

Comisión Ejecutiva Estatal de Atención a Víctimas -Formato Único de Declaración

I. Datos de la persona solicitante II. Datos de la víctima (hoja 1 de 5)

El presente Formato Único de Declaración (FUD) 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 estos serán tratados como confidenciales de conformidad con lo dispuesto en la normativa aplicable. La tramitación del FUD es totalmente gratis.

Lugar y fecha de solicitud	SAN LUIS POTOSI		No. de Registro Estatal:	REGEV/VI/-----/2023
----------------------------	-----------------	--	--------------------------	---------------------

I. DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE

La presente solicitud se presenta por:

- A víctima- directa, indirecta o potencial- (Continuar en II)
 B Víctima a través de familiar o persona de confianza
 C Persona servidora pública o autoridad
 D representante legal (Continuar en II. y llenar Anexo Único)

Nombre (s)			
Primer apellido			
Segundo apellido			
Parentesco/relación afectiva			
Cargo			
Dependencia o institución			
Teléfono móvil		Teléfono fijo	
Correo electrónico			
Otros datos de contacto			
<i>NOTA: Este apartado se deberá requisitar cuando el formato sea llenado por B o C y posteriormente continuar en II</i>			

II. DATOS DE LA VÍCTIMA

Nombre (s)			
Primer apellido		Segundo apellido	
Fecha de nacimiento		Género	<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Otro
Nacionalidad		CURP	
Lugar de nacimiento	San Luis Potosi		
Estado civil	<input type="checkbox"/> Soltera/o <input type="checkbox"/> Casada/o	<input type="checkbox"/> Divorciada/o <input type="checkbox"/> Viuda/o	<input type="checkbox"/> Unión libre
Numero de dependientes económicos o hijas/os		<input type="checkbox"/> Concubinato <input type="checkbox"/> Separada/o	<input type="checkbox"/> _____
Calle		Núm. Exterior	Núm. Int.
Código postal		Colonia	
Localidad		Municipiío	
Entidad federativa		Teléfono	

ESTE TRÁMITE ES GRATUITO. En caso de requerir asesoría en el llenado del presente formato, favor de comunicarse al teléfono: 018005525337

Comisión Ejecutiva Estatal de Atención a Víctimas -Formato Único de Declaración

III. Identificación. IV. Tipo de Víctima. V. Lugar, fecha y relato de los hechos victimizantes (hoja 2 de 5)

III. Identificación de la/el representante <small>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 Ejecutiva Estatal de Atención a Víctimas con posterioridad.</small>	<input type="checkbox"/> Cartilla del Servicio Militar <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Cédula Profesional <input type="checkbox"/> Otro documento oficial	<input type="checkbox"/> Credencial oficial expedida por el IMSS o ISSSTE <input type="checkbox"/> Certificado o constancia de estudios <input type="checkbox"/> Constancia de residencia por autoridad local.	<input type="checkbox"/> Tarjeta de residencia temporal <input type="checkbox"/> Tarjeta de residencia permanente <input checked="" type="checkbox"/> Credencial de elector
Presenta Identificación: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Número del documento probatorio		

IV. Tipo de víctima	<input type="checkbox"/> Directa	<input type="checkbox"/> Indirecta <div style="text-align: center;">▼</div>	<input type="checkbox"/> Potencial

V. LUGAR Y FECHA DE LOS HECHOS				
Calle		No.		Núm. Int.
Código postal		Colonia		
Localidad		Delegación o municipio		San Luis Potosi
Entidad federativa		Fecha		
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				

RELATO 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 e internacionales de derechos humanos en donde se dé cuenta del mismo, anejarlo al presente formato. En caso de que los hechos victimizantes atenten contra derechos colectivos, favor de referirlo.

