

JUNTA CANTONAL DE PROTECCIÓN INTEGRAL DE DERECHOS DE GUAYAQUIL**DENUNCIA POR VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES**

- 1.- Suministre toda la información solicitada. Aportar una mayor cantidad de datos facilita la tramitación de su denuncia.
2.- Las preguntas resaltadas con asterisco (*) son obligatorias

¿USTED ES LA VÍCTIMA?

 NO (Continúe con la sección 1) SÍ (Continúe con la sección 2)**SECCIÓN 1 DATOS DE LA PERSONA QUE DENUNCIA**

*Nombres y apellidos completos:					
*Tipo de identificación:	<input type="checkbox"/> Cédula de ciudadanía	<input type="checkbox"/> Pasaporte	<input type="checkbox"/> No tiene	<input type="checkbox"/> Otro _____	
Número de identificación:	*Edad:	*Discapacidad:		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO
*Nacionalidad:	<input type="checkbox"/> Ecuatoriana	<input type="checkbox"/> Venezolana	<input type="checkbox"/> Colombiana	<input type="checkbox"/> Otro _____	
*Género:	<input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> No refiere	<input type="checkbox"/> Otro _____	
*Identificación étnica:	<input type="checkbox"/> Afroecuatoriano	<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Indígena	<input type="checkbox"/> Mestizo	<input type="checkbox"/> Montubio
*¿Qué relación o parentesco tiene con la víctima?	<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Abuelo/a	<input type="checkbox"/> Tía/o	<input type="checkbox"/> Otro _____
*Dirección (Calles, manzana, villa, bloque):					
Referencia:					
*Sector:	<input type="checkbox"/> Norte	<input type="checkbox"/> Sur	<input type="checkbox"/> Centro	<input type="checkbox"/> Rural	*Provincia:
*Número de contacto:			*Correo electrónico:		

SECCIÓN 2 DATOS DE LA VÍCTIMA

*Nombres y apellidos completos:					
*Tipo de identificación:	<input type="checkbox"/> Cédula de ciudadanía	<input type="checkbox"/> Pasaporte	<input type="checkbox"/> No tiene	<input type="checkbox"/> Desconoce	
Número de identificación:	Fecha de nacimiento:		DÍA	MES	AÑO
*Nacionalidad			Condición migratoria		
<input type="checkbox"/> Ecuatoriana	<input type="checkbox"/> Venezolana	<input type="checkbox"/> Colombiana	<input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Irregular
Estado civil:	<input type="checkbox"/> Soltera	<input type="checkbox"/> Casada	<input type="checkbox"/> Viuda	<input type="checkbox"/> Unión de hecho	<input type="checkbox"/> Divorciada
*Género:	<input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> No refiere	<input type="checkbox"/> Otro _____	
Orientación sexual:	<input type="checkbox"/> Heterosexual	<input type="checkbox"/> Homosexual	<input type="checkbox"/> Bisexual	<input type="checkbox"/> Asexual	<input type="checkbox"/> No refiere
*Identificación étnica:	<input type="checkbox"/> Afroecuatoriano	<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Indígena	<input type="checkbox"/> Mestizo	<input type="checkbox"/> Montubio
*Discapacidad:		Tipo de discapacidad:			
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Desconoce	<input type="checkbox"/> Física	<input type="checkbox"/> Auditiva	<input type="checkbox"/> Psicosocial
Ocupación/Profesión	Nivel de Instrucción				
	<input type="checkbox"/> Educación básica	<input type="checkbox"/> Bachillerato	<input type="checkbox"/> Superior	<input type="checkbox"/> No refiere	<input type="checkbox"/> Otro _____
Está embarazada?	Ingreso Mensual				
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> No refiere	<input type="checkbox"/> \$0	<input type="checkbox"/> \$1 - \$200	<input type="checkbox"/> \$201-\$400	<input type="checkbox"/> \$401-\$800	<input type="checkbox"/> \$801-\$1600
				<input type="checkbox"/> Más de \$1600	<input type="checkbox"/> No refiere
*Dirección (Calles, manzana, villa, bloque):					
Referencia:					
*Sector:	<input type="checkbox"/> Norte	<input type="checkbox"/> Sur	<input type="checkbox"/> Centro	<input type="checkbox"/> Rural	*Provincia:
*Número de contacto:			*Correo electrónico:		

PERSONAS DEPENDIENTES

¿Tiene hijos/as menores de 18 años o personas a su cargo?

