

Número de Entrevista: **05488** - -

Número Víctima:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Víctima

Apellidos: _____

Nombres: _____

Otros nombres utilizados: _____

No se sabe el Nombre

Sexo: Masculino Femenino

¿Estaba Embarazada? Si No

Documento: ⁽¹⁾ Cédula ⁽²⁾ P. de Nacimiento ⁽³⁾ P. de Bautizo
⁽⁴⁾ Carnet de Refugiado/Desplazado ⁽⁵⁾ Pasaporte
⁽⁶⁾ Otro: _____

Número: _____ Extendido en: _____

Fecha Nacimiento: ____/____/____ Edad(cuando hechos): ____ (Año: ____)

día mes año

Lugar de Nacimiento:

Cantón Aldea Caserío Parcelamiento Finca:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Municipio: _____

Departamento: _____

País: _____

Idioma Materno: _____

--	--

Profesión/Oficio: _____

--	--

¿Dónde vivía cuando ocurrió el hecho?: _____

Nombre del Padre: _____

Nombre de la Madre: _____

Número de Entrevista _____

Número Colectivo:

Número Patrón:

Violación _____

Número total de Víctimas: _____

Comentarios: _____

1. Tipo de Violación: _____

Fecha / /
 día mes año

Lugar: _____

Ubicación: _____

Fuerza(s)/Responsable(s):

	Fuerza	Responsabilidad	G.C.
<input type="checkbox"/> F.R.	_____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> F.R.	_____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> F.R.	_____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

2. Tipo de Violación: _____

Fecha / /
 día mes año

Lugar: _____

Ubicación: _____

Fuerza(s)/Responsable(s):

	Fuerza	Responsabilidad	G.C.
<input type="checkbox"/> F.R.	_____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> F.R.	_____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> F.R.	_____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

3. Tipo de Violación: _____

Fecha ____/____/____
 día mes año

Lugar _____

Ubicación: _____

Fuerza(s)/Responsable(s):

Fuerza	Responsabilidad	G.C.
<input type="checkbox"/> F.R. _____	_____	_____
<input type="checkbox"/> F.R. _____	_____	_____
<input type="checkbox"/> F.R. _____	_____	_____

4. Tipo de Violación: _____

Fecha ____/____/____
 día mes año

Lugar _____

Ubicación: _____

Fuerza(s)/Responsable(s):

Fuerza	Responsabilidad	G.C.
<input type="checkbox"/> F.R. _____	_____	_____
<input type="checkbox"/> F.R. _____	_____	_____
<input type="checkbox"/> F.R. _____	_____	_____

¿Hubo Pérdida/Destrucción de Bienes? No/No se Sabe Particulares Públicos

Descriptores:

¿Qué hizo el responsable en estas violaciones?: _____

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Cómo sabe usted que esta persona fue responsable? _____

¿Sabe si esta persona participó en violaciones en otros casos diferentes?

¿Sabe qué hace y dónde está esta persona ahora?: _____

Comentarios: _____

Número de Entrevista: 05483 - -

Resumen

- | | |
|---|--|
| 1. ¿Quién era la víctima? | 5. ¿Qué efectos provocaron los hechos? |
| 2. ¿Qué sucedió, dónde y cuándo? | 6. ¿Qué han hecho para enfrentar la situación? |
| 3. ¿Quiénes son los responsables de lo que sucedió? | 7. ¿Qué se debería hacer para evitar que se repitan estos hechos de violencia? |
| 4. ¿Por qué sucedieron los hechos? | |