ESTE TRÁMITE ES GRATUITO. En caso de requerir asesoría en el llenado del presente formato, favor de comunicarse al teléfono: 018005525337

NOTA: en caso de requerir mas espacio para relatar los hechos delictivos o la violación de derechos humanos, por favor utilice el formato ("INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA")

Comisión Ejecutiva Estatal de Atención a Víctimas -Formato Único de Declaración

VI. Observaciones de la autoridad. VII. Autoridades que han conocido de los hechos victimizantes (hoja 3 de 5)

VI. OBSERVACIONES DE LA PERSONA SERVIDORA PÚBLICA O AUTORIDAD QUE LLENA EL FORMATO

Tipo de de daño sufrido. Señale los que se aplique	<input type="checkbox"/> Físico	<input type="checkbox"/> Psicológico	<input type="checkbox"/> Patrimonial	<input type="checkbox"/> Sexual	<input type="checkbox"/> Otro
--	---------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------	---------------------------------	-------------------------------

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

VII. AUTORIDADES QUE HAN CONOCIDO DE LOS HECHOS

INVESTIGACIÓN MINISTERIAL	¿Denunció ante el Ministerio Público?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Fecha	
Competencia	<input type="checkbox"/> Federal <input type="checkbox"/> Local	Entidad federativa			
Delito					
Agencia MP	A.P./C.I./A.C.				
Estado de la investigación					
<small>MP=Ministerio público. A.P.= Averiguación Previa; C.I.= Carpeta de Investigación, y A.C.= Acta Circunstancial</small>					
PROCESO JUDICIAL	Fecha de inicio del proceso judicial				
Competencia	<input type="checkbox"/> Federal <input type="checkbox"/> Local	Entidad federativa			
Delito					
Número de juzgado		Número de proceso			
Estado del proceso judicial					
PROCEDIMIENTOS ANTE ORGANISMOS NACIONALES E INTERNACIONALES DE DERECHOS HUMANOS					
¿Presentó queja, petición u otro tipo de solicitud ante un organismos de DD.HH.?		<input checked="" type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No		
Competencia		Organismo	CEDH		
Violación a DD.HH.					
Autoridad responsable	DIRECCIÓN DE COMERCIO DEL VH.AYUNTAMIENTO DE S.L.P.				
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 requerirse mas espacio para proporcionar información de este apartado, por favor utilice el formato ("INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA")

ESTE TRÁMITE ES GRATUITO. En caso de requerir asesoría en el llenado del presente formato, favor de comunicarse al teléfono: 018005525337

Comisión Ejecutiva Estatal de Atención a Víctimas -Formato Único de Declaración

VIII. Hoja de firmas (hoja 4 de 5)

La presente solicitud se suscribe por:

<p>A <input checked="" type="checkbox"/> Víctima -Directa, Indirecta o Potencial-</p>	<p>B <input type="checkbox"/> Familiar o persona de confianza</p>	
<p><input type="checkbox"/> Una vez que me fue leído el contenido del presente FUD, manifiesto no poder o saber firmar por lo que solo imprimo mis huellas dactilares.</p>		
<p>_____</p> <p><u>Perla Nivet Flores Castillo</u></p>		<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 100px; margin: 5px;">Mano izquierda</div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 100px; margin: 5px;">Mano derecha</div> </div>

<p>C <input type="checkbox"/> Persona servidora pública o autoridad</p>	
<p>_____</p> <p>NOMBRE COMPLETO, CARGO Y FIRMA</p>	<p>Sello de la dependencia o institución</p>

<p>D <input type="checkbox"/> Representante legal de la víctima</p>	
<p>_____</p> <p>NOMBRE COMPLETO, CARGO Y FIRMA</p>	<p>Nota: en caso de solicitudes presentadas por representantes legales de las víctimas, autorizadas en términos del artículo 97, fracción I de la Ley General de Víctimas, se deberá anexar a la presente solicitud, el Anexo Único "Formato de Inscripción en el padrón de Representantes", así como lo señalado en la Ley de Víctimas para el Estado de San Luis Potosí.</p>

<p>Opcional: manifiesto expresamente mi deseo de recibir cualquier tipo de notificación relacionada con el presente FUD en el siguiente correo electrónico:</p>	
--	--

