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** 39721318

Fecha y hora de recepción*: 08/20/2024 09:00 AM **Regional*:** SAN ANDRES Y PROVIDENCIA

Aspectos generales del usuario del servicio.

Nombre o razon social : ELIZABETH BARRETO OSPINA			**Documento :** 1140814498
Direccion de residencia :	VIA SAN LUIS, COCOPLUM BAY DIAG PARADOR CAPITAL		**Telefono :** 3153280531
Ciudad de Residencia :	SAN ANDRES,[SAN ANDRES],(SAN ANDRES)		**Barrio :** SAN LUIS BAY - DIAG TIENDA PARADO
Edad : 36	**Género :**	**Estado Civil :**	**Correo:**lindaelizabeth498@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 NECESITA UN ABOGADO PARA INICIAR PROCESO CIVIL CONTRA RECTORA Y DOCENTES DEL COLEGIO BOLIVARIANO QUE LA CONTRATARON PARA HACER UNIFORMES DE MARCHA Y NO ENTREGARON EL DINERO COMPLETO NI CUMPLIERON CON LO PACTADO PRA LA ENTREGA A TIEMPO DE LOS UNIFORMES. MANIFIESTA QUE AUN LE ADEUDAN DINERO.

Tipo de Orientación brindada: (*)

UNA VEZ ESCUCHADA A LA USUARIA SE LE MANIFIESTA A LA USUARIA QUE DEBE ACUDIR A UN CENTRO DE CONCILIACION EN ARAS DE DIRIMIR LA LITIS SUCITADA CON EL PROFESOR Y ESTABLECER DIFERENCIA Y PEDIRLE A AL PROFESOR QUE ESTABLEZCA FORMAS DE PAGO DE LA OBLIGACION

Tipo de Asesoria: Conciliacin extrajudicial

Forma de conclusión: Peticion absuelta.

DATOS DEL ENTREVISTADOR	DATOS DEL ENTREVISTADO
HANDEL GOMEZ RIOS	ELIZABETH BARRETO OSPINA
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*:** 08/20/2024 09:00 AM **Regional*:** SAN ANDRES Y PROVIDENCIA

Nombre o razon social : ELIZABETH BARRETO OSPINA	**Documento :** 1140814498	**Fecha de expedición :** 08/20/2024

Tipo de Asesoria: Conciliacin extrajudicial

Forma de conclusión: Peticion absuelta.

Funcionario y/o Contratista que brindó la Asesoría: HANDEL GOMEZ RIOS **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** 39684987

Fecha y hora de recepción*: 07/30/2024 10:00 AM **Regional*:** SAN ANDRES Y PROVIDENCIA

Aspectos generales del usuario del servicio.

Nombre o razon social : DARLY MONDOL OSPINA			**Documento :** 40990163
Direccion de residencia : SAN ANDRES			**Telefono :** 3013604610
Ciudad de Residencia : SAN ANDRES,[SAN ANDRES],(SAN ANDRES)			**Barrio :** BARRIO SERRANILLA, 1ERA ENTRADA
Edad : 46	**Género :**	**Estado Civil :**	**Correo:**ferneybeleo673@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 UN ABOGADO LABORAL YA QUE TIENE PENDENTE UNA CITA PARA AUDIENCIA DE CONCILIACION ANTE LA OFICINA DE TRABAJO CON SU EMPLEADOR PARA EL DIA 31 DE JULO A LAS 10AM.SOSTIENE LA USUARIA QUE UNO DE LOS MOTIVOS DE LA CTACION ES QUE LE DESCONTARON DE LA LIQUIDACION DE PREST SOC. UN SUPUESTO PRESTAMO QUE NO HIZO Y ESTA SOLICITANDO LA DEV DEL MISMO.

Tipo de Orientación brindada: (*)

UNA VEZ ESCUCHADA A LA USUARIA SE LE MANIFIESTA QUE SE LE ACOMPAÑARA MAÑANA A LA OFICINA DE TRABAJO A LAS 10:00 A.M.

Tipo de Asesoria: Conciliacin extrajudicial

Forma de conclusión: Peticion absuelta.

