

Numero de Radicado  Consecutivo

**Datos del Denunciante**

Nombre:	Fecha: DD/MM/AA
Tipo de Documento:	Número:
Departamento	Municipio:
Ciudad:	Dirección:
Telefono	Correo Electrónico:

**Medio por el cual se presentó la denuncia**

Personal  Oficio  Correo Electrónico  Otro  Cual?

Persona quien recibe la denuncia:

**Datos de la(s) Víctima(s)**

Nombre:	Fecha: DD/MM/AA
Sexo:	Orientación Sexual/Identidad de Género:
Fecha de Nacimiento: DD/MM/AA	Edad: Etnia (autoreconocimiento):
Ocupación:	Discapacidad:
Tipo de Documento:	Número:
Departamento:	Municipio:
Ciudad:	Dirección:
Teléfono:	Correo Electrónico:
Miembro y rol en la organización social (cuando aplique):	

**Datos del hecho**

**Lugar donde se presentó la ocurrencia**

Departamento:	Fecha: DD/MM/AA
Zona Urbana (comuna, barrio):	
Área Rural (corregimiento, vereda, territorio colectivo)	
Dirección (dirección exacta, nombre del lugar):	
Ámbito publico o privado:	
Presunto agente discriminador:	
Entidad Pública <input type="checkbox"/> Organización Privada <input type="checkbox"/> Particula <input type="checkbox"/>	
Nombre:	
Tipo de hecho (derecho vulnerado):	

