

**PROYECTO:** MV-PROY-46-1A

**ACTIVIDAD:** 6A1.1.-ASESORÍA

**DESCRIPCIÓN:** BRINDAR ASESORÍA  
PSICOLOGICA SOCIAL Y JURIDICA A  
GENERADORES DE VIOLENCIA (HOMBRES).

**2020**

## REPORTE DE ASESORÍAS PSICOLÓGICA, SOCIAL Y JURÍDICA A HOMBRES

Tlaxcala, Tlax; 30 de septiembre del 2020

**LIC. MARIELA VÁSQUEZ PÉREZ**  
**Jefa del Departamento. Especializado**  
**Contra la Violencia Familiar**  
**Presente**

Por medio de la presente reciba un cordial y afectuoso saludo, en mi calidad de responsable de la atención a hombres generadores y receptores de violencia me permito remitir el informe de asesorías brindadas en el periodo de julio a septiembre del año en curso, ejecutando las medidas de protección ante la contingencia sanitaria generada por el virus SARS-CoV2 (COVID-19), se otorgaron **11 asesorías psicológicas, sociales y jurídicas** por violencia psicológica y física, es importante mencionar que el número de estas aumento por un común denominador visible durante las asesorías siendo este el confinamiento al que la población tuvo que someterse desde hace ya seis meses el cual a visibilizado la violencia que se vive o bien que se ejerce, en este periodo quedaron distribuidas por mes de la siguiente manera:

Mes	N° de Asesorías
Julio	05
Agosto	05
Septiembre	01
Total:	<b>11</b>

# Hoja Filtro

No. Expediente: \_\_\_\_\_

TLAXCALA, TLAX., A 13 DE 07 2020.

BENEFICIARIA(O): Joatam Romero Flores  
EDAD: 35 años FECHA DE NAC.: 14-05-1985  
LUGAR DE NAC.: Tlaxcala ESCOLARIDAD: Licenciatura  
OCUPACIÓN: Docente DOMICILIO: C. 21  
La Loma MUNICIPIO: Tlaxcala  
TELÉFONO: 246 11672 98

**I. TIPO DE ASESORÍA QUE SOLICITA:**

- JURÍDICA ( )
- PSICOLOGÍA (X)
- TRABAJO SOCIAL ( )

**II. ASUNTO:**

- PENSIÓN ALIMENTICIA ( )
- VIOLENCIA FAMILIAR ( )
- DIVORCIO ( )
- OTROS TRÁMITES ( )

**III. PERSONAS CON ALGUNA DISCAPACIDAD:**

VISUAL ( ) AUDITIVO ( ) FÍSICO ( ) LENGUAJE ( )

**IV. PERSONAS ADULTAS MAYORES (65 AÑOS)**

NOMBRE: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_  
NOMBRE: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_

**V. TIPO DE MALTRATO INFANTIL:**

- FÍSICO ( )
- PSICOLÓGICO ( )
- EMOCIONAL ( )
- SEXUAL ( )
- OTROS ( )

**VI. DATOS:** CÓNYUGE ( ) CONCUBINO(A) ( ) OTRO (X)

NOMBRE: Leticia Lorena Torres García  
EDAD: 35 años ESCOLARIDAD: Preparatoria  
OCUPACIÓN: Empleada DOMICILIO: \_\_\_\_\_  
MUNICIPIO: Sta. Ana Chiautempan

**VII. HIJOS (AS):**

NOMBRE: Paola Romero Torres EDAD: 2a.  
NOMBRE: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_  
NOMBRE: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_  
NOMBRE: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_  
NOMBRE: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_

**VIII. ESTUDIAN** SI ( ) NO ( )  
PREESCOLAR ( ) PRIMARIA ( ) SECUNDARIA ( ) PREPARATORIA ( ) UNIVERSIDAD ( )

**IX. CANALIZACIÓN:**

- DEPARTAMENTO DE VIOLENCIA FAMILIAR \_\_\_\_\_
- INTERNA: \_\_\_\_\_
- EXTERNA: \_\_\_\_\_

**X. OBSERVACIONES DEL PERSONAL DE LA PPNA:**

Se agenda cita para atención psicológica.

**XI. SE LE HACE SABER AL BENEFICIARIO QUE SI EN QUINCE DÍAS HÁBILES NO SE PRESENTA PARA CONTINUAR CON SU TRÁMITE, SE CANCELARÁ EL SERVICIO PRESTADO.**

**XII. RECIBIÓ LA ATENCIÓN Y ASESORÍA A SU ENTERA SATISFACCIÓN**  
SI ( ) NO ( )

**XIII. SUGERENCIAS O COMENTARIOS SOBRE LA ATENCIÓN BRINDADA:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**FIRMA DEL BENEFICIARIO(A):**

[Firma manuscrita]

**ATENDIÓ:**

[Firma manuscrita]  
Lec. Karina Ader

**SOLICITUD DE CONSENTIMIENTO**

Con fundamento en el artículo 6º fracción II y III, 16 párrafo segundo de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 1, 14, 17 y 28 de la Ley de Protección de Datos Personales para el Estado de Tlaxcala, cuya finalidad es garantizar la privacidad y proteger el derecho a la autodeterminación informativa de las personas, con fundamento en los artículos 1 y 67 de la Ley General de Contabilidad Gubernamental, se recabarán Datos Personales y estos serán incorporados y tratados en el Sistema de Datos Personales denominado "Sistema de beneficiarios de ayudas y subsidios". El tratamiento de sus datos personales consistirá en el registro y difusión en la página de internet de la Secretaría de Planeación y finanzas, de los siguientes datos personales:

- El nombre del beneficiario,
- Clave Única de Registro de Población cuando el beneficiario sea persona física,
- El Registro Federal de Contribuyentes con Homoclave cuando sea persona moral o persona física con actividad empresarial y profesional, y
- El monto recibido.

Por lo anterior se solicita su consentimiento para que los datos mencionados sean publicados en la Página de Internet de la Secretaría de Planeación y Finanzas del Gobierno del Estado de Tlaxcala.