DATOS DEL ENTREVISTADOR	DATOS DEL ENTREVISTADO
HANDEL GOMEZ RIOS	DARLY MONDOL OSPINA
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*:** 07/30/2024 10:00 AM **Regional*:** SAN ANDRES Y PROVIDENCIA

Nombre o razon social : DARLY MONDOL OSPINA	**Documento :** 40990163	**Fecha de expedición :** 07/30/2024

Tipo de Asesoria: Conciliacin extrajudicial

Forma de conclusión: Peticion absuelta.

Funcionario y/o Contratista que brindó la Asesoría: HANDEL GOMEZ RIOS **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** 39695059

Fecha y hora de recepción*: 08/06/2024 08:30 AM **Regional*:** SAN ANDRES Y PROVIDENCIA

Aspectos generales del usuario del servicio.

Nombre o razon social : MARTHA CECILIA SUAREZ OSPINO			**Documento :** 30990203
Direccion de residencia : SAN ANDRES			**Telefono :** 3115284047
Ciudad de Residencia : SAN ANDRES,[SAN ANDRES],(SAN ANDRES)			**Barrio :** BARRIO EL CLIFF, ENTRANDO CALLE
Edad : 68	**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 LA USUARIA QUE PARA EL DÌA 6 DE AGOSTO DE 2024 A LAS 11 AM, TIENE UNA AUIDEINCIA DE COCNCILAICON EXTRAJUDICIAL Y NECESITA QUE LE ASIGNEN UN ABOGADO QUE LE ACOMPAÑE A DICHA DILIGENCIA QUE NO SABE DE ESO.

Tipo de Orientación brindada: (*)

SE ASISTIO A LA DIRECCION TERRITORIAL DEL MINISTERIO DEL TRABAJO Y DE LA SEGURIDAD SOCIAL, A LAS 11:00A.M. PARA APODERAR A LA USUARIA MARTHA SUAREZ, A QUIEN MANIFESTO QUE LA PUSIERON A FIRMAR SU CARTA DE RENUNCIA A PARTIR DEL DIA 30 DE JUNIO DE 2024 Y LE CANCELARON LA LIQUIDACION A MEDIADOS DEL MES DE JULIO 2024. UNA VEZ ISNTALADA LA AUDIENCIA LA EX EMPLEADOR ANO ASISTIO, REPROGRAMANDOSE LA AUDIENCIA DE CONCILIACION PARA EL DIA 21 AGOSTO DE LOS CORRIENTES A LAS 3:30 P.M.

Tipo de Asesoria: Conciliacin extrajudicial

Forma de conclusión: Peticion absuelta.

DATOS DEL ENTREVISTADOR	DATOS DEL ENTREVISTADO
HANDEL GOMEZ RIOS	MARTHA CECILIA SUAREZ OSPINO
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*:** 08/06/2024 08:30 AM **Regional*:** SAN ANDRES Y PROVIDENCIA

Nombre o razon social : MARTHA CECILIA SUAREZ OSPINO	**Documento :** 30990203	**Fecha de expedición :** 08/06/2024

Tipo de Asesoria: Conciliacin extrajudicial

Forma de conclusión: Peticion absuelta.

Funcionario y/o Contratista que brindó la Asesoría: HANDEL GOMEZ RIOS **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** 39703830

Fecha y hora de recepción*: 08/06/2024 09:00 AM **Regional*:** SAN ANDRES Y PROVIDENCIA

Aspectos generales del usuario del servicio.

Nombre o razon social : CATULA DEL CARMEN ALVAREZ BERRIO			**Documento :** 32673495
Direccion de residencia :	CENTRO		**Telefono :** 3156102550
Ciudad de Residencia :	SAN ANDRES,[SAN ANDRES],(SAN ANDRES)		**Barrio :** BARIO EL CLIFF- TIENDA DOROTY
Edad : 62	**Género :**	**Estado Civil :**	**Correo:**catu.alvarez02@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 ADUCE QUE FUE ESTAFADA POR EL SEÑOR DAGOBERTO MORALES, POR VENTA DE UN LOTE LOXBIGHT , MAS ERA DE OTRA PERSONA REALIZO LA DENUNCIA POR ESTAFA ANTE LA FISCALÍA SE HACE A CONCILIACIÓN POR PAGO DEL 23.000.000.OO, NECESITA ASESORÍA PARA INICIAR EJECUTIVO

Tipo de Orientación brindada: (*)

UNA VEZ OBSERVADA EL ACTA DE CONCILIACION CELEBRADA EN LA FISCALIA EL DIA 15 DE AGOSTO DE 2018 SE EVIDENCIA QUE HASTA EL DIA DE HOY, 06 DE AGOSTO DE 2024 HAN TRANSCURRIDO MAS DE CINCO 5 AÑOS DESDE LA CELEBRACION DE LA MISMA; RAZON POR LA CUAL SE HAY PRESCRITA LA ACCION DE COBRO POR EL TIEMPO TRANSCURRIDO HASTA EL DIA DE HOY. SIENDO ELLO ASI ES IMPOSIBLE COBRAR LO ADEUDADO.

