



GOBERNACIÓN

SECRETARÍA DE GOBERNACIÓN

Unidad de Apoyo al Sistema de Justicia de la Secretaría de Gobernación Comité Permanente de Seguimiento de Preliberaciones

Lugar de solicitud	Fecha de solicitud

Solicitud de preliberación o cambio de medida cautelar

I. Datos Generales de la Persona Peticionaria

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre(s)
Relación con el solicitante		
Domicilio		
Calle	Número	Colonia
Alcaldía o Municipio	Ciudad	Estado
Teléfono	Correo electrónico	

II. Datos Generales de la Persona Privada de la Libertad

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre(s)
Fecha de nacimiento		Edad:
Lugar de Nacimiento		Nacionalidad:
Género	Femenino <input type="checkbox"/>	Masculino <input type="checkbox"/>
	Otro ¿cuál? _____	

III. Datos Generales del Representante Legal

Representante Legal	Público <input type="checkbox"/>	Privado <input type="checkbox"/>
Nombre Completo		
Domicilio		
Calle	Número	Colonia
Alcaldía o Municipio	Ciudad	Estado
Teléfono	Correo electrónico	

IV. Situación Jurídica de la Persona Privada de la Libertad

Centro Penitenciario en el que se encuentra actualmente la persona privada de la libertad		
Delito(s)	Jurisdicción de los delitos	
	Federal	<input type="checkbox"/>
	Local	<input type="checkbox"/>

Causa(s) Penal(es)				
Juzgado(s) de las Causa(s) penal(es)				
Procesado (a)	Tiempo procesado (a)	Sentenciado (a)	Sentencia impuesta	Tiempo compurgado
Documentos que se anexan	Expediente Judicial <input type="checkbox"/>	Constancia(s) Médica(s) <input type="checkbox"/>		
	Carpeta de Investigación <input type="checkbox"/>	Plan de actividades <input type="checkbox"/>		
	Protocolo de Estambul positivo <input type="checkbox"/>	Otra documentación ¿Cuál? <input type="checkbox"/>		

V. Estado de Salud de la Persona Privada de la Libertad

¿La persona privada de la libertad padece alguna enfermedad crónico-degenerativa?	
Sí <input type="checkbox"/>	¿Cuál (es)?
No <input type="checkbox"/>	

VI. Información Adicional

¿La persona privada de la libertad pertenece a algún grupo vulnerable?			
Describa cuál	Persona indígena <input type="checkbox"/>	Persona con discapacidad <input type="checkbox"/>	
	Persona afrodescendiente <input type="checkbox"/>	Persona LGBTTTIQ+ <input type="checkbox"/>	
	Ninguna <input type="checkbox"/>	Prefiero no mencionarlo <input type="checkbox"/>	
	Otro ¿cuál? _____		
¿La persona privada de la libertad tiene alguna persona a su cargo o cuidado? ¿Quién?		Edad de la persona a cargo o cuidado de la persona privada de libertad	

V. Motivo de solicitud

FIRMA