**\*autorizo que mis datos personales y los datos proporcionados en este formato se consideren públicos:** SI  NO

En caso de ser afirmativo su consentimiento llenar:

Nombre: \_\_\_\_\_  
Fecha: \_\_\_\_\_  
Firma: \_\_\_\_\_

**IX. CANALIZACIÓN:**

- DEPARTAMENTO DE VIOLENCIA FAMILIAR \_\_\_\_\_
- INTERNA: \_\_\_\_\_
- EXTERNA: \_\_\_\_\_

**X. OBSERVACIONES DEL PERSONAL DE LA PPNNA:**

Se agenda esta para atención psicológica

**XI. SE LE HACE SABER AL BENEFICIARIO QUE SI EN QUINCE DÍAS HÁBILES NO SE PRESENTA PARA CONTINUAR CON SU TRÁMITE, SE CANCELARÁ EL SERVICIO PRESTADO.**

**XII. RECIBIÓ LA ATENCIÓN Y ASESORÍA A SU ENTERA SATISFACCIÓN**  
SI ( ) NO ( )

**XIII. SUGERENCIAS O COMENTARIOS SOBRE LA ATENCIÓN BRINDADA:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**FIRMA DEL BENEFICIARIO(A):**

X \_\_\_\_\_

**ATENDIÓ:**

Lee Karina Hernández

**SOLICITUD DE CONSENTIMIENTO**

Con fundamento en el artículo 6º fracción II y III, 16 párrafo segundo de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 1, 14, 17 y 28 de la Ley de Protección de Datos Personales para el Estado de Tlaxcala, cuya finalidad es garantizar la privacidad y proteger el derecho a la autodeterminación informativa de las personas, con fundamento en los artículos 1 y 67 de la Ley General de Contabilidad Gubernamental, se recabarán Datos Personales y estos serán incorporados y tratados en el Sistema de Datos Personales denominado "Sistema de beneficiarios de ayudas y subsidios". El tratamiento de sus datos personales consistirá en el registro y difusión en la página de internet de la Secretaría de Planeación y finanzas, de los siguientes datos personales:

- El nombre del beneficiario,
- Clave Única de Registro de Población cuando el beneficiario sea persona física,
- El Registro Federal de Contribuyentes con Homoclave cuando sea persona moral o persona física con actividad empresarial y profesional, y
- El monto recibido.

Por lo anterior se solicita su consentimiento para que los datos mencionados sean publicados en la Página de Internet de la Secretaría de Planeación y Finanzas del Gobierno del Estado de Tlaxcala.

\*autorizo que mis datos personales y los datos proporcionados en este formato se consideren públicos: SI  NO

En caso de ser afirmativo su consentimiento llenar:

Nombre: \_\_\_\_\_  
Fecha: \_\_\_\_\_  
Firma: \_\_\_\_\_

# Hoja Filtro

No. Expediente: \_\_\_\_\_

TLAXCALA, TLAX., A 15 DE 07 2020.

BENEFICIARIA(O): Iddfonso Zempaltcatl Pérez  
EDAD: 60 años FECHA DE NAC.: 06-Sep-1960  
LUGAR DE NAC.: Chiautempan ESCOLARIDAD: Primaria  
OCUPACIÓN: Campeño DOMICILIO: C. Hidalgo S/N  
MUNICIPIO: Apetatitlan  
TELÉFONO: \_\_\_\_\_

**I. TIPO DE ASESORÍA QUE SOLICITA:**

- JURÍDICA ( )
- PSICOLOGÍA (X)
- TRABAJO SOCIAL ( )

**II. ASUNTO:**

- PENSIÓN ALIMENTICIA ( )
- VIOLENCIA FAMILIAR ( )
- DIVORCIO ( )
- OTROS TRÁMITES ( )

**III. PERSONAS CON ALGUNA DISCAPACIDAD:**

VISUAL ( ) AUDITIVO ( ) FÍSICO ( ) LENGUAJE ( )

**IV. PERSONAS ADULTAS MAYORES (65 AÑOS)**

NOMBRE: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_  
NOMBRE: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_

**V. TIPO DE MALTRATO INFANTIL:**

- FÍSICO ( )
- PSICOLÓGICO ( )
- EMOCIONAL ( )
- SEXUAL ( )
- OTROS ( )

**VI. DATOS: CÓNYUGE ( ) CONCUBINO(A) ( ) OTRO ( )**

NOMBRE: Rosario Dominguez Flores  
EDAD: 60 años ESCOLARIDAD: \_\_\_\_\_  
OCUPACIÓN: Amade casa DOMICILIO: C. Hidalgo S/N  
MUNICIPIO: Apetatitlan

**VII. HIJOS (AS):**

NOMBRE: Ricardo Zempaltcatl Dominguez EDAD: 36  
NOMBRE: Juan Zempaltcatl Dominguez EDAD: 35  
NOMBRE: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_  
NOMBRE: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_  
NOMBRE: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_

**VIII. ESTUDIAN SI ( ) NO ( )**  
PREESCOLAR ( ) PRIMARIA ( ) SECUNDARIA ( ) PREPARATORIA ( ) UNIVERSIDAD ( )

# Hoja Filtro

No. Expediente: \_\_\_\_\_

TLAXCALA, TLAX., A 15 DE 07 2020.

BENEFICIARIA(O): Felix España Torres  
EDAD: 61 años FECHA DE NAC.: \_\_\_\_\_  
LUGAR DE NAC.: \_\_\_\_\_ ESCOLARIDAD: \_\_\_\_\_  
OCUPACIÓN: \_\_\_\_\_ DOMICILIO: \_\_\_\_\_  
MUNICIPIO: Sanctorum  
TELÉFONO: 748 107 1730

**I. TIPO DE ASESORÍA QUE SOLICITA:**

- JURÍDICA ( )
- PSICOLOGÍA (X)
- TRABAJO SOCIAL ( )

**II. ASUNTO:**

- PENSIÓN ALIMENTICIA ( )
- VIOLENCIA FAMILIAR ( )
- DIVORCIO ( )
- OTROS TRÁMITES ( )

**III. PERSONAS CON ALGUNA DISCAPACIDAD:**

VISUAL ( ) AUDITIVO ( ) FÍSICO ( ) LENGUAJE ( )

**IV. PERSONAS ADULTAS MAYORES (65 AÑOS)**

NOMBRE: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_  
NOMBRE: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_

**V. TIPO DE MALTRATO INFANTIL:**

- FÍSICO ( )
- PSICOLÓGICO ( )
- EMOCIONAL ( )
- SEXUAL ( )
- OTROS ( )

**VI. DATOS: CÓNYUGE ( ) CONCUBINO(A) ( ) OTRO ( )**

NOMBRE: Ebi Zelma García  
EDAD: 45 años ESCOLARIDAD: \_\_\_\_\_  
OCUPACIÓN: \_\_\_\_\_ DOMICILIO: \_\_\_\_\_  
MUNICIPIO: \_\_\_\_\_

**VII. HIJOS (AS):**

NOMBRE: Francisco España Zelma EDAD: 15a  
NOMBRE: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_  
NOMBRE: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_  
NOMBRE: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_  
NOMBRE: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_

**VIII. ESTUDIAN SI ( ) NO ( )**  
PREESCOLAR ( ) PRIMARIA ( ) SECUNDARIA ( ) PREPARATORIA ( ) UNIVERSIDAD ( )



**IX. CANALIZACIÓN:**

- DEPARTAMENTO DE VIOLENCIA FAMILIAR \_\_\_\_\_
- INTERNA: \_\_\_\_\_
- EXTERNA: \_\_\_\_\_

**X. OBSERVACIONES DEL PERSONAL DE LA PPNA:**

*Usuario que refiere tener problemas emocionales con su esposa y no quiere que se ocupen por eso se le da atención psicológica.*

**XI. SE LE HACE SABER AL BENEFICIARIO QUE SI EN QUINCE DÍAS HÁBILES NO SE PRESENTA PARA CONTINUAR CON SU TRÁMITE, SE CANCELARÁ EL SERVICIO PRESTADO.**

**XII. RECIBIÓ LA ATENCIÓN Y ASESORÍA A SU ENTERA SATISFACCIÓN**  
SI ( ) NO ( )

**XIII. SUGERENCIAS O COMENTARIOS SOBRE LA ATENCIÓN BRINDADA:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**FIRMA DEL BENEFICIARIO(A):**

*[Handwritten Signature]*  
\_\_\_\_\_  
F.E.T.