Tipo de Asesoria: Pproceso ejecutivo

Forma de conclusión: Peticion absuelta.

DATOS DEL ENTREVISTADOR	DATOS DEL ENTREVISTADO
HANDEL GOMEZ RIOS	CATULA DEL CARMEN ALVAREZ BERRIO
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*:** 08/06/2024 09:00 AM **Regional*:** SAN ANDRES Y PROVIDENCIA

Nombre o razon social : CATULA DEL CARMEN ALVAREZ BERRIO	**Documento :** 32673495	**Fecha de expedición :** 08/06/2024

Tipo de Asesoria: Pproceso ejecutivo

Forma de conclusión: Peticion absuelta.

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** 39703830

Fecha y hora de recepción*: 08/06/2024 09:00 AM **Regional*:** SAN ANDRES Y PROVIDENCIA

Funcionario y/o Contratista que brindó la Asesoría: HANDEL GOMEZ RIOS	**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** 39726286

Fecha y hora de recepción*: 08/20/2024 09:30 AM **Regional*:** SAN ANDRES Y PROVIDENCIA

Aspectos generales del usuario del servicio.

Nombre o razon social : DAVISON WILFRED ONEILL MAY			**Documento :** 18004300	
Direccion de residencia : SAN ANDRES				**Telefono :** 3157189255
Ciudad de Residencia : SAN ANDRES,[SAN ANDRES],(SAN ANDRES)			**Barrio :** 0	
Edad : 0	**Género :**	**Estado Civil :**	**Correo:**davidsononeill@yahoo.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 POSEE AFECTACIÓN DE UN VECINO QUE ES UN HOTEL EN CONSTRUCCIÓN, POR DAÑOS Y PERJUICIO EN SU PROPIEDAD QUE HAN DESTRUIDO TECHO, CANALETAS Y DEMÁS DE EXCREMENTOS ENTRE OTROS, POR ELLO QUIERE DE ASESORÍA ESPECIALIZADA.

Tipo de Orientación brindada: (*)

EL USUARIO ADUCE QUE POSEE AFECTACIÓN DE UN VECINO QUE ES UN HOTEL EN CONSTRUCCIÓN, POR DAÑOS Y PERJUICIO EN SU PROPIEDAD QUE HAN DESTRUIDO TECHO, CANALETAS Y DEMÁS DE EXCREMENTOS ENTRE OTROS, POR ELLO QUIERE DE ASESORÍA ESPECIALIZADA.

Tipo de Asesoria:

Forma de conclusión:

DATOS DEL ENTREVISTADOR	DATOS DEL ENTREVISTADO
HANDEL GOMEZ RIOS	DAVISON WILFRED ONEILL MAY
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*:** 08/20/2024 09:30 AM **Regional*:** SAN ANDRES Y PROVIDENCIA

Nombre o razon social : DAVISON WILFRED ONEILL MAY	**Documento :** 18004300	**Fecha de expedición :** 08/20/2024
Tipo de Asesoria:		
Forma de conclusión:		
Funcionario y/o Contratista que brindó la Asesoría: HANDEL GOMEZ RIOS		**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** 39705891

Fecha y hora de recepción*: 08/06/2024 09:30 AM **Regional*:** SAN ANDRES Y PROVIDENCIA

Aspectos generales del usuario del servicio.

