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** 39268219

Fecha y hora de recepción*: 11/14/2023 10:00 AM **Regional*:** SAN ANDRES Y PROVIDENCIA

Aspectos generales del usuario del servicio.

Nombre o razon social : DAN ISSIESH BENT TOWER			**Documento :** 1123637117
Direccion de residencia :	LOMA BAKERS HILL		**Telefono :** 313696028
Ciudad de Residencia :	LA LOMA,[SAN ANDRES],(SAN ANDRES)		**Barrio :** BARKERS HILL
Edad : 20 **Género :**	**Estado Civil :**	**Correo:**dallbent234@gmail.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) (*).

MANIFIESTA EL USUARIO QUE FUE REMITIDO A LA CIUDAD DE BOGOTÁ, EN AVIÓN AMBULANCIA EL DÍA 9 NOVIEMBRE PRESENTE AÑO , POR UN IMPACTO DE BALA QUE RECIBIÓ POR EL CUELLO CON UN DIAGNOSTICO DE TRAUMATISMO DE LA CABEZA NO ESPECIFICADO , LA EPS NO LE ESTA BRINDANDO EL SERVICIO COMPLEMENTARIO DE SU ACOMPAÑANTE, POR LO TANTO REQUIERE DE UNA TUTELA INTEGRAL CON MEDIDA PREVENTIVA PARA OBTENER LOS SERVICIOS

Tipo de Orientación brindada: (*)

MANIFIESTA EL USUARIO QUE FUE REMITIDO A LA CIUDAD DE BOGOTÁ, EN AVIÓN AMBULANCIA EL DÍA 9 NOVIEMBRE PRESENTE AÑO , POR UN IMPACTO DE BALA QUE RECIBIÓ POR EL CUELLO CON UN DIAGNOSTICO DE TRAUMATISMO DE LA CABEZA NO ESPECIFICADO , LA EPS NO LE ESTA BRINDANDO EL SERVICIO COMPLEMENTARIO DE SU ACOMPAÑ

Tipo de Asesoria: Seguridad social

Forma de conclusión: Otras formas de terminacion.

DATOS DEL ENTREVISTADOR	DATOS DEL ENTREVISTADO
JOSE LUIS PARDO HERNANDEZ	DAN ISSIESH BENT TOWER
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: SAN ANDRES Y PROVIDENCIA **Fecha y hora de recepción*:** 11/14/2023 10:00 AM **Regional*:** SAN ANDRES Y PROVIDENCIA

Nombre o razon social : DAN ISSIESH BENT TOWER	**Documento :** 1123637117	**Fecha de expedición :** 11/14/2023

Tipo de Asesoria: Seguridad social

Forma de conclusión: Otras formas de terminacion.

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	39268219	
Fecha y hora de recepción*:	11/14/2023 10:00 AM	Regional*:	SAN ANDRES Y PROVIDENCIA

Funcionario y/o Contratista que brindó la Asesoría:	JOSE LUIS PARDO HERNANDEZ	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** 39254283

Fecha y hora de recepción*: 11/08/2023 08:30 AM **Regional*:** SAN ANDRES Y PROVIDENCIA

Aspectos generales del usuario del servicio.

Nombre o razon social : EDY JOHANA BAHOQUE CASTRO			**Documento :** 40992207
Direccion de residencia :	LA LOMA MEXICANO		**Telefono :** 3166502186
Ciudad de Residencia :	PROVIDENCIA,[PROVIDENCIA],(SAN ANDRES)		**Barrio :** BACK ROAD
Edad : 40	**Género :**	**Estado Civil :**	**Correo:**johanabahoque@gmail.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) (*).

MANIFIESTA QUE SU HIJO ELBRAHAM TORRES BAHOQUE DE 8 AÑOS TIENE ORDEN DE REMISION DE CIRUGIA PEDIÁTRICA CON LA NUEVA EPS EN LA CUIDAD DE BARRANQUILLA, LA USUARIA, REQUIERE QUE LE PS LE BRINDA , HOSPEDAJE ALIMENTACIÓN Y TODO LO QUE ES GASTOS COMPLEMENTARIOS POR LO TANTO REQUIERE DE UNA TUTELA INTEGRAL EN CONTRA DE LA NUEVA EPS.

Tipo de Orientación brindada: (*)

MANIFIESTA QUE SU HIJO ELBRAHAM TORRES BAHOQUE DE 8 AÑOS TIENE ORDEN DE REMISION DE CIRUGIA PEDIÁTRICA CON LA NUEVA EPS EN LA CUIDAD DE BARRANQUILLA, LA USUARIA, REQUIERE QUE LE PS LE BRINDA , HOSPEDAJE ALIMENTACIÓN Y TODO LO QUE ES GASTOS COMPLEMENTARIOS POR LO TANTO REQUIERE DE UNA TUTELA INTEGR

Tipo de Asesoria: Seguridad social

Forma de conclusión: Otras formas de terminacion.

DATOS DEL ENTREVISTADOR	DATOS DEL ENTREVISTADO
JOSE LUIS PARDO HERNANDEZ	EDY JOHANA BAHOQUE CASTRO
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: SAN ANDRES Y PROVIDENCIA **Fecha y hora de recepción*:** 11/08/2023 08:30 AM **Regional*:** SAN ANDRES Y PROVIDENCIA

Nombre o razon social : EDY JOHANA BAHOQUE CASTRO	**Documento :** 40992207	**Fecha de expedición :** 11/08/2023

Tipo de Asesoria: Seguridad social

Forma de conclusión: Otras formas de terminacion.

Funcionario y/o Contratista que brindó la Asesoría: JOSE LUIS PARDO HERNANDEZ **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** 39286061

Fecha y hora de recepción*: 11/28/2023 08:30 AM **Regional*:** SAN ANDRES Y PROVIDENCIA

Aspectos generales del usuario del servicio.

Nombre o razon social : EDGAR SINCLAIR CHRISTOPHER			**Documento :** 18002567
Direccion de residencia :	BARRIO LOMA PERRY HILL		**Telefono :** 3015930926
Ciudad de Residencia :	SAN ANDRES,[SAN ANDRES],(SAN ANDRES)		**Barrio :** LOMA PERRY HILL
Edad : 45	**Género :**	**Estado Civil :**	**Correo:**sinclairedgar5@gmail.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) (*).

EL USUARIA MANIFIESTA QUE SE ENCUENTRA AFILIADO A LA NUEVA EPS Y QUE SU HIJO MATHIAS SINCLAIR DEL VILLAR DE 9 AÑOS DE EDAD PADECE DE CELULA FALSIFORME Y ACTUALMENTE REQUIERE DE VARIOS PROCEDIMIENTOS MEDICOS Y NECESITA LA REALIZACION DE UNA TUTELA INTEGRAL, CON ACOMPAÑANTE, ESTADIA, TRANSPORTE AEREO Y TERRESTRE.

Tipo de Orientación brindada: (*)

EL USUARIOSE ENCUENTRA AFILIADO A LA NUEVA EPS Y QUE SU HIJO MATHIAS SINCLAIR DEL VILLAR DE 9 AÑOS DE EDAD PADECE DE CELULA FALSIFORME Y ACTUALMENTE REQUIERE DE VARIOS PROCEDIMIENTOS MEDICOS Y NECESITA LA REALIZACION DE UNA TUTELA INTEGRAL, CON ACOMPAÑANTE, ESTADIA, TRANSPORTE AEREO Y TERRESTRE.

Tipo de Asesoria: Seguridad social

Forma de conclusión: Otras formas de terminacion.

DATOS DEL ENTREVISTADOR	DATOS DEL ENTREVISTADO
JOSE LUIS PARDO HERNANDEZ	EDGAR SINCLAIR CHRISTOPHER
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: SAN ANDRES Y PROVIDENCIA **Fecha y hora de recepción*:** 11/28/2023 08:30 AM **Regional*:** SAN ANDRES Y PROVIDENCIA

Nombre o razon social : EDGAR SINCLAIR CHRISTOPHER	**Documento :** 18002567	**Fecha de expedición :** 11/28/2023

Tipo de Asesoria: Seguridad social

Forma de conclusión: Otras formas de terminacion.

Funcionario y/o Contratista que brindó la Asesoría: JOSE LUIS PARDO HERNANDEZ **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** 39280476

Fecha y hora de recepción*: 11/22/2023 09:00 AM **Regional*:** SAN ANDRES Y PROVIDENCIA

Aspectos generales del usuario del servicio.

Nombre o razon social : ERVA INABEL SMITH MITCHELL			**Documento :** 1123893162
Direccion de residencia : SAN ANDRES			**Telefono :** 311226772
Ciudad de Residencia : SAN ANDRES,[SAN ANDRES],(SAN ANDRES)			**Barrio :** BARKERS HILL
Edad : 46	**Género :**	**Estado Civil :**	**Correo:**jafran05@gmail.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 SOLICITA UNA ACCIÓN DE TUTELA, POR QUE SU HIJO REQUIERE REMISIÓN DE NEUMOLOGIA PEDIATRICA, CONTROLES 3 MESES, NECESITA COMPLEMENTARIOS, TELÉFONO CONTACTO, 3226864006

Tipo de Orientación brindada: (*)

LA USUARIA SOLICITA UNA ACCIÓN DE TUTELA, POR QUE SU HIJO REQUIERE REMISIÓN DE NEUMOLOGIA PEDIATRICA, CONTROLES 3 MESES, NECESITA COMPLEMENTARIOSELÉFONO CONTACTO, 3226864006

Tipo de Asesoria: Seguridad social

Forma de conclusión: Otras formas de terminacion.

DATOS DEL ENTREVISTADOR	DATOS DEL ENTREVISTADO
JOSE LUIS PARDO HERNANDEZ	ERVA INABEL SMITH MITCHELL
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: SAN ANDRES Y PROVIDENCIA **Fecha y hora de recepción*:** 11/22/2023 09:00 AM **Regional*:** SAN ANDRES Y PROVIDENCIA

Nombre o razon social : ERVA INABEL SMITH MITCHELL	**Documento :** 1123893162	**Fecha de expedición :** 11/22/2023
Tipo de Asesoria: Seguridad social		
Forma de conclusión: Otras formas de terminacion.		
Funcionario y/o Contratista que brindó la Asesoría: JOSE LUIS PARDO HERNANDEZ		**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** **39268784**

Fecha y hora de recepción*: **11/14/2023 11:45 AM** **Regional*:** **SAN ANDRES Y PROVIDENCIA**

Aspectos generales del usuario del servicio.