**ATENDIÓ:**

*[Handwritten Signature]*  
*Leo. Karina Lopez*  
\_\_\_\_\_

**SOLICITUD DE CONSENTIMIENTO**

Con fundamento en el artículo 6º fracción II y III, 16 párrafo segundo de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 1, 14, 17 y 28 de la Ley de Protección de Datos Personales para el Estado de Tlaxcala, cuya finalidad es garantizar la privacidad y proteger el derecho a la autodeterminación informativa de las personas, con fundamento en los artículos 1 y 67 de la Ley General de Contabilidad Gubernamental, se recabarán Datos Personales y estos serán incorporados y tratados en el Sistema de Datos Personales denominado "Sistema de beneficiarios de ayudas y subsidios". El tratamiento de sus datos personales consistirá en el registro y difusión en la página de internet de la Secretaría de Planeación y finanzas, de los siguientes datos personales:

- El nombre del beneficiario,
- Clave Única de Registro de Población cuando el beneficiario sea persona física,
- El Registro Federal de Contribuyentes con Homoclave cuando sea persona moral o persona física con actividad empresarial y profesional, y
- El monto recibido.

Por lo anterior se solicita su consentimiento para que los datos mencionados sean publicados en la Página de Internet de la Secretaría de Planeación y Finanzas del Gobierno del Estado de Tlaxcala.

\*autorizo que mis datos personales y los datos proporcionados en este formato se consideren públicos: SI  NO

En caso de ser afirmativo su consentimiento llenar:

Nombre: \_\_\_\_\_  
Fecha: \_\_\_\_\_  
Firma: \_\_\_\_\_



# Hoja Filtro

No. Expediente: \_\_\_\_\_

TLAXCALA, TLAX., A 21 DE 07 2020.

BENEFICIARIA(O): Marco Antonio Rojas Vazquez  
EDAD: 36 años FECHA DE NAC.: 15 - Octubre - 1984  
LUGAR DE NAC.: Apizaco ESCOLARIDAD: Licenciatura  
OCUPACIÓN: Marino DOMICILIO: CD. Mx  
MUNICIPIO: CDMX  
TELÉFONO: 55 33 57 25 56

**I. TIPO DE ASESORÍA QUE SOLICITA:**

- JURÍDICA ( )
- PSICOLOGÍA (x)
- TRABAJO SOCIAL ( )

**II. ASUNTO:**

- PENSIÓN ALIMENTICIA ( )
- VIOLENCIA FAMILIAR ( )
- DIVORCIO ( )
- OTROS TRÁMITES ( )

**III. PERSONAS CON ALGUNA DISCAPACIDAD:**

VISUAL ( ) AUDITIVO ( ) FÍSICO ( ) LENGUAJE ( )

**IV. PERSONAS ADULTAS MAYORES (65 AÑOS)**

NOMBRE: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_  
NOMBRE: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_

**V. TIPO DE MALTRATO INFANTIL:**

- FÍSICO ( )
- PSICOLÓGICO ( )
- EMOCIONAL ( )
- SEXUAL ( )
- OTROS ( )

**VI. DATOS: CÓNYUGE ( ) CONCUBINO(A) ( ) OTRO (x)**

NOMBRE: Mayeli Luma Lopez  
EDAD: 34 años ESCOLARIDAD: Licenciatura  
OCUPACIÓN: Empleada DOMICILIO: Francisco J. Madero  
# 8 Loma Florida MUNICIPIO: Apizaco

**VII. HIJOS (AS):**

NOMBRE: Anuar Rojas Luma EDAD: 13 años  
NOMBRE: Ana Rojas Luma EDAD: 10 años  
NOMBRE: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_  
NOMBRE: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_  
NOMBRE: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_

**VIII. ESTUDIAN SI ( ) NO ( )**  
PREESCOLAR ( ) PRIMARIA ( ) SECUNDARIA ( ) PREPARATORIA ( ) UNIVERSIDAD ( )

**IX. CANALIZACIÓN:**

- DEPARTAMENTO DE VIOLENCIA FAMILIAR \_\_\_\_\_
- INTERNA: \_\_\_\_\_
- EXTERNA: \_\_\_\_\_

**X. OBSERVACIONES DEL PERSONAL DE LA PPNA:**

El usuario solo recibió contención pmoacional debido a un conflicto que acababa de tener con su expareja.

**XI. SE LE HACE SABER AL BENEFICIARIO QUE SI EN QUINCE DÍAS HÁBILES NO SE PRESENTA PARA CONTINUAR CON SU TRÁMITE, SE CANCELARÁ EL SERVICIO PRESTADO.**

**XII. RECIBIÓ LA ATENCIÓN Y ASESORÍA A SU ENTERA SATISFACCIÓN**  
SI ( ) NO ( )

**XIII. SUGERENCIAS O COMENTARIOS SOBRE LA ATENCIÓN BRINDADA:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**FIRMA DEL BENEFICIARIO(A):**

Alfonso Antonio R.V.

**ATENDIÓ:**

M. Karina Hdez.

**SOLICITUD DE CONSENTIMIENTO**

Con fundamento en el artículo 6º fracción II y III, 16 párrafo segundo de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 1, 14, 17 y 28 de la Ley de Protección de Datos Personales para el Estado de Tlaxcala, cuya finalidad es garantizar la privacidad y proteger el derecho a la autodeterminación informativa de las personas, con fundamento en los artículos 1 y 67 de la Ley General de Contabilidad Gubernamental, se recabarán Datos Personales y estos serán incorporados y tratados en el Sistema de Datos Personales denominado "Sistema de beneficiarios de ayudas y subsidios". El tratamiento de sus datos personales consistirá en el registro y difusión en la página de internet de la Secretaría de Planeación y finanzas, de los siguientes datos personales:

- El nombre del beneficiario,
- Clave Única de Registro de Población cuando el beneficiario sea persona física,
- El Registro Federal de Contribuyentes con Homoclave cuando sea persona moral o persona física con actividad empresarial y profesional, y
- El monto recibido.

Por lo anterior se solicita su consentimiento para que los datos mencionados sean publicados en la Página de Internet de la Secretaría de Planeación y Finanzas del Gobierno del Estado de Tlaxcala.