Nombre o razon social : RICHARD ENRIQUE MUOZ			**Documento :** 1006881388
Direccion de residencia :	BARRIO MORISLANDIN		**Telefono :** 3173637435
Ciudad de Residencia :	SAN ANDRES,[SAN ANDRES],(SAN ANDRES)		**Barrio :** 0
Edad : 0	**Género :**	**Estado Civil :**	**Correo:**jennifermontoya10@yahoo.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 NO SE LE PAGÓ LA LIQUIDACIÓN Y CITÓ A CONCILIACIÓN Y EL EMPLEADOR NO ASISTIÓ

Tipo de Orientación brindada: (*)

ABOGADO LABORAL. EL USUARIO MANIFIESTA QUE NO SE LE PAGÓ LA LIQUIDACIÓN Y CITÓ A CONCILIACIÓN Y EL EMPLEADOR NO ASISTIÓ

Tipo de Asesoria:

Forma de conclusión:

DATOS DEL ENTREVISTADOR	DATOS DEL ENTREVISTADO
HANDEL GOMEZ RIOS	RICHARD ENRIQUE MUOZ
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*:** 08/06/2024 09:30 AM **Regional*:** SAN ANDRES Y PROVIDENCIA

Nombre o razon social : RICHARD ENRIQUE MUOZ	**Documento :** 1006881388	**Fecha de expedición :** 08/06/2024

Tipo de Asesoria:

Forma de conclusión:

Funcionario y/o Contratista que brindó la Asesoría: HANDEL GOMEZ RIOS **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** 39685947

Fecha y hora de recepción*: 07/30/2024 08:30 AM **Regional*:** SAN ANDRES Y PROVIDENCIA

Aspectos generales del usuario del servicio.

Nombre o razon social : YOSHIRO MYLES SINCLAIR			**Documento :** 18008186
Direccion de residencia :	LA LOMA LYNVAL		**Telefono :** 3227475250
Ciudad de Residencia :	SAN ANDRES,[SAN ANDRES],(SAN ANDRES)		**Barrio :** LA LOMA - LINVAL-
Edad : 41	**Género :**	**Estado Civil :**	**Correo:**yoshiromylessinclair@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 LE AYUDEN CON ABOGADO, TODA VEZ QUE UNOS VECINOS LLEGARON JUNTO CON EL INSPECTOR DE POLICIA Y LE CERRARON SUS LINDEROS Y LE CERCARON LA ENTRADA A SU VIVIENDA.

Tipo de Orientación brindada: (*)

UNA VEZ ESCUCHADO AL USUARIO SE LE ADVIERTE LO SIGUIENTE: PARA ADELANTAR CUALQUIER TRAMITE DEBERA CONSEGUIR LAS ESCRITURAS DEL PREDIO, EL CERTIFICADO DE TRADICION Y LIBERTAD Y HACER UN LEVANTAMIENTO TOPOGRAFICO DEL INMUEBLE DE SU PROPIEDAD. UNA VEZ LOS TENGA FAVOR COMUNICARSE CON EL SUSCRITO PARA ADELANTAR TRAMITE ALGUNO.

Tipo de Asesoria: El derecho de dominio o propiedad

Forma de conclusión: Peticion absuelta.

DATOS DEL ENTREVISTADOR	DATOS DEL ENTREVISTADO
HANDEL GOMEZ RIOS	YOSHIRO MYLES SINCLAIR
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*:** 07/30/2024 08:30 AM **Regional*:** SAN ANDRES Y PROVIDENCIA

Nombre o razon social : YOSHIRO MYLES SINCLAIR	**Documento :** 18008186	**Fecha de expedición :** 07/30/2024

Tipo de Asesoria: El derecho de dominio o propiedad

Forma de conclusión: Peticion absuelta.

Funcionario y/o Contratista que brindó la Asesoría: HANDEL GOMEZ RIOS **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** 39638362

Fecha y hora de recepción*: 07/26/2024 09:00 AM **Regional*:** SAN ANDRES Y PROVIDENCIA

Aspectos generales del usuario del servicio.

