

# COMISIÓN ESTATAL DE ATENCIÓN INTEGRAL A VÍCTIMAS

## FORMATO ÚNICO DE DECLARACIÓN

El presente Formato Único de Declaración es el medio para tramitar el ingreso de las personas en situación de víctima al Registro Estatal de Víctimas. La información contenida en el presente FUD incluye datos personales sensibles por lo que éstos serán tratados como confidenciales de conformidad con lo dispuesto en la normatividad aplicable. **La tramitación del FUD es totalmente gratuita.**

Lugar de presentación de la solicitud	Fecha de presentación de la solicitud
	DD   MM   AAAA

### I. Datos del/la solicitante

<b>A</b> VÍCTIMA - Directa, indirecta o potencial <input type="checkbox"/> (Continuar en ii.)	<b>B</b> Víctima a través de familiar o persona de confianza. * <input type="checkbox"/>	<b>C</b> Servidor/a público/a o autoridad. ** <input type="checkbox"/>	<b>D</b> Representante legal (Continuar en II. y llenar Anexo Único) <input type="checkbox"/>
Nombre (s):			
Primer apellido:		Segundo apellido:	
Parentesco / relación afectiva*:			
Cargo:		Dependencia o institución:	
Teléfono móvil:		Teléfono fijo:	
Correo electrónico:			
Otros datos del contacto:			

NOTA: Este apartado se deberá requisitar cuando el formato sea llenado por B o C posteriormente continua en II.

### II. Tipo y datos de la víctima

<input type="checkbox"/> Directa	<input type="checkbox"/> Indirecta	<input type="checkbox"/> Potencial
Nombre (s):		Edad:
Primer apellido:		Segundo apellido:
Fecha de nacimiento: DD   MM   AAAA	Sexo: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> No desea especificar	
Nacionalidad:		CURP:
Lugar de nacimiento: a) País _____ b) Entidad federativa _____ c) Delegación o municipio _____ d) Población _____		
Estado civil: <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a <input type="checkbox"/> Unión libre <input type="checkbox"/> Concubinato <input type="checkbox"/> Directa <input type="checkbox"/> Otro: _____		
Calle:	Número exterior:	Número interior:
Código postal:	Colonia:	
Localidad:	Delegación o municipio:	
Entidad federativa:	Teléfono:	
Correo electrónico:	Otro contacto:	

NOTA: En caso de requerir que las notificaciones relacionadas con el presente Formato se realicen en un domicilio distinto al anteriormente señalado, o medio diverso al correo certificado, favor de proporcionar los datos mediante el formato ("INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA ")



GUANAJUATO

GOBIERNO DE LA GENTE

ATENCIÓN  
A VÍCTIMAS

COMISIÓN ESTATAL DE  
ATENCIÓN INTEGRAL A VÍCTIMAS

Contacto:  
Camino al Cárcamo, Lote 6, Predio el Mezquital,  
Col. Puenteceillas, Guanajuato, Gto. C.P. 36259.  
Tel. (473) 102 7186

### III. Relación de la víctima indirecta con la víctima directa

En caso de ser víctima indirecta, proporciona nombre completo de la víctima directa

Relación con la víctima directa  
Contesta: ¿Qué soy de la víctima directa?


¿Presenta documento que vincule su relación con la víctima directa? [  SÍ ] [  NO ]

[ <input type="checkbox"/> Acta de nacimiento	[ <input type="checkbox"/> Constancia de concubinato	[ <input type="checkbox"/> Acta de matrimonio
[ <input type="checkbox"/> Sentencia	[ <input type="checkbox"/> Acta de adopción	

### IV. Identificación de la víctima

Se deberá anexar al presente Formato, copia de la identificación de la víctima. En caso de manifestar no contar con ella en este momento, la identificación deberá ser remitida a la Comisión Estatal de Atención a Víctimas con posterioridad.

¿Presenta identificación?