Nombre o razon social : IDALIDES JAMES BRANDT			**Documento :** 40987352
Direccion de residencia :	BARRIO COCAL		**Telefono :** 3175751221
Ciudad de Residencia :	SAN ANDRES,[SAN ANDRES],(SAN ANDRES)		**Barrio :** COCAL
Edad : 35	**Género :**	**Estado Civil :**	**Correo:**berriojennifer607@gmail.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 MANIFIESTA QUE SU DIFUNTO ESPOSO FALLECIO EL 03 DE AGOSTO DE 2022, EL CUAL SE ENCONTRABA LABORANDO EN AMCOVIT LTDA COMO VIGILANTE, PERO A PESAR DE HABER INTERPUESTO UN DERECHO DE PETICION PARA EL PAGO DE SU LIQUIDACION Y SEGURA DE VIDA, NUNCA LE DIERON RESPUESTA

Tipo de Orientación brindada: (*)

LA USUARIA MANIFIESTA QUE SU DIFUNTO ESPOSO FALLECIO EL 03 DE AGOSTO DE 2022, EL CUAL SE ENCONTRABA LABORANDO EN AMCOVIT LTDA COMO VIGILANTE, PERO A PESAR DE HABER INTERPUESTO UN DERECHO DE PETICION PARA EL PAGO DE SU LIQUIDACION Y SEGURA DE VIDA, NUNCA LE DIERON RESPUESTA

Tipo de Asesoria: Seguridad social

Forma de conclusión: Otras formas de terminacion.

DATOS DEL ENTREVISTADOR	DATOS DEL ENTREVISTADO
JOSE LUIS PARDO HERNANDEZ	**IDALIDES JAMES BRANDT**
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: **SAN ANDRES Y PROVIDENCIA** **Fecha y hora de recepción*:** **11/14/2023 11:45 AM** **Regional*:** **SAN ANDRES Y PROVIDENCIA**

Nombre o razon social : IDALIDES JAMES BRANDT	**Documento :** 40987352	**Fecha de expedición :** 11/14/2023

Tipo de Asesoria: Seguridad social

Forma de conclusión: Otras formas de terminacion.

Funcionario y/o Contratista que brindó la Asesoría: JOSE LUIS PARDO HERNANDEZ **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** 39268651

Fecha y hora de recepción*: 11/14/2023 11:00 AM **Regional*:** SAN ANDRES Y PROVIDENCIA

Aspectos generales del usuario del servicio.

Nombre o razon social : JORGE ENRIQUE GONGORA LOZADA			**Documento :** 18003263
Direccion de residencia :	BARRRIO NATANIA 5 ETAPA		**Telefono :** 3007301373
Ciudad de Residencia :	SAN ANDRES,[SAN ANDRES],(SAN ANDRES)		**Barrio :** NATANIA
Edad : 42	**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) (*).

MANIFIESTA EL USUARIO QUE REQUIERE DE UN ABOGADO LE FUE EMBARGADA LA CUENTA DE BANCOLOMBIA POR TRANSITO GOBERNACION DEL ATLANTICO Y NO CUENTA CON RECURSOS ECONOMICOS

Tipo de Orientación brindada: (*)

MANIFIESTA EL USUARIO QUE REQUIERE DE UN ABOGADO LE FUE EMBARGADA LA CUENTA DE BANCOLOMBIA POR TRANSITO GOBERNACION DEL ATLANTICO Y NO CUENTA CON RECURSOS ECONOMICOS

Tipo de Asesoria: Derecho de peticion en interes particular

Forma de conclusión: Otras formas de terminacion.

DATOS DEL ENTREVISTADOR	DATOS DEL ENTREVISTADO
JOSE LUIS PARDO HERNANDEZ	JORGE ENRIQUE GONGORA LOZADA
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: SAN ANDRES Y PROVIDENCIA **Fecha y hora de recepción*:** 11/14/2023 11:00 AM **Regional*:** SAN ANDRES Y PROVIDENCIA

Nombre o razon social : JORGE ENRIQUE GONGORA LOZADA	**Documento :** 18003263	**Fecha de expedición :** 11/14/2023

Tipo de Asesoria: Derecho de peticion en interes particular

Forma de conclusión: Otras formas de terminacion.

Funcionario y/o Contratista que brindó la Asesoría: JOSE LUIS PARDO HERNANDEZ **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** 39283004

Fecha y hora de recepción*: 11/22/2023 11:00 AM **Regional*:** SAN ANDRES Y PROVIDENCIA

Aspectos generales del usuario del servicio.

Nombre o razon social : JIL JOHANA CABALLERO CHICO			**Documento :** 1123622535
Direccion de residencia :	BARRIO CAMPO HERMOSO		**Telefono :** 3143149022
Ciudad de Residencia :	SAN ANDRES,[SAN ANDRES],(SAN ANDRES)		**Barrio :** SANTANA
Edad : 35 **Género :**	**Estado Civil :**	**Correo:**weiderbru@gmail.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 SOLICITA LA INTERPOSISICÓN DE ACCIÓN DE TUTELA, PORQUE HACE UN ÑOA LE HA ESTADO SOLICITANDO A SANITAS CITA PARA CONTROL O SEGUIMIENTO POR ESPECILISTA EN NEUROLOGIA PEDIATRICA PARA SU HIJO WEIDER ALFREDO BRU CABALLERO

Tipo de Orientación brindada: (*)

LA USUARIA SOLICITA LA INTERPOSISICÓN DE ACCIÓN DE TUTELA, PORQUE HACE UN ÑOA LE HA ESTADO SOLICITANDO A SANITAS CITA PARA CONTROL O SEGUIMIENTO POR ESPECILISTA EN NEUROLOGIA PEDIATRICA PARA SU HIJO WEIDER ALFREDO BRU CABALLERO

Tipo de Asesoria: Seguridad social

Forma de conclusión: Otras formas de terminacion.

DATOS DEL ENTREVISTADOR	DATOS DEL ENTREVISTADO
JOSE LUIS PARDO HERNANDEZ	JIL JOHANA CABALLERO CHICO
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: SAN ANDRES Y PROVIDENCIA **Fecha y hora de recepción*:** 11/22/2023 11:00 AM **Regional*:** SAN ANDRES Y PROVIDENCIA

Nombre o razon social : JIL JOHANA CABALLERO CHICO	**Documento :** 1123622535	**Fecha de expedición :** 11/22/2023
Tipo de Asesoria: Seguridad social		
Forma de conclusión: Otras formas de terminacion.		
Funcionario y/o Contratista que brindó la Asesoría: JOSE LUIS PARDO HERNANDEZ		**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** 39254335

Fecha y hora de recepción*: 11/08/2023 09:30 AM **Regional*:** SAN ANDRES Y PROVIDENCIA

Aspectos generales del usuario del servicio.

Nombre o razon social : KEN NELSON ARCHBOLD		**Documento :** 1123628417	
Direccion de residencia : BOWIE			**Telefono :** 3204854999
Ciudad de Residencia : LA LOMA,[SAN ANDRES],(SAN ANDRES)		**Barrio :** SAN LUIS	
Edad : 39	**Género :**	**Estado Civil :**	**Correo:**juletbowiep10@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) (*).

MANIFIETSA EL USUARIO QUE TIENE UNA ORDEN PARA CIRUGÍA ORTOPEDIA , RECONSTRUCCION MÚLTIPLE Y FIJACIÓN INTERNA Y LLEVA MAS DE UN AÑO ESPERANDO QUE LE BRINDEN LA ATENCIÓN EN SALUD Y HASTA LA FECHA NO LOGRADO LA CIRUGIA ORDENADO MEDICO TRATANTE

Tipo de Orientación brindada: (*)

MANIFIETSA EL USUARIO QUE TIENE UNA ORDEN PARA CIRUGÍA ORTOPEDIA , RECONSTRUCCION MÚLTIPLE Y FIJACIÓN INTERNA Y LLEVA MAS DE UN AÑO ESPERANDO QUE LE BRINDEN LA ATENCIÓN EN SALUD Y HASTA LA FECHA NO LOGRADO LA CIRUGIA ORDENADO MEDICO TRATANTE

Tipo de Asesoria: Seguridad social

Forma de conclusión: Otras formas de terminacion.

DATOS DEL ENTREVISTADOR	DATOS DEL ENTREVISTADO
JOSE LUIS PARDO HERNANDEZ	KEN NELSON ARCHBOLD
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: SAN ANDRES Y PROVIDENCIA **Fecha y hora de recepción*:** 11/08/2023 09:30 AM **Regional*:** SAN ANDRES Y PROVIDENCIA

Nombre o razon social : KEN NELSON ARCHBOLD	**Documento :** 1123628417	**Fecha de expedición :** 11/08/2023

Tipo de Asesoria: Seguridad social

Forma de conclusión: Otras formas de terminacion.

Funcionario y/o Contratista que brindó la Asesoría: JOSE LUIS PARDO HERNANDEZ **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** 39280194

Fecha y hora de recepción*: 11/21/2023 11:00 AM **Regional*:** SAN ANDRES Y PROVIDENCIA

Aspectos generales del usuario del servicio.

Nombre o razon social : KEOMMA SHIMADA ALVARADO BRITTON			**Documento :** 1018449939
Direccion de residencia : PUNTA ROCOSA			**Telefono :** 3126980077
Ciudad de Residencia : SAN ANDRES,[SAN ANDRES],(SAN ANDRES)		**Barrio :** PUNTA ROCOSA	
Edad : 28-	**Género :**	**Estado Civil :**	**Correo:**keobrtoitton@gmail.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 LA ACCIÓN DE TUTELA, POR CUANTO NO LE ABREVAN SU PRÓTESIS DE ALTO COSTO,

Tipo de Orientación brindada: (*)

ACCIÓN DE TUTELA,SOLICITA LA ACCIÓN DE TUTELA, POR CUANTO NO LE ABREVAN SU PRÓTESIS DE ALTO COSTO,

Tipo de Asesoria: Seguridad social

Forma de conclusión: Otras formas de terminacion.

DATOS DEL ENTREVISTADOR	DATOS DEL ENTREVISTADO
JOSE LUIS PARDO HERNANDEZ	KEOMMA SHIMADA ALVARADO BRITTON
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: SAN ANDRES Y PROVIDENCIA **Fecha y hora de recepción*:** 11/21/2023 11:00 AM **Regional*:** SAN ANDRES Y PROVIDENCIA

Nombre o razon social : KEOMMA SHIMADA ALVARADO BRITTON	**Documento :** 1018449939	**Fecha de expedición :** 11/21/2023

Tipo de Asesoria: Seguridad social

Forma de conclusión: Otras formas de terminacion.