Nombre o razon social : LOCADIA MENA MOSQUERA			**Documento :** 26256757	
Direccion de residencia :	SAN ANDRES			**Telefono :** 3157703187
Ciudad de Residencia :	SAN ANDRES,[SAN ANDRES],(SAN ANDRES)		**Barrio :** VIA SAN L	
Edad : 75	**Género :**	**Estado Civil :**	**Correo:**luz2106B6@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 LA USUARIA QUE REQUIERE DE UN ASESORÍA SE UN ABOGADO YA QUE SU HIJO LO DEMANDO POR SU CASA Y LA QUIERE SACAR DE SU PROPIEDAD. SOSTIENE LA SEÑORA LUZ ESTELLA GUERRERO - QUIEN ATENDIO LA ENTREVISTA- QUE ESTA ACTUANDO EN NOMBRE Y REPRESENTACION DE LA SEÑORA LOCADIA MENA MOSQUERA, POR QUE ES UNA SEÑORA DE LA 3ERA EDAD QUE NO SABE LEER NI ESCRIBIR. Y DICE QUE LA SEÑORA LOCADIA VIVE EN UN LOTE QUE COMPRO PERO QUE NUNCA LE HIZO LAS ESCRITURAS, QUE EL PROPIETARIO DEL INMUEBLE FALLECE, Y HAY UN HIJO SUYO QUE EMPEZO UN JUICIO REIVINDICATORIO Y LA QUIERE SACAR; SOSTIENE QUE RECIBIERON DE MANOS DEL ABOGADO DESDE HACE MESES COPIA DE LA DEMANDA Y ANEXO; PERO EN UN AUTO LE EXIGEN AL ABOGADO QUE APORTE LOS DESPRENDIBLES DE CONSTANCIA DE LA EMPRESA DE CORREO DONDE MANDO A NOTIFICAR A LA DEMANDADA Y NO SE SABE SI LO APORTO O NO.

Tipo de Orientación brindada: (*)

ANTE TAL SITUACION SE LE RECOMIENDA ASISTIR AL JUZGADO Y AVERIGUAR TAL SITUACION PARA SABER EL ESTADO ACTUAL DEL PROCESO, PARA SABER SI PUEDE NOTIFICARSE, O SI EL ABOGADO APORTO TAL DOCUMENTACION O SI YA TRANSCURRIO EL TERMINO PARA DECRETAR DESISTIMIENTO TACITO. UNA VEZ AVERIGUE TAL SITUACION FAVOR CONFIRMARLA.

Tipo de Asesoria: El derecho de dominio o propiedad

Forma de conclusión: Peticion absuelta.

DATOS DEL ENTREVISTADOR	DATOS DEL ENTREVISTADO
HANDEL GOMEZ RIOS	LOCADIA MENA MOSQUERA
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 (*)

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** 39638362

Fecha y hora de recepción*: 07/26/2024 09:00 AM **Regional*:** SAN ANDRES Y PROVIDENCIA

Lugar de recepción: SAN ANDRES Y PROVIDENCIA **Fecha y hora de recepción*:** 07/26/2024 09:00 AM **Regional*:** SAN ANDRES Y PROVIDENCIA

Nombre o razon social : LOCADIA MENA MOSQUERA **Documento :** 26256757 **Fecha de expedición :** 07/26/2024

Tipo de Asesoria: El derecho de dominio o propiedad

Forma de conclusión: Peticion absuelta.

Funcionario y/o Contratista que brindó la Asesoría: HANDEL GOMEZ RIOS **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** 39697208

Fecha y hora de recepción*: 08/01/2024 08:30 AM **Regional*:** SAN ANDRES Y PROVIDENCIA

Aspectos generales del usuario del servicio.

Nombre o razon social : WILLIAM DE JESUS SILVA SANCHEZ			**Documento :** 71645490
Direccion de residencia :	BARRIO SIMPSON WELL		**Telefono :** 3174563764
Ciudad de Residencia :	SAN ANDRES,[SAN ANDRES],(SAN ANDRES)		**Barrio :** SIMPSON WELL, SEGUNDA ENTRADA
Edad : 60 **Género :**	**Estado Civil :**	**Correo:**silvasanchezwilliam0@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 SOLICITA ASIGNACION DE UN ABOGADO PARA PROCESO DE RESTITUCION DE INMUEBLE ARRENDADO.DADO QUE EL INQUILINO HA INCUMPLIDO ALGUNOS CLAUSULAS DE DICHO CONTRATO.

Tipo de Orientación brindada: (*)

UNA VEZ ESCUCHADO AL USUARIO SE LE ADVIERTE SE LE HARA UNA CARTA SOLICITANDO LA REST DEL INMUEBLE POR HABER INCUMPLIDO DICHAS OBLIGACIONES EN DICHO CONTRTATO.

Tipo de Asesoria: Obligaciones civiles y contractuales

Forma de conclusión: Peticion absuelta.