[  SÍ ] [  NO ]

[ <input type="checkbox"/> Cartilla del servicio militar	[ <input type="checkbox"/> Credencial oficial expedida por el IMSS o ISSSTE
[ <input type="checkbox"/> Tarjeta de residencia temporal	[ <input type="checkbox"/> Pasaporte
[ <input type="checkbox"/> Certificado o constancia de estudios	[ <input type="checkbox"/> Tarjeta de residencia permanente
[ <input type="checkbox"/> Cédula profesional	[ <input type="checkbox"/> Constancia de residencia expedida por autoridad local
[ <input type="checkbox"/> Credencial de elector	[ <input type="checkbox"/> Otro documento oficial
Número del documento probatorio	

### V. Lugar y fecha de los hechos

Calle:	Número exterior:
Código postal:	Colonia:
Localidad:	Delegación o municipio:
Entidad federativa:	Fecha: DD   MM   AAAA

En caso de no conocer todos los datos sobre el lugar donde ocurrieron los hechos victimizantes, favor de proporcionar los que conozca y utilice esta casilla para agregar otros datos de ubicación

### RELATOS DE LOS HECHOS

Por favor relate las circunstancias de modo, tiempo y lugar, antes, durante y después de los hechos victimizantes. En caso de contar con alguna constancia o documento ministerial, jurisdiccional o de organismos nacionales o internacionales de derechos humanos en donde se dé cuenta del mismo, anexarlo al presente formato. En caso de que los hechos victimizantes atenten contra derechos colectivos, favor de referirlo



**GUANAJUATO**  
GOBIERNO DE LA GENTE

**ATENCIÓN  
A VÍCTIMAS**  
COMISIÓN ESTATAL DE  
ATENCIÓN INTEGRAL A VÍCTIMAS

Contacto:  
Camino al Cárcamo, Lote 6, Predio el Mezquital,  
Col. Puenteillas, Guanajuato, Gto. C.P. 36259.  
Tel. (473) 102 7186

## VI. Observaciones preliminares del/la servidor/a público/a o autoridad que llena el formato

Tipo de daño sufrido	<input type="checkbox"/> Físico	<input type="checkbox"/> Psicológico	<input type="checkbox"/> Patrimonial	<input type="checkbox"/> Sexual	<input type="checkbox"/> Otro
Este campo es para uso exclusivo de las autoridades en el caso de que participen con la víctima en el llenado del FUD:					

NOTA: En caso de requerir más espacio para aportar observaciones de la autoridad que llena el FUD por favor utilice el formato (“INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA”)

## VII. Autoridades que han conocido de los hechos

<b>INVESTIGACIÓN MINISTERIAL</b>	¿Denunció ante el ministerio público?		<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
Competencia:	<input type="checkbox"/> Federal	<input type="checkbox"/> Local	Entidad federativa:	
Delito:				
Agencia MP*:		A.P./ C.I. / A .C.**		
Estado de la investigación:				

\*MP = Ministerio Público | \*\*A.P. = Averiguación previa C.I. = Carpeta de investigación A.C. = Acta Circunstancial

<b>PROCESO JUDICIAL</b>	Fecha de inicio del proceso judicial:		DD	MM	AAAA
Competencia:	<input type="checkbox"/> Federal	<input type="checkbox"/> Local	Entidad federativa:		
Delito:					
Número de juzgado:			Número de proceso:		
Estado de proceso judicial:					

## PROCEDIMIENTOS ANTE ORGANISMOS NACIONALES E INTERNACIONALES DE DERECHOS HUMANOS

¿Presento queja, petición u otro tipo de solicitud ante organismos de DD. HH?		<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Fecha:	DD	MM	AAAA
Competencia:	<input type="checkbox"/> Federal	<input type="checkbox"/> Local	Organismo:				
Violación a DD. HH.							
Autoridad responsable:							
Tipo de resolución:		<input type="checkbox"/> Recomendación	<input type="checkbox"/> Conciliación	<input type="checkbox"/> Medidas precautorias	<input type="checkbox"/> Otra		
Folio:			Estado actual:				
Otra autoridad:							

NOTA: En caso de requerir más espacio para proporcionar información de este apartado, por favor utilice el formato (“INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA”)



**GUANAJUATO**  
GOBIERNO DE LA GENTE

**ATENCIÓN  
A VÍCTIMAS**  
COMISION ESTATAL DE  
ATENCIÓN INTEGRAL A VÍCTIMAS

Contacto:  
Camino al Cárcamo, Lote 6, Predio el Mezquital,  
Col. Puenteceillas, Guanajuato, Gto. C.P. 36259.  
Tel. (473) 102 7186

# COMISIÓN ESTATAL DE ATENCIÓN INTEGRAL A VÍCTIMAS

## FORMATO ÚNICO DE DECLARACIÓN

### VIII. Hoja de firmas

La presente solicitud de registro se suscribe por:

**A** VÍCTIMA - Directa, indirecta o potencial

**B** Familia o persona de confianza

[ ] Una vez que me fue leído el contenido del presente FUD, manifiesto no poder o saber firmar por lo que sólo imprimo mis huellas dactilares.

