

CONSEJO DE LA JUDICATURA

FORMULARIO ÚNICO PARA LA DEMANDA DE PENSIÓN ALIMENTICIA

SEÑOR /A JUEZ/A DE FAMILIA, MUJER, NIÑEZ Y ADOLESCENCIA O MULTICOMPETENTE DEL CANTÓN		
1. INFORMACIÓN PERSONAL DEL ACTOR (A) / USUARIO (A)		
A. Nombres y apellidos*		B. Nro. de cédula*
D. Estado Civil * <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Unión Libre <input type="checkbox"/> Viudo/a		E. Profesión y/o actividad*
F. Lugar de residencia*	G. Dirección domiciliaria (Cdla., barrio, calles, etc.)*	
Nro. teléfono fijo*	I. Nro. de celular*	J. Correo electrónico*
Nro. cuenta donde se depositará la pensión alimenticia		
K. Nro. cuenta personal del actor	L. Nro. cuenta del alimentario	M. Institución financiera
N. ¿Labora en relación de dependencia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		O. Ingreso mensual aproximado

2. INFORMACIÓN PERSONAL DEL DEMANDADO (A) - ALIMENTANTE		
A. Nombres y apellidos*		B. Nro. de cédula
D. Estado Civil * <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Unión Libre <input type="checkbox"/> Viudo/a		E. Profesión y/o actividad*
F. Lugar de residencia*	G. Dirección domiciliaria (Cdla., barrio, calles, etc.)*	
H. Nro. teléfono fijo	I. Nro. de celular	J. Correo electrónico
L. ¿Labora en relación de dependencia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		K. Nro. de cargas familiares
M. Nombre del patrono donde labora	N. Ingreso mensual aproximado	

3. INFORMACIÓN PERSONAL DEL DEMANDADO (A) - OBLIGADO (A) SUBSIDIARIO (A)		
A. Nombres y apellidos*		B. Nro. de cédula
D. Estado Civil * <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Unión Libre <input type="checkbox"/> Viudo/a		E. Profesión y/o actividad *
F. Parentesco o afiliación con el obligado principal*	G. Lugar de residencia*	H. Dirección domiciliaria (Cdla., barrio, calles, etc.)*

I. Nro. teléfono fijo	J. Nro. de celular	K. Correo electrónico	L. Nro. de cargas familiares
M. ¿Labora en relación de dependencia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		N. Nombre del patrono donde labora	O. Ingreso mensual aproximado

4. HIJO (A) O HIJOS (AS) O ALIMENTARIOS (AS) PARA QUIÉNES SE RECLAMA ALIMENTOS							
Nombres *	Apellidos *	Nro. de cédula	Edad *	Estudia *	Nivel Educativo *	Institución Educativa	Nro. de Carnet de CONADIS
				<input type="checkbox"/>			
				<input type="checkbox"/>			
				<input type="checkbox"/>			
				<input type="checkbox"/>			

5. FUNDAMENTOS DE HECHO *

6. FUNDAMENTOS DE DERECHO *	
Arts. de la Constitución del Ecuador	44, 45, 69.1.5, 83.16
Arts. de la Convención Derechos del Niño	27, 29, 30, 31
Arts. del Código de la Niñez y Adolescencia	20, 26
Innumerados de la Ley Reformatoria al Título V, Libro Segundo del Código de la Niñez y Adolescencia (R.O. Nro. 643 del 28 de julio de 2009)	2, 4, 5, 15, 16
Otros Instrumentos:	

7. PRETENSIÓN DE LA DEMANDA *
El pago de una pensión alimenticia mensual por cada hijo/a o beneficiario, más subsidios y otros beneficios legales.
Total USD \$ <input type="text"/>

8. CUANTÍA DE LA DEMANDA *
Según el número de hijos o alimentarios, sumar el valor de la pensión alimenticia reclamada por cada uno de ellos y multiplicar dicho monto por doce, según Art. 63 del Código de Procedimiento Civil.
Total USD \$ <input type="text"/>

9. ESPECIFICACIÓN DEL TRÁMITE *
Especial, determinado en el Art. Innumerado 34 y siguientes de la ley Reformatoria al Código de la Niñez y Adolescencia, publicada en el R.O. 643 del 28 de julio de 2009.