DATOS DEL ENTREVISTADOR	DATOS DEL ENTREVISTADO
HANDEL GOMEZ RIOS	WILLIAM DE JESUS SILVA SANCHEZ
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*:** 08/01/2024 08:30 AM **Regional*:** SAN ANDRES Y PROVIDENCIA

Nombre o razon social : WILLIAM DE JESUS SILVA SANCHEZ	**Documento :** 71645490	**Fecha de expedición :** 08/01/2024
Tipo de Asesoria: Obligaciones civiles y contractuales		
Forma de conclusión: Peticion absuelta.		
Funcionario y/o Contratista que brindó la Asesoría: HANDEL GOMEZ RIOS		**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** 39684960

Fecha y hora de recepción*: 07/30/2024 09:00 AM **Regional*:** SAN ANDRES Y PROVIDENCIA

Aspectos generales del usuario del servicio.

Nombre o razon social : LUIS CAMILO DOMINGUEZ CAÑIZALES			**Documento :** 1014220761	
Direccion de residencia :	CALLE 88# 28E6-50			**Telefono :** 3234444115
Ciudad de Residencia :	CALI,[CALI],(VALLE)		**Barrio :** MOJICA	
Edad : 33	**Género :**	**Estado Civil :**	**Correo:**lucas12002009@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) (*).

SOSTIENE EL USUARIO QUE LABORO EN LE HOTEL MIRAFLORES, BAJO LA CELEBRACION DE UN CONTRATO VERBAL, NO LE CANCELARON LA LIQUIDACION DE PREST SOCIALES. AL LLEVARLOS A LA OFICIAN TRABAJO, NO QUISIERON CONCILIAR.

Tipo de Orientación brindada: (*)

SE LE INFORMA AL USUARIO QUE DEBE APORTAR CERT DE EXISTENCIA Y REP LEGAL DE HOTEL MIRAFLORES, EL NOMBRE DE TRES 03 TESTIGOS CON CORREO ELECTRÓNICO, COPIA DEL ACTA DE LA OFICINA DE TRABAJO. UNA VEZ LOS TENGA, FAVOR COMUNCIARCE.

Tipo de Asesoria: Reclamacion de prestaciones sociales

Forma de conclusión: Peticion absuelta.

DATOS DEL ENTREVISTADOR	DATOS DEL ENTREVISTADO
HANDEL GOMEZ RIOS	LUIS CAMILO DOMINGUEZ CAÑIZALES
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*:** 07/30/2024 09:00 AM **Regional*:** SAN ANDRES Y PROVIDENCIA

Nombre o razon social : LUIS CAMILO DOMINGUEZ CAÑIZALES	**Documento :** 1014220761	**Fecha de expedición :** 07/30/2024

Tipo de Asesoria: Reclamacion de prestaciones sociales

Forma de conclusión: Peticion absuelta.

Funcionario y/o Contratista que brindó la Asesoría: HANDEL GOMEZ RIOS **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** 39682327

Fecha y hora de recepción*: 07/26/2024 09:30 AM **Regional*:** SAN ANDRES Y PROVIDENCIA

Aspectos generales del usuario del servicio.

Nombre o razon social : DELIA DEL CARMEN CARRIAZO CABARCAS			**Documento :** 39153021
Direccion de residencia :	NATANIA 2 ETAPA CR CANTERAS		**Telefono :** 3162475892
Ciudad de Residencia :	SAN ANDRES,[SAN ANDRES],(SAN ANDRES)		**Barrio :** NATANIA 2DA ETA DIAG IGLESIA PAS
Edad : 55	**Género :**	**Estado Civil :**	**Correo:**deliacab24246@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) (*).

SOSTIENE LA ARRENDADORA QUE LE ENTREGO UN INMUEBLE EN ARRIENDO A SU INQUILINA, QUE VIVIO OCHO 8 DIAS DESPUES DE VENCIDO EL CONTRATO Y SE MUDO. QUEDO DEVIENDO LOS OCHO 8 DIAS DE ARRIENDO Y LA LUZ. DICHOS VALORES FUERON DESCONTADOS DEL DEPÓSITO QUE HABIA DEJADO QPERO NO QUIEREN RECIBIR LA DIFERENCIA DEL MISMO, ASUMIENOD QUE NO LE DENBEN COBRAR LOS OCHO 8 DIAS DE ARRIENDO.