 SÍ NO

Si la respuesta es SÍ, llenar los siguientes campos

Nombres y apellidos	Edad	Género	Discapacidad	Parentesco
		<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	
		<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	
		<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	
		<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	

SECCIÓN 3 DATOS DE LA PERSONA DENUNCIADA

*Nombres y apellidos completos:			
*Tipo de identificación:	<input type="checkbox"/> Cédula de ciudadanía	<input type="checkbox"/> Pasaporte	<input type="checkbox"/> No tiene <input type="checkbox"/> Desconoce
Número de identificación:	Edad:	Ocupación/Profesión:	
*Nacionalidad:	<input type="checkbox"/> Ecuatoriana	<input type="checkbox"/> Venezolana	<input type="checkbox"/> Colombiana <input type="checkbox"/> Otro _____
*Género:	<input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> No refiere <input type="checkbox"/> Otro _____
¿Qué relación o parentesco tiene con la víctima?	<input type="checkbox"/> Pareja	<input type="checkbox"/> Ex pareja	<input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Vecino/a <input type="checkbox"/> Otro _____
*Dirección (Calles, manzana, villa, bloque):			
Referencia:			
*Sector:	<input type="checkbox"/> Norte	<input type="checkbox"/> Sur	<input type="checkbox"/> Centro <input type="checkbox"/> Rural *Provincia: *Cantón:
*Número de contacto:	*Correo electrónico:		

SECCIÓN 4 RELATO DE LOS HECHOS

(Narración de los acontecimientos. Colocar lugar y/o fechas exactas o aproximadas en que ocurrieron los hechos)

Comparezco ante la Junta Cantonal, con el objeto de denunciar lo siguiente...

--

SECCIÓN 5 INFORMACIÓN ADICIONAL

Tipo de violencia o vulneración de derechos (Seleccione una o varias opciones)						
<input type="checkbox"/> Física	<input type="checkbox"/> Psicológica	<input type="checkbox"/> Sexual	<input type="checkbox"/> Económica	<input type="checkbox"/> Política	<input type="checkbox"/> Simbólica	<input type="checkbox"/> Gineco-Obstétrica
Espacio donde se produce la violencia (Seleccione una opción)						
<input type="checkbox"/> Intrafamiliar o doméstico	<input type="checkbox"/> Educativo	<input type="checkbox"/> Laboral	<input type="checkbox"/> Deportivo			
<input type="checkbox"/> Centros de privación de libertad	<input type="checkbox"/> Mediático y cibernético	<input type="checkbox"/> Espacio público y comunitario	<input type="checkbox"/> Institucional			
<input type="checkbox"/> Centros e instituciones de salud	<input type="checkbox"/> Estatal e institucional	<input type="checkbox"/> Emergencias y situaciones humanitarias				

SECCIÓN 6 PARÁMETROS PARA VALORAR EL RIESGO (Colocar una X en SI-NO-Desconoce)

PREGUNTA	SI	NO	DESCONOCE
1.- ¿Existen solicitudes previas de medidas de protección, ya sean administrativas, judiciales o acciones urgentes?			
2.- ¿La persona agresora ha amenazado la dignidad, integridad personal o vida de la víctima o de sus dependientes?			
3.- ¿La persona agresora ha amenazado con llevarse a los hijos, hijas o dependientes de la víctima?			
4.- ¿La persona agresora ha amenazado con llevarse o causar daño a los animales domésticos o bienes de la víctima?			
5.- ¿La persona agresora tiene un consumo abusivo de alcohol o drogas?			
6.- ¿Se han cometido actos de violencia en presencia de hijos, hijas, familiares o en lugares públicos?			
7.- ¿La persona agresora ha intentado o amenazado con suicidarse, o ha utilizado otras medidas intimidantes contra la víctima?			
8.- ¿Existen antecedentes psiquiátricos de la persona agresora?			
9.- ¿La persona agresora tiene formación policial o militar?			
10.- ¿La persona agresora tiene acceso y conocimiento del manejo de armas de fuego?			

SECCIÓN 7 PARÁMETROS PARA VALORAR LAS CONDICIONES DE LA VÍCTIMA (Colocar una X en SI-NO-Desconoce)

PREGUNTA	SI	NO	DESCONOCE
1.- ¿La víctima teme ser objeto de un ataque contra su vida, dignidad o integridad personal, o la de sus dependientes?			
2.- ¿La víctima pertenece a un grupo de atención prioritaria, tiene una condición económica vulnerable, es migrante o sufre discriminación por su identidad de género u orientación sexual?			
3.- ¿La víctima se encuentra o se ha encontrado previamente aislada o retenida contra su voluntad por la persona agresora?			
4.- ¿La víctima ha recibido o está recibiendo atención médica o psicológica como consecuencia de las agresiones sufridas?			
5.- ¿La víctima ha intentado suicidarse como resultado de la violencia que ha experimentado?			
6.- ¿Existe una dependencia económica de la víctima hacia la persona agresora?			

SECCIÓN 8 DECLARACIÓN Y ACEPTACIÓN

- 1.- Declaro de manera libre, voluntaria y bajo juramento que la información y documentos proporcionados, se sujetan estrictamente a la verdad y, en consecuencia, me someto a las sanciones administrativas, civiles y penales en caso de incurrir en falsedades.
- 2.- Autorizo de manera libre, expresa e informada al Consejo Cantonal de Protección Integral de Derechos de Guayaquil, para que, en el marco de sus competencias, realice la recolección, registro, organización, conservación, consulta, utilización y demás operaciones de tratamiento sobre mis datos personales proporcionados en este formulario, de conformidad con lo dispuesto en la Ley Orgánica de Protección de Datos Personales. Los datos serán utilizados únicamente para los fines vinculados a la presente denuncia y se precautelará la confidencialidad y seguridad de los mismos.

FIRMA

* Adjuntar copia de cédula de la persona que denuncia.

* Adjuntar croquis de la dirección de la persona o las personas denunciadas.