



Unidad de Protección Integral de Grupos Vulnerables
SMDIF Corregidora



Privada del Río número 5, Colonia
El Pueblito, Corregidora, Qro., C.P.
76900 Tel. 4422096000 ext. 2067

**Formato de Registro de Atención a Reporte
de Maltrato a Personas Vulnerables**

Fecha de Notificación			Folio	
Día	Mes	Año		
Grupos Vulnerables				
AM	PD	GME	H	

MEDIO DE RECEPCION DEL REPORTE

☐ Presencial	☐ Oficio turnado	☐ Vía telefonica	☐ Correo electronico	☐ Otro (especificar) _____
-------------------------------------	--	--	--	---

DATOS GENERALES DE LA VICTIMA

Nombre (s)

1 _____

2 _____

3 _____

4 _____

5 _____

6 _____

Domicilio de la Victima:

_____ Calle _____ No Exterior _____ No Interior _____ Colonia/Localidad _____ C.P. _____ Telefono _____

Referencias para ubicar el domicilio _____

DATOS GENERALES DEL EVENTO

Día de la semana en que ocurrió el evento: L | M | M | J | V | S | D |

PROBABLE AGRESOR

Relación del ofendido con el probable agresor:

☐ Familiar	☐ Esposo (a)	☐ Hijo (a)	☐ Hermano (a)	☐ Nieto (a)	☐ Otro (Especificar) _____
☐ Extrafamiliar	☐ Ciudadanos	☐ Vecinos	☐ Conocidos	☐ Desconocido	
☐ Institucional	☐ Policía	☐ Militares	☐ Servidor público	☐ Otra persona investida de poder (indicar): _____	

Datos del probable agresor

SI CONOCE SU IDENTIDAD

NO CONOCE SU IDENTIDAD

Si se conoce su identidad

Nombre	Apellido Paterno:			Apellido Materno:			Nombre (s):		
Sexo	M	F							
Domicilio									
Media Filiación	Estatura aproximada:		Compleción: ☐ Robusto ☐ Delgado ☐ Medio			Color de piel:		Color de cabello:	
Seña (s) particular (s):									



Unidad de Protección Integral de Grupos Vulnerables
SMDIF Corregidora



Privada del Río número 5, Colonia
El Pueblito, Corregidora, Qro., C.P.
76900 Tel. 4422096000 ext. 2067

Formato de Registro de Atención a Reporte de Maltrato a Personas Vulnerables

BREVE DESCRIPCION DEL REPORTE

TIPO DE VIOLENCIA
☐ Fisica ☐ Economica ☐ Psicologica ☐ Patrimonial ☐ Sexual ☐ Omision de cuidados

ACCIONES A SEGUIR					
Interno	☐ Area Jurídica	☐ Trabajo Social	☐ Area de Psicología	☐ Area Médica	☐ Otro
Externo	☐ PPMVA EST	☐ Tribunal Superior de Justicia	☐ Jefatura de Programas Alimentarios	Instituciones de Salud:	
	☐ PMPMVA	☐ Organizaciones de la Sociedad Civil	☐ UBR	☐ CESAM	
	☐ Procuraduría Municipal de Protección de Niñas, Niños y Adolescentes	☐ Asistencia Social	☐ Otro (Especificar)	☐ Hospital General	
	☐ Fiscalía General	☐ Jefatura del programa Adulto Mayor		☐ Hospital del Niño y la Mujer	
		☐ Instituto Municipal de la Mujer		☐ Centro de Salud	
				☐ CESECO	
				☐ Otro (especificar)	

REPORTANTE			
Nombre completo:			
Telefono:			
Parentesco o relación con la victima:		Relación con el probable agresor	
Se advierte al solicitante para que se conduzca con verdad, en virtud de lo previsto por el artículo 284 del Código Penal del Estado de Querétaro, que establece que al teniendo la obligación legal de conducirse con verdad en un acto ante la autoridad, lo haga falsamente u ocultando la verdad, se le impondrá de 3 meses a 3 años de prisión y hasta 50 UMA de multa. Por tal motivo, DECLARO BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD QUE TANTO LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA COMO LOS DATOS APORTADOS SON CIERTOS. Por tal motivo, DECLARO BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD QUE TANTO LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA COMO LOS DATOS APORTADOS SON CIERTOS.			
Nombre y firma del reportante			

PERSONA QUE LLENA EL FORMATO		
Nombre completo		Firma:
Cargo		