Tipo de Orientación brindada: (*)

UNA VEZ ESCUCHADA A LA USUARIA SE LE HACE SABER QUE EXIGIRLE DEPOSITO A LOS ARRENDATARIOS LO PROHIBE LA LEY ART 16 LEY 820 DE 2003. MA SIN EMBARGO DEBE HACER UNA CONCILIACION EN UN CENTRO CONCILIACION PARA QUE LA INQUILINA RECIBA LA DIFERENCIA.

Tipo de Asesoria: Contratos y negocios juridicos

Forma de conclusión: Peticion absuelta.

DATOS DEL ENTREVISTADOR	DATOS DEL ENTREVISTADO
HANDEL GOMEZ RIOS	DELIA DEL CARMEN CARRIAZO CABARCAS
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*:** 07/26/2024 09:30 AM **Regional*:** SAN ANDRES Y PROVIDENCIA

Nombre o razon social : DELIA DEL CARMEN CARRIAZO CABARCAS	**Documento :** 39153021	**Fecha de expedición :** 07/26/2024

Tipo de Asesoria: Contratos y negocios juridicos

Forma de conclusión: Peticion absuelta.

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** 39682327

Fecha y hora de recepción*: 07/26/2024 09:30 AM **Regional*:** SAN ANDRES Y PROVIDENCIA

Funcionario y/o Contratista que brindó la Asesoría: HANDEL GOMEZ RIOS	**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** 39731466

Fecha y hora de recepción*: 08/23/2024 08:30 AM **Regional*:** SAN ANDRES Y PROVIDENCIA

Aspectos generales del usuario del servicio.

Nombre o razon social : CARONICA MCNISH			**Documento :** 39153772
Direccion de residencia : SAN ANDRES			**Telefono :** 3177012517
Ciudad de Residencia : SAN ANDRES,[SAN ANDRES],(SAN ANDRES)			**Barrio :** LA LOMA - SHINGLE HILL- DEYTRAS C
Edad : 66	**Género :**	**Estado Civil :**	**Correo:**mcnishfiquiare@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) (*).

CONTRATISTA DEL SENA COMO TUTORA VIRTUAL A QUIEN LE QUEDARON DEBIENDO HONORARIOS DEL MES DE OCTUBRE DE 2023 DONDE EJECUTO DICHO CONTRATO. ES SU DESEO QUE LE CANCELES ESE SALDO ADEUDADO.

Tipo de Orientación brindada: (*)

ANTE TAL SITUACION SE LE MANIFIESTA A LA USUARIA QUE LA DEF DEL PUEBLO EN ARAS DE LOGRAR EL PAGO DE ESE SALDO ELEVARA DER PET AL SENA EN ARAS DE LOGRAR HCER UNA CONCILIACION PARA QUE PAGUEN ESOS VALORES.

Tipo de Asesoria: Derecho de peticion en interes particular

Forma de conclusión: Peticion absuelta.

DATOS DEL ENTREVISTADOR	DATOS DEL ENTREVISTADO
HANDEL GOMEZ RIOS	CARONICA MCNISH
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*:** 08/23/2024 08:30 AM **Regional*:** SAN ANDRES Y PROVIDENCIA

Nombre o razon social : CARONICA MCNISH	**Documento :** 39153772	**Fecha de expedición :** 08/23/2024

Tipo de Asesoria: Derecho de peticion en interes particular

Forma de conclusión: Peticion absuelta.

Funcionario y/o Contratista que brindó la Asesoría: HANDEL GOMEZ RIOS **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** 39676114

Fecha y hora de recepción*: 07/26/2024 08:30 AM **Regional*:** SAN ANDRES Y PROVIDENCIA

Aspectos generales del usuario del servicio.

Nombre o razon social : IRIS INES MCNISH JESSIE			**Documento :** 40986241
Direccion de residencia :	BARRIO SARIE BAY		**Telefono :** 3124267257
Ciudad de Residencia :	SAN ANDRES,[SAN ANDRES],(SAN ANDRES)		**Barrio :** CONTIGUO BODEGA PRONAL
Edad : 55	**Género :**	**Estado Civil :**	**Correo:**macnishiris@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 NECESITA ABOGADO PARA HACER UN REPARTICION DE BIENES ENTRE 3 HERMANOS. QUE SU PADRE DEJO DOS 2 LOTES Y EN ESOS LOTES SE HA CONSTRUIDO UNA CASA CADA UNO DE ELLOS,

