <input type="checkbox"/> | 8. Seguimiento de la ruta de acompañamiento <input type="checkbox"/>                              |
| 3. Datos de la persona agresora <input type="checkbox"/>                    | 9. Servicios proporcionados <input type="checkbox"/>  |
| 4. Valoración del riesgo de la usuaria <input type="checkbox"/>             | 10. Seguimiento del proceso judicial <input type="checkbox"/>                                     |
| 5. Plan de seguridad <input type="checkbox"/>                               | 11. Tramitación, cumplimiento y seguimiento de las Órdenes de Protección <input type="checkbox"/> |
| 6. Seguimiento del Plan de seguridad <input type="checkbox"/>               | 12. Otro tipo de información <input type="checkbox"/>   |
|   | 12.1. Especifique: _____  |

##### 4.3.8 A continuación señale el medio o los medios que se utilizaron en el CJM, para registrar la información del Expediente Único.

SELECCIONE LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA PARA CADA ÍTEM  
1. SÍ 2. NO

###### Medios de registro

1. Papel (medios físicos, como libros, libretas, bitácoras, etcétera.)
2. En archivos electrónicos (como hojas de Excel, Word u otros programas de cómputo similares)
3. Cuentan con un sistema o plataforma electrónica, elaborada exclusivamente para que el CJM lleve el registro de la información

**4.4 DATOS DE LAS MUJERES ATENDIDAS (información vigente al 30 de junio de 2021)**

**4.4.1 De la lista que se presenta a continuación indique si el CJM registró o captó esa información sobre las mujeres atendidas.**

SELECCIONE LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA PARA CADA ÍTEM  
1. SÍ 2. NO 3. NA QUE SIGNIFICA "NO APLICA"

1. Nombre	<input type="checkbox"/>	19. Padecimiento de adicciones	<input type="checkbox"/>
2. Seudónimo	<input type="checkbox"/>	20. Situación de desplazamiento	<input type="checkbox"/>
3. CURP	<input type="checkbox"/>	21. Condición de derechohabencia a servicios de salud	<input type="checkbox"/>
4. Edad	<input type="checkbox"/>	22. Institución que otorga el servicio de salud	<input type="checkbox"/>
5. Sexo	<input type="checkbox"/>	23. Condición de discapacidad	<input type="checkbox"/>
6. Persona LGBTTT	<input type="checkbox"/>	23.1 Tipo de discapacidad	<input type="checkbox"/>
7. Fecha de nacimiento	<input type="checkbox"/>	24. Condición de embarazo	<input type="checkbox"/>
8. País de nacimiento	<input type="checkbox"/>	24.1 Tiempo de gestación del embarazo	<input type="checkbox"/>
9. Nacionalidad	<input type="checkbox"/>	25. Número de hijas/os	<input type="checkbox"/>
10. Condición de estancia legal en el país	<input type="checkbox"/>	26. Edad de las hijas/os	<input type="checkbox"/>
11. Situación conyugal	<input type="checkbox"/>	27. Tutor o responsable legal de la/el menor	<input type="checkbox"/>
12. Nivel de escolaridad	<input type="checkbox"/>	28. Tipo de vivienda (propia, rentada, etcétera.)	<input type="checkbox"/>
13. Condición de asistencia escolar	<input type="checkbox"/>	29. Tiempo de residencia en la vivienda	<input type="checkbox"/>
14. Condición de habla de lengua indígena	<input type="checkbox"/>	30. Número de personas que habitan la vivienda	<input type="checkbox"/>
15. Lengua o dialecto (si habla lengua indígena)	<input type="checkbox"/>	31. Dependientes económicos distintos a las y los hijos	<input type="checkbox"/>
16. Condición de hablante de español	<input type="checkbox"/>	32. Vínculo con la(s) persona(s) agresora(s)	<input type="checkbox"/>
17. Condición de afro descendencia	<input type="checkbox"/>	33. Condición de residencia con la(s) persona(s) agresora(s)	<input type="checkbox"/>
18. Condición de situación de calle	<input type="checkbox"/>	34. Otra(s) característica(s)	<input type="checkbox"/>
		34.1. Especifique: _____	

**4.4.2 En el CJM, ¿se registró la siguiente información sobre la residencia de las mujeres atendidas?**

SELECCIONE LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA PARA CADA ÍTEM  
1. SÍ 2. NO

Información

1. Entidad federativa de residencia	<input type="checkbox"/>
2. Municipio de residencia	<input type="checkbox"/>
3. Localidad de residencia	<input type="checkbox"/>
4. Dirección del domicilio	<input type="checkbox"/>
5. Otra(s)	<input type="checkbox"/>
5.1. Especifique: _____	

**4.4.3 En relación con las características o condiciones económicas de las mujeres atendidas, señale si en el CJM se captó la información que se especifica.**

SELECCIONE LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA PARA CADA ÍTEM  
1. SÍ 2. NO

Información

1. Condición de actividad económica (Ej. trabaja, estudia, se dedica a los quehaceres del hogar, etcétera.)	<input type="checkbox"/>
2. Posición en el trabajo (Ej. jornalera, obrera, etcétera.)	<input type="checkbox"/>
3. Ingreso mensual en el hogar	<input type="checkbox"/>
4. Información sobre el número de horas dedicadas a la jornada laboral	<input type="checkbox"/>
5. Otra(s)	<input type="checkbox"/>
5.1. Especifique: _____	

**4.4.4 En relación con la información que se registró sobre la situación de violencia, señale si en el CJM se captaron los siguientes elementos para identificar la violencia cometida contra las mujeres.**