\_\_\_\_\_  
Nombre completo, firma y huella dactilares de la solicitante

Mano izquierda

Mano derecha

Huella dactilar de índice o pulgar

Opcional. Manifiesto expresamente mi deseo de recibir cualquier tipo de notificación relacionada con el presente FUD en el siguiente correo electrónico:

**C** Servidor/a público/a autoridad

\_\_\_\_\_  
Nombre completo, cargo y firma

**D** Representante legal de la víctima

\_\_\_\_\_  
Nombre completo, cargo y firma

Sello de la dependencia

Nota: En caso de solicitudes presentadas por representantes legales de las víctimas, autorizados en términos del artículo 97, fracción I de la Ley de Víctimas del Estado de Guanajuato, se deberá anexar a la presente solicitud el Anexo Único "Formato de Inscripción en el Padrón de Representantes".

El presente Formato Único de Declaración se requisitó/completó con el apoyo de personal de la CEAIV que se detalla a continuación:

1

\_\_\_\_\_  
Nombre completo, cargo y firma

2

\_\_\_\_\_  
Nombre completo, cargo y firma

Opcional. Manifiesto expresamente mi deseo de recibir cualquier tipo de notificación relacionada con el presente FUD en el siguiente correo electrónico:



**GUANAJUATO**  
GOBIERNO DE LA GENTE

**ATENCIÓN  
A VÍCTIMAS**  
COMISIÓN ESTATAL DE  
ATENCIÓN INTEGRAL A VÍCTIMAS

Contacto:  
Camino al Cárcamo, Lote 6, Predio el Mezquital,  
Col. Puenteceillas, Guanajuato, Gto. C.P. 36259.  
Tel. (473) 102 7186

Homoclave del formato: **FF-CEAIV-001**

### IX.1 Documentación para la tramitación del Formato Único de Declaración:

- Para la **inscripción de víctimas** en el Registro Estatal de Víctimas se deberá anexar al presente formato, o remitir a las oficinas de la Comisión, copia simple de la información que permita verificar la identidad jurídica de la víctima –directa, indirecta o potencial- y del/la solicitante, cuando la solicitud la realice la víctima a través de un familiar o persona de confianza, de conformidad con lo siguiente:
  - **Para mexicanos/as:** (i) Acta de nacimiento; (ii) Carta de naturalización, en caso de personas nacionalizadas como mexicanas, o (iii) Certificado de nacionalidad mexicana. Adicionalmente, con objeto de verificar la identidad de la persona, deberá adjuntarse copia de uno de los siguientes documentos como medio de identificación: (i) Cartilla del Servicio Militar Nacional; (ii) Pasaporte expedido por la Secretaría de Relaciones Exteriores; (iii) Cédula Profesional; (iv) Certificado de estudios con fotografía; (v) Credencial oficial del Instituto Mexicano del Seguro Social; (vi) Credencial oficial del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado; (vii) Constancia de residencia emitida por la autoridad del lugar donde reside el interesado; (viii) Credencial de Elector, o (ix) Algún otro medio reconocido por el estado Mexicano para acreditar la identidad de las personas.
    - En caso de menores de edad que no cuenten con un medio de identificación oficial, para los efectos del Formato Único de Declaración, la identidad jurídica se podrá corroborar anexando al FUD, copia de acta de nacimiento y CURP de padre y madre.
  - **Para extranjeros/as:** Tarjeta de residencia temporal o permanente vigente, o constancia consular. En el caso de migrantes irregulares o indocumentados, se deberá aportar la documentación con que se cuente.
- Para la **inscripción de víctimas indirectas** será necesario contar con el Formato Único de Declaración de la Víctima Directa, además, las víctimas indirectas deberán aportar los documentos probatorios que permitan acreditar su parentesco o relación con la víctima directa de conformidad con lo señalado por los artículos 4 de la Ley de Víctimas del Estado de Guanajuato y 4 de su Reglamento.
- En caso de solicitudes tramitadas por el/la representante legal de las víctimas, se deberá anexar, en adición a los medios de identificación previamente señalados, el Formato de Inscripción al Padrón de Representantes .
- Los requisitos y documentos señalados no limitan la facultad del Registro Estatal de Víctimas de requerir al solicitante cualquier otro medio de identificación.

