DEFENSORÍA DEL PUEBLO
Derechos humanos, para vivir en paz

ASESORIAS

INFORME CONSOLIDADO DE ASESORIAS
DEFENSOR PUBLICO: MARIA ZAMBRANO C.

CIVIL-FAMILIA		ADMINISTRATIVO		LABORAL	
TEMAS DE ASESORÍAS	No.	TEMAS DE ASESORÍAS	No	TEMAS DE ASESORÍAS	
ABANDONO DE MENORES		ACCIDENTES DE TRABAJO		ACCIDENTE DE TRABAJO	
ALIMENTOS		ACCIDENTES DE TRANSITO		AFILIACIONES	
CURADURIA		ACCIÓN DE CUMPLIMIENTO		DECLARATORÍA DE INSUBSISTENCIA	
CUSTODIA Y CUIDADO PERSONAS		ACCIÓN DE GRUPO		DERECHO DE PETICIÓN	
DERECHOS DE PETICIÓN		ACCIÓN POPULAR		DESPIDO INJUSTIFICADO	
DIVORCIO		DERECHO DE PETICIÓN	8	EJECUTIVO	
EJECUTIVOS		LICENCIAS Y QUEJAS AUTORIDADES LOCALES		ENFERMEDAD PROFESIONAL	
FILIACIÓN		NULIDAD		INVALIDEZ	
IMPUGNACIÓN DE PATERNIDAD		RECLAMACIONES ADMINISTRATIVAS		LICENCIA DE MATERNIDAD	
NULIDADES		REPARACIÓN DIRECTA		LIQUIDACIÓN DE PRESTACIONES	
PERTENENCIA		RESTITUCIÓN DEL DERECHO		ORDINARIO	
POSESORIOS				PENSIONES	
RECLAMACIÓN ANTE ICBF		No de asesoría en Tutela	5	REGLAMENTO DE TRABAJO	
RECONOCIMIENTO PATERNIDAD		No de asesorías con escrito en acciones de tutela	10	SUSTITUCIÓN PENSIONAL	
RESOLUCIÓN CONTRATOS		Tutelas de desplazamiento		TUTELA	
SUCESIONES		No de asesorías en acciones populares		OTROS	
UPAC		No de asesorías en Habeas Corpus		OTROS	
No de asesoría en Tutela		No de asesorías con escrito en acciones populares		TOTAL ASESORÍAS	
No de asesorías con escrito en acciones de tutela		No de recursos asesorados por no inclusión de beneficios de desplazados o victimas			
Tutelas de desplazamiento		OTROS	18		
No de asesorías en acciones populares		TOTAL ASESORÍAS	41		
No de asesorías en Habeas Corpus					
No de asesorías con escrito en acciones populares					
No de recursos asesorados por no inclusión de beneficios de desplazados o victimas		TOTAL ASESORIA DEL MES : 41			
OTROS					
TOTAL DE ASESORIAS					

Defensoría del Pueblo COLOMBIA	Proceso/Subproceso: Atención y Trámite / Defensoría Pública	Código : SD-P02-F17
		Versión: 04
	Manual, Instructivo o Formato: Solicitud del Servicio de Defensoría Pública - Asesoría	Vigente desde: 22/06/2016

VISIONWEB: **RUP** 38981767

Fecha y hora de recepción*: 05/30/2023 08:15 AM **Regional*:** MAGDALENA

Aspectos generales del usuario del servicio.					
Nombre o razon social : BETTY PATRICIA ACOSTA				**Documento :** 57432853	
Direccion de residencia :	CALLE 29L4 NO. 21C-38 LOS LAURELES			**Telefono :** 3022665928	
Ciudad de Residencia :	SANTA MARTA,[SANTA MARTA],(MAGDALENA)			**Barrio :** VILLA MARBELLA	
Edad : 53	**Género :** femenino	**Estado Civil :** soltera	noregistra@nada.com	noregistra@nada.com	**Idiom**
En condicion de discapacidad : no					
Nivel educativo : bachiller		**Comunidad LGBTI :** no	**Fuerzas Militares :**	**Desplazado :** si	
Conyugue o compañero permanente :				**Numero de hijos :** no	

Resumen de los hechos (Circunstancias de tiempo, modo y lugar) (*).

SOLICITA ELABORACIÓN DE PETICIÓNA LA EMPRESA DENTIX POR MALA PRESTACION DEL SERVICIO, DEBIDO A QUE LE FRACTURARON UNO DE SUS DIENTES Y NO QUIEREN RESPONDER POR EL MISMO

Tipo de Orientación brindada: (*)

SE REALIZO Y ENTREGO EN LA CONSULTA DERECHO DE PETICION A DENTIX, SOLICITANDO SE RESPONSABILICEN DE LOS DAÑOS CAUSADOS Y NO SIGAN AFECTANDO LA SALUD DENTAL DE LA USUARIA

Tipo de Asesoria: Derecho de peticion en interes particular

Forma de conclusión: Peticion absuelta.

DATOS DEL ENTREVISTADOR	DATOS DEL ENTREVISTADO
MARIA ZAMBRANO	BETTY PATRICIA ACOSTA
NOMBRE(S) Y APELLIDO(S)	NOMBRE(S) Y APELLIDO(S)
Cargo, funcionario y/o Contratista	SI ☐ NO ☐ AFIRMO BAJO JURAMENTO QUE LOS DATOS SUMINISTRADOS SON CIERTOS Y AUTORIZO PARA QUE SE VERIFIQUE LA INFORMACION SUMINISTRADA EN LAS BASES DE DATOS O REGISTROS A QUE HUBIERE LUGAR:
FIRMA DEL ENTREVISTADOR	FIRMA DEL POTENCIAL BENEFICIARIO

Defensoria del Pueblo COLOMBIA	Proceso/Subproceso: Atención y Trámite / Defensoría Pública	Código : SD-P02-F17
		Versión: 04
	Manual, Instructivo o Formato: Solicitud del Servicio de Defensoría Pública - Asesoría	Vigente desde: 22/06/2016

VISIONWEB: **RUP** 38981835

Fecha y hora de recepción*: 05/30/2023 09:10 AM **Regional*:** MAGDALENA

Aspectos generales del usuario del servicio.					
Nombre o razon social : FRANKLIN RAFAEL CARRILLO OZUNA				**Documento :** 85458806	
Direccion de residencia :	MZNA 3 CASA 16 BARRIO GARAGOA			**Telefono :** 3017350537	
Ciudad de Residencia :	SANTA MARTA,[SANTA MARTA],(MAGDALENA)			**Barrio :**	GARAGOA
Edad : 53	**Género :** masculino	**Estado Civil :** casado	jesusdavidcarrillogonzalez@gmail.com	jesusdavidcarrillogonzalez@gmail.com	**Idiom**
En condicion de discapacidad : si					
Nivel educativo : tecnico		**Comunidad LGBTI :** no	**Fuerzas Militares :**	**Desplazado :** no	
Conyugue o compañero permanente :				**Numero de hijos :** 4	

Resumen de los hechos (Circunstancias de tiempo, modo y lugar) (*).

SOLICITA ASESORÍA PARA RESPONDER RECURSO DE REPOSICIÓN ANTE AIR-ES POR ERROR EN LA LECTURA

Tipo de Orientación brindada: (*)

SE REALIZO Y ENTREGO EN CONSULTA RECURSO, MANIFESTANDO EL DESACUERDO EN LA RESPUESTA DADA POR AIR-ES Y SOLICITANDO SE REVOQUE LA DECISIÓN

Tipo de Asesoria: Via gubernativa

Forma de conclusión: Peticion absuelta.

DATOS DEL ENTREVISTADOR	DATOS DEL ENTREVISTADO
MARIA ZAMBRANO	FRANKLIN RAFAEL CARRILLO OZUNA
NOMBRE(S) Y APELLIDO(S)	NOMBRE(S) Y APELLIDO(S)
Cargo, funcionario y/o Contratista	SI ☐ NO ☐ AFIRMO BAJO JURAMENTO QUE LOS DATOS SUMINISTRADOS SON CIERTOS Y AUTORIZO PARA QUE SE VERIFIQUE LA INFORMACION SUMINISTRADA EN LAS BASES DE DATOS O REGISTROS A QUE HUBIERE LUGAR:
FIRMA DEL ENTREVISTADOR	FIRMA DEL POTENCIAL BENEFICIARIO

Defensoría del Pueblo COLOMBIA	Proceso/Subproceso: Atención y Trámite / Defensoría Pública	Código : SD-P02-F17
		Versión: 04
	Manual, Instructivo o Formato: Solicitud del Servicio de Defensoría Pública - Asesoría	Vigente desde: 22/06/2016

VISIONWEB: **RUP** 39024589

Fecha y hora de recepción*: 05/30/2023 20:44 **Regional*:** MAGDALENA

Aspectos generales del usuario del servicio.					
Nombre o razon social : MARIA ISABEL REINA ORTEGA				**Documento :** 1082926382	
Direccion de residencia :	GUACHACA			**Telefono :** 3145386306	
Ciudad de Residencia :	SANTA MARTA,[SANTA MARTA],(MAGDALENA)			**Barrio :** GUACHACA	
Edad : 32	**Género :** FEMENINO	**Estado Civil :** SOLTERA	noregistra@nada.com	noregistra@nada.com	**Idioma**
En condicion de discapacidad : NO					
Nivel educativo : BACHILLER		**Comunidad LGBTI :** NO	**Fuerzas Militares :**	**Desplazado :** SI	
Conyugue o compañero permanente :				**Numero de hijos :**	

Resumen de los hechos (Circunstancias de tiempo, modo y lugar) (*).

SOLICITA LA REALIZACION DE ACCION DE TUTELA CONTRA EL SISBEN, DEBIDO A QUE APARECE EN VERIFICACION Y TIENE BLOQUEADO SU SERVICIO DE SALUD Y EL DE SUS HIJOS MENORES DE EDAD

Tipo de Orientación brindada: (*)

SE RECIBIO LA DOCUMENTACION Y SE PASO REALIZAR Y PRESENTAR LA ACCION DE TUTELA CONTRA EL SISBEN

Tipo de Asesoria:

Forma de conclusión:

DATOS DEL ENTREVISTADOR	DATOS DEL ENTREVISTADO
MARIA ZAMBRANO	MARIA ISABEL REINA ORTEGA
NOMBRE(S) Y APELLIDO(S)	NOMBRE(S) Y APELLIDO(S)
Cargo, funcionario y/o Contratista	SI ☐ NO ☐ AFIRMO BAJO JURAMENTO QUE LOS DATOS SUMINISTRADOS SON CIERTOS Y AUTORIZO PARA QUE SE VERIFIQUE LA INFORMACION SUMINISTRADA EN LAS BASES DE DATOS O REGISTROS A QUE HUBIERE LUGAR:
FIRMA DEL ENTREVISTADOR	FIRMA DEL POTENCIAL BENEFICIARIO

Defensoría del Pueblo COLOMBIA	Proceso/Subproceso: Atención y Trámite / Defensoría Pública	Código : SD-P02-F17
		Versión: 04
	Manual, Instructivo o Formato: Solicitud del Servicio de Defensoría Pública - Asesoría	Vigente desde: 22/06/2016

VISIONWEB: **RUP** 39024593

Fecha y hora de recepción*: 05/30/2023 20:55 **Regional*:** MAGDALENA

Aspectos generales del usuario del servicio.					
Nombre o razon social : ANDREA FERREIRA FONSECA				**Documento :** 1085182357	
Direccion de residencia :	MZ10 CS 75			**Telefono :** 3024342359	
Ciudad de Residencia :	SANTA MARTA,[SANTA MARTA],(MAGDALENA)			**Barrio :** CIUDAD EQUIDAD	
Edad : 24	**Género :** FEMENINO	**Estado Civil :** SOLTERA	NO@GMAIL.COM	NO@GMAIL.COM	**Idioma**
En condicion de discapacidad : NO					
Nivel educativo : BACHILLER		**Comunidad LGBTI :** NO	**Fuerzas Militares :**	**Desplazado :** NO	
Conyugue o compañero permanente :				**Numero de hijos :** 2	

Resumen de los hechos (Circunstancias de tiempo, modo y lugar) (*).

LA USUARIA REFIERE QUE LE FUE REALIZADA TIROIDECTOMIA TOTAL Y SU MEDICO TRATANTE ENVIO MEDICAMENTO DE POR VIDA SUGIERIENDOLE QUE NO PERMITIERA QUE SE LE ENTREGARA EL GENERICO SI NO EL COMERCIAL; COOSALUD LA EPS DE LA USUARIA SE NIEGA A LA ENTREGA DEL MEDICAMENTO ADUCIENDO QUE ELLOS NO MANEJAN EL ORDENADO POR EL MEDICO

Tipo de Orientación brindada: (*)

SE RECIBIO LA DOCUMENTACION NECESARIA, SE PROCEDIO A LA PRESENTACION DE LA ACCION DE TUTELA CONTRA COOSALUD

Tipo de Asesoria:

Forma de conclusión:

DATOS DEL ENTREVISTADOR	DATOS DEL ENTREVISTADO
MARIA ZAMBRANO	ANDREA FERREIRA FONSECA
NOMBRE(S) Y APELLIDO(S)	NOMBRE(S) Y APELLIDO(S)
Cargo, funcionario y/o Contratista	SI ☐ NO ☐ AFIRMO BAJO JURAMENTO QUE LOS DATOS SUMINISTRADOS SON CIERTOS Y AUTORIZO PARA QUE SE VERIFIQUE LA INFORMACION SUMINISTRADA EN LAS BASES DE DATOS O REGISTROS A QUE HUBIERE LUGAR:
FIRMA DEL ENTREVISTADOR	FIRMA DEL POTENCIAL BENEFICIARIO

Defensoría del Pueblo COLOMBIA	Proceso/Subproceso: Atención y Trámite / Defensoría Pública	Código : SD-P02-F17
		Versión: 04
	Manual, Instructivo o Formato: Solicitud del Servicio de Defensoría Pública - Asesoría	Vigente desde: 22/06/2016

VISIONWEB: **RUP** 39024594

Fecha y hora de recepción*: 05/30/2023 21:05 **Regional*:** MAGDALENA

Aspectos generales del usuario del servicio.					
Nombre o razon social : CARMEN BEATRIZ BOLANOS DE RODRIGUEZ				**Documento :** 26652156	
Direccion de residencia :	CALLE 32 NO. 2 45				**Telefono :** 4392542
Ciudad de Residencia :	SANTA MARTA,[SANTA MARTA],(MAGDALENA)			**Barrio :**	MANZANAREZ
Edad : 85	**Género :** FEMENINO	**Estado Civil :** CASADA	**Etnia :**		**Idioma Etnico :**
En condicion de discapacidad : NO					
Nivel educativo : PROFESIONAL		**Comunidad LGBTI :** NO	**Fuerzas Militares :**		**Desplazado :** NO
Conyugue o compañero permanente :					**Numero de hijos :** 4

Resumen de los hechos (Circunstancias de tiempo, modo y lugar) (*).