SELECCIONE LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA PARA CADA ÍTEM  
1. SÍ 2. NO

Información

1. Tipo(s) de acto(s) violento(s)	<input type="checkbox"/>
2. Medio(s) empleado(s)	<input type="checkbox"/>
3. Lugar o sitio de ocurrencia	<input type="checkbox"/>
4. Ámbito de ocurrencia	<input type="checkbox"/>
5. Recurrencia o frecuencia de la violencia	<input type="checkbox"/>
6. Motivo	<input type="checkbox"/>
7. Descripción de los hechos	<input type="checkbox"/>
8. Influencia de drogas o alcohol en la mujer durante el hecho violento	<input type="checkbox"/>
9. Personas afectadas	<input type="checkbox"/>
10. Testigos	<input type="checkbox"/>
11. Otra(s)	<input type="checkbox"/>
11.1. Especifique: _____	

**4.4.5 De la siguiente lista, indique si se captó o registró información sobre los daños físicos y otras consecuencias derivadas de la violencia que enfrentaron las mujeres que se atendieron en el CJM.**

SELECCIONE LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA PARA CADA ÍTEM  
1. SÍ 2. NO

Información

1. Lesiones físicas	<input type="checkbox"/>
2. Gravedad de la lesión física	<input type="checkbox"/>
3. Lesiones sexuales	<input type="checkbox"/>
4. Consecuencias o padecimientos psicológicos	<input type="checkbox"/>
5. Terceros afectados	<input type="checkbox"/>
6. Otra(s)	<input type="checkbox"/>
6.1. Especifique: _____	

**4.4.6 En el CJM, ¿se registró si las mujeres atendidas, antes de llegar al CJM, llevaron a cabo alguna de las siguientes acciones?**SELECCIONE LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA PARA CADA ÍTEM  
1. SÍ 2. NO

Información

1. Buscó ayuda
2. Tipo de ayuda
3. Institución
4. Denunció la violencia
5. Motivo por el que no buscó ayuda ni denunció
6. Otra(s)
- 6.1. Especifique: \_\_\_\_\_

**4.4.7 Señale si en el CJM, se registró la información sobre las características de las personas que brindaron apoyo a las mujeres atendidas, como familiares, amigos(as) u otras redes de apoyo.**SELECCIONE LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA PARA CADA ÍTEM  
1. SÍ 2. NO

Información

1. Sexo
2. Edad
3. Condición o relación de parentesco
4. Entidad de residencia
5. Municipio o localidad de residencia
6. Localidad de residencia
7. Dirección del domicilio
8. Otra(s)
- 8.1. Especifique: \_\_\_\_\_

**4.5 DATOS DE LAS PERSONAS AGRESORAS (información vigente al 30 de junio de 2021)****4.5.1 De la lista que se presenta a continuación indique si el CJM registró o captó esa información sobre cada persona(s) agresora(s).**SELECCIONE LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA PARA CADA ÍTEM  
1. SÍ 2. NO

- |   |  |
|---|--|
| 1. Nombre <input type="checkbox"/>  | 14. Condición de hablante de español <input type="checkbox"/>                        |
| 2. Seudónimo <input type="checkbox"/>                                     | 15. Condición de derechohabiente a servicios de salud <input type="checkbox"/>       |
| 3. CURP <input type="checkbox"/>  | 16. Institución que otorga el servicio de salud <input type="checkbox"/>             |
| 4. Edad <input type="checkbox"/>  | 17. Número de hijas/os <input type="checkbox"/>                                      |
| 5. Sexo <input type="checkbox"/>  | 18. Edad de las hijas/os <input type="checkbox"/>                                    |
| 6. Fecha de nacimiento <input type="checkbox"/>                           | 19. Tutor o responsable legal de la/el menor <input type="checkbox"/>                |
| 7. País de nacimiento <input type="checkbox"/>                            | 20. Tipo de vivienda (propia, rentada, etcétera.) <input type="checkbox"/>           |
| 8. Nacionalidad <input type="checkbox"/>                                  | 21. Tiempo de residencia en la vivienda <input type="checkbox"/>                     |
| 9. Condición de estancia legal en el país <input type="checkbox"/>        | 22. Número de personas que habitan la vivienda <input type="checkbox"/>              |
| 10. Situación conyugal <input type="checkbox"/>                           | 23. Dependientes económicos distintos a las y los hijas(os) <input type="checkbox"/> |
| 11. Nivel de escolaridad <input type="checkbox"/>                         | 24. Vínculo con la víctima <input type="checkbox"/>                                  |
| 12. Condición de habla de lengua indígena <input type="checkbox"/>        | 25. Condición de residencia con la víctima <input type="checkbox"/>                  |
| 13. Lengua o dialecto (si habla lengua indígena) <input type="checkbox"/> | 26. Otras características <input type="checkbox"/>                                   |
|   | 26.1. Especifique: _____   |

**4.5.2 Señale si en el CJM, se registró la siguiente información sobre la residencia de la(s) persona(s) agresora(s).**SELECCIONE LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA PARA CADA ÍTEM  
1. SÍ 2. NO

Información

1. Entidad federativa de residencia
2. Municipio de residencia
3. Localidad de residencia
4. Dirección del domicilio
5. Otra(s)
- 5.1. Especifique: \_\_\_\_\_

**4.5.3 En relación con las características o condiciones económicas de la(s) persona(s) agresora(s), indique si en el CJM, se captó la siguiente información.**SELECCIONE LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA PARA CADA ÍTEM  
1. SÍ 2. NO