\*autorizo que mis datos personales y los datos proporcionados en este formato se consideren públicos: SI  NO

En caso de ser afirmativo su consentimiento llenar:

Nombre: \_\_\_\_\_  
Fecha: \_\_\_\_\_  
Firma: \_\_\_\_\_

# Hoja Filtro

No. Expediente: \_\_\_\_\_

TLAXCALA, TLAX., A 24 DE 07 2020.

BENEFICIARIA(O): Pedro Diaz Serrano  
EDAD: 33 años FECHA DE NAC.: 26 - Enero - 1987  
LUGAR DE NAC.: Tlaxcala ESCOLARIDAD: licenciatura  
OCUPACIÓN: Arquitecto DOMICILIO: Av. Hidalgo s/n  
Ocotlan MUNICIPIO: Tlaxcala  
TELÉFONO: 2221843220

**I. TIPO DE ASESORÍA QUE SOLICITA:**

- JURÍDICA ( )
- PSICOLOGÍA (X)
- TRABAJO SOCIAL ( )

**II. ASUNTO:**

- PENSIÓN ALIMENTICIA ( )
- VIOLENCIA FAMILIAR ( )
- DIVORCIO ( )
- OTROS TRÁMITES ( )

**III. PERSONAS CON ALGUNA DISCAPACIDAD:**

VISUAL ( ) AUDITIVO ( ) FÍSICO ( ) LENGUAJE ( )

**IV. PERSONAS ADULTAS MAYORES (65 AÑOS)**

NOMBRE: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_  
NOMBRE: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_

**V. TIPO DE MALTRATO INFANTIL:**

- FÍSICO ( )
- PSICOLÓGICO ( )
- EMOCIONAL ( )
- SEXUAL ( )
- OTROS ( )

**VI. DATOS: CÓNYUGE ( ) CONCUBINO(A) ( ) OTRO (X)**

NOMBRE: Daniela Diaz Diaz  
EDAD: 24 años ESCOLARIDAD: Preparatoria  
OCUPACIÓN: empleada DOMICILIO: \_\_\_\_\_  
Acutlapilco MUNICIPIO: Tlaxcala

**VII. HIJOS (AS):**

NOMBRE: Quetzalli Diaz Serrano EDAD: 2 años  
NOMBRE: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_  
NOMBRE: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_  
NOMBRE: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_  
NOMBRE: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_

**VIII. ESTUDIAN SI ( ) NO ( )**  
PREESCOLAR ( ) PRIMARIA ( ) SECUNDARIA ( ) PREPARATORIA ( ) UNIVERSIDAD ( )

**IX. CANALIZACIÓN:**

- DEPARTAMENTO DE VIOLENCIA FAMILIAR \_\_\_\_\_
- INTERNA: \_\_\_\_\_
- EXTERNA: \_\_\_\_\_

**X. OBSERVACIONES DEL PERSONAL DE LA PPNNA:**

Se agenda cita para atención psicológica.

**XI. SE LE HACE SABER AL BENEFICIARIO QUE SI EN QUINCE DÍAS HÁBILES NO SE PRESENTA PARA CONTINUAR CON SU TRÁMITE, SE CANCELARÁ EL SERVICIO PRESTADO.**

**XII. RECIBIÓ LA ATENCIÓN Y ASESORÍA A SU ENTERA SATISFACCIÓN**  
SI ( ) NO ( )


**XIII. SUGERENCIAS O COMENTARIOS SOBRE LA ATENCIÓN BRINDADA:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**FIRMA DEL BENEFICIARIO(A):**



**ATENDIÓ:**

  
Lic. Karina Helez

**SOLICITUD DE CONSENTIMIENTO**

Con fundamento en el artículo 6º fracción II y III, 16 párrafo segundo de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 1, 14, 17 y 28 de la Ley de Protección de Datos Personales para el Estado de Tlaxcala, cuya finalidad es garantizar la privacidad y proteger el derecho a la autodeterminación informativa de las personas, con fundamento en los artículos 1 y 67 de la Ley General de Contabilidad Gubernamental, se recabarán Datos Personales y estos serán incorporados y tratados en el Sistema de Datos Personales denominado "Sistema de beneficiarios de ayudas y subsidios". El tratamiento de sus datos personales consistirá en el registro y difusión en la página de internet de la Secretaría de Planeación y finanzas, de los siguientes datos personales:

- El nombre del beneficiario,
- Clave Única de Registro de Población cuando el beneficiario sea persona física,
- El Registro Federal de Contribuyentes con Homoclave cuando sea persona moral o persona física con actividad empresarial y profesional, y
- El monto recibido.

Por lo anterior se solicita su consentimiento para que los datos mencionados sean publicados en la Página de Internet de la Secretaría de Planeación y Finanzas del Gobierno del Estado de Tlaxcala.

\*autorizo que mis datos personales y los datos proporcionados en este formato se consideren públicos: SI  NO

En caso de ser afirmativo su consentimiento llenar:

Nombre: \_\_\_\_\_  
Fecha: \_\_\_\_\_  
Firma: \_\_\_\_\_

# Hoja Filtro

No. Expediente: \_\_\_\_\_

TLAXCALA, TLAX., A 5 DE 08 2020.

BENEFICIARIA(O): Javier Omar Corona Cocellar.  
EDAD: 32 años. FECHA DE NAC.: 03 - Nov - 1987  
LUGAR DE NAC.: Tlaxcala ESCOLARIDAD: Preparatoria.  
OCUPACIÓN: Comerciante DOMICILIO: Morelos # 4  
San Diego Metepc. MUNICIPIO: Tlaxcala.  
TELÉFONO: 246 124 99 36

**I. TIPO DE ASESORÍA QUE SOLICITA:**

- JURÍDICA ( )
- PSICOLOGÍA (x)
- TRABAJO SOCIAL ( )

**II. ASUNTO:**

- PENSIÓN ALIMENTICIA ( )
- VIOLENCIA FAMILIAR ( )
- DIVORCIO ( )
- OTROS TRÁMITES ( )

**III. PERSONAS CON ALGUNA DISCAPACIDAD:**

VISUAL ( ) AUDITIVO ( ) FÍSICO ( ) LENGUAJE ( )

**IV. PERSONAS ADULTAS MAYORES (65 AÑOS)**

NOMBRE: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_  
NOMBRE: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_

**V. TIPO DE MALTRATO INFANTIL:**

- FÍSICO ( )
- PSICOLÓGICO ( )
- EMOCIONAL ( )
- SEXUAL ( )
- OTROS ( )

**VI. DATOS: CÓNYUGE ( ) CONCUBINO(A) ( ) OTRO (x)**

NOMBRE: Diana Lopez Diaz.  
EDAD: 30 años ESCOLARIDAD: Preparatoria.  
OCUPACIÓN: Ama de casa DOMICILIO: \_\_\_\_\_  
MUNICIPIO: Zacatelco.