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

1	<p>_____</p> <p>ÁREA DEL REGISTRO ESTATAL DE VÍCTIMAS</p>	
2	<p>_____</p> <p>JUAN GERARDO CASTILLO MATA</p>	<p>Sello de CEEAV</p>

ESTE TRÁMITE ES GRATUITO. En caso de requerir asesoría en el llenado del presente formato, favor de comunicarse al teléfono: 018005525337

Comisión Ejecutiva Estatal de Atención a Víctimas -Formato Único de Declaración

IX. Términos y condiciones (hoja 5 de 5)

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

- Para la inscripción de víctima en el Registro Estatal de Víctimas (REGEV), se deberá anexar al presente formato o remitir a las oficinas del REGEV, copia simple de la información que permita verificar la identidad jurídica de la víctima –directa, indirecta o potencial- y de la/el solicitante, cuando la solicitud la realice la víctima a través de un familiar o persona de confianza, de conformidad con lo siguiente:

Para mexicanas/os: (I) Copia Certificada del Acta de Nacimiento; (II) Carta de Naturalización, en caso de personas nacionalizadas como mexicanas, o (III) Certificado de Nacionalidad Mexicana

Adicionalmente, con objetivo de verificar la identidad de la persona, deberá adjuntarse copia de uno de los siguientes documentos como medio de identificación: (I) Cartilla de 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 la persona interesada; (VIII) Credencial de Elector; (IX) Algún otro medio reconocido por el estado mexicano para acreditar su personalidad.

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 anexado al FUD, copia de acta de nacimiento y CURP de cualquiera de los padres o ambos.

Para extranjeras/os: Tarjeta de residencia temporal o permanente vigente o constancia consular. En 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 el artículo 4o de la Ley de Víctimas para el Estado de San Luis Potosí.

- En caso de solicitudes tramitadas por la/el 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 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 CEEAV 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 69 de la Ley de Víctimas para el Estado de San Luis Potosí, sin perjuicio de que la CEEAV pueda formular la denuncia correspondiente ante el Ministerio Público para los efectos legales procedentes. La CEEAV podrá verificar en cualquier momento el contenido del Formato Único de Declaración y sus anexos

III.2 Tratamiento de datos personales. La información contenida en el presente Formato de Inscripción al Padrón de Representantes incluye datos personales sensibles por lo que estos serán tratados como confidenciales de conformidad con lo dispuesto en la normativa aplicable. Los datos personales contenidos en el presente formato serán utilizados por la CEEAV para las siguientes finalidades: (I) inscribir la autorización, cambio o revocación del Padrón de Representantes; (II) Velar por su protección y proporcionar ayuda, asistencia y reparación integral con fundamento en la Ley de Víctimas para el Estado de San Luis Potosí 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.

Las/los solicitantes o representantes legales debidamente acreditados podrán ejercer sus derechos de acceso y corrección de datos personales ante la Dirección del Registro Estatal de Víctimas, ubicada en Ignacio López Rayón 450, Zona Centro C.P. 78000 San Luis Potosí; Teléfono: 812 05 78 y 812 10 04.

III.3 Presentación y Notificaciones.

Unidad Administrativa Responsable del Trámite: la Dirección del Registro Estatal de Víctimas es la unidad administrativa al interior de la Comisión Ejecutiva Estatal de Atención a Víctimas es encargada de dar trámite al Formato Único de Declaración. El horario de recepción de documentos, atención al público y consulta en las distintas oficinas de atención a víctimas, durante los días que ésta considere como hábiles será de las 09:00 a las 19:00 horas.

La solicitud y cualquier documento anexo deben presentarse en las oficinas centrales de la CEEAV, con domicilio en Ignacio López Rayón 450 Zona Centro, C.P. 7800 San Luis Potosí, S.L.P. Tel. 812 05 78 y 812 10 04.

III.4 Información del Trámite

La tramitación del Formato de Inscripción al Padrón de Representantes es totalmente gratuita: ninguna persona puede solicitarle contraprestación o emolumento por esta, en caso de que así sea, por favor dirijirse al teléfono: 01 800 552 53 37.