LA USUARIA REFIERE QUE DESDE EL AÑO 2000 TIENE UNA ACCIONES CON BANCOLOMBIA, PERO QUE SE HA ACERCADO EN VARIAS OCASIONES HASTA EL BANCO A SOLICITAR INFORMACION Y LE DICEN QUE ESAS ACCIONES ESTAN EN MEDELLIN, LE SUGIEREN UN CORREO ELECTRONICO PARA ESCRIBIR Y SOLCIITAR INFORMACION, POR ENDE REQUIERE QUE LE REALICEN EL ENVIO DEL CORREO

Tipo de Orientación brindada: (*)

SE PASO A REDACTAR CORREO ELECTRONICO SOLICITANDO LO DESCRITO POR LA USUARIA

Tipo de Asesoria: Derecho de peticion en interes particular

Forma de conclusión: Peticion absuelta.

DATOS DEL ENTREVISTADOR	DATOS DEL ENTREVISTADO
MARIA AUXILIADORA ZAMBRANO CASTILLO	CARMEN BEATRIZ BOLANOS DE RODRIGUEZ
NOMBRE(S) Y APELLIDO(S)	NOMBRE(S) Y APELLIDO(S)
Cargo, funcionario y/o Contratista	SI ☐ NO ☐
	AFIRMO BAJO JURAMENTO QUE LOS DATOS SUMINISTRADOS SON CIERTOS Y AUTORIZO PARA QUE SE VERIFIQUE LA INFORMACION SUMINISTRADA EN LAS BASES DE DATOS O REGISTROS A QUE HUBIERE LUGAR:
FIRMA DEL ENTREVISTADOR	FIRMA DEL POTENCIAL BENEFICIARIO

Defensoría del Pueblo COLOMBIA	Proceso/Subproceso: Atención y Trámite / Defensoría Pública	Código : SD-P02-F17
		Versión: 04
	Manual, Instructivo o Formato: Solicitud del Servicio de Defensoría Pública - Asesoría	Vigente desde: 22/06/2016

VISIONWEB: **RUP** 39024598

Fecha y hora de recepción*: 05/30/2023 21:09 **Regional*:** MAGDALENA

Aspectos generales del usuario del servicio.				
Nombre o razon social : LUZ DARIS RUIZ			**Documento :** 57442718	
Direccion de residencia :	CALLE 44 N. 4 C - 09 SAN PABLO		**Telefono :** 3003042199	
Ciudad de Residencia :	SANTA MARTA,[SANTA MARTA],(MAGDALENA)		**Barrio :** SAN PABLO	
Edad : 48	**Género :** FEMENINO	**Estado Civil :** U.LIBRE	**Etnia :**	**Idioma Etnico :**
En condicion de discapacidad : NO				
Nivel educativo : BACHILLER	**Comunidad LGBTI :** NO	**Fuerzas Militares :**	**Desplazado :**	
Conyugue o compañero permanente :			**Numero de hijos :**	

Resumen de los hechos (Circunstancias de tiempo, modo y lugar) (*).

LA USUARIA REQUIERE ACCION DE TUTELA CONTRA AIR-ES, DEBDIO A QUE LE ESTAN HACIENDO UN COBRO DEL FOES, CUANDO POR LA ESTRATIFICACION DE SU LUGAR DE RESIDENCIA NO DEBERIA PAGARLO

Tipo de Orientación brindada: (*)

SE LE REQUIERO LA DOCUMENTACION NECESARIA, HASTA EL MOMENTO LA USUARIO NO REALIZADO EL ENVIO DE LO SOLICITADO PARA PODER REALZAR Y PRESENTAR LA ACCION DE TUTELA

Tipo de Asesoria: Via gubernativa

Forma de conclusión: Incumplimiento de las obligaciones por parte del usuario.

DATOS DEL ENTREVISTADOR	DATOS DEL ENTREVISTADO
MARIA AUXILIADORA ZAMBRANO CASTILLO	LUZ DARIS RUIZ
NOMBRE(S) Y APELLIDO(S)	NOMBRE(S) Y APELLIDO(S)
Cargo, funcionario y/o Contratista	SI ☐ NO ☐ AFIRMO BAJO JURAMENTO QUE LOS DATOS SUMINISTRADOS SON CIERTOS Y AUTORIZO PARA QUE SE VERIFIQUE LA INFORMACION SUMINISTRADA EN LAS BASES DE DATOS O REGISTROS A QUE HUBIERE LUGAR:
FIRMA DEL ENTREVISTADOR	FIRMA DEL POTENCIAL BENEFICIARIO

Defensoría del Pueblo COLOMBIA	Proceso/Subproceso: Atención y Trámite / Defensoría Pública	Código : SD-P02-F17
		Versión: 04
	Manual, Instructivo o Formato: Solicitud del Servicio de Defensoría Pública - Asesoría	Vigente desde: 22/06/2016

VISIONWEB: **RUP** 39024602

Fecha y hora de recepción*: 05/30/2023 21:19 **Regional*:** MAGDALENA

Aspectos generales del usuario del servicio.					
Nombre o razon social : JAMES ALBERTO RESTREPO MOLINA				**Documento :** 16216031	
Direccion de residencia : .CR 31 # 74-14				**Telefono :** 4392542	
Ciudad de Residencia : SANTA MARTA,[SANTA MARTA],(MAGDALENA)				**Barrio :** 11 DE NOVIEMBRE	
Edad : 60	**Género :** MASCULINO	**Estado Civil :** SOLTERO	noregistra@nada.com	noregistra@nada.com	**Idiom**
En condicion de discapacidad : SI					
Nivel educativo : BACHILLER		**Comunidad LGBTI :** NO	**Fuerzas Militares :**		**Desplazado :** NO
Conyugue o compañero permanente :				**Numero de hijos :**	

Resumen de los hechos (Circunstancias de tiempo, modo y lugar) (*).

EL USUARIO REQUIERE URGENTEMENTE ACCION DE TUTELA CONTRA MUTUAL SER, DEBIDO A QUE ESTA NO AUTORIZA VIATICOS A LA CIUDAD DE BARRANQUILLA PARA UNA CIRUGIA QUE DEBE REALIZARSE EL DIA 6 DE JUNIO

Tipo de Orientación brindada: (*)

SE RECIBE LA DOCUMENTACION Y SE PROCEDE A PRESENTAR LA ACCION DE TUTELA, COLCOANDO MEDIDA PROVISIONAL PARA UN FALLO MAS RAPIDO, AL DIA DE LA ENTREGA EL INFORME, EL FALLO FUE A FAVOR DEL USUARIO, LA CIRUGIA YA FUE REALIZADA Y LA EPS CUMPLIO CON LA ENTREGA DE LOS VIATICOS ORDENADOS POR EL JUEZ

Tipo de Asesoria:

Forma de conclusión:

DATOS DEL ENTREVISTADOR	DATOS DEL ENTREVISTADO
MARIA ZAMBRANO	JAMES ALBERTO RESTREPO MOLINA
NOMBRE(S) Y APELLIDO(S)	NOMBRE(S) Y APELLIDO(S)
Cargo, funcionario y/o Contratista	SI ☐ NO ☐ AFIRMO BAJO JURAMENTO QUE LOS DATOS SUMINISTRADOS SON CIERTOS Y AUTORIZO PARA QUE SE VERIFIQUE LA INFORMACION SUMINISTRADA EN LAS BASES DE DATOS O REGISTROS A QUE HUBIERE LUGAR:
FIRMA DEL ENTREVISTADOR	FIRMA DEL POTENCIAL BENEFICIARIO

Defensoría del Pueblo COLOMBIA	Proceso/Subproceso: Atención y Trámite / Defensoría Pública	Código : SD-P02-F17
		Versión: 04
	Manual, Instructivo o Formato: Solicitud del Servicio de Defensoría Pública - Asesoría	Vigente desde: 22/06/2016

VISIONWEB: **RUP** 39024604

Fecha y hora de recepción*: 05/30/2023 21:25 **Regional*:** MAGDALENA

Aspectos generales del usuario del servicio.					
Nombre o razon social : MARTHA INES ROJAS ACOSTA				**Documento :** 36546120	
Direccion de residencia :	CARRERA 28 14-112 BARRIO EL REPOSO			**Telefono :** 3178919868	
Ciudad de Residencia :	SANTA MARTA,[SANTA MARTA],(MAGDALENA)			**Barrio :**	TEJARES DEL LIBERTADOR
Edad : 63	**Género :** FEMENINO	**Estado Civil :** SOLTERA	**martharojasacosta60@gmail.com**	martharojasacosta60@gmail.com	**Idiom**
En condicion de discapacidad : SI					
Nivel educativo : BACHILER		**Comunidad LGBTI :** NO	**Fuerzas Militares :**		**Desplazado :**
Conyugue o compañero permanente :					**Numero de hijos :**

Resumen de los hechos (Circunstancias de tiempo, modo y lugar) (*).

SOLICITA ASESOR&#65533;A LA EPS SANITAS LE ESTA NEGANDO EL ACOMPA&#65533;ANTE PARA LA REALIZACI&#65533;N DE UN PROCEDIMIENTO EN OTRA CIUDAD

Tipo de Orientación brindada: (*)

SE REALIZA Y PRESENTA ACCION DE TUTETA CONTRA SANITAS, SOLICITANDO LE PERMITAN ACOMPAÑAMIENTO PARA LA REALZIACION DE UN EXAMEN EN LA CIUDAD DE CALI, YA QUE LA USUARIA PADECE DE MULTOPLES ENFERMEDADES ENTRE LAS CUALES ESTA DEFICIIENCIA EN LA VISION

Tipo de Asesoria:

Forma de conclusión:

DATOS DEL ENTREVISTADOR	DATOS DEL ENTREVISTADO
MARIA ZAMBRANO	MARTHA INES ROJAS ACOSTA
NOMBRE(S) Y APELLIDO(S)	NOMBRE(S) Y APELLIDO(S)
Cargo, funcionario y/o Contratista _____	SI ☐ NO ☐ AFIRMO BAJO JURAMENTO QUE LOS DATOS SUMINISTRADOS SON CIERTOS Y AUTORIZO PARA QUE SE VERIFIQUE LA INFORMACION SUMINISTRADA EN LAS BASES DE DATOS O REGISTROS A QUE HUBIERE LUGAR:
FIRMA DEL ENTREVISTADOR	FIRMA DEL POTENCIAL BENEFICIARIO

Defensoría del Pueblo COLOMBIA	Proceso/Subproceso: Atención y Trámite / Defensoría Pública	Código : SD-P02-F17
		Versión: 04
	Manual, Instructivo o Formato: Solicitud del Servicio de Defensoría Pública - Asesoría	Vigente desde: 22/06/2016

VISIONWEB: **RUP** 39024606

Fecha y hora de recepción*: 05/30/2023 21:32 **Regional*:** MAGDALENA

Aspectos generales del usuario del servicio.				
Nombre o razon social : ALONSO ESTAN LINARES			**Documento :** 12555006	
Direccion de residencia : SANTA MARTA			**Telefono :** 3044093754	
Ciudad de Residencia : SANTA MARTA,[SANTA MARTA],(MAGDALENA)			**Barrio :** LA ESPERANZA	
Edad : 61	**Género :** FEMENINO	**Estado Civil :** SOLTERO	**Etnia :**	**Idioma Etnico :**
En condicion de discapacidad : SI				
Nivel educativo : BACHILER	**Comunidad LGBTI :** NO	**Fuerzas Militares :** NO	**Desplazado :** SI	
Conyugue o compañero permanente :			**Numero de hijos :** NO	

Resumen de los hechos (Circunstancias de tiempo, modo y lugar) (*).

EL USUARIO PRESENTA LA RESPUESTA DE UN RECURSO DE REPOSICION ANTE AIR-ES, SOLCIITANDO LE EXPLIQUEN LO DICHO EN EL RECURSO

Tipo de Orientación brindada: (*)

SE LE EXPLICO LA RESPUESTA Y SE LE INDICO QUE NO SE PODIA CONTESTAR EL RECURSO DEBIDO A QUE EL TIEMPO PARA RESPUESTA YA HABIA PASADO

Tipo de Asesoria: Via gubernativa

Forma de conclusión: Otras formas de terminacion.

DATOS DEL ENTREVISTADOR	DATOS DEL ENTREVISTADO
MARIA AUXILIADORA ZAMBRANO CASTILLO	ALONSO ESTAN LINARES
NOMBRE(S) Y APELLIDO(S)	NOMBRE(S) Y APELLIDO(S)
Cargo, funcionario y/o Contratista _____	SI ☐ NO ☐ AFIRMO BAJO JURAMENTO QUE LOS DATOS SUMINISTRADOS SON CIERTOS Y AUTORIZO PARA QUE SE VERIFIQUE LA INFORMACION SUMINISTRADA EN LAS BASES DE DATOS O REGISTROS A QUE HUBIERE LUGAR:
FIRMA DEL ENTREVISTADOR	FIRMA DEL POTENCIAL BENEFICIARIO

Defensoría del Pueblo COLOMBIA	Proceso/Subproceso: Atención y Trámite / Defensoría Pública	Código : SD-P02-F17
		Versión: 04
	Manual, Instructivo o Formato: Solicitud del Servicio de Defensoría Pública - Asesoría	Vigente desde: 22/06/2016

VISIONWEB: **RUP** 39024607

Fecha y hora de recepción*: 05/30/2023 21:36 **Regional*:** MAGDALENA

Aspectos generales del usuario del servicio.				
Nombre o razon social : MONICA BARRIOS				**Documento :** 22590718
Direccion de residencia : BARRIO GALICIA				**Telefono :** 3242211244
Ciudad de Residencia : SANTA MARTA,[SANTA MARTA],(MAGDALENA)				**Barrio :** GALICIA
Edad : 63	**Género :**	**Estado Civil :**	**Etnia :**	**Idioma Etnico :**
En condicion de discapacidad :				
Nivel educativo :		**Comunidad LGBTI :**	**Fuerzas Militares :**	**Desplazado :**
Conyugue o compañero permanente :				**Numero de hijos :**

Resumen de los hechos (Circunstancias de tiempo, modo y lugar) (*).