Información

1. Condición de actividad económica (Ej. trabaja, estudia, se dedica a los quehaceres del hogar, etcétera.)
2. Posición en el trabajo (Ej. Jornalera, obrera, etcétera.)
3. Ingreso mensual en el hogar
4. Otra(s)
- 4.1. Especifique: \_\_\_\_\_

**4.5.4 De la siguiente lista, especifique qué información se captó en el CJM, sobre el posible consumo de alcohol o drogas de la(s) persona(s) agresora(s).**SELECCIONE LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA PARA CADA ÍTEM  
1. SÍ 2. NO

Información

1. Condición de consumo de drogas ilegales
2. Drogas ilegales consumidas
3. Condición de consumo de drogas médicas
4. Drogas médicas consumidas
5. Condición de consumo de alcohol
6. Frecuencia de consumo de alcohol
7. Se encuentra en tratamiento por adicciones
8. Otra(s)
- 8.1. Especifique: \_\_\_\_\_

**4.5.5 Señale qué información se captó en el CJM, sobre los antecedentes de violencia o penales de la(s) persona(s) agresora(s).**SELECCIONE LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA PARA CADA ÍTEM  
1. SÍ 2. NO

Información

1. Antecedentes de violencia previa hacia la víctima
2. Antecedentes penales
3. Posesión de armas de fuego
4. Pertenece a grupos de delincuencia organizada
5. Pertenece a la policía, al ejército o a la administración pública
6. Realiza actividades ilícitas
7. Otra(s)
- 7.1. Especifique: \_\_\_\_\_

## MÓDULO 5. ESTADÍSTICAS DE ATENCIÓN

### 5.1 MUJERES ATENDIDAS

PARA LAS PREGUNTAS 5.1.1 Y 5.1.2 CONSIDERE LO SIGUIENTE:

- SI EL CENTRO NO SE ENCONTRABA EN OPERACIÓN, PARA ALGUNO DE LOS AÑOS POR LOS QUE SE PREGUNTA, ANOTE NA QUE SIGNIFICA "NO APLICA"
- SI EL CENTRO RECIBE MUJERES CANALIZADAS POR OTRAS INSTITUCIONES, PERO NO LLEVA EL REGISTRO, ANOTE ND QUE SIGNIFICA "NO DISPONIBLE"

Solicitudes de atención	Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2019	Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2020	Del 1 de enero al 30 de junio de 2021
<b>5.1.1 ¿Cuántas mujeres fueron ingresadas por primera vez al CJM para ser atendidas?</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>5.1.2 Del total de mujeres atendidas ¿cuántas fueron canalizadas por otras instituciones para ser atendidas en el CJM?</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**5.1.3 Anote la cantidad total de atenciones que fueron brindadas por el CJM, según el tipo de servicio que se otorgó. Considere el total de atenciones brindadas a: mujeres, hijas e hijos u otras personas para los años que se indica.**

- SI ALGUNA PERSONA RECIBIÓ MÁS DE UN SERVICIO DEBERÁ REGISTRARLA TANTAS VECES COMO NÚMERO DE SERVICIOS OTORGADOS POR EL CJM  
 - SI EL CENTRO BRINDA EL SERVICIO, PERO EN EL AÑO POR EL QUE SE PREGUNTA NO SE PRESENTARON CASOS QUE REQUIRIERAN ALGÚN SERVICIO POR EL QUE SE PREGUNTA, LA RESPUESTA ES CERO. ANOTE 000  
 - SI EL CENTRO NO BRINDA EL SERVICIO POR EL QUE SE PREGUNTA ANOTE NA QUE SIGNIFICA "NO APLICA"  
 - SI EL CENTRO BRINDA OTROS SERVICIOS, PERO NO SE ESPECIFICAN EN LA LISTA AGREGUE LA CIFRA A LA CATEGORÍA "OTRO(S)" Y ESPECIFIQUE DE QUE SERVICIOS SE TRATA

Servicios	Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2019	Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2020	Del 1 de enero al 30 de junio de 2021
<b>1.Total</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2. Asesoría y/u orientación jurídica	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3. Representación legal	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4. Apertura de denuncias, querellas y carpetas de investigación por el Ministerio Público	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5. Médico	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6. Psicológico	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7. Trabajo social	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
8. Asistencia social	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
9. Atención a hijos e hijas de la usuaria	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
10. Educacional y lúdica	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
11. Seguimiento a servicios brindados o atención previa	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
12. Servicios del ámbito del poder judicial de la entidad	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
13. Apoyos económicos o despensas	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
14. Bolsa de trabajo	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
15. Becas de empleo	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
16. Programas y acciones de prevención de violencia	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
17. Talleres, cursos y pláticas	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
18. Capacitaciones	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
19. Gestión de trámites que brindan las instituciones y dependencias de gobierno	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
20. Otro(s)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
20.1. Especifique: _____			

**5.1.4 Indique la cantidad de asesorías y orientaciones jurídicas, así como de representaciones legales que brindó el CJM, según la materia en la que se otorgó. Considere el total de mujeres para los años que se indica.**

- SI EL CENTRO BRINDA EL SERVICIO, PERO EN EL AÑO POR EL QUE SE PREGUNTA NO SE PRESENTARON CASOS QUE REQUIRIERAN EL SERVICIO, LA RESPUESTA ES CERO. ANOTE 000  
 - SI EL CENTRO NO BRINDA EL SERVICIO POR EL QUE SE PREGUNTA ANOTE NA QUE SIGNIFICA "NO APLICA"  
 - SI EL CENTRO BRINDA OTROS SERVICIOS, PERO NO SE ESPECIFICAN EN LA LISTA AGREGUE LA CIFRA A LA CATEGORÍA "OTRA(S)" Y ESPECIFIQUE DE QUE SERVICIOS SE TRATA

