

FECHA: _____

EXPEDIENTE # PAM-_____ - 2025

JUNTA CANTONAL DE PROTECCIÓN INTEGRAL DE DERECHOS DE GUAYAQUIL**DENUNCIA POR VIOLENCIA A LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES**

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 <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 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	Edad:	
Lugar de nacimiento:						
*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	
<input type="checkbox"/> No refiere <input type="checkbox"/> Otro						
Estado civil: <input type="checkbox"/> Soltera <input type="checkbox"/> Casada <input type="checkbox"/> Viuda <input type="checkbox"/> Unión de hecho <input type="checkbox"/> Divorciada <input type="checkbox"/> No refiere <input type="checkbox"/> Otro						
*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 <input type="checkbox"/> Otro _____						
*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	<input type="checkbox"/> Visual	<input type="checkbox"/> Intelectual
Ocupación/Profesión		Nivel de Intrucción				
		<input type="checkbox"/> Educación básica	<input type="checkbox"/> Bachillerato	<input type="checkbox"/> Superior	<input type="checkbox"/> No refiere	<input type="checkbox"/> Otro _____
¿Se encuentra actualmente trabajando? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> No refiere						
¿Es afiliado al Seguro Social? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> No refiere						
¿Está Jubilado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> No refiere						
¿Vive con más personas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO <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:	*Cantón:		
*Número de contacto:			*Correo electrónico:			

FECHA: _____

EXPEDIENTE # PAM-_____ - 2025

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/motivo de la denuncia (Seleccione una o varias opciones)					
<input type="checkbox"/> Física	<input type="checkbox"/> Psicológica	<input type="checkbox"/> Sexual	<input type="checkbox"/> Abandono	<input type="checkbox"/> Económico	<input type="checkbox"/> Otros _____
Derechos vulnerados (Seleccione una o varias opciones)					
<input type="checkbox"/> Vida digna	<input type="checkbox"/> Independencia/Autonomía	<input type="checkbox"/> Libertad personal	<input type="checkbox"/> Trabajo		
<input type="checkbox"/> Cultura, deporte y recreación	<input type="checkbox"/> Retorno digno	<input type="checkbox"/> Pensión Alimenticia	<input type="checkbox"/> Salud		
<input type="checkbox"/> Seguridad y protección violencia	<input type="checkbox"/> Accesibilidad	<input type="checkbox"/> Educación y vivienda	<input type="checkbox"/> Comunicación		

SECCIÓN 6 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 precatelará la confidencialidad y seguridad de los mismos.

FIRMA

* Adjuntar copia de cédula de la persona que denuncia.

*Adjuntar croquis de la persona que denuncia y de la persona denunciada.