10. LUGAR DE NOTIFICACIÓN AL ACTOR/A	
a) Casilla judicial Nro.*	b) Correo electrónico del abogado(a) patrocinador(a)
<input type="text"/>	<input type="text"/>

11. DOCUMENTOS Y PRUEBAS QUE ADJUNTA EL ACTOR		Marcar
a) Copia legible de cédula de ciudadanía *		<input type="checkbox"/>
b) Copia legible de cédula de ciudadanía del niño, niña o adolescente *		<input type="checkbox"/>
c) Copia legible de certificado de votación *		<input type="checkbox"/>
d) Partidas de nacimiento de hijos/as		<input type="checkbox"/>
e) Prueba de representación del actor/a *		<input type="checkbox"/>
f) Certificación bancaria, impresión de página web del banco o copia de la libreta de ahorros, donde se justifique que el actor/a o el niño, niña o adolescente son titulares de una cuenta corriente y/o de ahorro donde se depositará el valor de las pensiones fijadas *		<input type="checkbox"/>
g) Certificado de estudios de hijos/as *		<input type="checkbox"/>
h) Prueba de la condición económica del alimentante		<input type="checkbox"/>
i) Certificado de embarazo (para los casos de ayuda prenatal)		<input type="checkbox"/>
j) Certificado de discapacidad otorgado por el CONADIS y/o certificado médico		<input type="checkbox"/>
k) Certificado(s) del Registro de la Propiedad del demandado/a		<input type="checkbox"/>
l) Certificado(s) del Registro Mercantil		<input type="checkbox"/>
m) Certificados de trabajo del obligado(a) principal o subsidiario(a) y/o certificado del IESS que valide su relación de dependencia		<input type="checkbox"/>
n) Otros (especifique)		

12. SOLICITUD DEL ACTOR/A PARA LA OBTENCIÓN DE PRUEBAS				
	Nombres	Apellidos	(*) Nro. cédula	
a) Testimonial				
b) Declaración de la contraparte (Confesión judicial)				
	Descripción		Marcar	
c) Documental	Certificado del SRI, respecto del pago del Impuesto a la Renta o de las retenciones en la fuente del demandado(a) o alimentante y/o subsidiario(a) , durante los últimos 2 años.		<input type="checkbox"/>	
	Certificado de bienes del Registro de la Propiedad del cantón:		<input type="checkbox"/>	
	Certificado del Registro Mercantil del cantón:		<input type="checkbox"/>	
	Certificado sobre dominio de vehículos de la Agencia Nacional de Tránsito		<input type="checkbox"/>	
	Certificado de cuentas bancarias y/o inversiones realizadas por el demandado(a) alimentante y/o subsidiario(a) durante el último año en instituciones del sistema financiero nacional:	Especifique Entidad		
Reporte de remuneraciones y aportaciones del demandado(a) alimentante y/o subsidiario (a) emitido por el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS)			<input type="checkbox"/>	

	Rol(es) de pagos emitido(s) por el empleador del demandado(a) alimentante y/o subsidiario (a). Completar los campos siguientes en caso de seleccionar esta opción: <input type="checkbox"/>	
	Razón social del empleador	RUC del empleador
		Correo electrónico del empleador
d) Otros (especifique)		

13. MEDIDAS CAUTELARES		Marcar
a) Que se prohíba que el demandado se ausente del país (consignar Nro. cédula)		<input type="checkbox"/>
b) Que se prohíba que el demandado venda el vehículo (adjuntar certificado)		<input type="checkbox"/>
c) Que se prohíba que el demandado enajene el inmueble (adjuntar certificado)		<input type="checkbox"/>
Otras		

NOTAS:

- Para consignar información adicional, señalar la misma en una hoja aparte que se anexe al presente formulario.
- Con un asterisco (*) se identifican los campos de llenado obligatorio, para una correcta sustanciación del proceso judicial.

Firma actor(a), representante o quién se encuentre a cargo del cuidado del alimentario(a) **(OBLIGATORIO)**

Nombre, firma y Nro. de registro profesional del abogado(a) patrocinador(a) **(OPCIONAL)**

RAZÓN: siento por tal que el anexo que antecede, forma parte de la Resolución 198-2015, expedida por el Pleno del Consejo de la Judicatura el trece de julio de dos mil quince.



Dr. Andrés Segovia Salcedo
Secretario General del Consejo de la Judicatura