Funcionario y/o Contratista que brindó la Asesoría: JOSE LUIS PARDO HERNANDEZ **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** 39258642

Fecha y hora de recepción*: 11/08/2023 10:00 AM **Regional*:** SAN ANDRES Y PROVIDENCIA

Aspectos generales del usuario del servicio.

Nombre o razon social : KIMBERLY WILLIAMS GAMARRA			**Documento :** 1123630963	
Direccion de residencia :	BARRIO SAGRADA FAMILIA DETRAS DE LA TIENDA TOMAS, SECTOR		**Telefono :** 3163321628	
Ciudad de Residencia :	SAN ANDRES,[SAN ANDRES],(SAN ANDRES)		**Barrio :** SAGRADA FAMILIA	
Edad : 32	**Género :**	**Estado Civil :**	**Correo:**kimberly290993@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) (*).

LA USUARIA MANIFIESTA QUE NECESITA QUE SE LE AYUDE CON UNA TUTELA POR CUANTO ADUCE QUE NOTIFICO, A LA GOBERNACIÓN SU ESTADO DE EMBARAZO , MAS A LA FECHA NO LE HAN NOTIFICADO, 04 DE NOVIEMBRE DEL 2023, Y NOTIFICO A LA ADMINISTRACIÓN DESDE EL AGOSTO 27 DEL 2023 APROXIMADAMENTE A LA FECHA NO LE RECONTRARAN

Tipo de Orientación brindada: (*)

LA USUARIA MANIFIESTA QUE NECESITA QUE SE LE AYUDE CON UNA TUTELA POR CUANTO ADUCE QUE NOTIFICO, A LA GOBERNACIÓN SU ESTADO DE EMBARAZO , MAS A LA FECHA NO LE HAN NOTIFICADO, 04 DE NOVIEMBRE DEL 2023, Y NOTIFICO A LA ADMINISTRACIÓN DESDE EL AGOSTO 27 DEL 2023 APROXIMADAMENTE A LA FECHA NO LE RECON

Tipo de Asesoria: Estabilidad laboral reforzada

Forma de conclusión: Otras formas de terminacion.

DATOS DEL ENTREVISTADOR	DATOS DEL ENTREVISTADO
JOSE LUIS PARDO HERNANDEZ	KIMBERLY WILLIAMS GAMARRA
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: SAN ANDRES Y PROVIDENCIA **Fecha y hora de recepción*:** 11/08/2023 10:00 AM **Regional*:** SAN ANDRES Y PROVIDENCIA

Nombre o razon social : KIMBERLY WILLIAMS GAMARRA	**Documento :** 1123630963	**Fecha de expedición :** 11/08/2023

Tipo de Asesoria: Estabilidad laboral reforzada

Forma de conclusión: Otras formas de terminacion.

Funcionario y/o Contratista que brindó la Asesoría: JOSE LUIS PARDO HERNANDEZ **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** 39284435

Fecha y hora de recepción*: 11/27/2023 11:00 AM **Regional*:** SAN ANDRES Y PROVIDENCIA

Aspectos generales del usuario del servicio.

Nombre o razon social : LEANDRO PAJARO BALSEIRO			**Documento :** 9092201
Direccion de residencia : AV. ROCK HOLE #2-142			**Telefono :** 3185786468
Ciudad de Residencia : SAN ANDRES,[SAN ANDRES],(SAN ANDRES)		**Barrio :** CENTRO	
Edad : 59	**Género :**	**Estado Civil :**	**Correo:**vocaldecoltrolsai@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) (*).

INTERPUSO ACCIÓN DE TUTELA, POR UN OFICIO RADICADO POR UNAS INUNDACIONES QUE SE DAN EN VARIOS SECTORES DE LA ISLA, SE PONE CITA PARA INFORMAR DE LOS PROCEDIMIENTOS ADELANTADOS POR LA DEFENSORIA

Tipo de Orientación brindada: (*)

CON EL OFICIO RADICADO SE ASIGNO A UN DEFENSOR PÚBLICO PARA REALIZACION DE ACCION POPULAR

Tipo de Asesoria: En actividad de la administracion

Forma de conclusión: Otras formas de terminacion.

DATOS DEL ENTREVISTADOR	DATOS DEL ENTREVISTADO
JOSE LUIS PARDO HERNANDEZ	LEANDRO PAJARO BALSEIRO
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: SAN ANDRES Y PROVIDENCIA **Fecha y hora de recepción*:** 11/27/2023 11:00 AM **Regional*:** SAN ANDRES Y PROVIDENCIA

Nombre o razon social : LEANDRO PAJARO BALSEIRO	**Documento :** 9092201	**Fecha de expedición :** 11/27/2023

Tipo de Asesoria: En actividad de la administracion

Forma de conclusión: Otras formas de terminacion.

Funcionario y/o Contratista que brindó la Asesoría: JOSE LUIS PARDO HERNANDEZ **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** 39262372

Fecha y hora de recepción*: 11/20/2023 09:30 AM **Regional*:** SAN ANDRES Y PROVIDENCIA

Aspectos generales del usuario del servicio.

Nombre o razon social : LIBIA HERLINDA UTRIA UTRIA			**Documento :** 22612430
Direccion de residencia : SAN ANDRES			**Telefono :** 3156712175
Ciudad de Residencia : SAN ANDRES,[SAN ANDRES],(SAN ANDRES)		**Barrio :** CENTRO	
Edad : 60	**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) (*).

EL USUARIO REQUIERE DE ACCIÓN DE TUTELA ESPECIALIDAD ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA, CIRUGÍA ARTICULAR

Tipo de Orientación brindada: (*)

EL USUARIO REQUIERE DE ACCIÓN DE TUTELA ESPECIALIDAD ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA, CIRUGÍA ARTICULAR

Tipo de Asesoria: Seguridad social

Forma de conclusión: Otras formas de terminacion.

DATOS DEL ENTREVISTADOR	DATOS DEL ENTREVISTADO
JOSE LUIS PARDO HERNANDEZ	LIBIA HERLINDA UTRIA UTRIA
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: SAN ANDRES Y PROVIDENCIA **Fecha y hora de recepción*:** 11/20/2023 09:30 AM **Regional*:** SAN ANDRES Y PROVIDENCIA

Nombre o razon social : LIBIA HERLINDA UTRIA UTRIA	**Documento :** 22612430	**Fecha de expedición :** 11/20/2023

Tipo de Asesoria: Seguridad social

Forma de conclusión: Otras formas de terminacion.

Funcionario y/o Contratista que brindó la Asesoría: JOSE LUIS PARDO HERNANDEZ **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** 39283656

Fecha y hora de recepción*: 11/22/2023 09:30 AM **Regional*:** SAN ANDRES Y PROVIDENCIA

Aspectos generales del usuario del servicio.

Nombre o razon social : MANUEL DEL CRISTO NIEVES LOPEZ			**Documento :** 73105025
Direccion de residencia : BARRIO OBRREO			**Telefono :** 3124187405
Ciudad de Residencia : SAN ANDRES,[SAN ANDRES],(SAN ANDRES)			**Barrio :** BARRIO OBRERO
Edad : 72	**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) (*).

MANIFIESTA EL USUARIO QUE ESTA AFILIADO LA NUEVA EPS CON 60 AÑOS DE EDAD , CON UN DIAGNOSTICO DE LUMBAGO NO ESPECIFICADO TRANSTORNO DE DISCO LUMBRAR Y OTROS , CON RAICULOPATIA TIENE UNA ORDEN DE REMISION A A UNA RESONANCIA MAGNITICA Y EL SEÑOR MAIFIESTA QUE REQUIERE DE ACOMPAÑANTE , ESTADIA, ALOJAMIENTO Y TRANSPORTE TERRESTRE. POR LO ANTERIOR SOLICITA UNA TUTELA INTEGRAL EN CONTRA DE LA NUEVA EPS

Tipo de Orientación brindada: (*)

MANIFIESTA EL USUARIO QUE ESTA AFILIADO LA NUEVA EPS CON 60 AÑOS DE EDAD , CON UN DIAGNOSTICO DE LUMBAGO NO ESPECIFICADO TRANSTORNO DE DISCO LUMBRAR Y OTROS , CON RAICULOPATIA TIENE UNA ORDEN DE REMISION A A UNA RESONANCIA MAGNITICA Y EL SEÑOR MAIFIESTA QUE REQUIERE DE ACOMPAÑANTE , ESTADIA, ALOJA

Tipo de Asesoria: Seguridad social

Forma de conclusión: Otras formas de terminacion.

DATOS DEL ENTREVISTADOR	DATOS DEL ENTREVISTADO
JOSE LUIS PARDO HERNANDEZ	MANUEL DEL CRISTO NIEVES LOPEZ
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: SAN ANDRES Y PROVIDENCIA **Fecha y hora de recepción*:** 11/22/2023 09:30 AM **Regional*:** SAN ANDRES Y PROVIDENCIA

Nombre o razon social : MANUEL DEL CRISTO NIEVES LOPEZ	**Documento :** 73105025	**Fecha de expedición :** 11/22/2023

Tipo de Asesoria: Seguridad social

Forma de conclusión: Otras formas de terminacion.

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**	**39283656**	
Fecha y hora de recepción*:	**11/22/2023 09:30 AM**	**Regional*:**	**SAN ANDRES Y PROVIDENCIA**

Funcionario y/o Contratista que brindó la Asesoría:	JOSE LUIS PARDO HERNANDEZ	**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** 39282659

Fecha y hora de recepción*: 11/22/2023 10:30 AM **Regional*:** SAN ANDRES Y PROVIDENCIA

Aspectos generales del usuario del servicio.

Nombre o razon social : MARGORIE YOVANIE DOWNS FLORES			**Documento :** 1007625043
Direccion de residencia : BARRIO LA LOMA COVE			**Telefono :** 3107407084
Ciudad de Residencia : SAN ANDRES,[SAN ANDRES],(SAN ANDRES)			**Barrio :** COVE
Edad : 24	**Género :**	**Estado Civil :**	**Correo:**maryoriedownsflores@gmail.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) (*).