Nota: \*Con la finalidad de agilizar el llenado y tramitación del presente Formato Único de Declaración será recomendable que se aporten todos los elementos adicionales de información que se tengan, relacionados con: (i) La investigación ministerial; (ii) El proceso judicial, y/o (iii) La queja, recomendación o conciliaciones ante organismos de protección de derechos humanos, nacionales o internacionales, según sea el caso. \*\*Se podrá cancelar la inscripción en el Registro cuando la CEAIV encuentre que la solicitud de registro es contraria a la verdad respecto de los hechos victimizantes de tal forma que sea posible corregir que la persona no es víctima. La cancelación del registro se tramitará en términos del artículo 103 de la Ley de Víctimas del Estado de Guanajuato, sin perjuicio de que la CEAIV pueda formular la denuncia correspondiente ante el Ministerio Público para los efectos legales procedentes. La CEAIV podrá verificar en cualquier momento el contenido del Formato Único de Declaración y sus anexos.

### IX.2 Tratamiento de datos personales:

La información contenida en el presente Formato Único de Declaración incluye datos personales sensibles por lo que estos serán tratados como confidenciales de conformidad con lo dispuesto en la normatividad aplicable. Los datos personales contenidos en el presente Formato serán utilizados por la CEAIV para las siguientes finalidades: (i) Dar trámite a la solicitud de ingreso al Registro Estatal de Víctimas; (ii) Velar por su protección y proporcionar ayuda, asistencia y reparación integral con fundamento en la Ley de Víctimas del Estado de Guanajuato, y (iii) Con fines estadísticos, en cuyo caso serán previamente disociados. Además, los datos personales únicamente podrán ser proporcionados a las instituciones y autoridades competentes de acuerdo con lo estrictamente señalado por la normatividad aplicable en materia de protección de datos personales.



**GUANAJUATO**  
GOBIERNO DE LA GENTE

**ATENCIÓN  
A VÍCTIMAS**  
COMISION ESTATAL DE  
ATENCIÓN INTEGRAL A VÍCTIMAS

Contacto:  
Camino al Cárcamo, Lote 6, Predio el Mezquital,  
Col. Puentecillas, Guanajuato, Gto. C.P. 36259.  
Tel. (473) 102 7186

Las personas solicitantes o representantes legales debidamente acreditadas podrán ejercer sus derechos de acceso y corrección de datos personales ante la Comisión Estatal de Atención Integral a Víctimas ubicada en Camino al Cárcamo, Lote 6, predio el Mezquital, col. Puentecillas, Guanajuato, Gto.

### IX.3 Presentación y notificaciones

Unidad Administrativa responsable del Trámite: El Comité Interdisciplinario Evaluador interior de la Comisión Estatal de Atención Integral a Víctimas encargada de dar trámite al Formato Único de Declaración. El horario para la recepción de documentos, atención al público y consulta, durante los días que ésta considere como hábiles, será de las 9:00 a las 15:00 horas. La solicitud y cualquier documentación anexa debe presentarse en las oficinas de la CEAIV, con domicilio en Camino al Cárcamo, Lote 6, predio el Mezquital, col. Puentecillas, Guanajuato, Gto. Las resoluciones, requerimientos y demás actos de la CEAIV se notificarán a los/las solicitantes por correo certificado con acuse de recibo al domicilio que hubiesen señalado al efecto, salvo que el/la solicitante haya manifestado su deseo de que las notificaciones previas a la resolución definitiva del trámite, le sean notificadas por otro medio.

### IX.4 Información del Trámite

La tramitación del Formato Único de Declaración es totalmente gratuita; ninguna persona puede solicitarle contraprestación o emolumento por ésta, en caso de que así sea, por favor diríjase al correo [ceaiv@guanajuato.gob.mx](mailto:ceaiv@guanajuato.gob.mx) donde con gusto le atenderemos.

Vigencia del trámite: El presente trámite no está sujeto a vigencia.

Tiempo máximo de respuesta a la solicitud: La presente solicitud deberá tramitarse en un plazo máximo de 3 meses. Transcurrido el plazo señalado, se entenderán la inscripción en sentido negativo.

Fundamento jurídico-administrativo. Ley de Víctimas del Estado de Guanajuato, artículos 96, 97, 98, 99, 100, 101 y 104. Reglamento de la Ley General de Víctimas, artículos 3 fracción VI, 9, 10 fracción II, y 41.