NECESITA ASESORIA DEBIDO A QUE SU HIJO SE ESCAPO DEL BATALLON Y NECESITA SABER QUE HACER PARA ENTREGARLO

Tipo de Orientación brindada: (*)

SE LE ESCUCHO A LA USUARIA INDICANDOLE SOBRE EL TEMA SUGIRIENDOLE SOLICITAR ABOGADO QUE ACOMPAÑE EN LA ENTREGA DE SU HIJO

Tipo de Asesoria: Derecho de peticion en interes particular

Forma de conclusión: Peticion absuelta.

DATOS DEL ENTREVISTADOR	DATOS DEL ENTREVISTADO
MARIA AUXILIADORA ZAMBRANO CASTILLO	MONICA BARRIOS
NOMBRE(S) Y APELLIDO(S)	NOMBRE(S) Y APELLIDO(S)
Cargo, funcionario y/o Contratista	SI ☐ NO ☐
	AFIRMO BAJO JURAMENTO QUE LOS DATOS SUMINISTRADOS SON CIERTOS Y AUTORIZO PARA QUE SE VERIFIQUE LA INFORMACION SUMINISTRADA EN LAS BASES DE DATOS O REGISTROS A QUE HUBIERE LUGAR:
FIRMA DEL ENTREVISTADOR	FIRMA DEL POTENCIAL BENEFICIARIO

Defensoría del Pueblo COLOMBIA	Proceso/Subproceso: Atención y Trámite / Defensoría Pública	Código : SD-P02-F17
		Versión: 04
	Manual, Instructivo o Formato: Solicitud del Servicio de Defensoría Pública - Asesoría	Vigente desde: 22/06/2016

VISIONWEB: **RUP** 39024609

Fecha y hora de recepción*: 05/30/2023 21:40 **Regional*:** MAGDALENA

Aspectos generales del usuario del servicio.				
Nombre o razon social : CATALINA FLORES GARCIA			**Documento :** 57461407	
Direccion de residencia : CR 26B#24-28			**Telefono :** 3002616164	
Ciudad de Residencia : SANTA MARTA,[SANTA MARTA],(MAGDALENA)			**Barrio :** VILLA DEL RIO	
Edad : 37	**Género :** FEMENINO	**Estado Civil :** CASADA	**Etnia :**	**Idioma Etnico :**
En condicion de discapacidad : NO				
Nivel educativo : PROFESIONAL	**Comunidad LGBTI :** NO	**Fuerzas Militares :** NO	**Desplazado :** NO	
Conyugue o compañero permanente :			**Numero de hijos :** 1	

Resumen de los hechos (Circunstancias de tiempo, modo y lugar) (*).

LA USUARIA PRESENTO UNA ACCCION DE TUTELA REALZIADA POR UN ABOGADO AMIGO PERSONAL, REQUERIA QUE REVISARAN EL DOCUMENTO

Tipo de Orientación brindada: (*)

SE PASO A REVISAR EL DOCUMENTO Y BRINDARLE LA ASESORIA NECESRIA PARA LA PRESENTACION DE LA MISMA

Tipo de Asesoria: Via gubernativa

Forma de conclusión: Peticion absuelta.

DATOS DEL ENTREVISTADOR	DATOS DEL ENTREVISTADO
MARIA AUXILIADORA ZAMBRANO CASTILLO	CATALINA FLORES GARCIA
NOMBRE(S) Y APELLIDO(S)	NOMBRE(S) Y APELLIDO(S)
Cargo, funcionario y/o Contratista	SI ☐ NO ☐
	AFIRMO BAJO JURAMENTO QUE LOS DATOS SUMINISTRADOS SON CIERTOS Y AUTORIZO PARA QUE SE VERIFIQUE LA INFORMACION SUMINISTRADA EN LAS BASES DE DATOS O REGISTROS A QUE HUBIERE LUGAR:
FIRMA DEL ENTREVISTADOR	FIRMA DEL POTENCIAL BENEFICIARIO

Defensoría del Pueblo COLOMBIA	Proceso/Subproceso: Atención y Trámite / Defensoría Pública	Código : SD-P02-F17
		Versión: 04
	Manual, Instructivo o Formato: Solicitud del Servicio de Defensoría Pública - Asesoría	Vigente desde: 22/06/2016

VISIONWEB: **RUP** 38995086

Fecha y hora de recepción*: 06/06/2023 09:15 AM **Regional*:** MAGDALENA

Aspectos generales del usuario del servicio.					
Nombre o razon social : MERCEDES AMELIA ALFARO SAUMETH				**Documento :** 57428869	
Direccion de residencia :	CALLE C 1 CARRERA 65-24			**Telefono :** 3042849654	
Ciudad de Residencia :	SANTA MARTA,[SANTA MARTA],(MAGDALENA)			**Barrio :** LA ESMERALDA	
Edad : 68	**Género :** FEMENINO	**Estado Civil :** U.LIBRE	**lindaospino96@gmail.com**	lindaospino96@gmail.com	**Idion**
En condicion de discapacidad : NO					
Nivel educativo :		**Comunidad LGBTI :**	**Fuerzas Militares :**	**Desplazado :** SI	
Conyugue o compañero permanente :				**Numero de hijos :** 3	

Resumen de los hechos (Circunstancias de tiempo, modo y lugar) (*).

LA USUARIA TRAE RESPUESTA DE MINISTERIO DE HACIENDA, REQUERIA QUE LE EXPLICARA LO QUE CONTENIA DICHA REPUESTA

Tipo de Orientación brindada: (*)

UNA VEZ LEIDA LA PETICION LE EXPLIQUE QUE ELLOS LE INDICABAN DONDE DEBIA DIRIGIRSE PARA SOLICITAR AUMENTO ALA CARTA CHEQUE POR VIVIENDA

Tipo de Asesoria: Derecho de peticion en interes particular

Forma de conclusión: Peticion absuelta.

DATOS DEL ENTREVISTADOR	DATOS DEL ENTREVISTADO
MARIA ZAMBRANO	MERCEDES AMELIA ALFARO SAUMETH
NOMBRE(S) Y APELLIDO(S)	NOMBRE(S) Y APELLIDO(S)
Cargo, funcionario y/o Contratista	SI ☐ NO ☐ AFIRMO BAJO JURAMENTO QUE LOS DATOS SUMINISTRADOS SON CIERTOS Y AUTORIZO PARA QUE SE VERIFIQUE LA INFORMACION SUMINISTRADA EN LAS BASES DE DATOS O REGISTROS A QUE HUBIERE LUGAR:
FIRMA DEL ENTREVISTADOR	FIRMA DEL POTENCIAL BENEFICIARIO

Defensoría del Pueblo COLOMBIA	Proceso/Subproceso: Atención y Trámite / Defensoría Pública	Código : SD-P02-F17
		Versión: 04
	Manual, Instructivo o Formato: Solicitud del Servicio de Defensoría Pública - Asesoría	Vigente desde: 22/06/2016

VISIONWEB: **RUP** 38995074

Fecha y hora de recepción*: 06/06/2023 08:15 AM **Regional*:** MAGDALENA

Aspectos generales del usuario del servicio.					
Nombre o razon social : HADER DE JESUS PEREZ ROBLES				**Documento :** 7631050	
Direccion de residencia :	MZ 6 CASA 12 URBANIZACI&#65533;N NUEVO TEJARES DEL LIBERTADOR			**Telefono :** 3244658967	
Ciudad de Residencia :	SANTA MARTA,[SANTA MARTA],(MAGDALENA)			**Barrio :** TEJARES DEL LIBERTADOR	
Edad : 41	**Género :** MASCULINO	**Estado Civil :** CASADO	noregistra@nada.com	noregistra@nada.com	**Idiom**
En condicion de discapacidad : NO					
Nivel educativo : TECNICO		**Comunidad LGBTI :**	**Fuerzas Militares :**	**Desplazado :** NO	
Conyugue o compañero permanente :				**Numero de hijos :** 3	

Resumen de los hechos (Circunstancias de tiempo, modo y lugar) (*).

EL USUARIO REQUIERE UNA TUTELA CONTRA LA EPS FAMISANAR POR NO AUTORIZAR UNA CIRUGIA EN SUS OIDOS.

Tipo de Orientación brindada: (*)

SE SOLICITAN LOS DOCUMENTOS REQUERIDOS Y SE PROCEDE A REALIZAR LA PRESENTACION DE LA ACCION DE TUTELA

Tipo de Asesoria:

Forma de conclusión:

DATOS DEL ENTREVISTADOR	DATOS DEL ENTREVISTADO
MARIA ZAMBRANO	HADER DE JESUS PEREZ ROBLES
NOMBRE(S) Y APELLIDO(S)	NOMBRE(S) Y APELLIDO(S)
Cargo, funcionario y/o Contratista	SI ☐ NO ☐ AFIRMO BAJO JURAMENTO QUE LOS DATOS SUMINISTRADOS SON CIERTOS Y AUTORIZO PARA QUE SE VERIFIQUE LA INFORMACION SUMINISTRADA EN LAS BASES DE DATOS O REGISTROS A QUE HUBIERE LUGAR:
FIRMA DEL ENTREVISTADOR	FIRMA DEL POTENCIAL BENEFICIARIO

Defensoría del Pueblo COLOMBIA	Proceso/Subproceso: Atención y Trámite / Defensoría Pública	Código : SD-P02-F17
		Versión: 04
	Manual, Instructivo o Formato: Solicitud del Servicio de Defensoría Pública - Asesoría	Vigente desde: 22/06/2016

VISIONWEB: **RUP** 39024615

Fecha y hora de recepción*: 06/06/2023 21:54 **Regional*:** MAGDALENA

Aspectos generales del usuario del servicio.				
Nombre o razon social : ALIRIO PORTACIO MARJARREZ			**Documento :** 121978356	
Direccion de residencia : CALE 29- CARRERA 3 # 29-04				**Telefono :** 3218369336
Ciudad de Residencia : SANTA MARTA,[SANTA MARTA],(MAGDALENA)			**Barrio :**	
Edad : 30	**Género :** MASCULINO	**Estado Civil :** U.LIBRE	**Etnia :**	**Idioma Etnico :**
En condicion de discapacidad : NO				
Nivel educativo : TECNICO	**Comunidad LGBTI :** NO	**Fuerzas Militares :** NO	**Desplazado :** NO	
Conyugue o compañero permanente :				**Numero de hijos :**

Resumen de los hechos (Circunstancias de tiempo, modo y lugar) (*).

EL USUARIO REQUIERE ASESORIA SOBRE FALSA IDENTIDAD, DEBIDO A QUE SU DOCIMENTACION COLOMBIANA ESTA ERRADA, EL SERÑOR ES VENEZOLANO, SE LE SOLCITAN TESTIGOS, QUE ESTAN POR FUERA DE COLOMBIA

Tipo de Orientación brindada: (*)

SE SUGIRIO PRESENTAR PETICION ANTE LA NOTARIA TERCERA CON EL FIN DE REALIZAR CORRECCION EN EL REGISTRO CIVIL DE SU HIJA PARA ASI LUEGO PROCEDER A SOLICITAR EL CAMBIO DE SU DOCUMENTO

Tipo de Asesoria: Derecho de peticion en interes particular

Forma de conclusión: Otras formas de terminacion.

DATOS DEL ENTREVISTADOR	DATOS DEL ENTREVISTADO
MARIA AUXILIADORA ZAMBRANO CASTILLO	ALIRIO PORTACIO MARJARREZ
NOMBRE(S) Y APELLIDO(S)	NOMBRE(S) Y APELLIDO(S)
Cargo, funcionario y/o Contratista	SI ☐ NO ☐ AFIRMO BAJO JURAMENTO QUE LOS DATOS SUMINISTRADOS SON CIERTOS Y AUTORIZO PARA QUE SE VERIFIQUE LA INFORMACION SUMINISTRADA EN LAS BASES DE DATOS O REGISTROS A QUE HUBIERE LUGAR:
FIRMA DEL ENTREVISTADOR	FIRMA DEL POTENCIAL BENEFICIARIO

Defensoría del Pueblo COLOMBIA	Proceso/Subproceso: Atención y Trámite / Defensoría Pública	Código : SD-P02-F17
		Versión: 04
	Manual, Instructivo o Formato: Solicitud del Servicio de Defensoría Pública - Asesoría	Vigente desde: 22/06/2016

VISIONWEB: **RUP** 39024619

Fecha y hora de recepción*: 06/06/2023 21:57 **Regional*:** MAGDALENA

Aspectos generales del usuario del servicio.				
Nombre o razon social : CARLOS ARIEL SOTO RESTREPO			**Documento :** 12541230	
Direccion de residencia :	CRA. 14 N. 8 - 39 BARRIO OBRERO			**Telefono :** 3144774340
Ciudad de Residencia :	SANTA MARTA,[SANTA MARTA],(MAGDALENA)		**Barrio :**	OBRERO
Edad : 63	**Género :** MASCULINO	**Estado Civil :** U.LIBRE	**Etnia :**	**Idioma Etnico :**
En condicion de discapacidad : NO				
Nivel educativo : PROFESIONAL	**Comunidad LGBTI :** NO	**Fuerzas Militares :** NO	**Desplazado :** SI	
Conyugue o compañero permanente :			**Numero de hijos :** 5	

Resumen de los hechos (Circunstancias de tiempo, modo y lugar) (*).

AIR-E RESTABLECE TARDIAMENTE EL SERVICIO Y LE ESTAN HACIENDO COBROS EXCESIVOS, LE CONTESTARON SU PETICION Y NECESITA UN RECURSO DE REPOSICION Y EN SUBSIDIO APELACION.

Tipo de Orientación brindada: (*)

SE RESPONDIO EL RECURSO Y SE ENTREGO ANTES DE QUE SE CUMPLIERA EL TERMINO DE LEY PARA PRESENTARLO

Tipo de Asesoria: Via gubernativa

Forma de conclusión: Peticion absuelta.