MANIFIESTA LA USUARIA QUE REQUIERE DE UNA TUTELA INTEGRAL EN CONTRA DE LA NUEVA EPS YA QUE SU HIJO DE 6 MESES FUE REMITIDO A CONSULTA POR PRIMERA VEZ A LA CIUDAD DE BARRANQUILLA A ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA PEDRIATRICA NO LE DAN HOSPEDAJE NI ALIMENTO NI TRANSPORTE.

Tipo de Orientación brindada: (*)

MANIFIESTA LA USUARIA QUE REQUIERE DE UNA TUTELA INTEGRAL EN CONTRA DE LA NUEVA EPS YA QUE SU HIJO DE 6 MESES FUE REMITIDO A CONSULTA POR PRIMERA VEZ A LA CIUDAD DE BARRANQUILLA A ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA PEDIÁTRICA NO LE DAN HOSPEDAJE NI ALIMENTO NI TRANSPORTE

Tipo de Asesoria: Seguridad social

Forma de conclusión: Otras formas de terminacion.

DATOS DEL ENTREVISTADOR	DATOS DEL ENTREVISTADO
JOSE LUIS PARDO HERNANDEZ	MARGORIE YOVANIE DOWNS FLORES
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: SAN ANDRES Y PROVIDENCIA **Fecha y hora de recepción*:** 11/22/2023 10:30 AM **Regional*:** SAN ANDRES Y PROVIDENCIA

Nombre o razon social : MARGORIE YOVANIE DOWNS FLORES	**Documento :** 1007625043	**Fecha de expedición :** 11/22/2023

Tipo de Asesoria: Seguridad social

Forma de conclusión: Otras formas de terminacion.

Funcionario y/o Contratista que brindó la Asesoría: JOSE LUIS PARDO HERNANDEZ **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** 39269727

Fecha y hora de recepción*: 11/15/2023 09:15 AM **Regional*:** SAN ANDRES Y PROVIDENCIA

Aspectos generales del usuario del servicio.

Nombre o razon social : MAYGAN MAREE BARKER MITCHELL			**Documento :** 1123629644
Direccion de residencia :	LOMA BARRACK DIAG TIENDA BUMANGUESA		**Telefono :** 3176534236
Ciudad de Residencia :	LA LOMA,[SAN ANDRES],(SAN ANDRES)		**Barrio :** BARRACK
Edad : 33	**Género :**	**Estado Civil :**	**Correo:**mayba2109@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) (*).

MANIFIESTA QUE SU HIJO ADRIEL AIDAN RAMOS BARKER DE 46 MESES DE EDAD PADECE TRASTORNO DE SUE&#65533;O Y HA ESTADO EN CONTROL CON NEUMOLOG&#65533;A PEDI&#65533;TRICA Y AHORA TIENE CONTROL Y NO LO QUIEREN REMITIR A SUS CONTROLES Y LO QUIERE DEJAR PARA QUE SE VEA CON EL NUEVO ESPECIALISTA QUE NISIQUIERA HA LLEGADO A LA ISLA LO QUE VENDRIA A INICIAR NUEVAMENTE UN PROCESO QUE VIENE ADELANTADO DE HACE MAS DE 3 A&#65533;OS POR CUANTO REQUIERE DE NUESTRA INTERVENCI&#65533;N TUTELA INTEGRAL EN CONTRA DE LA EPS SANITAS

Tipo de Orientación brindada: (*)

MANIFIESTA QUE SU HIJO ADRIEL AIDAN RAMOS BARKER DE 46 MESES DE EDAD PADECE TRASTORNO DE SUE&#65533;O Y HA ESTADO EN CONTROL CON NEUMOLOG&#65533;A PEDI&#65533;TRICA Y AHORA TIENE CONTROL Y NO LO QUIEREN REMITIR A SUS CONTROLES Y LO QUIERE DEJAR PARA QUE SE VEA CON EL NUEVO ESPECIALISTA REQUIERE DE TUTELA INTEGRAL

Tipo de Asesoria: Seguridad social

Forma de conclusión: Otras formas de terminacion.

DATOS DEL ENTREVISTADOR	DATOS DEL ENTREVISTADO
JOSE LUIS PARDO HERNANDEZ	MAYGAN MAREE BARKER MITCHELL
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: SAN ANDRES Y PROVIDENCIA **Fecha y hora de recepción*:** 11/15/2023 09:15 AM **Regional*:** SAN ANDRES Y PROVIDENCIA

Nombre o razon social : MAYGAN MAREE BARKER MITCHELL	**Documento :** 1123629644	**Fecha de expedición :** 11/15/2023

Tipo de Asesoria: Seguridad social

Forma de conclusión: Otras formas de terminacion.

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**	**39269727**	
Fecha y hora de recepción*:	**11/15/2023 09:15 AM**	**Regional*:**	**SAN ANDRES Y PROVIDENCIA**

Funcionario y/o Contratista que brindó la Asesoría:	JOSE LUIS PARDO HERNANDEZ	**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** 39254719

Fecha y hora de recepción*: 11/08/2023 10:30 AM **Regional*:** SAN ANDRES Y PROVIDENCIA

Aspectos generales del usuario del servicio.

Nombre o razon social : MELISSA ESTRADA POLO			**Documento :** 1123632054
Direccion de residencia :	BARRIO LOX BAI		**Telefono :** 3166302656
Ciudad de Residencia :	SAN ANDRES,[SAN ANDRES],(SAN ANDRES)		**Barrio :** LOX BIGHT
Edad : 35	**Género :**	**Estado Civil :**	**Correo:**melissaestrada15@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) (*).

LA USUARIA MANIFIESTA SOLICITO LA CIRUG&#65533;A BARI&#65533;TRICA Y EL INTERNISTA LA APROB&#65533;, PERO SANITAS SE NEG&#65533; DE MANERA VERBAL REQUIERE ENTUTELAR

Tipo de Orientación brindada: (*)

LA USUARIA MANIFIESTA SOLICITO LA CIRUG&#65533;A BARI&#65533;TRICA Y EL INTERNISTA LA APROB&#65533;, PERO SANITAS SE NEG&#65533; DE MANERA VERBAL REQUIERE ENTUTELAR

Tipo de Asesoria: Seguridad social

Forma de conclusión: Otras formas de terminacion.

DATOS DEL ENTREVISTADOR	DATOS DEL ENTREVISTADO
JOSE LUIS PARDO HERNANDEZ	MELISSA ESTRADA POLO
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: SAN ANDRES Y PROVIDENCIA **Fecha y hora de recepción*:** 11/08/2023 10:30 AM **Regional*:** SAN ANDRES Y PROVIDENCIA

Nombre o razon social : MELISSA ESTRADA POLO	**Documento :** 1123632054	**Fecha de expedición :** 11/08/2023

Tipo de Asesoria: Seguridad social

Forma de conclusión: Otras formas de terminacion.

Funcionario y/o Contratista que brindó la Asesoría: JOSE LUIS PARDO HERNANDEZ **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** 39261586

Fecha y hora de recepción*: 11/20/2023 09:00 AM **Regional*:** SAN ANDRES Y PROVIDENCIA

Aspectos generales del usuario del servicio.

Nombre o razon social : NERYS TORRES HERNANDEZ			**Documento :** 32693438
Direccion de residencia : CIUDAD PARAISO			**Telefono :** 3106986680
Ciudad de Residencia : SAN ANDRES,[SAN ANDRES],(SAN ANDRES)			**Barrio :** CIUDAD PARAISO
Edad : 55	**Género :**	**Estado Civil :**	**Correo:**anilu-15@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) (*).

USUARIA MANIFIESTA QUE LA NUEVA EPS NO HA PROPORCIONADO UNOS MEDICAMENTOS QUE SON DE VITAL IMPORTANCIA, AFIRMA QUE DESDE EL 30 DE JUNIO LE ORDENARON UNAS INYECCIONES PARA SU CONTROL DE PESO Y ANSIEDAD POR EL TERMINO DE TRES MESES Y A LA FECHA LA EPS NO LE HA SUMINISTRADO NI UNA SOLA. (LIRAGLUTIDA DE 6MG/ML/ 3ML SUBCUTANEA) POR UNA CANTIDAD DE 15 EL 9 DE OCTUBRE HIZO OTRA SOLICITUD Y HASTA LA FECHA NO SE LO HAN ENTREGADO POR LO TANTO REQUIERE DE UNA TUTELA ENTE LA NUEVA EPS SOLICITANDO LAS INYECCIONES EN BENFICIO A SU SALUD.

Tipo de Orientación brindada: (*)

USUARIA MANIFIESTA QUE LA NUEVA EPS NO HA PROPORCIONADO UNOS MEDICAMENTOS QUE SON DE VITAL IMPORTANCIA, AFIRMA QUE DESDE EL 30 DE JUNIO LE ORDENARON UNAS INYECCIONES PARA SU CONTROL DE PESO Y ANSIEDAD POR EL TERMINO DE TRES MESES Y A LA FECHA LA EPS NO LE HA SUMINISTRADO NI UNA SOLA. (LIRAGLUTIDA D

Tipo de Asesoria: Seguridad social

Forma de conclusión: Otras formas de terminacion.

DATOS DEL ENTREVISTADOR	DATOS DEL ENTREVISTADO
JOSE LUIS PARDO HERNANDEZ	NERYS TORRES HERNANDEZ
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: SAN ANDRES Y PROVIDENCIA **Fecha y hora de recepción*:** 11/20/2023 09:00 AM **Regional*:** SAN ANDRES Y PROVIDENCIA

Nombre o razon social : NERYS TORRES HERNANDEZ	**Documento :** 32693438	**Fecha de expedición :** 11/20/2023

Tipo de Asesoria: Seguridad social

Forma de conclusión: Otras formas de terminacion.

VISIONWEB:	**RUP**	**39261586**	
Fecha y hora de recepción*:	**11/20/2023 09:00 AM**	**Regional*:**	**SAN ANDRES Y PROVIDENCIA**

Funcionario y/o Contratista que brindó la Asesoría: JOSE LUIS PARDO HERNANDEZ	**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** 39283826

Fecha y hora de recepción*: 11/27/2023 10:00 AM **Regional*:** SAN ANDRES Y PROVIDENCIA

Aspectos generales del usuario del servicio.

