



ACTIVIDADES EJECUTADAS POR LA/EL DENUNCIANTE:			
NOMBRE Y CARGO DE LOS TESTIGOS			
TIPO DE AGRESIÓN:	Interna:		Externa:
	Verbal:		Física:
	Sexual:		Psicológica
	Otra (Indique cuál):		
DAÑOS A LA PERSONA: (Cite cuales:)			
REQUIRIÓ ASISTENCIA MÉDICA: (Cite qué tipo:)			
DAÑOS A LA PROPIEDAD: (Cite cuales:)			
SE REALIZÓ LA DENUNCIA A UNA ENTIDAD DE CONTROL (EN CASO AFIRMATIVO INDIQUE LA FECHA Y EL PROCEDIMIENTO REALIZADO):			

**OBSERVACIONES**

**ASESORAMIENTO, MEDIDAS PREVENTIVAS Y/O CORRECTIVAS**


NOMBRE DE LA PERSONA QUE DENUNCIA \_\_\_\_\_

FIRMA: \_\_\_\_\_

CEDULA DE CIUDADANÍA: 

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

NOMBRE DE LA PERSONA QUE RECIBE LA DENUNCIA: \_\_\_\_\_

FIRMA: \_\_\_\_\_

CARGO O FUNCION: \_\_\_\_\_