DATOS DEL ENTREVISTADOR	DATOS DEL ENTREVISTADO
MARIA AUXILIADORA ZAMBRANO CASTILLO	CARLOS ARIEL SOTO RESTREPO
NOMBRE(S) Y APELLIDO(S)	NOMBRE(S) Y APELLIDO(S)
Cargo, funcionario y/o Contratista	SI ☐ NO ☐ AFIRMO BAJO JURAMENTO QUE LOS DATOS SUMINISTRADOS SON CIERTOS Y AUTORIZO PARA QUE SE VERIFIQUE LA INFORMACION SUMINISTRADA EN LAS BASES DE DATOS O REGISTROS A QUE HUBIERE LUGAR:
FIRMA DEL ENTREVISTADOR	FIRMA DEL POTENCIAL BENEFICIARIO

Defensoría del Pueblo COLOMBIA	Proceso/Subproceso: Atención y Trámite / Defensoría Pública	Código : SD-P02-F17
		Versión: 04
	Manual, Instructivo o Formato: Solicitud del Servicio de Defensoría Pública - Asesoría	Vigente desde: 22/06/2016

VISIONWEB: **RUP** 39024622

Fecha y hora de recepción*: 06/06/2023 22:01 **Regional*:** MAGDALENA

Aspectos generales del usuario del servicio.				
Nombre o razon social : ANTONIO MARIA BABATIVA URREGO				**Documento :** 12527473
Direccion de residencia :	CALLE 2 O. 8-25 VILLA TABLA			**Telefono :** 3126174629
Ciudad de Residencia :	SANTA MARTA,[SANTA MARTA],(MAGDALENA)			**Barrio :** VILLA TABLA
Edad : 82	**Género :**	**Estado Civil :**	**Etnia :**	**Idioma Etnico :**
En condicion de discapacidad :				
Nivel educativo :		**Comunidad LGBTI :**	**Fuerzas Militares :**	**Desplazado :**
Conyugue o compañero permanente :				**Numero de hijos :**

Resumen de los hechos (Circunstancias de tiempo, modo y lugar) (*).

SOLICITA UNA COPIA DE LA TUTELA QUE PRESENTO CONTRA LA NUEVAEPS POR NO AUTORIZARLE SUS VI&#65533;TICOS.

Tipo de Orientación brindada: (*)

SE LE ENTREGO Y EXPLICO EL FALLO DE TUTELA, INDICANDILE QUE FUE A FAVOR Y NUEVA EPS DEBERIA AUTORIZAR LA ENTREGA DE VIATICOS

Tipo de Asesoria: Via gubernativa

Forma de conclusión: Peticion absuelta.

DATOS DEL ENTREVISTADOR	DATOS DEL ENTREVISTADO
MARIA AUXILIADORA ZAMBRANO CASTILLO	ANTONIO MARIA BABATIVA URREGO
NOMBRE(S) Y APELLIDO(S)	NOMBRE(S) Y APELLIDO(S)
Cargo, funcionario y/o Contratista _____	SI ☐ NO ☐ AFIRMO BAJO JURAMENTO QUE LOS DATOS SUMINISTRADOS SON CIERTOS Y AUTORIZO PARA QUE SE VERIFIQUE LA INFORMACION SUMINISTRADA EN LAS BASES DE DATOS O REGISTROS A QUE HUBIERE LUGAR:
FIRMA DEL ENTREVISTADOR	FIRMA DEL POTENCIAL BENEFICIARIO

Defensoría del Pueblo COLOMBIA	Proceso/Subproceso: Atención y Trámite / Defensoría Pública	Código : SD-P02-F17
		Versión: 04
	Manual, Instructivo o Formato: Solicitud del Servicio de Defensoría Pública - Asesoría	Vigente desde: 22/06/2016

VISIONWEB: **RUP** 39024623

Fecha y hora de recepción*: 06/06/2023 22:03 **Regional*:** MAGDALENA

Aspectos generales del usuario del servicio.				
Nombre o razon social : SANDRA JOSEFINA PONGUTA VASQUEZ			**Documento :** 51772113	
Direccion de residencia :	MANZ 4 CASA 83 URBANIZACION VILLAS DE SANTA CRUZ			**Telefono :** 2733876
Ciudad de Residencia :	SANTA MARTA,[SANTA MARTA],(MAGDALENA)		**Barrio :**	VILLA DE SANTA CRUZ
Edad : 55	**Género :**	**Estado Civil :**	**Etnia :**	**Idioma Etnico :**
En condicion de discapacidad :				
Nivel educativo :		**Comunidad LGBTI :**	**Fuerzas Militares :**	**Desplazado :**
Conyugue o compañero permanente :				**Numero de hijos :**

Resumen de los hechos (Circunstancias de tiempo, modo y lugar) (*).

LA USUARIA REFIERE QUE NECESITA UNA PETICION DIRIGIDA A LA EPS SANITAS PARA QUE LE AUTORICEN LA CITA PARA PONERLE EL IMPLANTE DE PLANIFICACION FAMILIAR A SU HIJA.

Tipo de Orientación brindada: (*)

DERECHO DE PETICION Y QUEJA A LA EPS SANITAS. SE REALIZO Y ENTREGO EN CONSULTA

Tipo de Asesoria: Derecho de peticion en interes particular

Forma de conclusión: Peticion absuelta.

DATOS DEL ENTREVISTADOR	DATOS DEL ENTREVISTADO
MARIA AUXILIADORA ZAMBRANO CASTILLO	SANDRA JOSEFINA PONGUTA VASQUEZ
NOMBRE(S) Y APELLIDO(S)	NOMBRE(S) Y APELLIDO(S)
Cargo, funcionario y/o Contratista _____	SI ☐ NO ☐ AFIRMO BAJO JURAMENTO QUE LOS DATOS SUMINISTRADOS SON CIERTOS Y AUTORIZO PARA QUE SE VERIFIQUE LA INFORMACION SUMINISTRADA EN LAS BASES DE DATOS O REGISTROS A QUE HUBIERE LUGAR:
FIRMA DEL ENTREVISTADOR	FIRMA DEL POTENCIAL BENEFICIARIO

Defensoría del Pueblo COLOMBIA	Proceso/Subproceso: Atención y Trámite / Defensoría Pública	Código : SD-P02-F17
		Versión: 04
	Manual, Instructivo o Formato: Solicitud del Servicio de Defensoría Pública - Asesoría	Vigente desde: 22/06/2016

VISIONWEB: **RUP** 39024625

Fecha y hora de recepción*: 06/20/2023 22:06 **Regional*:** MAGDALENA

Aspectos generales del usuario del servicio.				
Nombre o razon social : SANDRA JOSEFINA PONGUTA VASQUEZ			**Documento :** 51772113	
Direccion de residencia : MANZ 4 CASA 83 URBANIZACION VILLAS DE SANTA CRUZ			**Telefono :** 2733876	
Ciudad de Residencia : SANTA MARTA,[SANTA MARTA],(MAGDALENA)			**Barrio :** VILLA DE SANTA CRUZ	
Edad : 55	**Género :**	**Estado Civil :**	**Etnia :**	**Idioma Etnico :**
En condicion de discapacidad :				
Nivel educativo :		**Comunidad LGBTI :**	**Fuerzas Militares :**	**Desplazado :**
Conyugue o compañero permanente :				**Numero de hijos :**

Resumen de los hechos (Circunstancias de tiempo, modo y lugar) (*).

LA USUARIA REFIERE QUE NECESITA UNA PETICION DIRIGIDA A LGASES DEL CARIBE PARA SOLICITAR LE BORREN UNA DEUDA CON BRILLA QUE ELLA NO REALIZO

Tipo de Orientación brindada: (*)

SE REALIZO Y ENTREGO EN CONSULTA DERECHO DE PETICION

Tipo de Asesoria: Derecho de peticion en interes particular

Forma de conclusión: Peticion absuelta.

DATOS DEL ENTREVISTADOR	DATOS DEL ENTREVISTADO
MARIA AUXILIADORA ZAMBRANO CASTILLO	SANDRA JOSEFINA PONGUTA VASQUEZ
NOMBRE(S) Y APELLIDO(S)	NOMBRE(S) Y APELLIDO(S)
Cargo, funcionario y/o Contratista	SI ☐ NO ☐ AFIRMO BAJO JURAMENTO QUE LOS DATOS SUMINISTRADOS SON CIERTOS Y AUTORIZO PARA QUE SE VERIFIQUE LA INFORMACION SUMINISTRADA EN LAS BASES DE DATOS O REGISTROS A QUE HUBIERE LUGAR:
FIRMA DEL ENTREVISTADOR	FIRMA DEL POTENCIAL BENEFICIARIO

Defensoría del Pueblo COLOMBIA	Proceso/Subproceso: Atención y Trámite / Defensoría Pública	Código : SD-P02-F17
		Versión: 04
	Manual, Instructivo o Formato: Solicitud del Servicio de Defensoría Pública - Asesoría	Vigente desde: 22/06/2016

VISIONWEB: **RUP** 39024626

Fecha y hora de recepción*: 06/06/2023 22:08 **Regional*:** MAGDALENA

Aspectos generales del usuario del servicio.					
Nombre o razon social : PEDRO TORO				**Documento :** 12534187	
Direccion de residencia :	CALLE 143 A NO 8 -51				**Telefono :** 3135117460
Ciudad de Residencia :	SANTA MARTA,[SANTA MARTA],(MAGDALENA)			**Barrio :**	CRISTO REY
Edad : 72	**Género :** MASCULINO	**Estado Civil :** SOLTERO	**Etnia :**		**Idioma Etnico :**
En condicion de discapacidad ? NO					
Nivel educativo :		**Comunidad LGBTI :**	**Fuerzas Militares :**		**Desplazado :** NO
Conyugue o compañero permanente :					**Numero de hijos :** 8

Resumen de los hechos (Circunstancias de tiempo, modo y lugar) (*).

REFIERE QUE NECVESITA UN RECURSO DE REPOSICION Y EN SUBSIDIO LA APELACION CONTRA GASES DEL CARIBE.

Tipo de Orientación brindada: (*)

SE REALIZO Y ENTREGO EN CONSULTA RECURSO DE REPOSIICON CONTRA GASES DEL CARIBE

Tipo de Asesoria: Via gubernativa

Forma de conclusión: Peticion absuelta.

DATOS DEL ENTREVISTADOR	DATOS DEL ENTREVISTADO
MARIA AUXILIADORA ZAMBRANO CASTILLO	PEDRO TORO
NOMBRE(S) Y APELLIDO(S)	NOMBRE(S) Y APELLIDO(S)
Cargo, funcionario y/o Contratista	SI ☐ NO ☐ AFIRMO BAJO JURAMENTO QUE LOS DATOS SUMINISTRADOS SON CIERTOS Y AUTORIZO PARA QUE SE VERIFIQUE LA INFORMACION SUMINISTRADA EN LAS BASES DE DATOS O REGISTROS A QUE HUBIERE LUGAR:
FIRMA DEL ENTREVISTADOR	FIRMA DEL POTENCIAL BENEFICIARIO

Defensoría del Pueblo COLOMBIA	Proceso/Subproceso: Atención y Trámite / Defensoría Pública	Código : SD-P02-F17
		Versión: 04
	Manual, Instructivo o Formato: Solicitud del Servicio de Defensoría Pública - Asesoría	Vigente desde: 22/06/2016

VISIONWEB: **RUP** 39024629

Fecha y hora de recepción*: 06/06/2023 22:09 **Regional*:** MAGDALENA

Aspectos generales del usuario del servicio.				
Nombre o razon social : ANA MERCEDES PARDO AVENDANO			**Documento :** 36545358	
Direccion de residencia :	CRA. 29 A N. 26 B - 92 BARRIO LOS NARANJOS			**Telefono :** 4232417
Ciudad de Residencia :	SANTA MARTA,[SANTA MARTA],(MAGDALENA)		**Barrio :**	LOS NARANJOS
Edad : 62	**Género :** FEMENINO	**Estado Civil :** SOLTERA	**Etnia :**	**Idioma Etnico :**
En condicion de discapacidad : NO				
Nivel educativo : BACHILLER		**Comunidad LGBTI :**	**Fuerzas Militares :**	**Desplazado :** NO
Conyugue o compañero permanente :				**Numero de hijos :** 1

Resumen de los hechos (Circunstancias de tiempo, modo y lugar) (*).

REFIERE QUE NECESITA UN RECURSO DE REPOSICION Y EN SUBSIDIO APELACION CONTRA AIR-E

Tipo de Orientación brindada: (*)

SE REALIZO Y ENTREGO EN CONSULTA RECURSO DE REPOSICION CONTRA AIR-E

Tipo de Asesoria: Via gubernativa

Forma de conclusión: Peticion absuelta.

DATOS DEL ENTREVISTADOR	DATOS DEL ENTREVISTADO
MARIA AUXILIADORA ZAMBRANO CASTILLO	ANA MERCEDES PARDO AVENDANO
NOMBRE(S) Y APELLIDO(S)	NOMBRE(S) Y APELLIDO(S)
Cargo, funcionario y/o Contratista _____	SI ☐ NO ☐
	AFIRMO BAJO JURAMENTO QUE LOS DATOS SUMINISTRADOS SON CIERTOS Y AUTORIZO PARA QUE SE VERIFIQUE LA INFORMACION SUMINISTRADA EN LAS BASES DE DATOS O REGISTROS A QUE HUBIERE LUGAR:
FIRMA DEL ENTREVISTADOR	FIRMA DEL POTENCIAL BENEFICIARIO

Defensoría del Pueblo COLOMBIA	Proceso/Subproceso: Atención y Trámite / Defensoría Pública	Código : SD-P02-F17
		Versión: 04
	Manual, Instructivo o Formato: Solicitud del Servicio de Defensoría Pública - Asesoría	Vigente desde: 22/06/2016

VISIONWEB: **RUP** 39024631

Fecha y hora de recepción*: 06/06/2023 22:13 **Regional*:** MAGDALENA

Aspectos generales del usuario del servicio.				
Nombre o razon social : JOSE RAMON EBRATT NARANJO			**Documento :** 1083006815	
Direccion de residencia : CARRERA 4 # 21 - 38 APTO 301				**Telefono :** 3012279697
Ciudad de Residencia : SANTA MARTA,[SANTA MARTA],(MAGDALENA)			**Barrio :** CENTRO	
Edad : 27	**Género :** MASCULINO	**Estado Civil :** SOLTERO	**Etnia :**	**Idioma Etnico :**
En condicion de discapacidad : NO				
Nivel educativo : PROFESIONAL		**Comunidad LGBTI :**	**Fuerzas Militares :**	**Desplazado :** SI
Conyugue o compañero permanente :				**Numero de hijos :** NO

Resumen de los hechos (Circunstancias de tiempo, modo y lugar) (*).