Nombre o razon social : NOHEMI STEELE DE LA ROSA NOHEMI			**Documento :** 1006869308
Direccion de residencia : SAN ANDRS			**Telefono :** 3173596656
Ciudad de Residencia : SAN LUIS,[SAN ANDRES],(SAN ANDRES)			**Barrio :** CENTRO
Edad : 20	**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 MANIFIESTA QUÉ REQUIERE DE UNA TUTELA INTEGRAL EN CONTRA DE LA NUEVA EPS YA QUE SU HIJA STEPHANIE LUCIA MELÉNDEZ STEELE , TIENE ORDEN DE REMISIÓN PARA CONSULTA POR PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA PEDIÁTRICA Y TRAUMATOLOGÍA PEDIÁTRICA Y HASTA LA FECHA NO LA HAN MANDADO A LA ESPECIALIDAD Y ADICIONAL REQUIERE DE LOS GASTOS COMPLEMENTARIOS PARA ALOJAMIENTO TRANSPORTE TERRESTRE .

Tipo de Orientación brindada: (*)

LA USUARIA MANIFIESTA QUÉ REQUIERE DE UNA TUTELA INTEGRAL EN CONTRA DE LA NUEVA EPS YA QUE SU HIJA STEPHANIE LUCIA MELÉNDEZ STEELE , TIENE ORDEN DE REMISIÓN PARA CONSULTA POR PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA PEDIÁTRICA Y TRAUMATOLOGÍA PEDIÁTRICA Y HASTA LA FECHA NO LA HAN MANDADO A LA E

Tipo de Asesoria: Ante entidad publica del orden nacional, deptal., mpal o dtal.

Forma de conclusión: Otras formas de terminacion.

DATOS DEL ENTREVISTADOR	DATOS DEL ENTREVISTADO
JOSE LUIS PARDO HERNANDEZ	NOHEMI STEELE DE LA ROSA NOHEMI
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: SAN ANDRES Y PROVIDENCIA **Fecha y hora de recepción*:** 11/27/2023 10:00 AM **Regional*:** SAN ANDRES Y PROVIDENCIA

Nombre o razon social : NOHEMI STEELE DE LA ROSA NOHEMI	**Documento :** 1006869308	**Fecha de expedición :** 11/27/2023

Tipo de Asesoria: Ante entidad publica del orden nacional, deptal., mpal o dtal.

Forma de conclusión: Otras formas de terminacion.

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	39283826	
Fecha y hora de recepción*:	11/27/2023 10:00 AM	Regional*:	SAN ANDRES Y PROVIDENCIA

Funcionario y/o Contratista que brindó la Asesoría:	JOSE LUIS PARDO HERNANDEZ	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** 39264702

Fecha y hora de recepción*: 11/14/2023 09:00 AM **Regional*:** SAN ANDRES Y PROVIDENCIA

Aspectos generales del usuario del servicio.

Nombre o razon social : RIVELA LEVER FIQUARE			**Documento :** 23249163
Direccion de residencia : LOMA NARANJA			**Telefono :** 3125249660
Ciudad de Residencia : SAN ANDRES,[SAN ANDRES],(SAN ANDRES)			**Barrio :** LOMA NARANJA
Edad : 45	**Género :**	**Estado Civil :**	**Correo:**lleverrivela@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) (*).

LA USUARIA MANIFIESTA QUE TIENE UNA CONDICIÓN MEDICA QUE NO LE PERMITE DESARROLLAR ASU VIDA CON TRANQUILIDAD, Y TIENE LA ORDEN MEDICA, PERO NO LE DAN LA CITA QUE ES EN LA CIUDAD DE BARRANQUILLA.

Tipo de Orientación brindada: (*)

ACCION DE TUTELA INTEGRAL. LA USUARIA MANIFIESTA QUE TIENE UNA CONDICIÓN MEDICA QUE NO LE PERMITE DESARROLLAR SU VIDA CON TRANQUILIDAD, Y TIENE LA ORDEN MÉDICA, PERO NO LE DAN LA CITA QUE ES EN LA CIUDAD DE BARRANQUILLA.

Tipo de Asesoria: Seguridad social

Forma de conclusión: Otras formas de terminacion.

DATOS DEL ENTREVISTADOR	DATOS DEL ENTREVISTADO
JOSE LUIS PARDO HERNANDEZ	RIVELA LEVER FIQUARE
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: SAN ANDRES Y PROVIDENCIA **Fecha y hora de recepción*:** 11/14/2023 09:00 AM **Regional*:** SAN ANDRES Y PROVIDENCIA

Nombre o razon social : RIVELA LEVER FIQUARE	**Documento :** 23249163	**Fecha de expedición :** 11/14/2023

Tipo de Asesoria: Seguridad social

Forma de conclusión: Otras formas de terminacion.

Funcionario y/o Contratista que brindó la Asesoría: JOSE LUIS PARDO HERNANDEZ **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** 39280362

Fecha y hora de recepción*: 11/22/2023 10:00 AM **Regional*:** SAN ANDRES Y PROVIDENCIA

Aspectos generales del usuario del servicio.

Nombre o razon social : SANDRA GARCIA			**Documento :** 40994289	
Direccion de residencia :	SAN ANDRES			**Telefono :** 3105761831
Ciudad de Residencia :	SAN ANDRES,[SAN ANDRES],(SAN ANDRES)		**Barrio :**	SIMPSOM WELL
Edad : 35	**Género :**	**Estado Civil :**	**Correo:**sandris-1985@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) (*).

LA USUARIA ES MADRE DE LA MENOR LIZZY ALIA MENOR DE 3 MESES DE EDAD , LA ACTUAL LE REMITEN PARA LA REALIZACIÓN DE EXAMEN ESPECIALIZADO EMISIONES OTOACUSTICAS TAMIZAJE NEONATAL , LO REMITE NEUROLOGO PEDIATRA , ACCIÓN DE TUTELA

Tipo de Orientación brindada: (*)

LA USUARIA ES MADRE DE LA MENOR LIZZY ALIA MENOR DE 3 MESES DE EDAD , LA ACTUAL LE REMITEN PARA LA REALIZACIÓN DE EXAMEN ESPECIALIZADO EMISIONES OTOACUSTICAS TAMIZAJE NEONATAL , LO REMITE NEUROLOGO PEDIATRA , ACCIÓN DE TUTELA

Tipo de Asesoria: Seguridad social

Forma de conclusión: Otras formas de terminacion.

DATOS DEL ENTREVISTADOR	DATOS DEL ENTREVISTADO
JOSE LUIS PARDO HERNANDEZ	SANDRA 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

Constancia de asesoria para el usuario (*)

Lugar de recepción: SAN ANDRES Y PROVIDENCIA **Fecha y hora de recepción*:** 11/22/2023 10:00 AM **Regional*:** SAN ANDRES Y PROVIDENCIA

Nombre o razon social : SANDRA GARCIA	**Documento :** 40994289	**Fecha de expedición :** 11/22/2023
Tipo de Asesoria: Seguridad social		
Forma de conclusión: Otras formas de terminacion.		
Funcionario y/o Contratista que brindó la Asesoría: JOSE LUIS PARDO HERNANDEZ		**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** 39279420

Fecha y hora de recepción*: 11/21/2023 10:30 AM **Regional*:** SAN ANDRES Y PROVIDENCIA

Aspectos generales del usuario del servicio.

Nombre o razon social : VECAS JAY ONEILL			**Documento :** 15242945
Direccion de residencia : SAN ANDRES			**Telefono :** 3108152382
Ciudad de Residencia : LA LOMA,[SAN ANDRES],(SAN ANDRES)			**Barrio :** LOMA
Edad : 42	**Género :**	**Estado Civil :**	**Correo:**ethneysb47@gmail.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) (*).

EL USUARIO, ADUCE QUE DESDE QUE LOS SEÑORES DE VEOLIA IMPLEMENTARON UNA TUVIERA QUE PASA POR SU CASA, TUVO MADRE, PARA PASAR POR EL HOTEL LIROL , SE INUNDA LA CASA , POR QUE SALE SEL SUBCIELO Y ESTÁ PUDIENDO LA CASA ES DE MADERA, Y LA HUMEDA ES MUY FUERTE, Y ESTÁ DETERIORANDO EL SIMIENTO DE LA CASA, HAN REALIZADO VARIOS REQUERIMIENTOS Y NADA , ASESORÍA ESPECIALIZADA .

Tipo de Orientación brindada: (*)

EL USUARIO, ADUCE QUE DESDE QUE LOS SEÑORES DE VEOLIA IMPLEMENTARON UNA TUVIERA QUE PASA POR SU CASA, TUVO MADRE, PARA PASAR POR EL HOTEL LIROL , SE INUNDA LA CASA , POR QUE SALE SEL SUBCIELO Y ESTÁ PUDIENDO LA CASA ES DE MADERA, Y LA HUMEDA ES MUY FUERTE, Y ESTÁ DETERIORANDO EL SIMIENTO DE LA CA

Tipo de Asesoria: Servicios pblicos domiciliarios

Forma de conclusión: Otras formas de terminacion.

DATOS DEL ENTREVISTADOR	DATOS DEL ENTREVISTADO
JOSE LUIS PARDO HERNANDEZ	VECAS JAY ONEILL
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: SAN ANDRES Y PROVIDENCIA **Fecha y hora de recepción*:** 11/21/2023 10:30 AM **Regional*:** SAN ANDRES Y PROVIDENCIA

Nombre o razon social : VECAS JAY ONEILL	**Documento :** 15242945	**Fecha de expedición :** 11/21/2023

Tipo de Asesoria: Servicios pblicos domiciliarios

Forma de conclusión: Otras formas de terminacion.

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**	**39279420**	
Fecha y hora de recepción*:	**11/21/2023 10:30 AM**	**Regional*:**	**SAN ANDRES Y PROVIDENCIA**

Funcionario y/o Contratista que brindó la Asesoría:	JOSE LUIS PARDO HERNANDEZ	**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** 39279480

Fecha y hora de recepción*: 11/21/2023 11:30 AM **Regional*:** SAN ANDRES Y PROVIDENCIA

Aspectos generales del usuario del servicio.

Nombre o razon social : WENDY GOMEZ GARZON			**Documento :** 1006880985	
Direccion de residencia : SAN ANDRES				**Telefono :** 3108467465
Ciudad de Residencia : SAN ANDRES,[SAN ANDRES],(SAN ANDRES)			**Barrio :** CENTRO	
Edad : 20	**Género :**	**Estado Civil :**	**Correo:**rinconana1221@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) (*).

LA USUARIA SOLICITO QUE SE TUTELA SU DERECHO A LA OCCRE QUE NO SE LO ENTREGAN, CAMBIO DE IT A CC , Y VARIOS MESES Y NADA QUE LO ENTREGAN

Tipo de Orientación brindada: (*)

LA USUARIA SOLICITO QUE SE TUTELA SU DERECHO A LA OCCRE QUE NO SE LO ENTREGAN, CAMBIO DE IT A CC , Y VARIOS MESES Y NADA QUE LO ENTREGAN

Tipo de Asesoria: Silencio administrativo

Forma de conclusión: Otras formas de terminacion.

