



**MUNICIPALIDAD DISTRITAL DE LOS OLIVOS**  
**Defensoría Municipal del Niño y del Adolescente**

**Ley N° 27337**

**1. DATOS:**

Fecha: \_\_\_\_\_

Materia: \_\_\_\_\_

**EXP:** \_\_\_\_\_

**2. INFORMANTE**

**SOLICITANTE**

Apellidos y Nombres: \_\_\_\_\_, Edad: \_\_\_\_\_, Sexo; \_\_\_\_\_ ..

Doc. Identidad: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_:

Domicilio: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ - Celular: \_\_\_\_\_ - Ocupación: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_, N° de Cuenta Bancaria; \_\_\_\_\_

Relación con la/ el afectado: \_\_\_\_\_

**3.- AFECTADO o AFECTADA**

Doc. Ident.	APELLIDOS	NOMBRES	Fecha Nac. o Edad	SEXO	AÑO DE ESTUDIO Y CENTRO DE ESTUDIO	Seguro de Salud	Discapacidad	Gestante

**Domicilio:** \_\_\_\_\_

**4.- PRESUNTO TRANSGRESOR o PRESUNTO OBLIGADO**

Apellidos y Nombres: \_\_\_\_\_, Edad: \_\_\_\_\_, Sexo; \_\_\_\_\_ ..  
Doc. Identidad: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_:  
Domicilio. \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_ - Celular: \_\_\_\_\_ - Ocupación: \_\_\_\_\_  
Correo Electrónico : \_\_\_\_\_, N° de Cuenta Bancaria \_\_\_\_\_  
Relación con la/ el afectado: \_\_\_\_\_

**5.- RESUMEN DE LOS HECHOS:**

**Hechos que han dado lugar a la controversia:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

El o la informante o solicitante declaran bajo juramento que No existen procesos judiciales resueltos O en trámite sobre las mismas materias o asuntos relacionados a aquellas que se solicita ser atendidas por la DEMUNA.

- Si requiere de hojas adicionales para escribir lo manifestado por los o las administradas, están Pueden ser anexadas a la presente ficha, debidamente foliadas.
- Luego de Leída y como señal de conformidad con su contenido el informante y el defensor suscribirán la ficha de Recepción de Casos.

\_\_\_\_\_  
**Firma y Huella digital de/ la Informante  
o solicitante**

\_\_\_\_\_  
**Firma y huella digital de/la informante  
o solicitante**

\_\_\_\_\_  
**Nombre y firma del Defensor (a)  
y Sello DNA**