EL USUARIO SOLICITA DERECHO DE PETICION ANTE LA CORTE CONSTITUCIONAL, DEBIDO A QUE TIENE UN PAGO DE INDEMNIZACION POR VICTIMA Y A PESAR DE LA ORDEN DEL JUEZ DE PAGAR, LOS 4 INCIDENTES PRESENTADO LA UARIV NO RESPONDE NI REALZA EL PAGO DE LA INDEMNIZACION

Tipo de Orientación brindada: (*)

SE REALIZO Y ENTREGO AL USUARIO LA PETICION CON TODOS LOS REQUERIMIENTOS REALIZADOS POR EL AL MOMENTO DE LA CONSULTA

Tipo de Asesoria: Derecho de peticion en interes particular

Forma de conclusión: Peticion absuelta.

DATOS DEL ENTREVISTADOR	DATOS DEL ENTREVISTADO
MARIA AUXILIADORA ZAMBRANO CASTILLO	JOSE RAMON EBRATT NARANJO
NOMBRE(S) Y APELLIDO(S)	NOMBRE(S) Y APELLIDO(S)
Cargo, funcionario y/o Contratista	SI ☐ NO ☐ AFIRMO BAJO JURAMENTO QUE LOS DATOS SUMINISTRADOS SON CIERTOS Y AUTORIZO PARA QUE SE VERIFIQUE LA INFORMACION SUMINISTRADA EN LAS BASES DE DATOS O REGISTROS A QUE HUBIERE LUGAR:
FIRMA DEL ENTREVISTADOR	FIRMA DEL POTENCIAL BENEFICIARIO

Defensoría del Pueblo COLOMBIA	Proceso/Subproceso: Atención y Trámite / Defensoría Pública	Código : SD-P02-F17
		Versión: 04
	Manual, Instructivo o Formato: Solicitud del Servicio de Defensoría Pública - Asesoría	Vigente desde: 22/06/2016

VISIONWEB:	RUP	39024636
Fecha y hora de recepción*:	06/06/2023 22:15	Regional*: MAGDALENA

Aspectos generales del usuario del servicio.					
Nombre o razon social : DARLY RODRIGUEZ PADILLA				Documento : 57427614	
Direccion de residencia :	CARRERA 2A NO 22- 47			Telefono : 4233869	
Ciudad de Residencia :	SANTA MARTA,[SANTA MARTA],(MAGDALENA)			Barrio : ALMENDROS	
Edad : 57	Género : FEMENNO	Estado Civil : SOLTERA	DARLYRODRIGUEZ16@GMAIL.COM	DARLYRODRIGUEZ16@GMAIL.COM	Idior
En condicion de discapacidad : NO					
Nivel educativo : TECNICO		Comunidad LGBTI :	Fuerzas Militares :	Desplazado : SI	
Conyugue o compañero permanente :				Numero de hijos : 2	

Resumen de los hechos (Circunstancias de tiempo, modo y lugar) (*).

LA USUARIA REQUIERE ACCION DE TUTELA CONTRA LA ALCALDIA DE SANTA MARTA-SECRETARIA DE HACIENDA, POR NO CONTESTAR PETICION SOLICITANDO INFORMACION POR EL COBRO EXAGERADO DE SU IMPUESTO PREDIAL.

Tipo de Orientación brindada: (*)

SE RECIBIO LA DOCUMENTACION Y SE PASO A LA PRESENTACION DE LA ACCION DE TUTELA

Tipo de Asesoria:

Forma de conclusión:

DATOS DEL ENTREVISTADOR	DATOS DEL ENTREVISTADO
MARIA ZAMBRANO	DARLY RODRIGUEZ PADILLA
NOMBRE(S) Y APELLIDO(S)	NOMBRE(S) Y APELLIDO(S)
Cargo, funcionario y/o Contratista	SI ☐ NO ☐ AFIRMO BAJO JURAMENTO QUE LOS DATOS SUMINISTRADOS SON CIERTOS Y AUTORIZO PARA QUE SE VERIFIQUE LA INFORMACION SUMINISTRADA EN LAS BASES DE DATOS O REGISTROS A QUE HUBIERE LUGAR:
FIRMA DEL ENTREVISTADOR	FIRMA DEL POTENCIAL BENEFICIARIO

Defensoría del Pueblo COLOMBIA	Proceso/Subproceso: Atención y Trámite / Defensoría Pública	Código : SD-P02-F17
		Versión: 04
	Manual, Instructivo o Formato: Solicitud del Servicio de Defensoría Pública - Asesoría	Vigente desde: 22/06/2016

VISIONWEB: **RUP** 39024641

Fecha y hora de recepción*: 06/06/2023 22:22 **Regional*:** MAGDALENA

Aspectos generales del usuario del servicio.				
Nombre o razon social : WALTER ENRIQUE CAMACHO SUAREZ			**Documento :** 85451246	
Direccion de residencia : CARRERA 30 NO. 50-09			**Telefono :** 3235068172	
Ciudad de Residencia : SANTA MARTA,[SANTA MARTA],(MAGDALENA)			**Barrio :** SENDEROS DE CURINCAS	
Edad : 56	**Género :** MASCULINO	**Estado Civil :** U.LIBRE	**Etnia :**	**Idioma Etnico :**
En condicion de discapacidad : NO				
Nivel educativo : BACHILLER	**Comunidad LGBTI :** NO	**Fuerzas Militares :** NO	**Desplazado :** NO	
Conyugue o compañero permanente :			**Numero de hijos :** 2	

Resumen de los hechos (Circunstancias de tiempo, modo y lugar) (*).

EL USUARIO REQUERIA ASESORIA SOBRE RECURSO DE REPOSICION QUE FUE NEGADO POR RESPONDER FUERA DE TERMINOS

Tipo de Orientación brindada: (*)

SE LE ASESORO SOBRE EL TEMA, EXPLICANDOSE EL CONTENIDO DE LA RESPUESTA Y LOS PASOS A SEGUIR

Tipo de Asesoria: Via gubernativa

Forma de conclusión: Peticion absuelta.

DATOS DEL ENTREVISTADOR	DATOS DEL ENTREVISTADO
MARIA AUXILIADORA ZAMBRANO CASTILLO	WALTER ENRIQUE CAMACHO SUAREZ
NOMBRE(S) Y APELLIDO(S)	NOMBRE(S) Y APELLIDO(S)
Cargo, funcionario y/o Contratista	SI ☐ NO ☐
	AFIRMO BAJO JURAMENTO QUE LOS DATOS SUMINISTRADOS SON CIERTOS Y AUTORIZO PARA QUE SE VERIFIQUE LA INFORMACION SUMINISTRADA EN LAS BASES DE DATOS O REGISTROS A QUE HUBIERE LUGAR:
FIRMA DEL ENTREVISTADOR	FIRMA DEL POTENCIAL BENEFICIARIO

Defensoría del Pueblo COLOMBIA	Proceso/Subproceso: Atención y Trámite / Defensoría Pública	Código : SD-P02-F17
		Versión: 04
	Manual, Instructivo o Formato: Solicitud del Servicio de Defensoría Pública - Asesoría	Vigente desde: 22/06/2016

VISIONWEB: **RUP** 39024643

Fecha y hora de recepción*: 06/06/2023 22:24 **Regional*:** MAGDALENA

Aspectos generales del usuario del servicio.				
Nombre o razon social : LAUDIT TAFFUR			**Documento :** 1082950169	
Direccion de residencia :	CARRERA 79 #78-06 MONTERREY			**Telefono :** 3016872425
Ciudad de Residencia :	SANTA MARTA,[SANTA MARTA],(MAGDALENA)		**Barrio :** MONTERREY	
Edad : 31	**Género :** FEMENINO	**Estado Civil :** SOLTERA	**Etnia :**	**Idioma Etnico :**
En condicion de discapacidad : NO				
Nivel educativo : TECNICO	**Comunidad LGBTI :** NO	**Fuerzas Militares :** NO	**Desplazado :** NO	
Conyugue o compañero permanente :				**Numero de hijos :** 2

Resumen de los hechos (Circunstancias de tiempo, modo y lugar) (*).

ASESORIA EN DERECHO ADMNISTRATIVO POR LA FALTA DE AUTORIZACION DE VIATICOS POR PARTE DE LA EPS COOSALUD Y NECESITA UNA PETICION AL RESPECTO.

Tipo de Orientación brindada: (*)

SE REALIZO Y ENTREGO EN CONSULTA DERECHO DE PETICION A COOSALUD SOLICITANDO AUTORIZACION DE VIATICOS

Tipo de Asesoria: Derecho de peticion en interes particular

Forma de conclusión: Peticion absuelta.

DATOS DEL ENTREVISTADOR	DATOS DEL ENTREVISTADO
MARIA AUXILIADORA ZAMBRANO CASTILLO	LAUDIT TAFFUR
NOMBRE(S) Y APELLIDO(S)	NOMBRE(S) Y APELLIDO(S)
Cargo, funcionario y/o Contratista	SI ☐ NO ☐
	AFIRMO BAJO JURAMENTO QUE LOS DATOS SUMINISTRADOS SON CIERTOS Y AUTORIZO PARA QUE SE VERIFIQUE LA INFORMACION SUMINISTRADA EN LAS BASES DE DATOS O REGISTROS A QUE HUBIERE LUGAR:
FIRMA DEL ENTREVISTADOR	FIRMA DEL POTENCIAL BENEFICIARIO

Defensoría del Pueblo COLOMBIA	Proceso/Subproceso: Atención y Trámite / Defensoría Pública	Código : SD-P02-F17
		Versión: 04
	Manual, Instructivo o Formato: Solicitud del Servicio de Defensoría Pública - Asesoría	Vigente desde: 22/06/2016

VISIONWEB:	RUP	39024644
Fecha y hora de recepción*:	06/20/2023 22:27	Regional*: MAGDALENA

Aspectos generales del usuario del servicio.				
Nombre o razon social : KATERINE DEL ROSARIO BARRIOS MONZON			**Documento :** 57467061	
Direccion de residencia :	MZNZ 8 CASA 3 NUEVOS TEJARES DEL LIBERTADOR		**Telefono :** 3114287755	
Ciudad de Residencia :	SANTA MARTA,[SANTA MARTA],(MAGDALENA)		**Barrio :** NUEVO TEJARES DEL LIBERTAD	
Edad : 37	**Género :** FEMENINO	**Estado Civil :** SOLTERA	**Etnia :**	**Idioma Etnico :**
En condicion de discapacidad : NO				
Nivel educativo : BACHILLER	**Comunidad LGBTI :** NO	**Fuerzas Militares :** NO	**Desplazado :** NO	
Conyugue o compañero permanente :			**Numero de hijos :** 2	

Resumen de los hechos (Circunstancias de tiempo, modo y lugar) (*).

SOLICITA ASESORIA TUTELA SALUD SOLICITANDO QUE A SU HIJO QUE FUE OPERADO DE CORAZON ABIERTO EN LA CIUDAD DE BOGOTA LE REALICEN CITA DE REVISION DESPUES DE 8 EN LA MISMA CLINICA DONDE FUE OPERADO Y NO EN LA CIUDAD DE BARRANQUILLA DONDE LE ENVIARON LA ORDEN

Tipo de Orientación brindada: (*)

SE SOLICITO LA DOCUMENTACION YA QUE LA USUARIA SE PRESENTO SIN DOCUMENTOS, ESTOY A LA ESPERA DE QUE ME LOS ENVIE POR CORREO ELECTRONICO

Tipo de Asesoria: Via gubernativa

Forma de conclusión: Otras formas de terminacion.

DATOS DEL ENTREVISTADOR	DATOS DEL ENTREVISTADO
MARIA AUXILIADORA ZAMBRANO CASTILLO	KATERINE DEL ROSARIO BARRIOS MONZON
NOMBRE(S) Y APELLIDO(S)	NOMBRE(S) Y APELLIDO(S)
Cargo, funcionario y/o Contratista _____	SI ☐ NO ☐ AFIRMO BAJO JURAMENTO QUE LOS DATOS SUMINISTRADOS SON CIERTOS Y AUTORIZO PARA QUE SE VERIFIQUE LA INFORMACION SUMINISTRADA EN LAS BASES DE DATOS O REGISTROS A QUE HUBIERE LUGAR:
FIRMA DEL ENTREVISTADOR	FIRMA DEL POTENCIAL BENEFICIARIO

Defensoría del Pueblo COLOMBIA	Proceso/Subproceso: Atención y Trámite / Defensoría Pública	Código : SD-P02-F17
		Versión: 04
	Manual, Instructivo o Formato: Solicitud del Servicio de Defensoría Pública - Asesoría	Vigente desde: 22/06/2016

VISIONWEB: **RUP** 39024610

Fecha y hora de recepción*: 06/06/2023 21:43 **Regional*:** MAGDALENA

Aspectos generales del usuario del servicio.					
Nombre o razon social : MERCEDES AMELIA ALFARO SAUMETH				**Documento :** 57428869	
Direccion de residencia :	CALLE C 1 CARRERA 65-24			**Telefono :** 3042849654	
Ciudad de Residencia :	SANTA MARTA,[SANTA MARTA],(MAGDALENA)			**Barrio :** LA ESMERALDA	
Edad : 68	**Género :**	**Estado Civil :**	lindaospino96@gmail.com	lindaospino96@gmail.com	**Idiom**
En condicion de discapacidad :					
Nivel educativo :		**Comunidad LGBTI :**	**Fuerzas Militares :**	**Desplazado :**	
Conyugue o compañero permanente :				**Numero de hijos :**	

Resumen de los hechos (Circunstancias de tiempo, modo y lugar) (*).

SOLICITA ASESORIA TUTELA. EN EL ANO 2011 FUI BENEFICIARIA CON UN SUBSIDIO DE VIVIENDA POR UN VALOR DE 16.068.000 SIN EMBARGO NO HE PODIDIO UTILIZARLO PUES NO HE CONSEGUIR UNA VIVIENDA CON ESE VALOR, PRESENTO UNA PETICION AL RESPECTO Y NO LE CONTESTAN. QUIERE LA TUTELA CORRESPONDIENTE.

Tipo de Orientación brindada: (*)

SOLICITA UNA TUTELA CONTRA EL MINISTERIO DE VIVIENDA PORQUE NO LE CONTESTARON SU PETICION. ASESORIA.