DATOS DEL ENTREVISTADOR	DATOS DEL ENTREVISTADO
JOSE LUIS PARDO HERNANDEZ	WENDY GOMEZ GARZON
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: SAN ANDRES Y PROVIDENCIA **Fecha y hora de recepción*:** 11/21/2023 11:30 AM **Regional*:** SAN ANDRES Y PROVIDENCIA

Nombre o razon social : WENDY GOMEZ GARZON	**Documento :** 1006880985	**Fecha de expedición :** 11/21/2023

Tipo de Asesoria: Silencio administrativo

Forma de conclusión: Otras formas de terminacion.

Funcionario y/o Contratista que brindó la Asesoría: JOSE LUIS PARDO HERNANDEZ **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** 39276482

Fecha y hora de recepción*: 11/21/2023 09:40 AM **Regional*:** SAN ANDRES Y PROVIDENCIA

Aspectos generales del usuario del servicio.

Nombre o razon social : WILLIAMS FORBES			**Documento :** 15243866
Direccion de residencia : SAN ANDRES			**Telefono :** 3168398182
Ciudad de Residencia : SAN ANDRES,[SAN ANDRES],(SAN ANDRES)			**Barrio :** BOOTON SIDE
Edad : 40	**Género :**	**Estado Civil :**	**Correo:**julioforbes64@gmail.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) (*).

EL USUARIO ADUCE QUE VIVIÓ EN EL SECTOR BOTÓN SIDE DE LA ISLA, DICHA COMUNIDAD TIENE VARIAS AFECTACIONES, UNA DE ELLAS SON LAS INUNDACIONES Y MAL MANEJO DEL AGUA FLUVIAL, Y AGUAS NEGRAS, NECESITA UN ASESORÍA EN POSIBLE PROTECCIÓN DE DERECHOS Y DERECHOS COLECTIVOS

Tipo de Orientación brindada: (*)

EL USUARIO ADUCE QUE VIVIÓ EN EL SECTOR BOTÓN SIDE DE LA ISLA, DICHA COMUNIDAD TIENE VARIAS AFECTACIONES, UNA DE ELLAS SON LAS INUNDACIONES Y MAL MANEJO DEL AGUA FLUVIAL, Y AGUAS NEGRAS, NECESITA UN ASESORÍA EN POSIBLE PROTECCIÓN DE DERECHOS Y DERECHOS COLECTIVOS

Tipo de Asesoria: Seguridad social

Forma de conclusión: Otras formas de terminacion.

DATOS DEL ENTREVISTADOR	DATOS DEL ENTREVISTADO
JOSE LUIS PARDO HERNANDEZ	WILLIAMS FORBES
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: SAN ANDRES Y PROVIDENCIA **Fecha y hora de recepción*:** 11/21/2023 09:40 AM **Regional*:** SAN ANDRES Y PROVIDENCIA

Nombre o razon social : WILLIAMS FORBES	**Documento :** 15243866	**Fecha de expedición :** 11/21/2023

Tipo de Asesoria: Seguridad social

Forma de conclusión: Otras formas de terminacion.

Funcionario y/o Contratista que brindó la Asesoría: JOSE LUIS PARDO HERNANDEZ **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** 39283018

Fecha y hora de recepción*: 11/22/2023 11:30 AM **Regional*:** SAN ANDRES Y PROVIDENCIA

Aspectos generales del usuario del servicio.

Nombre o razon social : YULI PAOLA CABALLERO CHICO			**Documento :** 1123622524
Direccion de residencia :	BARRIO CAMPO HERMOSO		**Telefono :** 3133899286
Ciudad de Residencia :	SAN ANDRES,[SAN ANDRES],(SAN ANDRES)		**Barrio :** SANTANA
Edad : 35 **Género :**	**Estado Civil :**	**Correo:**yulipaolacaballerochico@gmail.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 ACCIÓN DE TUTELA, EN CONTRA DE SANITAS YA QUE DESDE EL MES DE ENERO DEL 2023, HA ESTADO SOLICITA CITA PARA SU HIJO WAYNE DAVID BRU CABALLERO, PARA CONSULTA EXTERNA DE NEUROLOGIA PEDIATRICA Y SIEMPRE QUE VA LE DICEN QUE ESPERE

Tipo de Orientación brindada: (*)

SOLICITA ACCIÓN DE TUTELA, EN CONTRA DE SANITAS YA QUE DESDE EL MES DE ENERO DEL 2023, HA ESTADO SOLICITA CITA PARA SU HIJO WAYNE DAVID BRU CABALLERO, PARA CONSULTA EXTERNA DE NEUROLOGIA PEDIATRICA Y SIEMPRE QUE VA LE DICEN QUE ESPERE

Tipo de Asesoria: Seguridad social

Forma de conclusión: Otras formas de terminacion.

DATOS DEL ENTREVISTADOR	DATOS DEL ENTREVISTADO
JOSE LUIS PARDO HERNANDEZ	YULI PAOLA CABALLERO CHICO
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: SAN ANDRES Y PROVIDENCIA **Fecha y hora de recepción*:** 11/22/2023 11:30 AM **Regional*:** SAN ANDRES Y PROVIDENCIA

Nombre o razon social : YULI PAOLA CABALLERO CHICO	**Documento :** 1123622524	**Fecha de expedición :** 11/22/2023
Tipo de Asesoria: Seguridad social		
Forma de conclusión: Otras formas de terminacion.		
Funcionario y/o Contratista que brindó la Asesoría: JOSE LUIS PARDO HERNANDEZ		**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** 39239950

Fecha y hora de recepción*: 10/26/2023 03:00 PM **Regional*:** SAN ANDRES Y PROVIDENCIA

Aspectos generales del usuario del servicio.

Nombre o razon social : YIRAYNERS MOSQUERA HUMPHRIES			**Documento :** 1123633464
Direccion de residencia :	LOMA FLOWERS HILL		**Telefono :** 3154982813
Ciudad de Residencia :	SAN ANDRES,[SAN ANDRES],(SAN ANDRES)		**Barrio :** VISTA HERMOSA
Edad : 30	**Género :**	**Estado Civil :**	**Correo:**humphriesyira95@gmail.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 SE&#65533;ORA MANIFIESTA QUE SU HIJO EL MENOR DE 6 A&#65533;OS DE EDAD MATHIAS RUIZ MOSQUERA, PADECE DE POLIDACTILIA, Y DEBE SER ATENDIDO POR LA ESPECIALIDAD ORTOPEDIA PEDIATRICA REQUIERE DE UNA TUTELA INTEGRAL EN CONTRA DE LA NUEVA EPS

Tipo de Orientación brindada: (*)

SE ORIENTÓ A LA USUARIA RESPECTO DE LA VULNERACION AL ACCESO A LA SALUD EN CONDICIONES DIGNAS DE Y EL DERECHO A RECIBIR ATENCIÓN INTEGRAL SIN DILACIONES INJUSTIFICADAS POR CUANTO PROCEDE LA INTERPOSICION DE UNA ACCION DE TUTELA.

Tipo de Asesoria: Seguridad social

Forma de conclusión: Peticion absuelta.

DATOS DEL ENTREVISTADOR	DATOS DEL ENTREVISTADO
JOSE LUIS PARDO HERNANDEZ	YIRAYNERS MOSQUERA HUMPHRIES
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: SAN ANDRES Y PROVIDENCIA **Fecha y hora de recepción*:** 10/26/2023 03:00 PM **Regional*:** SAN ANDRES Y PROVIDENCIA

Nombre o razon social : YIRAYNERS MOSQUERA HUMPHRIES	**Documento :** 1123633464	**Fecha de expedición :** 10/26/2023

Tipo de Asesoria: Seguridad social

Forma de conclusión: Peticion absuelta.

Funcionario y/o Contratista que brindó la Asesoría: JOSE LUIS PARDO HERNANDEZ **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** 39238082

Fecha y hora de recepción*: 10/26/2023 03:15 PM **Regional*:** SAN ANDRES Y PROVIDENCIA

Aspectos generales del usuario del servicio.

Nombre o razon social : PAULINA Gaviria CHICO			**Documento :** 45481107
Direccion de residencia :	EL BITHG MANZANA 17 CASA 06		**Telefono :** 3006888231
Ciudad de Residencia :	SAN ANDRES,[SAN ANDRES],(SAN ANDRES)		**Barrio :** CENTRO
Edad : 44 **Género :**	**Estado Civil :**	**Correo:**gaviriapaolina07@gmail.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 ADUCE QUE DEBE SER REMITIDA PARA LA ESPECIALIDAD DE OTOLOGO , YA RADICO LA DOCUMENTACIÓN ANTE LA NUEVA EPS

Tipo de Orientación brindada: (*)

SE ORIENTÓ A LA USUARIA RESPECTO DE LA VULNERACIÓN DE SU DERECHO AL ACCESO AL SISTEMA DE SALUD EN CONDICIONES DIGNAS, Y SE LE ASESORÓ RESPECTO DE LA PRESENTACIÓN DE UNA ACCIÓN DE TUTELA.

Tipo de Asesoria: Seguridad social

Forma de conclusión: Peticion absuelta.

DATOS DEL ENTREVISTADOR	DATOS DEL ENTREVISTADO
JOSE LUIS PARDO HERNANDEZ	PAULINA Gaviria CHICO
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: SAN ANDRES Y PROVIDENCIA **Fecha y hora de recepción*:** 10/26/2023 03:15 PM **Regional*:** SAN ANDRES Y PROVIDENCIA

Nombre o razon social : PAULINA Gaviria CHICO	**Documento :** 45481107	**Fecha de expedición :** 10/26/2023

Tipo de Asesoria: Seguridad social

Forma de conclusión: Peticion absuelta.

Funcionario y/o Contratista que brindó la Asesoría: JOSE LUIS PARDO HERNANDEZ **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** 39237100

Fecha y hora de recepción*: 10/26/2023 03:45 PM **Regional*:** SAN ANDRES Y PROVIDENCIA

Aspectos generales del usuario del servicio.