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

Fundamento jurídico-administrativo.

Ley de Atención a Víctimas para el Estado de San Luis Potosí, artículos: 1°, 2°, 4°, 5°, 7° y 8° así como los artículos 102, 103 fracción III, 112, 116 y 117; Reglamento de la Ley de Víctimas.

Al presente Formato Único de Declaración se acompaña:

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.

Hoja de "Información complementaria de la víctima"

Anexo Único "Formato de Inscripción al Padrón de Representantes"

ESTE TRÁMITE ES GRATUITO. En caso de requerir asesoría en el llenado del presente formato, favor de comunicarse al teléfono: 018005525337

Comisión Ejecutiva Estatal de Atención 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 la fialidad 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, pertecia a un pueblo o comunidad indígena, condición de discapacidad y otros para contar con información útil para brindar atención especializada.

1	¿Es niña, niño o adolescente?	<input checked="" type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Nombre de la tutora/or				
	Datos de contacto de la tutora/or							
2	¿Es persona adulta mayor?	<input checked="" type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	3	¿Se encuentra en situación de calle?	<input type="checkbox"/> Si	<input checked="" type="checkbox"/> No	
4	¿Tiene condición de discapacidad?	<input type="checkbox"/> Si	<input checked="" type="checkbox"/> No	Tipo	<input type="checkbox"/> Física	<input type="checkbox"/> Mental	<input type="checkbox"/> Intelectual	
	Grado de dependencia	<input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Severa <input type="checkbox"/> Gran dependencia						
5	¿Es migrante?	<input type="checkbox"/> Si	<input checked="" type="checkbox"/> No	País de origen		País de destino		
6	¿Habla español?	<input checked="" type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	¿Requiere traductora/or?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No		
7	¿Pertenece a población/comunidad indígena?			<input type="checkbox"/> Si	<input checked="" type="checkbox"/> No	¿A cuál?		
8	¿Refugiada/o?	<input type="checkbox"/> Si	<input checked="" type="checkbox"/> No	¿Ha iniciado algún trámite para obtener ésta condición?				
	¿Recibe asilo político?	<input type="checkbox"/> Si	<input checked="" type="checkbox"/> No					
9	¿Es defensora/or de Derechos Humanos?			<input type="checkbox"/> Si	<input checked="" type="checkbox"/> No	¿Pertenece a una institución?		
	¿Tipo de institución?			<input type="checkbox"/> Federal <input type="checkbox"/> Sociedad Civil <input type="checkbox"/> Religión <input type="checkbox"/> Estatal <input type="checkbox"/> Internacional <input type="checkbox"/> Asistencia privada				
				Otra				
10	¿Es periodista?	<input type="checkbox"/> Si	<input checked="" type="checkbox"/> No	¿Tipo de medio informativo?				
	¿Nombre del medio informativo?							
11	¿Fue desplazada/o dentro del país o estado por condiciones de violencia?						<input type="checkbox"/> Si	<input checked="" type="checkbox"/> No
	Entidad de salida				Entidad receptora			
12	Considera que el hecho victimizante se debió a:			<input type="checkbox"/> Religión o creencias		<input type="checkbox"/> Preferencias u orientación sexual		
	<input type="checkbox"/> Identidad o expresión de género		<input type="checkbox"/> Sexo		<input type="checkbox"/> Raza		<input type="checkbox"/> Otro _____	
13	Información de violencia contra las mujeres			<input type="checkbox"/> Psicológica		<input type="checkbox"/> Física		
	<input type="checkbox"/> Patrimonial	<input type="checkbox"/> Sexual		<input type="checkbox"/> Obstétrica	<input type="checkbox"/> Femicida		<input type="checkbox"/> Otro _____	
NOTA: El presente documento forma parte integral del Formato Único de Declaración presentado el _____								
por _____								

ESTE TRÁMITE ES GRATUITO. En caso de requerir asesoría en el llenado del presente formato, favor de comunicarse al teléfono: 018005525337