**VII. HIJOS (AS):**

NOMBRE: Fernando Corona Lopez EDAD: 9 años.  
NOMBRE: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_  
NOMBRE: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_  
NOMBRE: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_  
NOMBRE: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_

**VIII. ESTUDIAN SI ( ) NO ( )**  
PREESCOLAR ( ) PRIMARIA ( ) SECUNDARIA ( ) PREPARATORIA ( ) UNIVERSIDAD ( )

**IX. CANALIZACIÓN:**

- DEPARTAMENTO DE VIOLENCIA FAMILIAR \_\_\_\_\_
- INTERNA: \_\_\_\_\_
- EXTERNA: \_\_\_\_\_

**X. OBSERVACIONES DEL PERSONAL DE LA PPNA:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**XI. SE LE HACE SABER AL BENEFICIARIO QUE SI EN QUINCE DÍAS HÁBILES NO SE PRESENTA PARA CONTINUAR CON SU TRÁMITE, SE CANCELARÁ EL SERVICIO PRESTADO.**

**XII. RECIBIÓ LA ATENCIÓN Y ASESORÍA A SU ENTERA SATISFACCIÓN**  
SI ( ) NO ( )

**XIII. SUGERENCIAS O COMENTARIOS SOBRE LA ATENCIÓN BRINDADA:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**FIRMA DEL BENEFICIARIO(A):**

\_\_\_\_\_  
*[Handwritten signature]*

**ATENDIÓ:**

\_\_\_\_\_  
*[Handwritten signature]*  
Lic. Karina Hernández

**SOLICITUD DE CONSENTIMIENTO**

Con fundamento en el artículo 6º fracción II y III, 16 párrafo segundo de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 1, 14, 17 y 28 de la Ley de Protección de Datos Personales para el Estado de Tlaxcala, cuya finalidad es garantizar la privacidad y proteger el derecho a la autodeterminación informativa de las personas, con fundamento en los artículos 1 y 67 de la Ley General de Contabilidad Gubernamental, se recabarán Datos Personales y estos serán incorporados y tratados en el Sistema de Datos Personales denominado "Sistema de beneficiarios de ayudas y subsidios". El tratamiento de sus datos personales consistirá en el registro y difusión en la página de internet de la Secretaría de Planeación y finanzas, de los siguientes datos personales:

- El nombre del beneficiario,
- Clave Única de Registro de Población cuando el beneficiario sea persona física,
- El Registro Federal de Contribuyentes con Homoclave cuando sea persona moral o persona física con actividad empresarial y profesional, y
- El monto recibido.

Por lo anterior se solicita su consentimiento para que los datos mencionados sean publicados en la Página de Internet de la Secretaría de Planeación y Finanzas del Gobierno del Estado de Tlaxcala.

**\*autorizo que mis datos personales y los datos proporcionados en este formato se consideren públicos:** SI  NO

En caso de ser afirmativo su consentimiento llenar:

Nombre: \_\_\_\_\_  
Fecha: \_\_\_\_\_  
Firma: \_\_\_\_\_

# Hoja Filtro

No. Expediente: \_\_\_\_\_

TLAXCALA, TLAX., A 17 DE 08 2020.

BENEFICIARIA(O): Marcos Sampedro Mellado  
EDAD: 38 años FECHA DE NAC.: 15 - Marzo - 1982  
LUGAR DE NAC.: Nativitas ESCOLARIDAD: Preparatoria  
OCUPACIÓN: Empleado DOMICILIO: \_\_\_\_\_  
MUNICIPIO: Nativitas  
TELÉFONO: 246 130 45 56

**I. TIPO DE ASESORÍA QUE SOLICITA:**

- JURÍDICA ( )
- PSICOLOGÍA (X)
- TRABAJO SOCIAL ( )

**II. ASUNTO:**

- PENSIÓN ALIMENTICIA ( )
- VIOLENCIA FAMILIAR ( )
- DIVORCIO ( )
- OTROS TRÁMITES ( )

**III. PERSONAS CON ALGUNA DISCAPACIDAD:**

VISUAL ( ) AUDITIVO ( ) FÍSICO ( ) LENGUAJE ( )

**IV. PERSONAS ADULTAS MAYORES (65 AÑOS)**

NOMBRE: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_  
NOMBRE: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_

**V. TIPO DE MALTRATO INFANTIL:**

- FÍSICO ( )
- PSICOLÓGICO ( )
- EMOCIONAL ( )
- SEXUAL ( )
- OTROS ( )

**VI. DATOS: CÓNYUGE ( ) CONCUBINO(A) ( ) OTRO (X)**

NOMBRE: Papás de su esposa fallecida  
EDAD: \_\_\_\_\_ ESCOLARIDAD: \_\_\_\_\_  
OCUPACIÓN: \_\_\_\_\_ DOMICILIO: \_\_\_\_\_  
MUNICIPIO: Apizaco

**VII. HIJOS (AS):**

NOMBRE: Marcos Sampedro García EDAD: 10 años  
NOMBRE: Fátima Sampedro García EDAD: 2 años  
NOMBRE: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_  
NOMBRE: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_  
NOMBRE: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_

**VIII. ESTUDIAN SI ( ) NO ( )**

PREESCOLAR ( ) PRIMARIA ( ) SECUNDARIA ( ) PREPARATORIA ( ) UNIVERSIDAD ( )

**IX. CANALIZACIÓN:**

- DEPARTAMENTO DE VIOLENCIA FAMILIAR \_\_\_\_\_
- INTERNA: \_\_\_\_\_
- EXTERNA: \_\_\_\_\_

**X. OBSERVACIONES DEL PERSONAL DE LA PPNNA:**

Al usuario se le da contención emocional.

**XI. SE LE HACE SABER AL BENEFICIARIO QUE SI EN QUINCE DÍAS HÁBILES NO SE PRESENTA PARA CONTINUAR CON SU TRÁMITE, SE CANCELARÁ EL SERVICIO PRESTADO.**

**XII. RECIBIÓ LA ATENCIÓN Y ASESORÍA A SU ENTERA SATISFACCIÓN**  
SI ( ) NO ( )

**XIII. SUGERENCIAS O COMENTARIOS SOBRE LA ATENCIÓN BRINDADA:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**FIRMA DEL BENEFICIARIO(A):**

MARCOS SAN PEDRO MELUADO

**ATENDIÓ:**

Lic. Karina Hdez.