Nombre o razon social : MARLENE PALMER DE MILLER			**Documento :** 23246999
Direccion de residencia : SAN ANDRES			**Telefono :** 3103979832
Ciudad de Residencia : SAN ANDRES,[SAN ANDRES],(SAN ANDRES)			**Barrio :** COVE
Edad : 73	**Género :**	**Estado Civil :**	**Correo:**acsteele2015@gmail.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 USUSARIA ADUCE QUE NECESITA TUTELA URGENTE POR CUANTO POSEE REMISION PARA LA CIUDAD DE BARRANQUILLA PARA ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA , CON ACOMPÁÑATE, ESTADÍA , ALIMENTACIÓN , TRASPORTE . AÉREO Y TRASPORTE.

Tipo de Orientación brindada: (*)

SE ORIENTÓ A LA USUARIA RESPECTO DE LA POSIBILIDAD DE INTERPONER UNA ACCION DE TUTELA CON UNA MEDIDA CAUTELAR PROVISIONAL PARA QUE SEA TRASLADADA A UAN CIUDAD DONDE EXISTA LOS ELEMENTOS NECESARIOS PARA SU ATENCION ADECUADA. USUSARIA ADUCE QUE NECESITA TUTELA URGENTE POR CUANTO POSEE REMISION PARA LA CIUDAD DE BARRANQUILLA PARA ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA , CON ACOMPÁÑATE, ESTADÍA , ALIMENTACIÓN , TRASPORTE . AÉREO Y TRASPORTE.

Tipo de Asesoria: Seguridad social

Forma de conclusión: Peticion absuelta.

DATOS DEL ENTREVISTADOR	DATOS DEL ENTREVISTADO
JOSE LUIS PARDO HERNANDEZ	MARLENE PALMER DE MILLER
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: SAN ANDRES Y PROVIDENCIA **Fecha y hora de recepción*:** 10/26/2023 03:45 PM **Regional*:** SAN ANDRES Y PROVIDENCIA

Nombre o razon social : MARLENE PALMER DE MILLER	**Documento :** 23246999	**Fecha de expedición :** 10/26/2023

Tipo de Asesoria: Seguridad social

Forma de conclusión: Peticion absuelta.

Funcionario y/o Contratista que brindó la Asesoría: JOSE LUIS PARDO HERNANDEZ **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** 39237130

Fecha y hora de recepción*: 10/26/2023 03:30 PM **Regional*:** SAN ANDRES Y PROVIDENCIA

Aspectos generales del usuario del servicio.

Nombre o razon social : ELISA MAGALY HOOKER GORDON			**Documento :** 1123635590
Direccion de residencia :	LOMA BROOKS HILL FRENTE A LA CANCHA		**Telefono :** 3144054531
Ciudad de Residencia :	SAN ANDRES,[SAN ANDRES],(SAN ANDRES)		**Barrio :** COVE
Edad : 25	**Género :**	**Estado Civil :**	**Correo:**keinjahel01@gmail.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 REQUIERE DE ACCION DE TUTELA INTEGRAL PARA SU HIJA MENOR KELINE JAHANAY SAAMS HOOKER, PARA REMISION PARA ATENCIÓN ESPECIALIZADA CON ORTOPEDIA PEDIATRICA.

Tipo de Orientación brindada: (*)

SE ORIENTÓ A LA USUARIA POR LA EXISTENCIA DE LA POSIBILIDAD DE INTERPONER UNA ACCION DE TUTELA INTEGRAL EN FAVOR DE SU HIJA MENOR KELINE JAHANAY SAAMS HOOKER, PARA REMISION PARA ATENCIÓN ESPECIALIZADA CON ORTOPEDIA PEDIATRICA.

Tipo de Asesoria: Derecho de menores

Forma de conclusión: Peticion absuelta.

DATOS DEL ENTREVISTADOR	DATOS DEL ENTREVISTADO
JOSE LUIS PARDO HERNANDEZ	ELISA MAGALY HOOKER GORDON
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: SAN ANDRES Y PROVIDENCIA **Fecha y hora de recepción*:** 10/26/2023 03:30 PM **Regional*:** SAN ANDRES Y PROVIDENCIA

Nombre o razon social : ELISA MAGALY HOOKER GORDON	**Documento :** 1123635590	**Fecha de expedición :** 10/26/2023

Tipo de Asesoria: Derecho de menores

Forma de conclusión: Peticion absuelta.

Funcionario y/o Contratista que brindó la Asesoría: JOSE LUIS PARDO HERNANDEZ **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** 39275983

Fecha y hora de recepción*: 11/20/2023 11:30 AM **Regional*:** SAN ANDRES Y PROVIDENCIA

Aspectos generales del usuario del servicio.

Nombre o razon social : ADALBERTO REYES CORONADO			**Documento :** 8632191
Direccion de residencia :	BARRIO LA PAZ		**Telefono :** 3124703262
Ciudad de Residencia :	SAN ANDRES,[SAN ANDRES],(SAN ANDRES)		**Barrio :** CENTRO
Edad : 59 **Género :**	**Estado Civil :**	**Correo:**noregistra@gmail.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) (*).

MANIFIESTA EL USUARIO QUE PRESENTO SU SOLICITUD ANTE COLPENSIONES PARA SU PENSI&#65533;N DE VEJEZ, PERO LE RESPONDEN QUE SU SOLICITUD FUE PASADO A PORVENIR, DEBIDO A QUE, CUANDO SE TRASLADO DE PORVENIR A COLPENSIONES YA CONTABA CON 52 A&#65533;OS DE EDAD.

Tipo de Orientación brindada: (*)

REQUIERE DE UN ABOGADO DE DEFENSORIA PUBLICA EN EL &#65533;REA ADMINISTRATIVO SU SOLICITUD ANTE COLPENSIONES PARA SU PENSI&#65533;N DE VEJEZ, PERO LE RESPONDEN QUE SU SOLICITUD FUE PASADO A PORVENIR, DEBIDO A QUE, CUANDO SE TRASLADO DE PORVENIR A COLPENSIONES YA CONTABA CON 52 A&#65533;OS DE EDAD. TIENE 10 PARA RECURSO.

Tipo de Asesoria: Reclamacin de prestaciones a cargo del sistema de pensiones

Forma de conclusión: Otras formas de terminacion.

DATOS DEL ENTREVISTADOR	DATOS DEL ENTREVISTADO
JOSE LUIS PARDO HERNANDEZ	ADALBERTO REYES CORONADO
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: SAN ANDRES Y PROVIDENCIA **Fecha y hora de recepción*:** 11/20/2023 11:30 AM **Regional*:** SAN ANDRES Y PROVIDENCIA

Nombre o razon social : ADALBERTO REYES CORONADO	**Documento :** 8632191	**Fecha de expedición :** 11/20/2023

Tipo de Asesoria: Reclamacin de prestaciones a cargo del sistema de pensiones

Forma de conclusión: Otras formas de terminacion.

Funcionario y/o Contratista que brindó la Asesoría: JOSE LUIS PARDO HERNANDEZ **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** 39271198

Fecha y hora de recepción*: 11/15/2023 03:00 PM **Regional*:** SAN ANDRES Y PROVIDENCIA

Aspectos generales del usuario del servicio.

Nombre o razon social : ALFREDO DE LA ROSA LEMUS			**Documento :** 15240246
Direccion de residencia : BARIO EL COCAL			**Telefono :** 3204657410
Ciudad de Residencia : SAN ANDRES,[SAN ANDRES],(SAN ANDRES)			**Barrio :** COCAL
Edad : 43	**Género :**	**Estado Civil :**	**Correo:**margoriedelarosa@gmail.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) (*).

MANIFIESTA EL USUARIO QUE REQUIERE DE UNA TUTELA INTEGRAL EN CONTRA DE LA NUEVA EPS YA QUE UNA REMISIÓN PARA ONCOLOGÍA EN DONDE TIENE QUE REALIZAR TRATAMIENTOS DE QUIMIOTERAPIA CADA 21 DIAS Y REQUIERE DE ACOMPAÑANTE TRANSPORTE ESTADÍA Y ALIMENTACIÓN YA QUE ES UNA PERSONA DE TERCERA EDAD

Tipo de Orientación brindada: (*)

MANIFIESTA EL USUARIO QUE REQUIERE DE UNA TUTELA INTEGRAL EN CONTRA DE LA NUEVA EPS YA QUE UNA REMISIÓN PARA ONCOLOGÍA EN DONDE TIENE QUE REALIZAR TRATAMIENTOS DE QUIMIOTERAPIA CADA 21 DIAS Y REQUIERE DE ACOMPAÑANTE TRANSPORTE ESTADÍA Y ALIMENTACIÓN YA QUE ES UNA PERSONA DE TERCERA EDAD

Tipo de Asesoria: Seguridad social

Forma de conclusión: Otras formas de terminacion.

DATOS DEL ENTREVISTADOR	DATOS DEL ENTREVISTADO
JOSE LUIS PARDO HERNANDEZ	ALFREDO DE LA ROSA LEMUS
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: SAN ANDRES Y PROVIDENCIA **Fecha y hora de recepción*:** 11/15/2023 03:00 PM **Regional*:** SAN ANDRES Y PROVIDENCIA

Nombre o razon social : ALFREDO DE LA ROSA LEMUS	**Documento :** 15240246	**Fecha de expedición :** 11/15/2023

Tipo de Asesoria: Seguridad social

Forma de conclusión: Otras formas de terminacion.

Funcionario y/o Contratista que brindó la Asesoría: JOSE LUIS PARDO HERNANDEZ **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** 39272935

Fecha y hora de recepción*: 11/21/2023 09:00 AM **Regional*:** SAN ANDRES Y PROVIDENCIA

Aspectos generales del usuario del servicio.

Nombre o razon social : ANGELINA KELLY			**Documento :** 40987026
Direccion de residencia : SAN ANDRES			**Telefono :** 3182584283
Ciudad de Residencia : SAN ANDRES,[SAN ANDRES],(SAN ANDRES)			**Barrio :** CENTRO
Edad : 56	**Género :**	**Estado Civil :**	**Correo:**cuellarkelly21@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) (*).