Tipo de Asesoria:

Forma de conclusión:

DATOS DEL ENTREVISTADOR	DATOS DEL ENTREVISTADO
MARIA ZAMBRANO	MERCEDES AMELIA ALFARO SAUMETH
NOMBRE(S) Y APELLIDO(S)	NOMBRE(S) Y APELLIDO(S)
Cargo, funcionario y/o Contratista	SI ☐ NO ☐ AFIRMO BAJO JURAMENTO QUE LOS DATOS SUMINISTRADOS SON CIERTOS Y AUTORIZO PARA QUE SE VERIFIQUE LA INFORMACION SUMINISTRADA EN LAS BASES DE DATOS O REGISTROS A QUE HUBIERE LUGAR:
FIRMA DEL ENTREVISTADOR	FIRMA DEL POTENCIAL BENEFICIARIO

Defensoría del Pueblo COLOMBIA	Proceso/Subproceso: Atención y Trámite / Defensoría Pública	Código : SD-P02-F17
		Versión: 04
	Manual, Instructivo o Formato: Solicitud del Servicio de Defensoría Pública - Asesoría	Vigente desde: 22/06/2016

VISIONWEB:	RUP	39024645
Fecha y hora de recepción*:	06/20/2023 22:30	Regional*: MAGDALENA

Aspectos generales del usuario del servicio.				
Nombre o razon social : OMAIRA DEL SOCORRO BRITO BRITO			Documento : 36536975	
Direccion de residencia :	CALLE 26#7B-72		Telefono : 3004379823	
Ciudad de Residencia :	SANTA MARTA,[SANTA MARTA],(MAGDALENA)		Barrio : LA ESPERANZA	
Edad : 67	Género :	Estado Civil :	Etnia :	Idioma Etnico :
En condicion de discapacidad :				
Nivel educativo :		Comunidad LGBTI :	Fuerzas Militares :	Desplazado :
Conyugue o compañero permanente :				Numero de hijos :

Resumen de los hechos (Circunstancias de tiempo, modo y lugar) (*).

SOLICITA ASESORIA NECESITA PROYECTAR PETICION DIRIGIDO A LA EMPRESA AIRE POR LOS ALTOS COBROS EN LA FACTURACION

Tipo de Orientación brindada: (*)

SE REALIZO Y ENTREGO EN CONSULTA DERECHO DE PETICION CONTRA AIR-ES

Tipo de Asesoria: Derecho de peticion en interes particular

Forma de conclusión: Peticion absuelta.

DATOS DEL ENTREVISTADOR	DATOS DEL ENTREVISTADO
MARIA AUXILIADORA ZAMBRANO CASTILLO	OMAIRA DEL SOCORRO BRITO BRITO
NOMBRE(S) Y APELLIDO(S)	NOMBRE(S) Y APELLIDO(S)
Cargo, funcionario y/o Contratista	SI ☐ NO ☐
	AFIRMO BAJO JURAMENTO QUE LOS DATOS SUMINISTRADOS SON CIERTOS Y AUTORIZO PARA QUE SE VERIFIQUE LA INFORMACION SUMINISTRADA EN LAS BASES DE DATOS O REGISTROS A QUE HUBIERE LUGAR:
FIRMA DEL ENTREVISTADOR	FIRMA DEL POTENCIAL BENEFICIARIO

Defensoría del Pueblo COLOMBIA	Proceso/Subproceso: Atención y Trámite / Defensoría Pública	Código : SD-P02-F17
		Versión: 04
	Manual, Instructivo o Formato: Solicitud del Servicio de Defensoría Pública - Asesoría	Vigente desde: 22/06/2016

VISIONWEB: **RUP** 39024649

Fecha y hora de recepción*: 06/20/2023 22:33 **Regional*:** MAGDALENA

Aspectos generales del usuario del servicio.				
Nombre o razon social : DIANA PATRICIA JIMENEZ MELENDEZ			**Documento :** 36668607	
Direccion de residencia :	CRA. 34 N. 7 - 34 BARRIO ALTOS DELICIA			**Telefono :** 3215041663
Ciudad de Residencia :	SANTA MARTA,[SANTA MARTA],(MAGDALENA)		**Barrio :** ALTOS DELICIAS	
Edad : 50	**Género :**	**Estado Civil :**	**Etnia :**	**Idioma Etnico :**
En condicion de discapacidad :				
Nivel educativo :		**Comunidad LGBTI :**	**Fuerzas Militares :**	**Desplazado :**
Conyugue o compañero permanente :				**Numero de hijos :**

Resumen de los hechos (Circunstancias de tiempo, modo y lugar) (*).

SOLICITA ASESORIA PROYECTAR PETICION POR NO SUMINISTRO OPORTUNO DE MEDICAMENTOS Y NO LE DAN CITAS MEDICAS A GINECOLOGIA Y GASTROENTEOROLOGIA

Tipo de Orientación brindada: (*)

SE SOLCIITO LOS DOCUMENTOS NECESARIOS PARA PROCEDER A PRESENTAR ACCION DE TUTELA DEBIDO A QUE LA USUARIA EXPLICA QUE ESTAN LAS ORDENENS DE LOS MEDICOS TRATANTAS OERO NUEVA EPS NO AUTORIZA, ESTOY A LA ESPERA DE LA ENTREGA DE LOS DOCUMENTOS

Tipo de Asesoria: Via gubernativa

Forma de conclusión: Otras formas de terminacion.

DATOS DEL ENTREVISTADOR	DATOS DEL ENTREVISTADO
MARIA AUXILIADORA ZAMBRANO CASTILLO	DIANA PATRICIA JIMENEZ MELENDEZ
NOMBRE(S) Y APELLIDO(S)	NOMBRE(S) Y APELLIDO(S)
Cargo, funcionario y/o Contratista	SI ☐ NO ☐
	AFIRMO BAJO JURAMENTO QUE LOS DATOS SUMINISTRADOS SON CIERTOS Y AUTORIZO PARA QUE SE VERIFIQUE LA INFORMACION SUMINISTRADA EN LAS BASES DE DATOS O REGISTROS A QUE HUBIERE LUGAR:
FIRMA DEL ENTREVISTADOR	FIRMA DEL POTENCIAL BENEFICIARIO

Defensoría del Pueblo COLOMBIA	Proceso/Subproceso: Atención y Trámite / Defensoría Pública	Código : SD-P02-F17
		Versión: 04
	Manual, Instructivo o Formato: Solicitud del Servicio de Defensoría Pública - Asesoría	Vigente desde: 22/06/2016

VISIONWEB: **RUP** 39024650

Fecha y hora de recepción*: 06/20/2023 22:35 **Regional*:** MAGDALENA

Aspectos generales del usuario del servicio.					
Nombre o razon social : RAUL CABALLERO ROLON				**Documento :** 12540316	
Direccion de residencia :	URB CURINCA MZNA A 1 CASA 1 N. 21 B - 878			**Telefono :** 3135135731	
Ciudad de Residencia :	SANTA MARTA,[SANTA MARTA],(MAGDALENA)			**Barrio :** CURINCA	
Edad : 68	**Género :** MASCULINO	**Estado Civil :** CASADO	racarol57@hotmail.com	racarol57@hotmail.com	**Idiom**
En condicion de discapacidad : NO					
Nivel educativo : PROFESIONAL		**Comunidad LGBTI :**	**Fuerzas Militares :**	**Desplazado :** NO	
Conyugue o compañero permanente :				**Numero de hijos :** 2	

Resumen de los hechos (Circunstancias de tiempo, modo y lugar) (*).

EL USUARIO MANIFIESTA QUE EL 16 DE ENERO DEL PRESENTE A&#65533;O IMPETRO DERECHO DE PETICION A LA SECRETARIA DE SALUD DISTRITAL PARA SOLICITAR EL CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD DE SU MENOR HIJO EMANUEL DAVID. A LA FECHA DICHA ENTIDAD NO HA SUMINISTRADO EL DOCUMENTO SOLICITADO. PIDE ASESORIA PARA SU CASO.

Tipo de Orientación brindada: (*)

SE LE ASESORO AL USUARIO QUE SE DEBE INICIAR UNA ACCION DE TUTELA EN CONTRA DE LA ENTIDAD PARA QUE RESPONDA DE FONDO SU PETICION. (SE LE MANIFSTO QUE SE NECESITAN LA DOCUMENTACI&#65533;N DE LA PETICION, SU FOTOCOPIA DE CEDULA, FOTOCOPIA LA TARJETA DE IDENTIDAD DEL MENOR)

Tipo de Asesoria:

Forma de conclusión:

DATOS DEL ENTREVISTADOR	DATOS DEL ENTREVISTADO
MARIA ZAMBRANO	RAUL CABALLERO ROLON
NOMBRE(S) Y APELLIDO(S)	NOMBRE(S) Y APELLIDO(S)
Cargo, funcionario y/o Contratista	SI ☐ NO ☐ AFIRMO BAJO JURAMENTO QUE LOS DATOS SUMINISTRADOS SON CIERTOS Y AUTORIZO PARA QUE SE VERIFIQUE LA INFORMACION SUMINISTRADA EN LAS BASES DE DATOS O REGISTROS A QUE HUBIERE LUGAR:
FIRMA DEL ENTREVISTADOR	FIRMA DEL POTENCIAL BENEFICIARIO

Defensoría del Pueblo COLOMBIA	Proceso/Subproceso: Atención y Trámite / Defensoría Pública	Código : SD-P02-F17
		Versión: 04
	Manual, Instructivo o Formato: Solicitud del Servicio de Defensoría Pública - Asesoría	Vigente desde: 22/06/2016

VISIONWEB: **RUP** 39024653

Fecha y hora de recepción*: 06/20/2023 22:42 **Regional*:** MAGDALENA

Aspectos generales del usuario del servicio.					
Nombre o razon social : VIDAL PACHECO BLANCO				**Documento :** 85451245	
Direccion de residencia :	CALLE 68 NO. 35 - 66 BARRIO ONCE DE NOVIEMBRE			**Telefono :** 3177191889	
Ciudad de Residencia :	SANTA MARTA,[SANTA MARTA],(MAGDALENA)			**Barrio :** 11 DE NOVIEMBRE	
Edad : 55	**Género :** MASCULINO	**Estado Civil :** SOLTERO	**Etnia :**		**Idioma Etnico :**
En condicion de discapacidad : NO					
Nivel educativo : BACHILLER		**Comunidad LGBTI :** NO	**Fuerzas Militares :** NO		**Desplazado :** NO
Conyugue o compañero permanente :				**Numero de hijos :** 5	

Resumen de los hechos (Circunstancias de tiempo, modo y lugar) (*).

SOLICITA DEMANDA POR NEGLIGENCIA MEDICA DEBIDO A QUE LA CLINICA CEHOCA NO QUISO ATNDERLO POR URGENCIA DICIENDOLE QUE EL ESTABA DESAHUCIADO

Tipo de Orientación brindada: (*)

SE LE EXPLICO QUE LA DEFENSORIA DEL PUEBLO NO LLEVA ESE TIPO DE DEMANDAS, DANDOLE ASESORIA DE EN QUE CONSISTIA LA MISMA

Tipo de Asesoria: Derecho de peticion en interes particular

Forma de conclusión: Peticion absuelta.

DATOS DEL ENTREVISTADOR	DATOS DEL ENTREVISTADO
MARIA AUXILIADORA ZAMBRANO CASTILLO	VIDAL PACHECO BLANCO
NOMBRE(S) Y APELLIDO(S)	NOMBRE(S) Y APELLIDO(S)
Cargo, funcionario y/o Contratista	SI ☐ NO ☐ AFIRMO BAJO JURAMENTO QUE LOS DATOS SUMINISTRADOS SON CIERTOS Y AUTORIZO PARA QUE SE VERIFIQUE LA INFORMACION SUMINISTRADA EN LAS BASES DE DATOS O REGISTROS A QUE HUBIERE LUGAR:
FIRMA DEL ENTREVISTADOR	FIRMA DEL POTENCIAL BENEFICIARIO

Defensoría del Pueblo COLOMBIA	Proceso/Subproceso: Atención y Trámite / Defensoría Pública	Código : SD-P02-F17
		Versión: 04
	Manual, Instructivo o Formato: Solicitud del Servicio de Defensoría Pública - Asesoría	Vigente desde: 22/06/2016

VISIONWEB: **RUP** 39024658

Fecha y hora de recepción*: 06/20/2023 22:47 **Regional*:** MAGDALENA

Aspectos generales del usuario del servicio.					
Nombre o razon social : YONATAN ELIECER DELGADO BECERRA				**Documento :** 1082969446	
Direccion de residencia :	CALLE 3#14-42 GAIRA			**Telefono :** 3014646446	
Ciudad de Residencia :	SANTA MARTA,[SANTA MARTA],(MAGDALENA)			**Barrio :** GAIRA	
Edad : 29	**Género :** MASCULINO	**Estado Civil :** U.LIBRE	yondelbe93@live.com	yondelbe93@live.com	**Idior**
En condicion de discapacidad : NO					
Nivel educativo : TECNICO		**Comunidad LGBTI :** NO	**Fuerzas Militares :** NO	**Desplazado :** NO	
Conyugue o compañero permanente :				**Numero de hijos :** 3	

Resumen de los hechos (Circunstancias de tiempo, modo y lugar) (*).

SOLICITA ACCION DE TUTELA CONTRA EL BANCO DAVIVIENDA DEBIDO A QUE REALIZO UNA REESTRUCTURACION DE CREDITO QUE EL USUARIO NO AUTORIZO

Tipo de Orientación brindada: (*)

SE REALIZO Y PRESENTO ACCION DE TUTELA CONTRA EL BANCO DAVIVIENDA

Tipo de Asesoria:

Forma de conclusión:

DATOS DEL ENTREVISTADOR	DATOS DEL ENTREVISTADO
MARIA ZAMBRANO	YONATAN ELIECER DELGADO BECERRA
NOMBRE(S) Y APELLIDO(S)	NOMBRE(S) Y APELLIDO(S)
Cargo, funcionario y/o Contratista	SI ☐ NO ☐ AFIRMO BAJO JURAMENTO QUE LOS DATOS SUMINISTRADOS SON CIERTOS Y AUTORIZO PARA QUE SE VERIFIQUE LA INFORMACION SUMINISTRADA EN LAS BASES DE DATOS O REGISTROS A QUE HUBIERE LUGAR:
FIRMA DEL ENTREVISTADOR	FIRMA DEL POTENCIAL BENEFICIARIO

Defensoría del Pueblo COLOMBIA	Proceso/Subproceso: Atención y Trámite / Defensoría Pública	Código : SD-P02-F17
		Versión: 04
	Manual, Instructivo o Formato: Solicitud del Servicio de Defensoría Pública - Asesoría	Vigente desde: 22/06/2016

VISIONWEB: **RUP** 39024660

Fecha y hora de recepción*: 06/20/2023 22:53 **Regional*:** MAGDALENA

Aspectos generales del usuario del servicio.				
Nombre o razon social : YANETH DE JESUS FONTALVO MONTENEGRO			**Documento :** 57435768	
Direccion de residencia :	CALLE 11 NO. 5 - 45 TAGANGA			**Telefono :** 3107206874
Ciudad de Residencia :	SANTA MARTA,[SANTA MARTA],(MAGDALENA)		**Barrio :** TAGANGA	
Edad : 50	**Género :** FEMENINO	**Estado Civil :** SOLTERA	**Etnia :**	**Idioma Etnico :**
En condicion de discapacidad : NO				
Nivel educativo : TECNICO	**Comunidad LGBTI :** NO	**Fuerzas Militares :** NO	**Desplazado :** NO	
Conyugue o compañero permanente :				**Numero de hijos :** 2

Resumen de los hechos (Circunstancias de tiempo, modo y lugar) (*).