**SOLICITUD DE CONSENTIMIENTO**

Con fundamento en el artículo 6º fracción II y III, 16 párrafo segundo de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 1, 14, 17 y 28 de la Ley de Protección de Datos Personales para el Estado de Tlaxcala, cuya finalidad es garantizar la privacidad y proteger el derecho a la autodeterminación informativa de las personas, con fundamento en los artículos 1 y 67 de la Ley General de Contabilidad Gubernamental, se recabarán Datos Personales y estos serán incorporados y tratados en el Sistema de Datos Personales denominado "Sistema de beneficiarios de ayudas y subsidios". El tratamiento de sus datos personales consistirá en el registro y difusión en la página de internet de la Secretaría de Planeación y finanzas, de los siguientes datos personales:

- El nombre del beneficiario,
- Clave Única de Registro de Población cuando el beneficiario sea persona física,
- El Registro Federal de Contribuyentes con Homoclave cuando sea persona moral o persona física con actividad empresarial y profesional, y
- El monto recibido.

Por lo anterior se solicita su consentimiento para que los datos mencionados sean publicados en la Página de Internet de la Secretaría de Planeación y Finanzas del Gobierno del Estado de Tlaxcala.

**\*autorizo que mis datos personales y los datos proporcionados en este formato se consideren públicos:SI  NO**

En caso de ser afirmativo su consentimiento llenar:

Nombre: \_\_\_\_\_  
Fecha: \_\_\_\_\_  
Firma: \_\_\_\_\_



# Hoja Filtro

No. Expediente: \_\_\_\_\_

TLAXCALA, TLAX., A 21 DE 08 2020.

BENEFICIARIA(O): Yahaira Lopez Romero  
EDAD: 28 años FECHA DE NAC.: 16 - Mayo - 1992  
LUGAR DE NAC.: Tlaxcala ESCOLARIDAD: Licenciatura  
OCUPACIÓN: Cheff. DOMICILIO: Av. Hidalgo # 12  
Ocotlan MUNICIPIO: Tlaxcala  
TELÉFONO: 246 495 16 32

**I. TIPO DE ASESORÍA QUE SOLICITA:**

- JURÍDICA ( )
- PSICOLOGÍA (X)
- TRABAJO SOCIAL ( )

**II. ASUNTO:**

- PENSIÓN ALIMENTICIA ( )
- VIOLENCIA FAMILIAR ( )
- DIVORCIO ( )
- OTROS TRÁMITES ( )

**III. PERSONAS CON ALGUNA DISCAPACIDAD:**

VISUAL ( ) AUDITIVO ( ) FÍSICO ( ) LENGUAJE ( )

**IV. PERSONAS ADULTAS MAYORES (65 AÑOS)**

NOMBRE: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_  
NOMBRE: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_

**V. TIPO DE MALTRATO INFANTIL:**

- FÍSICO ( )
- PSICOLÓGICO ( )
- EMOCIONAL ( )
- SEXUAL ( )
- OTROS ( )

**VI. DATOS:** CÓNYUGE ( ) CONCUBINO(A) ( ) OTRO (X)

NOMBRE: Flov Vázquez García  
EDAD: 27 años ESCOLARIDAD: Preparatoria  
OCUPACIÓN: Empleada DOMICILIO: Avenida Ignacio  
Picazo # 120 MUNICIPIO: Chautempan

**VII. HIJOS (AS):**

NOMBRE: Dylan Lopez Vázquez EDAD: 7 años  
NOMBRE: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_  
NOMBRE: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_  
NOMBRE: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_  
NOMBRE: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_

**VIII. ESTUDIAN SI ( ) NO ( )**

PREESCOLAR ( ) PRIMARIA ( ) SECUNDARIA ( ) PREPARATORIA ( ) UNIVERSIDAD ( )



IX. CANALIZACIÓN:

- DEPARTAMENTO DE VIOLENCIA FAMILIAR \_\_\_\_\_
- INTERNA: \_\_\_\_\_
- EXTERNA: \_\_\_\_\_

X. OBSERVACIONES DEL PERSONAL DE LA PPNA:

Usuario que solicita apoyo psicológico debido a que ante la separación de su ex/esposa han tenido problemas y esto le ha causado problemas de salud. se agenda esta.

XI. SE LE HACE SABER AL BENEFICIARIO QUE SI EN QUINCE DÍAS HÁBILES NO SE PRESENTA PARA CONTINUAR CON SU TRÁMITE, SE CANCELARÁ EL SERVICIO PRESTADO.

XII. RECIBIÓ LA ATENCIÓN Y ASESORÍA A SU ENTERA SATISFACCIÓN  
SI ( ) NO ( )

XIII. SUGERENCIAS O COMENTARIOS SOBRE LA ATENCIÓN BRINDADA:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

FIRMA DEL BENEFICIARIO(A):

Yahiro

ATENDIÓ:

Karina E.

Lic. Karina Hernández

SOLICITUD DE CONSENTIMIENTO

Con fundamento en el artículo 6º fracción II y III, 16 párrafo segundo de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 1, 14, 17 y 28 de la Ley de Protección de Datos Personales para el Estado de Tlaxcala, cuya finalidad es garantizar la privacidad y proteger el derecho a la autodeterminación informativa de las personas, con fundamento en los artículos 1 y 67 de la Ley General de Contabilidad Gubernamental, se recabarán Datos Personales y estos serán incorporados y tratados en el Sistema de Datos Personales denominado "Sistema de beneficiarios de ayudas y subsidios". El tratamiento de sus datos personales consistirá en el registro y difusión en la página de internet de la Secretaría de Planeación y finanzas, de los siguientes datos personales:

- El nombre del beneficiario,
- Clave Única de Registro de Población cuando el beneficiario sea persona física,
- El Registro Federal de Contribuyentes con Homoclave cuando sea persona moral o persona física con actividad empresarial y profesional, y
- El monto recibido.

Por lo anterior se solicita su consentimiento para que los datos mencionados sean publicados en la Página de Internet de la Secretaría de Planeación y Finanzas del Gobierno del Estado de Tlaxcala.

\*autorizo que mis datos personales y los datos proporcionados en este formato se consideren públicos: SI  NO

En caso de ser afirmativo su consentimiento llenar:

Nombre: \_\_\_\_\_  
Fecha: \_\_\_\_\_  
Firma: \_\_\_\_\_

# Hoja Filtro

No. Expediente: \_\_\_\_\_

TLAXCALA, TLAX., A 14 DE 08 2020.

