



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 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? _____

II. Datos Generales de la(s) Persona(s) de Confianza

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

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		
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

¿Padece alguna enfermedad crónico-degenerativa?	
Sí <input type="checkbox"/>	¿Cuál (es)?
No <input type="checkbox"/>	

VI. Información Adicional

¿Considera que 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? _____		
¿Tiene alguna persona a su cargo o cuidado? ¿Quién?		Edad de la persona a su cargo o cuidado	

V. Motivo de solicitud

FIRMA