REFIERE QUE SU HIJA TIENE UN TUMOR EN LA CABEZA Y ES ATENDIDA POR COOSALUD PERO DEBIDO A UN ERROR DEL SISBEN LE ESTAN COBRANDO SUMAS ALTICIMAS PARA LA REALIZACION DE EXAMENENS

Tipo de Orientación brindada: (*)

SE REALIZO DERECHO DE PETICION A COOSALUD SOLICITANDO INFORMACION DEL PORQUE DE LO SUCEDIDO, COOSALUD EXPLICO QUE LA USUARIA NO HAIA PRESENTADO LA ACTALIZACION DE SU SISBEN

Tipo de Asesoria: Via gubernativa

Forma de conclusión: Otras formas de terminacion.

DATOS DEL ENTREVISTADOR	DATOS DEL ENTREVISTADO
MARIA AUXILIADORA ZAMBRANO CASTILLO	YANETH DE JESUS FONTALVO MONTENEGRO
NOMBRE(S) Y APELLIDO(S)	NOMBRE(S) Y APELLIDO(S)
Cargo, funcionario y/o Contratista	SI [ ] NO [ ] AFIRMO BAJO JURAMENTO QUE LOS DATOS SUMINISTRADOS SON CIERTOS Y AUTORIZO PARA QUE SE VERIFIQUE LA INFORMACION SUMINISTRADA EN LAS BASES DE DATOS O REGISTROS A QUE HUBIERE LUGAR:
FIRMA DEL ENTREVISTADOR	FIRMA DEL POTENCIAL BENEFICIARIO

Defensoría del Pueblo COLOMBIA	Proceso/Subproceso: Atención y Trámite / Defensoría Pública	Código : SD-P02-F17
		Versión: 04
	Manual, Instructivo o Formato: Solicitud del Servicio de Defensoría Pública - Asesoría	Vigente desde: 22/06/2016

VISIONWEB:	RUP	39024664
Fecha y hora de recepción*:	06/20/2023 22:56	Regional*: MAGDALENA

Aspectos generales del usuario del servicio.				
Nombre o razon social : STEFANY TRUJILLO MATTOS			Documento : 1032464186	
Direccion de residencia :	CALLE PPAL KL 2 CASA 2 EL CURVAL			Telefono : 3153561512
Ciudad de Residencia :	SANTA MARTA,[SANTA MARTA],(MAGDALENA)		Barrio : CURVALITO	
Edad : 29	Género : FEMENINO	Estado Civil : SOLTERA	Etnia :	Idioma Etnico :
En condicion de discapacidad : NO				
Nivel educativo : PROFESIONAL		Comunidad LGBTI : NO	Fuerzas Militares : NO	Desplazado : NO
Conyugue o compañero permanente :				Numero de hijos : NO

Resumen de los hechos (Circunstancias de tiempo, modo y lugar) (*).

LA USUARIA REFIERE QUE HACE 8 DIAS PRESENTO DERECHO DE PETICION CONTRA AIR-ES POR UN PROBLEMA CON EL SERVICIO DE LUZ DEL CONJUNTO DONDE VIVE Y SOLICITABA ACCION DE TUTELA POR NO CONTESTARLE

Tipo de Orientación brindada: (*)

SE LE EXPLICO QUE EL TERMINO PARA LA CONTESTACION DEL DERECHO DE PETIION ERA DE 15 DIAS, UNA VEZ PSADO LOS 15 DIAS SI NO HABIA RESPUESTA SE PROCEDIA A LA OPRESENTACION DE LA TUTELA

Tipo de Asesoria: Via gubernativa

Forma de conclusión: Peticion absuelta.

DATOS DEL ENTREVISTADOR	DATOS DEL ENTREVISTADO
MARIA AUXILIADORA ZAMBRANO CASTILLO	STEFANY TRUJILLO MATTOS
NOMBRE(S) Y APELLIDO(S)	NOMBRE(S) Y APELLIDO(S)
Cargo, funcionario y/o Contratista	SI [ ] NO [ ] AFIRMO BAJO JURAMENTO QUE LOS DATOS SUMINISTRADOS SON CIERTOS Y AUTORIZO PARA QUE SE VERIFIQUE LA INFORMACION SUMINISTRADA EN LAS BASES DE DATOS O REGISTROS A QUE HUBIERE LUGAR:
FIRMA DEL ENTREVISTADOR	FIRMA DEL POTENCIAL BENEFICIARIO

Defensoría del Pueblo COLOMBIA	Proceso/Subproceso: Atención y Trámite / Defensoría Pública	Código : SD-P02-F17
		Versión: 04
	Manual, Instructivo o Formato: Solicitud del Servicio de Defensoría Pública - Asesoría	Vigente desde: 22/06/2016

VISIONWEB: **RUP** 39024666

Fecha y hora de recepción*: 06/20/2023 22:59 **Regional*:** MAGDALENA

Aspectos generales del usuario del servicio.				
Nombre o razon social : ALFREDI VEGA VARELA			**Documento :** 5475599	
Direccion de residencia : ...			**Telefono :** 3225975842	
Ciudad de Residencia : SANTA MARTA,[SANTA MARTA],(MAGDALENA)			**Barrio :** YUCAL	
Edad : 78	**Género :** MASCULINO	**Estado Civil :** SOLTERO	**Etnia :**	**Idioma Etnico :**
En condicion de discapacidad : NO				
Nivel educativo : PRIMARIA	**Comunidad LGBTI :** NO	**Fuerzas Militares :** NO	**Desplazado :** SI	
Conyugue o compañero permanente :			**Numero de hijos :** 6	

Resumen de los hechos (Circunstancias de tiempo, modo y lugar) (*).

EL USUARIO SOLICITA DERECHO DE PETICION CONTRA GASES DEL CARIBE DEBIDO A QUE ELS EÑOR SE ENCUENTRA AL DIA Y ELLOS ESTAN COBRANDO 4 MESES DE RETRASO

Tipo de Orientación brindada: (*)

SE REALIZO Y ENTREGO EN CONSULTA DERECHO DE PETICION CONTRA GASES DEL CARIBE

Tipo de Asesoria: Derecho de peticion en interes particular

Forma de conclusión: Peticion absuelta.

DATOS DEL ENTREVISTADOR	DATOS DEL ENTREVISTADO
MARIA AUXILIADORA ZAMBRANO CASTILLO	ALFREDI VEGA VARELA
NOMBRE(S) Y APELLIDO(S)	NOMBRE(S) Y APELLIDO(S)
Cargo, funcionario y/o Contratista	SI ☐ NO ☐
	AFIRMO BAJO JURAMENTO QUE LOS DATOS SUMINISTRADOS SON CIERTOS Y AUTORIZO PARA QUE SE VERIFIQUE LA INFORMACION SUMINISTRADA EN LAS BASES DE DATOS O REGISTROS A QUE HUBIERE LUGAR:
FIRMA DEL ENTREVISTADOR	FIRMA DEL POTENCIAL BENEFICIARIO

Defensoría del Pueblo COLOMBIA	Proceso/Subproceso: Atención y Trámite / Defensoría Pública	Código : SD-P02-F17
		Versión: 04
	Manual, Instructivo o Formato: Solicitud del Servicio de Defensoría Pública - Asesoría	Vigente desde: 22/06/2016

VISIONWEB: **RUP** 39024668

Fecha y hora de recepción*: 06/20/2023 23:01 **Regional*:** MAGDALENA

Aspectos generales del usuario del servicio.				
Nombre o razon social : JORGE ANICETO CASTRO SERRANO			**Documento :** 12545703	
Direccion de residencia :	CALLE 21#24-74 BARRIO 7 DE AGOSTO		**Telefono :** 3246182215	
Ciudad de Residencia :	SANTA MARTA,[SANTA MARTA],(MAGDALENA)		**Barrio :** 7 DE AGOSTO	
Edad : 67	**Género :** MASCULINO	**Estado Civil :** CASADO	**Etnia :**	**Idioma Etnico :**
En condicion de discapacidad : NO				
Nivel educativo : BACHILLER	**Comunidad LGBTI :** NO	**Fuerzas Militares :** NO	**Desplazado :** NO	
Conyugue o compañero permanente :			**Numero de hijos :** 3	

Resumen de los hechos (Circunstancias de tiempo, modo y lugar) (*).

EL USUARIO REFIERE QUE SU HIJO SE ENCUENTRA EN MILAN Y FUE BEENFICIADO CON EL PROGRAMA PILO-PAGA REQUIERE PRESENTAR DOCUMETNOS EN EL ICETEX PARA CNACELACION DEL PROGRAMA Y NECESRA ASESORIA SOBRE COMO SU HIJO PUEDE ENVIARLE UN PODER DESDE MILAN

Tipo de Orientación brindada: (*)

SE LE DIO LA ASESORIA CORRESPONDIENTE DE COMO PODRIA SU HIJO AUTENCICAR DICHO PODER Y ENVIARSELO A COLOMBIA

Tipo de Asesoria: Derecho de peticion en interes particular

Forma de conclusión: Peticion absuelta.

DATOS DEL ENTREVISTADOR	DATOS DEL ENTREVISTADO
MARIA AUXILIADORA ZAMBRANO CASTILLO	JORGE ANICETO CASTRO SERRANO
NOMBRE(S) Y APELLIDO(S)	NOMBRE(S) Y APELLIDO(S)
Cargo, funcionario y/o Contratista	SI ☐ NO ☐ AFIRMO BAJO JURAMENTO QUE LOS DATOS SUMINISTRADOS SON CIERTOS Y AUTORIZO PARA QUE SE VERIFIQUE LA INFORMACION SUMINISTRADA EN LAS BASES DE DATOS O REGISTROS A QUE HUBIERE LUGAR:
FIRMA DEL ENTREVISTADOR	FIRMA DEL POTENCIAL BENEFICIARIO

Defensoría del Pueblo COLOMBIA	Proceso/Subproceso: Atención y Trámite / Defensoría Pública	Código : SD-P02-F17
		Versión: 04
	Manual, Instructivo o Formato: Solicitud del Servicio de Defensoría Pública - Asesoría	Vigente desde: 22/06/2016

VISIONWEB: **RUP** 39024671

Fecha y hora de recepción*: 06/21/2023 23:05 **Regional*:** MAGDALENA

Aspectos generales del usuario del servicio.					
Nombre o razon social : RODOLFO VEGA MIRANDA				**Documento :** 85438372	
Direccion de residencia :	CALLE 10 21-80			**Telefono :** 3145478499	
Ciudad de Residencia :	BARRANCO,[EL BANCO],(MAGDALENA)			**Barrio :** BARANCO	
Edad : 67	**Género :**	**Estado Civil :**	negrov1220@hotmail.com	negrov1220@hotmail.com	**Idioma**
En condicion de discapacidad :					
Nivel educativo :		**Comunidad LGBTI :**	**Fuerzas Militares :**	**Desplazado :**	
Conyugue o compañero permanente :				**Numero de hijos :**	

Resumen de los hechos (Circunstancias de tiempo, modo y lugar) (*).

EL USUARIO REQUIERE ACCION DE TUTELA PARA UTORIZACION DE CITAS Y ENTREGA DE MEDICENTOS CONTRA SALUD TOTAL YA QUE TIENE MAS DE UN AÑO EN LA ESPERA DE LAS MIMAS

Tipo de Orientación brindada: (*)

SE REALIZO Y PRESENTO ACCION DE TUTELA CONTRA SALUD TOTAL

Tipo de Asesoria:

Forma de conclusión:

DATOS DEL ENTREVISTADOR	DATOS DEL ENTREVISTADO
MARIA ZAMBRANO	RODOLFO VEGA MIRANDA
NOMBRE(S) Y APELLIDO(S)	NOMBRE(S) Y APELLIDO(S)
Cargo, funcionario y/o Contratista	SI ☐ NO ☐ AFIRMO BAJO JURAMENTO QUE LOS DATOS SUMINISTRADOS SON CIERTOS Y AUTORIZO PARA QUE SE VERIFIQUE LA INFORMACION SUMINISTRADA EN LAS BASES DE DATOS O REGISTROS A QUE HUBIERE LUGAR:
FIRMA DEL ENTREVISTADOR	FIRMA DEL POTENCIAL BENEFICIARIO

Defensoría del Pueblo COLOMBIA	Proceso/Subproceso: Atención y Trámite / Defensoría Pública	Código : SD-P02-F17
		Versión: 04
	Manual, Instructivo o Formato: Solicitud del Servicio de Defensoría Pública - Asesoría	Vigente desde: 22/06/2016

VISIONWEB: **RUP** 38983062

Fecha y hora de recepción*: 05/30/2023 02:30 PM **Regional*:** MAGDALENA

Aspectos generales del usuario del servicio.

Nombre o razon social : OLGA CAMPO MENDOZA			**Documento :** 36666057
Direccion de residencia : CALLE 37 NO 15 - 44			**Telefono :** 3015685048
Ciudad de Residencia : SANTA MARTA,[SANTA MARTA],(MAGDALENA)			**Barrio :** MARIA EUGENIA
Edad : 43	**Género :** FEMENINO	**Estado Civil :** U.LIBRE	**Correo:**noregistra@nada.com / **Idioma Etnico :**
En condicion de discapacidad : NO			
Nivel educativo :	**Comunidad LGBTI :** NO	**Fuerzas Militares :** NO	**Desplazado :** NO
Conyuge o compañero permanente :			**Numero de hijos :** 3

Resumen de los hechos (Circunstancias de tiempo, modo y lugar) (*).