Tipo de materia	Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2019			Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2020			Del 1 de enero al 30 de junio de 2021		
	Total	Asesorías y orientaciones jurídicas	Representación legal	Total	Asesorías y orientaciones jurídicas	Representación legal	Total	Asesorías y orientaciones jurídicas	Representación legal
<b>1.Total</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2. Civil	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3. Familiar	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4. Penal	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5. Otra(s)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5.1. Especifique: _____									

**5.1.5 A continuación, señale el número de mujeres que fueron atendidas en este CJM, según su condición de primera vez o de seguimiento, desglosando por grupo vulnerable al que pertenecieron. Especifique para los años que se solicita.**

- SI ALGUNA MUJER CUMPLE CON UNA O MÁS CARACTERÍSTICAS DEBERÁ REGISTRARLA TANTAS VECES COMO GRUPOS A LOS QUE PERTENEZCA
- SI NO INGRESARON AL CENTRO MUJERES DE ALGÚN GRUPO PARA SER ATENDIDAS LA RESPUESTA ES CERO. ANOTE 000
- SI EN EL CENTRO NO SE ATIENDE A MUJERES DE ALGÚN GRUPO POR EL QUE SE PREGUNTA ANOTE NA QUE SIGNIFICA "NO APLICA"
- SI EN EL CENTRO SE BRINDÓ ATENCIÓN A MUJERES QUE PERTENECÍAN ALGÚN GRUPO, PERO NO SE LLEVA EL REGISTRO COMO SE PREGUNTA, EN LAS CASILLAS ANOTE ND QUE SIGNIFICA "NO DISPONIBLE" Y AGREGUE EL DATO A LA CATEGORÍA "NO ESPECIFICADO".
- LA CATEGORÍA "NO ESPECIFICADO" DEBERÁ CONTENER A TODAS LAS MUJERES ATENDIDAS POR EL CENTRO, PARA LAS CUALES NO SE LLEVA EL REGISTRO POR GRUPO VULNERABLE, EL DATO DEBE SER MENOR O IGUAL AL TOTAL REGISTRADO EN LA CATEGORÍA "1. TOTAL" DE LA PREGUNTA 5.1.5

Mujeres atendidas	Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2019			Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2020			Del 1 de enero al 30 de junio de 2021		
	a. Total	b. Primera vez	c. Por seguimiento	a. Total	b. Primera vez	c. Por seguimiento	a. Total	b. Primera vez	c. Por seguimiento
<b>1.Total</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2. Menores de 0 a 9 años	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3. Menores de 10 a 11 años	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4. Menores de 12 a 17 años	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5. Mujeres extranjeras	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6. Mujeres provenientes de otros estados de la República	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7. Mujeres con discapacidad física o mental	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
8. Mujeres adultas mayores	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
9. Mujeres LGBTTT	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
10. Mujeres con problemas de adicción (alcohol, drogas o fármacos)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
11. Mujeres afrodescendientes	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
12. Mujeres hablantes de lengua indígena	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
13. No especificado	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**5.1.6 Del total de mujeres atendidas en el CJM, indique cuántas recibieron atención en su domicilio, en hospitales o unidades médicas o en el lugar de los hechos, para los años que se solicitan.**

- CONSIDERE A LAS MUJERES ATENDIDAS POR PRIMERA VEZ Y POR SEGUIMIENTO
- SI EN EL CENTRO SE BRINDA EL SERVICIO, PERO NO SE PRESENTARON CASOS PARA EL AÑO POR EL QUE SE PREGUNTA, LA RESPUESTA ES CERO. ANOTE 000
- SI EN EL CENTRO NO SE BRINDA EL SERVICIO POR EL QUE SE PREGUNTA ANOTE NA QUE SIGNIFICA "NO APLICA"
- SI EN EL CENTRO SE BRINDÓ EL SERVICIO, PERO NO SE LLEVA EL REGISTRO COMO SE PREGUNTA, EN LAS CASILLAS DONDE APLIQUE ANOTE ND QUE SIGNIFICA "NO DISPONIBLE" Y AGREGUE EL DATO A LA CATEGORÍA "NO ESPECIFICADO".
- LA CATEGORÍA "NO ESPECIFICADO" DEBERÁ CONTENER A TODAS LAS MUJERES ATENDIDAS POR EL CENTRO, EN SU DOMICILIO, EN HOSPITALES O UNIDADES MÉDICAS O EN EL LUGAR DE LOS HECHOS PARA LAS CUALES NO SE LLEVA EL REGISTRO COMO SE SOLICITA, LA CIFRA DEBE SER MENOR O IGUAL AL DATO REGISTRADO EN LA CATEGORÍA "1. TOTAL" DE LA PREGUNTA 5.1.6

Lugar	Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2019	Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2020	Del 1 de enero al 30 de junio de 2021
<b>1. Total</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2. Domicilio de la mujer	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3. Hospitales o unidades médicas	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4. Lugar de los hechos	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5. No especificado	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**5.1.7 Anote el número de mujeres que fueron atendidas según grupo de edad. Considere el total de mujeres para los años que se indica.**