BENEFICIARIA(O): Saul Jokabeth Cortes Chamorro  
EDAD: 25 años FECHA DE NAC.: 11-Julio-1995  
LUGAR DE NAC.: Apizaco ESCOLARIDAD: Licenciatura  
OCUPACIÓN: Empleado DOMICILIO: Av: 5 de Febrero #35  
Centro MUNICIPIO: Apizaco  
TELÉFONO: 241 111 47 92

**I. TIPO DE ASESORÍA QUE SOLICITA:**

- JURÍDICA ( )
- PSICOLOGÍA (x)
- TRABAJO SOCIAL ( )

**II. ASUNTO:**

- PENSIÓN ALIMENTICIA ( )
- VIOLENCIA FAMILIAR ( )
- DIVORCIO ( )
- OTROS TRÁMITES ( )

**III. PERSONAS CON ALGUNA DISCAPACIDAD:**

VISUAL ( ) AUDITIVO ( ) FÍSICO ( ) LENGUAJE ( )

**IV. PERSONAS ADULTAS MAYORES (65 AÑOS)**

NOMBRE: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_  
NOMBRE: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_

**V. TIPO DE MALTRATO INFANTIL:**

- FÍSICO ( )
- PSICOLÓGICO ( )
- EMOCIONAL ( )
- SEXUAL ( )
- OTROS ( )

**VI. DATOS: CÓNYUGE ( ) CONCUBINO(A) ( ) OTRO ( )**

NOMBRE: Mariana Montealegre Atemiz  
EDAD: 24 años ESCOLARIDAD: Licenciatura  
OCUPACIÓN: Amada casa DOMICILIO: Av. Jacarandas S/N  
MUNICIPIO: Apizaco

**VII. HIJOS (AS):**

NOMBRE: Saul Cortes Montealegre EDAD: 2 años  
NOMBRE: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_  
NOMBRE: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_  
NOMBRE: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_  
NOMBRE: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_

**VIII. ESTUDIAN SI ( ) NO ( )**  
PREESCOLAR ( ) PRIMARIA ( ) SECUNDARIA ( ) PREPARATORIA ( ) UNIVERSIDAD ( )

**IX. CANALIZACIÓN:**

- DEPARTAMENTO DE VIOLENCIA FAMILIAR \_\_\_\_\_
- INTERNA: \_\_\_\_\_
- EXTERNA: \_\_\_\_\_

**X. OBSERVACIONES DEL PERSONAL DE LA PPNA:**

Se da la asesoria psicologica por la separación de su esposa e hijo.

**XI. SE LE HACE SABER AL BENEFICIARIO QUE SI EN QUINCE DÍAS HÁBILES NO SE PRESENTA PARA CONTINUAR CON SU TRÁMITE, SE CANCELARÁ EL SERVICIO PRESTADO.**

**XII. RECIBIÓ LA ATENCIÓN Y ASESORÍA A SU ENTERA SATISFACCIÓN**  
SI ( ) NO ( )


**XIII. SUGERENCIAS O COMENTARIOS SOBRE LA ATENCIÓN BRINDADA:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**FIRMA DEL BENEFICIARIO(A):**



**ATENDIÓ:**

Lic. Karina Hdez. 

**SOLICITUD DE CONSENTIMIENTO**

Con fundamento en el artículo 6º fracción II y III, 16 párrafo segundo de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 1, 14, 17 y 28 de la Ley de Protección de Datos Personales para el Estado de Tlaxcala, cuya finalidad es garantizar la privacidad y proteger el derecho a la autodeterminación informativa de las personas, con fundamento en los artículos 1 y 67 de la Ley General de Contabilidad Gubernamental, se recabarán Datos Personales y estos serán incorporados y tratados en el Sistema de Datos Personales denominado "Sistema de beneficiarios de ayudas y subsidios". El tratamiento de sus datos personales consistirá en el registro y difusión en la página de internet de la Secretaría de Planeación y finanzas, de los siguientes datos personales:

- El nombre del beneficiario,
- Clave Única de Registro de Población cuando el beneficiario sea persona física,
- El Registro Federal de Contribuyentes con Homoclave cuando sea persona moral o persona física con actividad empresarial y profesional, y
- El monto recibido.

Por lo anterior se solicita su consentimiento para que los datos mencionados sean publicados en la Página de Internet de la Secretaría de Planeación y Finanzas del Gobierno del Estado de Tlaxcala.

**\*autorizo que mis datos personales y los datos proporcionados en este formato se consideren públicos:SI  NO**

En caso de ser afirmativo su consentimiento llenar:

Nombre: \_\_\_\_\_  
Fecha: \_\_\_\_\_  
Firma: \_\_\_\_\_

# Hoja Filtro

No. Expediente: \_\_\_\_\_

TLAXCALA, TLAX., A 21 DE 08 2020.

BENEFICIARIA(O): Miguel Angel Monjaras Montiel  
EDAD: 37 años FECHA DE NAC.: 19 - Febrero - 1983  
LUGAR DE NAC.: Apizaco ESCOLARIDAD: Secundaria  
OCUPACIÓN: Comerciante DOMICILIO: Retorno de Margarita  
S/N. Jardines MUNICIPIO: Apizaco  
TELÉFONO: 241 156 29 43

**I. TIPO DE ASESORÍA QUE SOLICITA:**

- JURÍDICA ( )
- PSICOLOGÍA (x)
- TRABAJO SOCIAL ( )

**II. ASUNTO:**

- PENSIÓN ALIMENTICIA ( )
- VIOLENCIA FAMILIAR ( )
- DIVORCIO ( )
- OTROS TRÁMITES ( )

**III. PERSONAS CON ALGUNA DISCAPACIDAD:**

VISUAL ( ) AUDITIVO ( ) FÍSICO ( ) LENGUAJE ( )

**IV. PERSONAS ADULTAS MAYORES (65 AÑOS)**

NOMBRE: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_  
NOMBRE: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_

**V. TIPO DE MALTRATO INFANTIL:**

- FÍSICO ( )
- PSICOLÓGICO ( )
- EMOCIONAL ( )
- SEXUAL ( )
- OTROS ( )

**VI. DATOS: CÓNYUGE ( ) CONCUBINO(A) ( ) OTRO ( )**

NOMBRE: Yazmin Jimenez Ahutzi  
EDAD: 28 años ESCOLARIDAD: Primaria  
OCUPACIÓN: Obrera DOMICILIO: Calle 8  
La Toma MUNICIPIO: Tlaxcala

**VII. HIJOS (AS):**

NOMBRE: Miguel Monjaras Jimenez EDAD: 9 años  
NOMBRE: Ricardo Monjaras Jimenez EDAD: 6 años  
NOMBRE: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_  
NOMBRE: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_  
NOMBRE: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_

**VIII. ESTUDIAN SI ( ) NO ( )**  
PREESCOLAR ( ) PRIMARIA ( ) SECUNDARIA ( ) PREPARATORIA ( ) UNIVERSIDAD ( )

**IX. CANALIZACIÓN:**

- DEPARTAMENTO DE VIOLENCIA FAMILIAR \_\_\_\_\_
- INTERNA: \_\_\_\_\_
- EXTERNA: \_\_\_\_\_

**X. OBSERVACIONES DEL PERSONAL DE LA PPNNA:**

Al usuario se le da contención emocional.