LA USUARIA NECESITA RESPONDER RECURSO DE RECONSIDERACION CONTRA ACTO ADMINISTRATIVO EMITIDO POR LA SECRETARIA DE HACIENDA POR MOTIVO DE PRESCRIPCION DE FOTO MULTAS

Tipo de Orientación brindada: (*)

SE REALIZO Y ENTREGO DENTRO DE LOS TERMINO DADOS POR LA LEY PARA LA RESPUESTA RECURSO DE RECONSIERACION A LA SECRETARIA DE HACIENDA

Tipo de Asesoria: Via gubernativa

Forma de conclusión: Peticion absuelta.

DATOS DEL ENTREVISTADOR	DATOS DEL ENTREVISTADO
MARIA AUXILIADORA ZAMBRANO CASTILLO	OLGA CAMPO MENDOZA
NOMBRE(S) Y APELLIDO(S)	NOMBRE(S) Y APELLIDO(S)
Cargo, funcionario y/o Contratista	SI ☐ NO ☐ AFIRMO BAJO JURAMENTO QUE LOS DATOS SUMINISTRADOS SON CIERTOS Y AUTORIZO PARA QUE SE VERIFIQUE LA INFORMACION SUMINISTRADA EN LAS BASES DE DATOS O REGISTROS A QUE HUBIERE LUGAR:
FIRMA DEL ENTREVISTADOR	FIRMA DEL POTENCIAL BENEFICIARIO

Constancia de asesoria para el usuario (*)

Lugar de recepción: MAGDALENA **Fecha y hora de recepción*:** 05/30/2023 02:30 PM **Regional*:** MAGDALENA

Nombre o razon social : OLGA CAMPO MENDOZA **Documento :** 36666057 **Fecha de expedición :** 05/30/2023

Tipo de Asesoria: Via gubernativa

Forma de conclusión: Peticion absuelta.

Funcionario y/o Contratista que brindó la Asesoría: MARIA AUXILIADORA ZAMBRANO CASTILLO **Firma:**

Defensoría del Pueblo COLOMBIA	Proceso/Subproceso: Atención y Trámite / Defensoría Pública	Código : SD-P02-F17
		Versión: 04
	Manual, Instructivo o Formato: Solicitud del Servicio de Defensoría Pública - Asesoría	Vigente desde: 22/06/2016

VISIONWEB: **RUP** 39024655

Fecha y hora de recepción*: 06/20/2023 22:45 **Regional*:** MAGDALENA

Aspectos generales del usuario del servicio.					
Nombre o razon social : RUTH MARIA SUAREZ NAVAS				**Documento :** 52080589	
Direccion de residencia :	CRA. 21 ALTOS NACHO VIVES CERRO			**Telefono :** 3242056952	
Ciudad de Residencia :	SANTA MARTA,[SANTA MARTA],(MAGDALENA)			**Barrio :** ALTOS DE NACHO VIVES	
Edad : 50	**Género :** FEMENINO	**Estado Civil :** U.LIBRE	noregistra@nada.com	noregistra@nada.com	**Idioma**
En condicion de discapacidad : NO					
Nivel educativo : ---		**Comunidad LGBTI :** NO	**Fuerzas Militares :** NO	**Desplazado :** SI	
Conyugue o compañero permanente :				**Numero de hijos :** 6	

Resumen de los hechos (Circunstancias de tiempo, modo y lugar) (*).

LA USUARIA REQUIERE ASESORIA EN DEMANDA SOBRE NEGLIGENCIA MEDICA YA QUE UBI MALA PRAXIS EN UNA CIRUGIA QUE LE REALIZARON

Tipo de Orientación brindada: (*)

SE LE EXPLICO QUE LA DEFENSORIA DEL PUEBLO NO LLEVA ESE TIPO DE DEMANDAS BRINDANDOLE LA ASESORIA NECESARIA SOBRE EN QUE CONSISTIA LA MISMA

Tipo de Asesoria: Via gubernativa

Forma de conclusión: Otras formas de terminacion.

DATOS DEL ENTREVISTADOR	DATOS DEL ENTREVISTADO
MARIA ZAMBRANO	RUTH MARIA SUAREZ NAVAS
NOMBRE(S) Y APELLIDO(S)	NOMBRE(S) Y APELLIDO(S)
Cargo, funcionario y/o Contratista	SI ☐ NO ☐ AFIRMO BAJO JURAMENTO QUE LOS DATOS SUMINISTRADOS SON CIERTOS Y AUTORIZO PARA QUE SE VERIFIQUE LA INFORMACION SUMINISTRADA EN LAS BASES DE DATOS O REGISTROS A QUE HUBIERE LUGAR:
FIRMA DEL ENTREVISTADOR	FIRMA DEL POTENCIAL BENEFICIARIO

Defensoría del Pueblo COLOMBIA	Proceso/Subproceso: Atención y Trámite / Defensoría Pública	Código : SD-P02-F17
		Versión: 04
	Manual, Instructivo o Formato: Solicitud del Servicio de Defensoría Pública - Asesoría	Vigente desde: 22/06/2016

VISIONWEB: **RUP** 39015771

Fecha y hora de recepción*: 06/20/2023 11:00 AM **Regional*:** MAGDALENA

Aspectos generales del usuario del servicio.				
Nombre o razon social : EULOGIA BERNAL MANJARRES			**Documento :** 40975703	
Direccion de residencia :	CALLE 71 NO. 4 A 02 QUININA 1 GAIRAEGISTRA		**Telefono :** 3002148562	
Ciudad de Residencia :	SANTA MARTA,[SANTA MARTA],(MAGDALENA)		**Barrio :** GAIRA	
Edad : 65	**Género :**	**Estado Civil :**	**Correo:**eulogiabernal@hotmail.com	**Idioma Etnico :**
En condicion de discapacidad :				
Nivel educativo :		**Comunidad LGBTI :**	**Fuerzas Militares :**	**Desplazado :**
Conyuge o compañero permanente :				**Numero de hijos :**

Resumen de los hechos (Circunstancias de tiempo, modo y lugar) (*).

SOLICITA ASESORIA RECURSO ANTE UNP. LA LIDER SOCIAL SOLICITA MEDIANTE DERECHO DE PETICION A LA DEFENSORIA DEL PUEBLO SE LE BRINDE SERVICIO JURIDICO PARA INTERPONER TUTELA ANTE UNP POR LA NO RESPUESTA DE SU ESTUDIO DE EVALUACION DE RIESGO REALIZADO HACE MAS DE 5 MESES APROXIMADAMENTE. MANIFIESTA SENTIRTE DESPROTEGIDA E INSEGURA DEBIDO A LAS AMENAZAS RECIBIDAS, LO QUE LA HIZO SALIR DE SU VIVIENDA Y LE HA OCASIONADO MUCHAS AFECTACIONES EMOCIONALES Y TEME POR SU VIDA

Tipo de Orientación brindada: (*)

LA USUARIA NO ASISTIO A LA CONSULTA

Tipo de Asesoria: Vía gubernativa

Forma de conclusión: Incumplimiento de las obligaciones por parte del usuario.

DATOS DEL ENTREVISTADOR	DATOS DEL ENTREVISTADO
MARIA AUXILIADORA ZAMBRANO CASTILLO	EULOGIA BERNAL MANJARRES
NOMBRE(S) Y APELLIDO(S)	NOMBRE(S) Y APELLIDO(S)
Cargo, funcionario y/o Contratista	SI [ ] NO [ ] AFIRMO BAJO JURAMENTO QUE LOS DATOS SUMINISTRADOS SON CIERTOS Y AUTORIZO PARA QUE SE VERIFIQUE LA INFORMACION SUMINISTRADA EN LAS BASES DE DATOS O REGISTROS A QUE HUBIERE LUGAR:
FIRMA DEL ENTREVISTADOR	FIRMA DEL POTENCIAL BENEFICIARIO

Constancia de asesoria para el usuario (*)

Lugar de recepción: MAGDALENA **Fecha y hora de recepción*:** 06/20/2023 11:00 AM **Regional*:** MAGDALENA

Nombre o razon social : EULOGIA BERNAL MANJARRES **Documento :** 40975703 **Fecha de expedición :** 06/20/2023

Tipo de Asesoria: Vía gubernativa

Forma de conclusión: Incumplimiento de las obligaciones por parte del usuario.

Funcionario y/o Contratista que brindó la Asesoría: MARIA AUXILIADORA ZAMBRANO CASTILLO **Firma:**

Defensoría del Pueblo COLOMBIA	Proceso/Subproceso: Atención y Trámite / Defensoría Pública	Código : SD-P02-F17
		Versión: 04
	Manual, Instructivo o Formato: Solicitud del Servicio de Defensoría Pública - Asesoría	Vigente desde: 22/06/2016

VISIONWEB: **RUP** 38971884

Fecha y hora de recepción*: 05/23/2023 09:30 AM **Regional*:** MAGDALENA

Aspectos generales del usuario del servicio.				
Nombre o razon social : AMANDA PATRICIAA GONZALEZ ACU&#65533;A			**Documento :** 39048607	
Direccion de residencia :	CALLE 34A NO. 19-74 1 DE MAYO			**Telefono :** 3017591118
Ciudad de Residencia :	SANTA MARTA,[SANTA MARTA],(MAGDALENA)		**Barrio :** 1 DE MAYO	
Edad : 43	**Género :**	**Estado Civil :**	**Correo:**noregistra@nada.com	**Idioma Etnico :**
En condicion de discapacidad :				
Nivel educativo :		**Comunidad LGBTI :**	**Fuerzas Militares :**	**Desplazado :**
Conyuge o compañero permanente :				**Numero de hijos :**

Resumen de los hechos (Circunstancias de tiempo, modo y lugar) (*).

LA USUARIA REQUERIA ASESORIA EN UA ACCION DE TUTELA, YA QUE SU HERMANA HAIA SIDO OPERADA DE UN TUMOR EN EL ESTOMAGO Y QUERIA SABER COMO SOLICITAR LOS VIATICOS PARA ACOMPAÑANTE Y COMO SOLICITAR LOS MEDICAMENTOS NO POS QUE LE ENVIAN DESPUES DE LA CIRUGIA

Tipo de Orientación brindada: (*)

SE LE BRINDO LA ASESORIA NECESARIA, INDICANDOLE LOS DOCUMENTOS REQUERIDOS PARA LA TUTELA. EL TERMINO EN QUE DURA EL JUEZ EN EMITIR UN FALLO Y LOS DERECHOS QUE COMO USURIA DEL SERVICIO DE SALUD SU HERMANA TIENE DERECHO

Tipo de Asesoria: Via gubernativa

Forma de conclusión: Peticion absuelta.

DATOS DEL ENTREVISTADOR	DATOS DEL ENTREVISTADO
MARIA AUXILIADORA ZAMBRANO CASTILLO NOMBRE(S) Y APELLIDO(S)	AMANDA PATRICIAA GONZALEZ ACU&#65533;A NOMBRE(S) Y APELLIDO(S)
Cargo, funcionario y/o Contratista _____	SI ☐ NO ☐ AFIRMO BAJO JURAMENTO QUE LOS DATOS SUMINISTRADOS SON CIERTOS Y AUTORIZO PARA QUE SE VERIFIQUE LA INFORMACION SUMINISTRADA EN LAS BASES DE DATOS O REGISTROS A QUE HUBIERE LUGAR:
FIRMA DEL ENTREVISTADOR	FIRMA DEL POTENCIAL BENEFICIARIO

Constancia de asesoria para el usuario (*)

Lugar de recepción: MAGDALENA **Fecha y hora de recepción*:** 05/23/2023 09:30 AM **Regional*:** MAGDALENA

Nombre o razon social : AMANDA PATRICIAA GONZALEZ ACU&#65533;A	**Documento :** 39048607	**Fecha de expedición :** 05/23/2023

Tipo de Asesoria: Via gubernativa

Forma de conclusión: Peticion absuelta.

Funcionario y/o Contratista que brindó la Asesoría: MARIA AUXILIADORA ZAMBRANO CASTILLO	**Firma:**

Defensoría del Pueblo COLOMBIA	Proceso/Subproceso: Atención y Trámite / Defensoría Pública	Código : SD-P02-F17
		Versión: 04
	Manual, Instructivo o Formato: Solicitud del Servicio de Defensoría Pública - Asesoría	Vigente desde: 22/06/2016

VISIONWEB: **RUP** 39025396

Fecha y hora de recepción*: 06/23/2023 08:02 **Regional*:** MAGDALENA

Aspectos generales del usuario del servicio.				
Nombre o razon social : ALCIDES JOSE MURGAS GUTIERREZ			**Documento :** 12557600	
Direccion de residencia :	KRA. 56A # 7-41, BARRIO DIVINO NI&#65533;O 1		**Telefono :** 3003739451	
Ciudad de Residencia :	SANTA MARTA,[SANTA MARTA],(MAGDALENA)		**Barrio :** DIVINO NIO	
Edad : 60	**Género :**	**Estado Civil :**	**Etnia :**	**Idioma Etnico :**
En condicion de discapacidad :				
Nivel educativo :		**Comunidad LGBTI :**	**Fuerzas Militares :**	**Desplazado :**
Conyugue o compañero permanente :				**Numero de hijos :**

Resumen de los hechos (Circunstancias de tiempo, modo y lugar) (*).

EL USUARIO MANUFIESTA QUE DESDE EL MES DE ABRIL 2023 HA REALIZADO PETICIONES
--PARA QUE LA OFICINA DEL SISBEN LE ASIGNE PUNTAJE Í EN SANTA MARTA, PUES APARECE
--REGISTRADO EN MAICAO

Tipo de Orientación brindada: (*)

NO TUVE CONTACTO CON EL USUARIO, PROYECTE Y ENTREGUE CONTESTACION DE TUTELA DENTRO DE LOS TERMINOS DE LEY

Tipo de Asesoria: Via gubernativa

Forma de conclusión: Otras formas de terminacion.

DATOS DEL ENTREVISTADOR	DATOS DEL ENTREVISTADO
MARIA AUXILIADORA ZAMBRANO CASTILLO	ALCIDES JOSE MURGAS GUTIERREZ
NOMBRE(S) Y APELLIDO(S)	NOMBRE(S) Y APELLIDO(S)
Cargo, funcionario y/o Contratista _____	SI ☐ NO ☐ AFIRMO BAJO JURAMENTO QUE LOS DATOS SUMINISTRADOS SON CIERTOS Y AUTORIZO PARA QUE SE VERIFIQUE LA INFORMACION SUMINISTRADA EN LAS BASES DE DATOS O REGISTROS A QUE HUBIERE LUGAR:
FIRMA DEL ENTREVISTADOR	FIRMA DEL POTENCIAL BENEFICIARIO