- CONSIDERE A LAS MUJERES ATENDIDAS POR PRIMERA VEZ Y POR SEGUIMIENTO  
 - SI EN EL CENTRO SE ATIENDEN A LAS MUJERES SEGÚN SE INDICA, PERO NO SE PRESENTARON CASOS PARA EL AÑO ESPECIFICADO, LA RESPUESTA ES CERO. ANOTE 000  
 - SI EN EL CENTRO SE ATIENDEN A LAS MUJERES SEGÚN SE INDICA, PERO NO SE LLEVA EL REGISTRO COMO SE SOLICITA, EN LAS CASILLAS DONDE APLIQUE ESTA SITUACIÓN ANOTE ND QUE SIGNIFICA "NO DISPONIBLE" Y AGREGUE EL DATO A LA CATEGORÍA "NO ESPECIFICADO"  
 - LA CATEGORÍA "NO ESPECIFICADO" DEBERÁ CONTENER A TODAS LAS MUJERES ATENDIDAS POR EL CENTRO PARA LAS CUALES NO SE LLEVA EL REGISTRO COMO SE SOLICITA, LA CIFRA DEBE SER MENOR O IGUAL AL DATO REGISTRADO EN LA CATEGORÍA "1. TOTAL" DE LA PREGUNTA 5.1.7

Grupo de edad	Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2019	Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2020	Del 1 de enero al 30 de junio de 2021
<b>1. Total</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2. 0-4	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3. 5-9	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4. 10-14	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5. 15-17	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6. 18-19	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7. 20-24	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
8. 25-29	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
9. 30-34	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
10. 35-39	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
11. 40-44	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
12. 45-49	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
13. 50-54	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
14. 55-59	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
15. 60 y más	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
16. No especificado	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**5.1.8 Anote el número de mujeres que fueron atendidas según situación conyugal. Considere el total de mujeres para los años que se indica.**

- CONSIDERE A LAS MUJERES ATENDIDAS POR PRIMERA VEZ Y POR SEGUIMIENTO  
 - SI EN EL CENTRO SE ATIENDEN A LAS MUJERES SEGÚN SE INDICA, PERO NO SE PRESENTARON CASOS PARA EL AÑO ESPECIFICADO, LA RESPUESTA ES CERO. ANOTE 000  
 - SI EN EL CENTRO SE ATIENDEN A LAS MUJERES SEGÚN SE INDICA, PERO NO SE LLEVA EL REGISTRO COMO SE SOLICITA, EN LAS CASILLAS DONDE APLIQUE ESTA SITUACIÓN ANOTE ND QUE SIGNIFICA "NO DISPONIBLE" Y AGREGUE EL DATO A LA CATEGORÍA "NO ESPECIFICADO"  
 - LA CATEGORÍA "NO ESPECIFICADO" DEBERÁ CONTENER A TODAS LAS MUJERES ATENDIDAS POR EL CENTRO PARA LAS CUALES NO SE LLEVA EL REGISTRO COMO SE SOLICITA, LA CIFRA DEBE SER MENOR O IGUAL AL DATO REGISTRADO EN LA CATEGORÍA "1. TOTAL" DE LA PREGUNTA 5.1.8

Situación	Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2019	Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2020	Del 1 de enero al 30 de junio de 2021
<b>1. Total</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2. Casada o en unión libre	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3. Soltera	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4. Separada o divorciada	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5. Viuda	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6. No especificado	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**5.1.9 Anote la cantidad de mujeres que fueron atendidas según grado de estudios concluido. Considere el total de mujeres para los años que se indica.**

- CONSIDERE A LAS MUJERES ATENDIDAS POR PRIMERA VEZ Y POR SEGUIMIENTO  
 - SI EN EL CENTRO SE ATIENDEN A LAS MUJERES SEGÚN SE INDICA, PERO NO SE PRESENTARON CASOS PARA EL AÑO ESPECIFICADO, LA RESPUESTA ES CERO. ANOTE 000  
 - SI EN EL CENTRO SE ATIENDEN A LAS MUJERES SEGÚN SE INDICA, PERO NO SE LLEVA EL REGISTRO COMO SE SOLICITA, EN LAS CASILLAS DONDE APLIQUE ESTA SITUACIÓN ANOTE ND QUE SIGNIFICA "NO DISPONIBLE" Y AGREGUE EL DATO A LA CATEGORÍA "NO ESPECIFICADO"  
 - LA CATEGORÍA "NO ESPECIFICADO" DEBERÁ CONTENER A TODAS LAS MUJERES ATENDIDAS POR EL CENTRO PARA LAS CUALES NO SE LLEVA EL REGISTRO COMO SE SOLICITA, LA CIFRA DEBE SER MENOR O IGUAL AL DATO REGISTRADO EN LA CATEGORÍA "1. TOTAL" DE LA PREGUNTA 5.1.9

Grado de estudios	Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2019	Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2020	Del 1 de enero al 30 de junio de 2021
<b>1. Total</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2. Ninguno	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3. Preescolar o primaria	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4. Secundaria	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5. Preparatoria o bachillerato	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6. Carrera técnica o comercial	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7. Licenciatura	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
8. Maestría	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
9. Doctorado	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
10. No especificado	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**5.1.10 Anote la cantidad de mujeres que fueron atendidas según ocupación. Considere el total de mujeres para los años que se indica.**

