

FECHA: \_\_\_\_\_

EXPEDIENTE # NNA-\_\_\_\_\_ - 2025

**JUNTA CANTONAL DE PROTECCIÓN INTEGRAL DE DERECHOS DE GUAYAQUIL**  
**DENUNCIA POR VULNERACIÓN A LOS DERECHOS DE LOS NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES**

- 1.- Suministre toda la información solicitada. Aportar una mayor cantidad de datos facilita la tramitación de su denuncia.  
2.- Las preguntas resaltadas con asterisco (\*) son obligatorias

**SECCIÓN 1 DATOS DE LA ENTIDAD U ORGANIZACIÓN QUE DENUNCIA**

*Nombre de la entidad:		
*Nombre de la persona de contacto:		
*Dirección (Calles, manzana, villa, bloque):		
Referencia:		
*Sector:	<input type="checkbox"/> Norte <input type="checkbox"/> Sur <input type="checkbox"/> Centro <input type="checkbox"/> Rural	*Provincia: *Cantón:
*Número de contacto:	*Correo electrónico:	

**SECCIÓN 2 DATOS DE LA VÍCTIMA****VÍCTIMA 1**

*Nombres y apellidos completos:			
*Tipo de identificación:	<input type="checkbox"/> Cédula de ciudadanía <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> No tiene <input type="checkbox"/> Desconoce		
Número de identificación:	Fecha de nacimiento:	DÍA MES AÑO	Edad:
Nacionalidad:	<input type="checkbox"/> Ecuatoriana <input type="checkbox"/> Venezolana <input type="checkbox"/> Colombiana <input type="checkbox"/> Otro _____		
*Género:	<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> No refiere <input type="checkbox"/> Otro _____		
*Identificación étnica:	<input type="checkbox"/> Afroecuatoriano <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> Mestizo <input type="checkbox"/> Montubio <input type="checkbox"/> Otro _____		
*Discapacidad:	Tipo de discapacidad:		
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Desconoce	<input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Auditiva <input type="checkbox"/> Psicosocial <input type="checkbox"/> Visual <input type="checkbox"/> Intelectual		
*¿El niño, niña o adolescente está estudiando?	Nivel de educación		
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Desconoce	<input type="checkbox"/> Inicial <input type="checkbox"/> Educación básica <input type="checkbox"/> Bachillerato <input type="checkbox"/> No refiere		
*Dirección (Calles, manzana, villa, bloque):			
Referencia:			
*Sector:	<input type="checkbox"/> Norte <input type="checkbox"/> Sur <input type="checkbox"/> Centro <input type="checkbox"/> Rural	*Provincia:	*Cantón:

**VÍCTIMA 2**

*Nombres y apellidos completos:			
*Tipo de identificación:	<input type="checkbox"/> Cédula de ciudadanía <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> No tiene <input type="checkbox"/> Desconoce		
Número de identificación:	Fecha de nacimiento:	DÍA MES AÑO	Edad:
Nacionalidad:	<input type="checkbox"/> Ecuatoriana <input type="checkbox"/> Venezolana <input type="checkbox"/> Colombiana <input type="checkbox"/> Otro _____		
*Género:	<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> No refiere <input type="checkbox"/> Otro _____		
*Identificación étnica:	<input type="checkbox"/> Afroecuatoriano <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> Mestizo <input type="checkbox"/> Montubio <input type="checkbox"/> Otro _____		
*Discapacidad:	Tipo de discapacidad:		
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Desconoce	<input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Auditiva <input type="checkbox"/> Psicosocial <input type="checkbox"/> Visual <input type="checkbox"/> Intelectual		
*¿El niño, niña o adolescente está estudiando?	Nivel de educación		
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Desconoce	<input type="checkbox"/> Inicial <input type="checkbox"/> Educación básica <input type="checkbox"/> Bachillerato <input type="checkbox"/> No refiere		
*Dirección (Calles, manzana, villa, bloque):			
Referencia:			
*Sector:	<input type="checkbox"/> Norte <input type="checkbox"/> Sur <input type="checkbox"/> Centro <input type="checkbox"/> Rural	*Provincia:	*Cantón:

**SECCIÓN 3 DATOS DE LA PERSONA O ENTIDAD DENUNCIADA**Si es una **PERSONA NATURAL** llenar la siguiente información:

<b>*Nombres y apellidos completos:</b>			
<b>Tipo de identificación:</b>	<input type="checkbox"/> Cédula de ciudadanía	<input type="checkbox"/> Pasaporte	<input type="checkbox"/> No tiene <input type="checkbox"/> Desconoce
<b>Número de identificación:</b>	<b>Edad:</b>	<b>*Discapacidad</b>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Desconoce
<b>Nacionalidad:</b>	<input type="checkbox"/> Ecuatoriana	<input type="checkbox"/> Venezolana	<input type="checkbox"/> Colombiana <input type="checkbox"/> Otro _____
<b>¿Qué relación o parentesco tiene con la víctima?</b>	<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Pueblo/a <input type="checkbox"/> Tio/a <input type="checkbox"/> Otro _____
<b>*Dirección (Calles, manzana, villa, bloque):</b>			
<b>Referencia:</b>			
<b>*Sector:</b>	<input type="checkbox"/> Norte <input type="checkbox"/> Sur <input type="checkbox"/> Centro <input type="checkbox"/> Rural	<b>*Provincia:</b>	<b>*Cantón:</b>
<b>*Número de contacto:</b>	<b>*Correo electrónico:</b>		

Si es una **ENTIDAD** llenar la siguiente información:

<b>*Nombre de la entidad/organización:</b>			
<b>Representante legal:</b>			
<b>*Dirección (Calles, manzana, villa, bloque):</b>			
<b>Referencia:</b>			
<b>*Sector:</b>	<input type="checkbox"/> Norte <input type="checkbox"/> Sur <input type="checkbox"/> Centro <input type="checkbox"/> Rural	<b>*Provincia:</b>	<b>*Cantón:</b>
<b>*Número de contacto:</b>	<b>*Correo electrónico:</b>		

**SECCIÓN 4 RELATO DE LOS HECHOS**

(Narración de los acontecimientos. Colocar lugar y/o fechas exactas o aproximadas en que ocurrieron los hechos)

Comparezco ante la Junta Cantonal, con el objeto de denunciar lo siguiente...

**SECCIÓN 5 INFORMACIÓN ADICIONAL**

<b>*¿Consta una denuncia en otra instancia administrativa o judicial?</b>			
<input type="checkbox"/> Sí	¿Donde? _____	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Desconoce
<b>*Tipo de violencia o vulneración de derechos (Seleccione una o varias opciones)</b>			
<input type="checkbox"/> Trato negligente	<input type="checkbox"/> Violencia física	<input type="checkbox"/> Violencia psicológica	<input type="checkbox"/> Violencia sexual
<input type="checkbox"/> Maltrato institucional	<input type="checkbox"/> Trabajo infantil	<input type="checkbox"/> Otro _____	
<b>Derecho Vulnerado (Seleccione una opción)</b>			
<input type="checkbox"/> 1.- <b>Derechos de supervivencia</b> (Vida, familia y convivencia familiar, protección prenatal, lactancia materna, vida digna, necesidades básicas, salud, seguridad social, medio ambiente sano)			
<input type="checkbox"/> 2.- <b>Derechos relacionados con el desarrollo</b> (Identidad, educación, vida cultural, información, recreación y descanso)			
<input type="checkbox"/> 3.- <b>Derechos de protección</b> (Integridad personal, honor e imagen, reserva de información por antecedentes penales, discapacidad y necesidades especiales, protección especial en casos de desastres y conflictos armados, protección humanitaria a refugiados)			
<input type="checkbox"/> 4.- <b>Derechos de participación</b> (Libertad de expresión, a ser consultados, libertad de asociación, pensamiento y religión)			

**SECCIÓN 6 DECLARACIÓN Y ACEPTACIÓN**

- ☐ 1.- Declaro de manera libre, voluntaria y bajo juramento que la información y documentos proporcionados, se sujetan estrictamente a la verdad y, en consecuencia, me someto a las sanciones administrativas, civiles y penales en caso de incurrir en falsedades.
- ☐ 2.- Autorizo de manera libre, expresa e informada al Consejo Cantonal de Protección Integral de Derechos de Guayaquil, para que, en el marco de sus competencias, realice la recolección, registro, organización, conservación, consulta, utilización y demás operaciones de tratamiento sobre mis datos personales proporcionados en este formulario, de conformidad con lo dispuesto en la Ley Orgánica de Protección de Datos Personales. Los datos serán utilizados únicamente para los fines vinculados a la presente denuncia y se precautelaré la confidencialidad y seguridad de los mismos.

---

**FIRMA**

\* Adjuntar copia de cédula de la persona que denuncia.

\*Adjuntar croquis de la dirección de la persona o las personas denunciadas.