Tipo de Orientación brindada: (*)

UNA VEZ ESCUCHADA A LA USUARIA SE LE MANIFIESRA QUE PARA ADELANTAR UN JUICIO DE SUCESION DEBE APORTAR LOS SIGUIENTES DOC: REGISTRO CIVIL DE DEFUNCION,REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO DE LOS HEREDEROS, ESCRITURAS DEL BIEN INMUEBLE, CERT DE TRADICION Y LIBERTAD, AVALO CATASTRAL IMPUESTO PREDIAL AL DIA, AHORA SI CADA UNO ESCGIO EN FORMA PARCIAL UNA PARTE DEL LOTE DEJADO POR SU PADRE Y CONSTRUYO SU CASA PUEDEN ADELANTAR UN JUICIO DE PERTENENCIA A NIVEL INDIVIDUAL SIEMPRE Y CUANDO TENGAN MAS DE 10 AÑOS HACIENDO POSESION EN EL INM.

Tipo de Asesoria: El derecho de dominio o propiedad

Forma de conclusión: Peticion absuelta.

DATOS DEL ENTREVISTADOR	DATOS DEL ENTREVISTADO
HANDEL GOMEZ RIOS	IRIS INES MCNISH JESSIE
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*:** 07/26/2024 08:30 AM **Regional*:** SAN ANDRES Y PROVIDENCIA

Nombre o razon social : IRIS INES MCNISH JESSIE	**Documento :** 40986241	**Fecha de expedición :** 07/26/2024

Tipo de Asesoria: El derecho de dominio o propiedad

Forma de conclusión: Peticion absuelta.

VISIONWEB: **RUP** 39676114

Fecha y hora de recepción*: 07/26/2024 08:30 AM

Regional*: SAN ANDRES Y PROVIDENCIA

Funcionario y/o Contratista que brindó la Asesoría: HANDEL GOMEZ RIOS	**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** 39700093

Fecha y hora de recepción*: 08/01/2024 09:00 AM **Regional*:** SAN ANDRES Y PROVIDENCIA

Aspectos generales del usuario del servicio.

Nombre o razon social : JESUS CORPUS FIGUEROA			**Documento :** 15241210
Direccion de residencia : SOGAMOSO - BOYACA			**Telefono :** 3234896060
Ciudad de Residencia : SAN ANDRES,[SAN ANDRES],(SAN ANDRES)			**Barrio :** BARRIO EL BIGHT; MZ C
Edad : 70	**Género :**	**Estado Civil :**	**Correo:**sanandresislas175@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 NECESITA UN ABOGADO PARA QUE LE AYUDE A REDACTAR UNA PETICIÓN ANTE EL JUZGADO TERCERO CIVIL MUNICIPAL PARA PODER SER PARTE DENTRO DEL PROCESO DE PERTENENCIA DE MÍNIMA CUANTÍA.

Tipo de Orientación brindada: (*)

UNA VEZ ESCUCHADO AL USAURIO SE LE ADVIERTE QUE LA DEMANDA DE PERTENENCIA DEVENGA MUCHOS GASTOS COMO TAL, POR LO QUE AL APORTAR EL AMPARO DE POBREZA EL JUZGADO LO NIEGA DADO QUE AL ASUMIR LOS GASTOS DEL PROCESO DEMUSTRA SOLVENCIA ECONOMICA, Y ESA ES LA RAZON PARA NO OTROGARLO, Y AL NO OTORGARLO SALE DE LA ESFERA DE LA DEFENSORIA.

Tipo de Asesoria: El derecho de dominio o propiedad

Forma de conclusión: Peticion absuelta.

DATOS DEL ENTREVISTADOR	DATOS DEL ENTREVISTADO
HANDEL GOMEZ RIOS	JESUS CORPUS FIGUEROA
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*:** 08/01/2024 09:00 AM **Regional*:** SAN ANDRES Y PROVIDENCIA

Nombre o razon social : JESUS CORPUS FIGUEROA	**Documento :** 15241210	**Fecha de expedición :** 08/01/2024

Tipo de Asesoria: El derecho de dominio o propiedad

Forma de conclusión: Peticion absuelta.

Funcionario y/o Contratista que brindó la Asesoría: HANDEL GOMEZ RIOS **Firma:**