- CONSIDERE A LAS MUJERES ATENDIDAS POR PRIMERA VEZ Y POR SEGUIMIENTO
- SI EN EL CENTRO SE ATIENDEN A LAS MUJERES SEGÚN SE INDICA, PERO NO SE PRESENTARON CASOS PARA EL AÑO ESPECIFICADO, LA RESPUESTA ES CERO. ANOTE 000
- SI EN EL CENTRO SE ATIENDEN A LAS MUJERES SEGÚN SE INDICA, PERO NO SE LLEVA EL REGISTRO COMO SE SOLICITA, EN LAS CASILLAS DONDE APLIQUE ESTA SITUACIÓN ANOTE ND QUE SIGNIFICA "NO DISPONIBLE" Y AGREGUE EL DATO A LA CATEGORÍA "NO ESPECIFICADO"
- LA CATEGORÍA "NO ESPECIFICADO" DEBERÁ CONTENER A TODAS LAS MUJERES ATENDIDAS POR EL CENTRO PARA LAS CUALES NO SE LLEVA EL REGISTRO COMO SE SOLICITA, LA CIFRA DEBE SER MENOR O IGUAL AL DATO REGISTRADO EN LA CATEGORÍA "1. TOTAL" DE LA PREGUNTA 5.1.10

Ocupación	Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2019	Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2020	Del 1 de enero al 30 de junio de 2021
<b>1. Total</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2. Empleada	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3. Obrera o jornalera	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4. Trabajadora por su cuenta	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5. Patrona o empleadora	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6. Trabajadora sin pago	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7. Estudiante	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
8. Jubilada o pensionada	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
9. Se dedica a los quehaceres del hogar	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
10. Otra(s)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
10.1. Especifique: _____			

**5.1.11 Anote el número total de incidentes de violencia, según el/los tipos de violencia sufridos por las mujeres que fueron atendidas en el CJM.**

- SI ALGUNA MUJER SUFRIÓ MÁS DE UN INCIDENTE DE VIOLENCIA, DEBERÁ REGISTRARLA TANTAS VECES COMO INCIDENTES DE VIOLENCIA
- CONSIDERE A LAS MUJERES ATENDIDAS POR PRIMERA VEZ Y POR SEGUIMIENTO
- SI EN EL CENTRO SE ATIENDEN A LAS MUJERES SEGÚN SE INDICA, PERO NO SE PRESENTARON CASOS PARA EL AÑO ESPECIFICADO, LA RESPUESTA ES CERO. ANOTE 000
- SI EN EL CENTRO SE ATIENDEN A LAS MUJERES SEGÚN SE INDICA, PERO NO SE LLEVA EL REGISTRO COMO SE SOLICITA, EN LAS CASILLAS DONDE APLIQUE ESTA SITUACIÓN ANOTE ND QUE SIGNIFICA "NO DISPONIBLE" Y AGREGUE EL DATO A LA CATEGORÍA "OTRA(S)" Y ESPECIFIQUE EL TIPO DE VIOLENCIA DEL QUE SE TRATA

Tipo de violencia	Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2019	Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2020	Del 1 de enero al 30 de junio de 2021
<b>1. Total</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2. Violencia Emocional	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3. Violencia Física	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4. Violencia Sexual	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5. Violencia Económica	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6. Violencia Patrimonial	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7. Trata de personas	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
8. Otra(s)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
8.1. Especifique: _____			

**5.1.12 Anote el número total de incidentes de violencia, según el/los ámbitos de ocurrencia reportados por las mujeres que fueron atendidas.**

- SI ALGUNA MUJER SUFRIÓ VIOLENCIA EN MÁS DE UN ÁMBITO, DEBERÁ REGISTRARLA TANTAS VECES COMO ÁMBITOS DE OCURRENCIA REPORTADOS
- CONSIDERE A LAS MUJERES ATENDIDAS POR PRIMERA VEZ Y POR SEGUIMIENTO
- SI EN EL CENTRO SE ATIENDEN A LAS MUJERES SEGÚN SE INDICA, PERO NO SE PRESENTARON CASOS PARA EL AÑO ESPECIFICADO, LA RESPUESTA ES CERO. ANOTE 000
- SI EN EL CENTRO SE ATIENDEN A LAS MUJERES SEGÚN SE INDICA, PERO NO SE LLEVA EL REGISTRO COMO SE SOLICITA, EN LAS CASILLAS DONDE APLIQUE ESTA SITUACIÓN ANOTE ND QUE SIGNIFICA "NO DISPONIBLE" Y AGREGUE EL DATO A LA CATEGORÍA "OTRA(S)" Y ESPECIFIQUE EL TIPO DE ÁMBITO DE OCURRENCIA DEL QUE SE TRATA

Ámbito	Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2019	Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2020	Del 1 de enero al 30 de junio de 2021
<b>1. Total</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2. Relación de pareja	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3. Familiar	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4. Escolar	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5. Laboral	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6. Comunitaria	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7. Institucional	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
8. Otra(s)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
8.1. Especifique: _____			



**5.1.13 Anote el número de incidentes de violencia atendidos, según la relación que tenían las mujeres que fueron atendidas con la persona agresora responsable de ejercer la violencia.**

- SI ALGUNA MUJER SUFRIÓ VIOLENCIA PROVOCADA POR MÁS DE UNA PERSONA AGRESORA, DEBERÁ REGISTRARLA TANTAS VECES COMO PERSONAS AGRESORAS  
 - CONSIDERE A LAS MUJERES ATENDIDAS POR PRIMERA VEZ Y POR SEGUIMIENTO  
 - SI EN EL CENTRO SE ATIENDEN A LAS MUJERES SEGÚN SE INDICA, PERO NO SE PRESENTARON CASOS PARA EL AÑO ESPECIFICADO, LA RESPUESTA ES CERO. ANOTE 000  
 - SI EN EL CENTRO SE ATIENDEN A LAS MUJERES SEGÚN SE INDICA, PERO NO SE LLEVA EL REGISTRO COMO SE SOLICITA, EN LAS CASILLAS DONDE APLIQUE ESTA SITUACIÓN ANOTE ND QUE SIGNIFICA "NO DISPONIBLE" Y AGREGUE EL DATO A LA CATEGORÍA "OTRA(S)" Y ESPECIFIQUE EL TIPO DE VÍNCULO DE RELACIÓN DEL QUE SE TRATA