Este Formato Único de Declaración es de distribución gratuita, se autoriza su libre reproducción siempre que no se altere su contenido. Asimismo el formato podrá ser consultado y descargado en versión rellenable en la página de la Comisión Estatal de Atención Integral a Víctimas [www.comisionparavictimias.guanajuato.gob.mx](http://www.comisionparavictimias.guanajuato.gob.mx)

Al presente Formato Único de Declaración se acompaña:

<input type="checkbox"/>	Hojas de información complementaria de: a) Relato de los hechos; b) Observaciones de la autoridad que llena el FUD, c) Autoridades que han conocido de los hechos, y d) Domicilio para oír y recibir notificaciones.
<input type="checkbox"/>	Hoja de "Información complementaria de la víctima"
<input type="checkbox"/>	Anexo Único "Formato de Inscripción al Padrón de Representantes"



**GUANAJUATO**  
GOBIERNO DE LA GENTE

**ATENCIÓN  
A VÍCTIMAS**  
COMISIÓN ESTATAL DE  
ATENCIÓN INTEGRAL A VÍCTIMAS

Contacto:  
Camino al Cárcamo, Lote 6, Predio el Mezquital,  
Col. Puentecillas, Guanajuato, Gto. C.P. 36259.  
Tel. (473) 102 7186

# COMISIÓN ESTATAL DE ATENCIÓN INTEGRAL A VÍCTIMAS

## FORMATO ÚNICO DE DECLARACIÓN

### Información complementaria de la persona víctima

La información contenida en el presente documento incluye datos personales sensibles por lo que estos serán tratados como confidenciales de conformidad con lo dispuesto en la normatividad aplicable.

El presente documento tiene la finalidad de conocer características particulares y condiciones que pudieran suponer mayor vulnerabilidad para las víctimas en razón de su edad, género, preferencia u orientación sexual, identidad o expresión de género, pertenencia a un pueblo o comunidad indígena, condición de discapacidad y otros para contar con información útil para brindar atención especializada.

1	¿Es niña/o o adolescente? [ SÍ ] [ NO ]	Nombre del tutor/a:	
	Datos de contacto del tutor/a:		Segundo apellido:
2	¿Es persona adulta mayor? [ SÍ ] [ NO ]	3	¿Se encuentra en situación de calle? [ SÍ ] [ NO ]
4	¿Tiene condición de discapacidad? [ SÍ ] [ NO ]	Grado de dependencia: [ ] Moderada [ ] Severa [ ] <small>Gran dependencia</small>	
	Tipo: [ ] Física [ ] Mental [ ] Intelectual [ ] Visual [ ] Auditiva		
5	¿Es migrante? [ SÍ ] [ NO ]	País de origen:	País de destino:
6	¿Habla español? [ SÍ ] [ NO ]	¿Requiere traductor/a? [ SÍ ] [ NO ]	Indique a qué idioma o lengua
7	¿Pertenece a población/comunidad indígena? [ SÍ ] [ NO ]	¿A cuál?	
8	¿Refugiado/a? [ SÍ ] [ NO ]	¿Ha iniciado algún trámite para obtener esta condición? Indique que trámites ha iniciado	
	¿Es asilado/a político/a? [ SÍ ] [ NO ]		
9	¿Es defensor/a de derechos humanos? [ SÍ ] [ NO ]	¿Pertenece a una institución? [ SÍ ] [ NO ]	
	¿Tipo de institución? [ ] Federal [ ] Sociedad civil [ ] Religiosa [ ] Otra [ ] Estatal [ ] Asistencia privada [ ] Internacional _____		
10	¿Es periodista? [ SÍ ] [ NO ]	¿Tipo de medio informativo?	
	¿ Nombre del medio informativo?		
11	¿Fue desplazado/a dentro del país o estado por condiciones de violencia? [ SÍ ] [ NO ]		
	Entidad de salida		Entidad receptora
12	Considera que el hecho victimizante se debió a: [ ] Religión o creencias [ ] Orientación sexual [ ] Identidad o expresión de género [ ] Sexo [ ] Raza [ ] Otro: _____		
	Información de violencia contra las mujeres [ ] Psicológica [ ] Física [ ] Económica [ ] Patrimonial [ ] Sexual [ ] Obstétrica [ ] Femicida [ ] Otro: _____		

NOTA: El presente documento forma parte integral del Formato Único de Declaración presentado el DD | MM | AAAA por: \_\_\_\_\_.



**GUANAJUATO**  
GOBIERNO DE LA GENTE

**ATENCIÓN  
A VÍCTIMAS**  
COMISIÓN ESTATAL DE  
ATENCIÓN INTEGRAL A VÍCTIMAS

Contacto:  
Camino al Cárcamo, Lote 6, Predio el Mezquital,  
Col. Puentecillas, Guanajuato, Gto. C.P. 36259.  
Tel. (473) 102 7186