

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   |  |
| 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 Instrucción  |   |  |
|  | <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:  |  |

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 precautelaré 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.