LA USUARIA MANIFIESTA QUE TIENE TU EQUIPO CELULAR NOKIA G11P64GDF AZULHM, EL CUAL FUE ADQUIRIDO BAJO REF. 4140427188 MÁS LA QUE SALE EN EL EQUIPO QUE ESTA BLOQUEDO DESDE HACE 5 MESES , SALE EL EQUIPO CON UN CANDADO, MÁS LA REFERENCIA QUE REPORTA ES 4135711782 QUE CORRESPONDE A LA SEÑORA MAYURIS RODRIOGUEZ , NO LA CONOZCO, Y ESTOY SIN EQUIPO , CLARO NO ME CONTESTAS LA PETICIONES , QUEJAS Y DEMÁS

Tipo de Orientación brindada: (*)

PARA TUTELA PETICIÓN DE CLARO NO LE CONTESTARON,LA USUARIA MANIFIESTA QUE TIENE TU EQUIPO CELULAR NOKIA G11P64GDF AZULHM, EL CUAL FUE ADQUIRIDO BAJO REF. 4140427188 MÁS LA QUE SALE EN EL EQUIPO QUE ESTA BLOQUEDO DESDE HACE 5 MESES , SALE EL EQUIPO CON UN CANDADO, MÁS LA REFERENCIA QUE REPORTA ES

Tipo de Asesoria: Seguridad social

Forma de conclusión: Otras formas de terminacion.

DATOS DEL ENTREVISTADOR	DATOS DEL ENTREVISTADO
JOSE LUIS PARDO HERNANDEZ	ANGELINA KELLY
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: SAN ANDRES Y PROVIDENCIA **Fecha y hora de recepción*:** 11/21/2023 09:00 AM **Regional*:** SAN ANDRES Y PROVIDENCIA

Nombre o razon social : ANGELINA KELLY	**Documento :** 40987026	**Fecha de expedición :** 11/21/2023

Tipo de Asesoria: Seguridad social

Forma de conclusión: Otras formas de terminacion.

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**	**39272935**	
Fecha y hora de recepción*:	**11/21/2023 09:00 AM**	**Regional*:**	**SAN ANDRES Y PROVIDENCIA**

Funcionario y/o Contratista que brindó la Asesoría:	JOSE LUIS PARDO HERNANDEZ	**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** 39283789

Fecha y hora de recepción*: 11/27/2023 09:00 AM **Regional*:** SAN ANDRES Y PROVIDENCIA

Aspectos generales del usuario del servicio.

Nombre o razon social : ANGIE JIMENEZ GOMEZ			**Documento :** 1007855380
Direccion de residencia : AV JUAN 23			**Telefono :** 3154989585
Ciudad de Residencia : SAN ANDRES,[SAN ANDRES],(SAN ANDRES)			**Barrio :** CENTRO
Edad : 24	**Género :**	**Estado Civil :**	**Correo:**angiejimenezgomez1@gmail.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) (*).

MANIFIESTA LA USUARIA QUE REQUIERE DE UNA TUTELA INTEGRAL EN CONTRA DE LA NUEVA EPS YA QUE SU HIJA ABIGAIL HOWARD JIMÉNEZ DE 5 MESES TIENE UNA ORDEN DE REMISIÓN A LA ESPECIALIDAD ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA PEDIÁTRICA Y REQUIERE DE LA ATENCIÓN Y LOS GASTOS ADICIONALES COMO TRANSPORTE, ALOJAMIENTO Y ALIMENTACIÓN POR PAR DE LA NUEVA EPS .

Tipo de Orientación brindada: (*)

MANIFIESTA LA USUARIA QUE REQUIERE DE UNA TUTELA INTEGRAL EN CONTRA DE LA NUEVA EPS YA QUE SU HIJA ABIGAIL HOWARD JIMÉNEZ DE 5 MESES TIENE UNA ORDEN DE REMISIÓN A LA ESPECIALIDAD ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA PEDIÁTRICA Y REQUIERE DE LA ATENCIÓN Y LOS GASTOS ADICIONALES COMO TRANSPORTE, ALOJAMIENTO

Tipo de Asesoria: Seguridad social

Forma de conclusión: Otras formas de terminacion.

DATOS DEL ENTREVISTADOR	DATOS DEL ENTREVISTADO
JOSE LUIS PARDO HERNANDEZ	ANGIE JIMENEZ GOMEZ
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: SAN ANDRES Y PROVIDENCIA **Fecha y hora de recepción*:** 11/27/2023 09:00 AM **Regional*:** SAN ANDRES Y PROVIDENCIA

Nombre o razon social : ANGIE JIMENEZ GOMEZ	**Documento :** 1007855380	**Fecha de expedición :** 11/27/2023

Tipo de Asesoria: Seguridad social

Forma de conclusión: Otras formas de terminacion.

Funcionario y/o Contratista que brindó la Asesoría: JOSE LUIS PARDO HERNANDEZ **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** 39286690

Fecha y hora de recepción*: 11/27/2023 11:30 AM **Regional*:** SAN ANDRES Y PROVIDENCIA

Aspectos generales del usuario del servicio.

Nombre o razon social : ANTONIO BROWN			**Documento :** 15243227
Direccion de residencia :	LOMA PERRY HILL- DIAG SUBIDA IGLESIA		**Telefono :** 3185127024
Ciudad de Residencia :	SAN ANDRES,[SAN ANDRES],(SAN ANDRES)		**Barrio :** PERRY HILL
Edad : 62	**Género :**	**Estado Civil :**	**Correo:**antoniobrown15@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) (*).

REQUIERE DE UN ABOGADO PARA UNA CONTESTACION DE UNA RESOLUCION DE CORALINA POR PRESUNT AVIOLACION DE LA NORMATIVIDAD AMBIENTAL

Tipo de Orientación brindada: (*)

REQUIERE DE UN ABOGADO PARA UNA CONTESTACION DE UNA RESOLUCION DE CORALINA POR PRESUNT AVIOLACION DE LA NORMATIVIDAD AMBIENTAL, SOLICITA INFORMACIÓN ADICIONAL

Tipo de Asesoria: Ante entidad publica del orden nacional, deptal., mpal o dtal.

Forma de conclusión: Otras formas de terminacion.

DATOS DEL ENTREVISTADOR	DATOS DEL ENTREVISTADO
JOSE LUIS PARDO HERNANDEZ	ANTONIO BROWN
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: SAN ANDRES Y PROVIDENCIA **Fecha y hora de recepción*:** 11/27/2023 11:30 AM **Regional*:** SAN ANDRES Y PROVIDENCIA

Nombre o razon social : ANTONIO BROWN	**Documento :** 15243227	**Fecha de expedición :** 11/27/2023

Tipo de Asesoria: Ante entidad publica del orden nacional, deptal., mpal o dtal.

Forma de conclusión: Otras formas de terminacion.

Funcionario y/o Contratista que brindó la Asesoría: JOSE LUIS PARDO HERNANDEZ **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** 39263582

Fecha y hora de recepción*: 11/20/2023 10:00 AM **Regional*:** SAN ANDRES Y PROVIDENCIA

Aspectos generales del usuario del servicio.

Nombre o razon social : CARLOS MARIO ECHAVARRIA PARRA			**Documento :** 88233997
Direccion de residencia : SAN ANDRES			**Telefono :** 3174907426
Ciudad de Residencia : SAN ANDRES,[SAN ANDRES],(SAN ANDRES)			**Barrio :** CENTRO
Edad : 54	**Género :**	**Estado Civil :**	**Correo:**cechavarria447@gmail.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) (*).

EL USUARIO MANIFIESTA QUE LA NUEVA EPS NO LE ESTA GARANTIZANDO LA PRESTACIÓN DEL SERVIO DE SALUD DE MANERA INTEGRAL Y EN TIEMPO.

Tipo de Orientación brindada: (*)

ACCIÓN DE TUTELA INTEGRAL. EL USUARIO MANIFIESTA QUE LA NUEVA EPS NO LE ESTÁ GARANTIZANDO LA PRESTACIÓN DEL SERVIO DE SALUD DE MANERA INTEGRAL Y EN TIEMPO.

Tipo de Asesoria: Seguridad social

Forma de conclusión: Otras formas de terminacion.

DATOS DEL ENTREVISTADOR	DATOS DEL ENTREVISTADO
JOSE LUIS PARDO HERNANDEZ	CARLOS MARIO ECHAVARRIA PARRA
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: SAN ANDRES Y PROVIDENCIA **Fecha y hora de recepción*:** 11/20/2023 10:00 AM **Regional*:** SAN ANDRES Y PROVIDENCIA

Nombre o razon social : CARLOS MARIO ECHAVARRIA PARRA	**Documento :** 88233997	**Fecha de expedición :** 11/20/2023
Tipo de Asesoria: Seguridad social		
Forma de conclusión: Otras formas de terminacion.		
Funcionario y/o Contratista que brindó la Asesoría: JOSE LUIS PARDO HERNANDEZ		**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** 39276499

Fecha y hora de recepción*: 11/21/2023 10:00 AM **Regional*:** SAN ANDRES Y PROVIDENCIA

Aspectos generales del usuario del servicio.

Nombre o razon social : CLAUDIO DIAZ			**Documento :** 79266657
Direccion de residencia :	LOST BIGHT		**Telefono :** 3143317284
Ciudad de Residencia :	SAN ANDRES,[SAN ANDRES],(SAN ANDRES)		**Barrio :** LOX BIGHT
Edad : 42 **Género :**	**Estado Civil :**	**Correo:**cdiaz_97@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) (*).

ASESORÍA ESPECIALIZADA EN PRO DE PROTECCIÓN DE DERECHOS E INTERESES COLECTIVOS, SECTOR DIAGONAL A PALO DE MANGA ACUEDUCTO, ES LA PROBLEMÁTICA contratar TAMBIÉN A LUZ MARINA 3134581502

Tipo de Orientación brindada: (*)

ASESORÍA ESPECIALIZADA EN PRO DE PROTECCIÓN DE DERECHOS E INTERESES COLECTIVOS, SECTOR DIAGONAL A PALO DE MANGA ACUEDUCTO, ES LA PROBLEMÁTICA CONTRATAR TAMBIÉN A LUZ MARINA 3134581502

Tipo de Asesoria: Servicios pblicos domiciliarios

Forma de conclusión: Otras formas de terminacion.

DATOS DEL ENTREVISTADOR	DATOS DEL ENTREVISTADO
JOSE LUIS PARDO HERNANDEZ	CLAUDIO DIAZ
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: SAN ANDRES Y PROVIDENCIA **Fecha y hora de recepción*:** 11/21/2023 10:00 AM **Regional*:** SAN ANDRES Y PROVIDENCIA

Nombre o razon social : CLAUDIO DIAZ	**Documento :** 79266657	**Fecha de expedición :** 11/21/2023

Tipo de Asesoria: Servicios pblicos domiciliarios

Forma de conclusión: Otras formas de terminacion.

Funcionario y/o Contratista que brindó la Asesoría: JOSE LUIS PARDO HERNANDEZ **Firma:**