**XI. SE LE HACE SABER AL BENEFICIARIO QUE SI EN QUINCE DÍAS HÁBILES NO SE PRESENTA PARA CONTINUAR CON SU TRÁMITE, SE CANCELARÁ EL SERVICIO PRESTADO.**

**XII. RECIBIÓ LA ATENCIÓN Y ASESORÍA A SU ENTERA SATISFACCIÓN**  
SI ( ) NO ( )

**XIII. SUGERENCIAS O COMENTARIOS SOBRE LA ATENCIÓN BRINDADA:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**FIRMA DEL BENEFICIARIO(A):**

*[Firma]*

**ATENDIÓ:**

*[Firma]*  
Lee Karina Hdez

**SOLICITUD DE CONSENTIMIENTO**

Con fundamento en el artículo 6º fracción II y III, 16 párrafo segundo de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 1, 14, 17 y 28 de la Ley de Protección de Datos Personales para el Estado de Tlaxcala, cuya finalidad es garantizar la privacidad y proteger el derecho a la autodeterminación informativa de las personas, con fundamento en los artículos 1 y 67 de la Ley General de Contabilidad Gubernamental, se recabarán Datos Personales y estos serán incorporados y tratados en el Sistema de Datos Personales denominado "Sistema de beneficiarios de ayudas y subsidios". El tratamiento de sus datos personales consistirá en el registro y difusión en la página de internet de la Secretaría de Planeación y finanzas, de los siguientes datos personales:

- El nombre del beneficiario,
- Clave Única de Registro de Población cuando el beneficiario sea persona física,
- El Registro Federal de Contribuyentes con Homoclave cuando sea persona moral o persona física con actividad empresarial y profesional, y
- El monto recibido.

Por lo anterior se solicita su consentimiento para que los datos mencionados sean publicados en la Página de Internet de la Secretaría de Planeación y Finanzas del Gobierno del Estado de Tlaxcala.

**\*autorizo que mis datos personales y los datos proporcionados en este formato se consideren públicos: SI  NO**

En caso de ser afirmativo su consentimiento llenar:

Nombre: \_\_\_\_\_  
Fecha: \_\_\_\_\_  
Firma: \_\_\_\_\_

### Hoja Filtro

No. Expediente: \_\_\_\_\_

TLAXCALA, TLAX., A 10 DE 09 2020.

BENEFICIARIA(O): Isaac Tellez Hernández  
EDAD: 30 años FECHA DE NAC.: 12 - Diciembre - 1989  
LUGAR DE NAC.: Chiautempan ESCOLARIDAD: Licenciatura  
OCUPACIÓN: Enfermero DOMICILIO: Jose Maria Morelos  
y Pavón S/N MUNICIPIO: Apetatitlan  
TELÉFONO: 246 174 65 16

**I. TIPO DE ASESORÍA QUE SOLICITA:**

- JURÍDICA ( )
- PSICOLOGÍA (x)
- TRABAJO SOCIAL ( )

**II. ASUNTO:**

- PENSIÓN ALIMENTICIA ( )
- VIOLENCIA FAMILIAR ( )
- DIVORCIO ( )
- OTROS TRÁMITES ( )

**III. PERSONAS CON ALGUNA DISCAPACIDAD:**

VISUAL ( ) AUDITIVO ( ) FÍSICO ( ) LENGUAJE ( )

**IV. PERSONAS ADULTAS MAYORES (65 AÑOS)**

NOMBRE: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_  
NOMBRE: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_

**V. TIPO DE MALTRATO INFANTIL:**

- FÍSICO ( )
- PSICOLÓGICO ( )
- EMOCIONAL ( )
- SEXUAL ( )
- OTROS ( )

**VI. DATOS: CÓNYUGE ( ) CONCUBINO(A) ( ) OTRO (x)**

NOMBRE: Yarmin Muñoz Serrano  
EDAD: 31 años ESCOLARIDAD: Licenciatura  
OCUPACIÓN: Empleada DOMICILIO: Callejon Vicente  
Crenero S/N MUNICIPIO: Chiautempan

**VII. HIJOS (AS):**

NOMBRE: Ismael Tellez Muñoz EDAD: 6 años  
NOMBRE: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_  
NOMBRE: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_  
NOMBRE: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_  
NOMBRE: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_

**VIII. ESTUDIAN SI ( ) NO ( )**  
PREESCOLAR ( ) PRIMARIA ( ) SECUNDARIA ( ) PREPARATORIA ( ) UNIVERSIDAD ( )

**IX. CANALIZACIÓN:**

- DEPARTAMENTO DE VIOLENCIA FAMILIAR \_\_\_\_\_
- INTERNA: \_\_\_\_\_
- EXTERNA: \_\_\_\_\_

**X. OBSERVACIONES DEL PERSONAL DE LA PPNNA:**

*Se agenda cita para atención psicología.*

**XI. SE LE HACE SABER AL BENEFICIARIO QUE SI EN QUINCE DÍAS HÁBILES NO SE PRESENTA PARA CONTINUAR CON SU TRÁMITE, SE CANCELARÁ EL SERVICIO PRESTADO.**

**XII. RECIBIÓ LA ATENCIÓN Y ASESORÍA A SU ENTERA SATISFACCIÓN**  
SI ( ) NO ( )

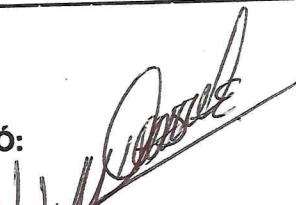
**XIII. SUGERENCIAS O COMENTARIOS SOBRE LA ATENCIÓN BRINDADA:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**FIRMA DEL BENEFICIARIO(A):**

  
\_\_\_\_\_

**ATENDIÓ:**

  
*Lic. Karina Hdez.*  
\_\_\_\_\_

**SOLICITUD DE CONSENTIMIENTO**

Con fundamento en el artículo 6º fracción II y III, 16 párrafo segundo de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 1, 14, 17 y 28 de la Ley de Protección de Datos Personales para el Estado de Tlaxcala, cuya finalidad es garantizar la privacidad y proteger el derecho a la autodeterminación informativa de las personas, con fundamento en los artículos 1 y 67 de la Ley General de Contabilidad Gubernamental, se recabarán Datos Personales y estos serán incorporados y tratados en el Sistema de Datos Personales denominado "Sistema de beneficiarios de ayudas y subsidios". El tratamiento de sus datos personales consistirá en el registro y difusión en la página de internet de la Secretaría de Planeación y finanzas, de los siguientes datos personales:

- El nombre del beneficiario,
- Clave Única de Registro de Población cuando el beneficiario sea persona física,
- El Registro Federal de Contribuyentes con Homoclave cuando sea persona moral o persona física con actividad empresarial y profesional, y
- El monto recibido.

Por lo anterior se solicita su consentimiento para que los datos mencionados sean publicados en la Página de Internet de la Secretaría de Planeación y Finanzas del Gobierno del Estado de Tlaxcala.

**\*autorizo que mis datos personales y los datos proporcionados en este formato se consideren públicos:SI  NO**

En caso de ser afirmativo su consentimiento llenar:

Nombre: \_\_\_\_\_  
Fecha: \_\_\_\_\_  
Firma: \_\_\_\_\_