Vínculo con la persona agresora	Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2019	Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2020	Del 1 de enero al 30 de junio de 2021
<b>1.Total</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2. Pareja (esposo(a), cónyuge, concubino(a))	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3. Expareja	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4. Novio	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5. Novia	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6. Padre	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7. Madre	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
8. Abuelo	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
9. Abuela	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
10. Pariente distinto a la pareja	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
11. Amigo	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
12. Amiga	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
13. Desconocido	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
14. Maestro/Autoridad escolar hombre	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
15. Maestra/Autoridad escolar mujer	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
16. Compañero de la escuela	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
17. Compañera de la escuela	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
18. Jefe	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
19. Jefa	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
20. Compañera del trabajo	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
21. Compañero del trabajo	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
22. Servidora pública	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
23. Servidor público	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
24. Otro(s)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
24.1. Especifique: _____			

**5.2 PROCURACIÓN E IMPARTICIÓN DE JUSTICIA**

**5.2.1 Anote el número total de mujeres que fueron atendidas en este CJM que presentaron una denuncia/querrela ante el MP, por la violencia que enfrentaron.**

- CONSIDERE A LAS MUJERES ATENDIDAS POR PRIMERA VEZ Y POR SEGUIMIENTO  
 - SI EN EL CENTRO SE ATIENDEN A LAS MUJERES SEGÚN SE INDICA, PERO NO SE PRESENTARON CASOS PARA EL AÑO ESPECIFICADO, LA RESPUESTA ES CERO. ANOTE 000

Condición de denuncia	Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2019	Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2020	Del 1 de enero al 30 de junio de 2021
<b>1. Total</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2. Presentó denuncia	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3. Presentó querrela	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4. No presentó denuncia/querrela	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**5.2.2 Anote la cantidad total de carpetas de investigación que se abrieron en la(s) Procuradurías/ Fiscalía(s) por situaciones de violencia atendidas en el CJM por año.**

- CONSIDERE A LAS MUJERES ATENDIDAS POR PRIMERA VEZ Y POR SEGUIMIENTO  
 - SI EN EL CENTRO SE ATIENDEN A LAS MUJERES SEGÚN SE INDICA, PERO NO SE PRESENTARON CASOS PARA EL AÑO ESPECIFICADO, LA RESPUESTA ES CERO. ANOTE 000

	Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2019	Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2020	Del 1 de enero al 30 de junio de 2021
1. Carpetas de investigación abiertas	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**5.2.3 Anote el número total de mujeres a quienes se les tramitó alguna Orden de Protección, por año y autoridad otorgante.**

- CONSIDERE A LAS MUJERES ATENDIDAS POR PRIMERA VEZ Y POR SEGUIMIENTO  
 - SI EN EL CENTRO SE ATIENDEN A LAS MUJERES SEGÚN SE INDICA, PERO NO SE PRESENTARON CASOS PARA EL AÑO ESPECIFICADO, LA RESPUESTA ES CERO. ANOTE 000

Tipo de autoridad	Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2019	Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2020	Del 1 de enero al 30 de junio de 2021
<b>1. Total</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2. Ministerio Público	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3. Juez	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**5.2.4 Anote el número total de mujeres a quienes se les tramitó alguna Orden de Protección, por año y tipo de Orden.**

- CONSIDERE A LAS MUJERES ATENDIDAS POR PRIMERA VEZ Y POR SEGUIMIENTO  
 - SI EN EL CENTRO SE ATIENDEN A LAS MUJERES SEGÚN SE INDICA, PERO NO SE PRESENTARON CASOS PARA EL AÑO ESPECIFICADO, LA RESPUESTA ES CERO. ANOTE 000

Tipo de Orden	Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2019	Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2020	Del 1 de enero al 30 de junio de 2021
<b>1. Total</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2. De emergencia	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3. Preventiva	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4. De naturaleza civil/familiar	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5. Otra	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**5.2.5 ¿Cuántas mujeres atendidas en las instalaciones del CJM, recibieron servicios de parte del poder judicial de la entidad? Indique para los años que se solicita.**

- CONSIDERE A LAS MUJERES ATENDIDAS POR PRIMERA VEZ Y POR SEGUIMIENTO  
 - SI EN EL CENTRO SE ATIENDEN A LAS MUJERES SEGÚN SE INDICA, PERO NO SE PRESENTARON CASOS PARA EL AÑO ESPECIFICADO, LA RESPUESTA ES CERO. ANOTE 000

	Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2019	Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2020	Del 1 de enero al 30 de junio de 2021
<b>1. Total</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2. Juzgado civil	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3. Juzgado penal	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4. Otro(s)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4.1. Especifique: _____			

**5.3 EXPEDIENTES**

PARA LAS PREGUNTAS 5.3.1, 5.3.2 Y 5.3.3 CONSIDERE LO SIGUIENTE:

- SI EL CENTRO LLEVA EL PROCESO DE APERTURA Y CIERRE DE EXPEDIENTES SEGÚN SE INDICA, PERO NO CUENTA CON EL REGISTRO DE INFORMACIÓN COMO SE SOLICITA, ANOTE ND QUE SIGNIFICA "NO DISPONIBLE"
- SI EL CENTRO NO LLEVA EL PROCESO DE CIERRE DE EXPEDIENTES COMO SE SOLICITA, ANOTE NA QUE SIGNIFICA "NO APLICA"

Expedientes	Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2019	Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2020	Del 1 de enero al 30 de junio de 2021
<b>5.3.1 ¿Cuántos expedientes estuvieron activos?</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>5.3.2 ¿Cuántos expedientes fueron abiertos?</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>5.3.3 ¿Cuántos expedientes fueron cerrados?</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
1. ¿Cuántos expedientes fueron cerrados por canalización total de la mujer atendida a otra(s) institución(es)?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2. ¿Cuántos expedientes fueron cerrados por conclusión del proceso integral de atención de la mujer usuaria?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3. ¿Cuántos expedientes fueron cerrados por deserción de la mujer atendida?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4. Indique, ¿Cuántos expedientes fueron cerrados por otra situación?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

## 5.4 POBLACIÓN MASCULINA ATENDIDA

**5.4.1 Anote el número total de hombres que fueron atendidos en el CJM, de acuerdo con su grupo de edad. Señale para los años que se indica.**

- CONSIDERE A LOS HOMBRES ATENDIDOS POR PRIMERA VEZ Y POR ALGUNA SITUACIÓN RECURRENTE
- SI EN EL CENTRO SE ATIENDEN A LOS HOMBRES SEGÚN SE INDICA, PERO NO SE PRESENTARON CASOS PARA EL AÑO ESPECIFICADO, LA RESPUESTA ES CERO. ANOTE 000
- SI EN EL CENTRO **NO SE ATIENDE** A LOS HOMBRES PARA ALGÚN GRUPO(S) DE EDAD EN ESPECÍFICO, ANOTE NA QUE SIGNIFICA "NO APLICA"
- SI EN EL CENTRO **SE ATIENDEN** A LOS HOMBRES SEGÚN SE INDICA, PERO NO SE LLEVA EL REGISTRO COMO SE SOLICITA, EN LAS CASILLAS DONDE APLIQUE ESTA SITUACIÓN ANOTE ND QUE SIGNIFICA "NO DISPONIBLE" Y AGREGUE EL DATO A LA CATEGORÍA "NO ESPECIFICADO".
- LA CATEGORÍA "NO ESPECIFICADO" DEBERÁ CONTENER A TODOS LOS HOMBRES ATENDIDOS EN EL CENTRO PARA LAS CUALES NO SE LLEVA EL REGISTRO COMO SE SOLICITA, LA CIFRA DEBE SER MENOR O IGUAL AL DATO REGISTRADO EN LA CATEGORÍA "1. TOTAL" DE LA PREGUNTA 5.4.1

Total de hombres	Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2019	Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2020	Del 1 de enero al 30 de junio de 2021
<b>1. Total</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2. 0-4	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3. 5-9	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4. 10-14	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5. 15-17	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6. 18-19	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7. 20-24	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
8. 25-29	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
9. 30-34	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
10. 35-39	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
11. 40-44	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
12. 45-49	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
13. 50-54	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
14. 55-59	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
15. 60 y más	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
16. No especificado	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**5.4.2 Anote el número total de hombres que fueron atendidos en el CJM, de acuerdo con el tipo de atención brindada. Señale para los años que se indica.**

- CONSIDERE A LOS HOMBRES ATENDIDOS POR PRIMERA VEZ Y POR ALGUNA SITUACIÓN RECURRENTE
- SI EN EL CENTRO SE ATIENDEN A LOS HOMBRES SEGÚN SE INDICA, PERO NO SE PRESENTARON CASOS PARA EL AÑO ESPECIFICADO, LA RESPUESTA ES CERO. ANOTE 000
- SI EN EL CENTRO **NO SE ATIENDE** A LOS HOMBRES PARA ALGUNA SITUACIÓN EN ESPECÍFICO, ANOTE NA QUE SIGNIFICA "NO APLICA"
- SI EN EL CENTRO **SE ATIENDEN** A LOS HOMBRES SEGÚN SE INDICA, PERO NO SE LLEVA EL REGISTRO COMO SE SOLICITA, EN LAS CASILLAS DONDE APLIQUE ESTA SITUACIÓN ANOTE ND QUE SIGNIFICA "NO DISPONIBLE" Y AGREGUE EL DATO A LA CATEGORÍA "NO ESPECIFICADO".
- LA CATEGORÍA "NO ESPECIFICADO" DEBERÁ CONTENER A TODOS LOS HOMBRES ATENDIDOS EN EL CENTRO PARA LOS CUALES NO SE LLEVA EL REGISTRO COMO SE SOLICITA, LA CIFRA DEBE SER MENOR O IGUAL AL DATO REGISTRADO EN LA CATEGORÍA "1. TOTAL" DE LA PREGUNTA 5.4.2

Tipo de atención	Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2019	Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2020	Del 1 de enero al 30 de junio de 2021
<b>1. Total</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2. Atención a hijos menores de edad de las mujeres	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3. Atención a hijos mayores de edad de las mujeres	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4. Atención a pareja de la usuaria que fue víctima en el mismo incidente de violencia	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5. Atención a pariente ascendiente o colateral de la usuaria que fue víctima en el mismo incidente de violencia	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6. Participación en el programa de reeducación para agresores	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7. Otra(s)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
8. No especificado	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**OBSERVACIONES:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---