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** 39978865

Fecha y hora de recepción*: 01/31/2025 09:00 AM **Regional*:** SAN ANDRES Y PROVIDENCIA

Aspectos generales del usuario del servicio.

Nombre o razon social : MAYERLYN SEPULVEDA RAMIREZ			**Documento :** 1037617824
Direccion de residencia :	SARIE BAY EDIFICIO DONW TOWN		**Telefono :** 3204325751
Ciudad de Residencia :	SAN ANDRES,[SAN ANDRES],(SAN ANDRES)		**Barrio :** SARIE BAY- EDIFICIO DOWN TOWN
Edad : 34	**Género :**	**Estado Civil :**	**Correo:**maye0130@icloud.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 LA ASIGNACIÓN DE UN ABOGADO A FIN DE INICIAR PROCESO DE DESLINDE Y AMOJONAMIENTO EN EL SECTOR SERIE BAY EXACTAMENTE LOS LINDEROS DEL EDIFICIO DONW TWON

Tipo de Orientación brindada: (*)

UNA VEZ ESCUCHADA A LA USUARIA SE LE ADVIERTE QUE DEBE CONSEGUIR LOS SIGUIENTES DOC: CERTIFICADO DE TRADICION Y LIBERTAD DE AMBOS PREDIOS - EL SUYO Y EL VECINO - LA ULTIMA ESCRITORA DE COMPRA Y VENTA, UNA VEZ LOS TENGA CONTRATAR LOS SERVICIOS DE UN PERITO AGRIMENSOR Y HACER UN PERITAZGO UNA VEZ TENGA TAL DOCUMENTACION SE SOMETARÁ A ESTUDIO LOS DOC.

Tipo de Asesoria: Obligaciones civiles y contractuales

Forma de conclusión: Peticion absuelta.

DATOS DEL ENTREVISTADOR	DATOS DEL ENTREVISTADO
HANDEL GOMEZ RIOS	MAYERLYN SEPULVEDA RAMIREZ
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*:** 01/31/2025 09:00 AM **Regional*:** SAN ANDRES Y PROVIDENCIA

Nombre o razon social : MAYERLYN SEPULVEDA RAMIREZ	**Documento :** 1037617824	**Fecha de expedición :** 01/31/2025

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** 39978482

Fecha y hora de recepción*: 02/04/2025 08:30 AM **Regional*:** SAN ANDRES Y PROVIDENCIA

Aspectos generales del usuario del servicio.

Nombre o razon social : JENNIFER VELEZ TORRENS			**Documento :** 1123621654
Direccion de residencia :	SIMPSON WELL		**Telefono :** 3202601631
Ciudad de Residencia :	SAN ANDRES,[SAN ANDRES],(SAN ANDRES)		**Barrio :** 0
Edad : 0	**Género :**	**Estado Civil :**	**Correo:**jennifer.veto0317@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 NECESITA DE ASESOR&#65533;A EN REFERENTE DE QUE ESTUVO TRABAJANDO POR QUE TRABAJA EN LA EMPRESA NEVISCO DE TAXI PERO NO LE HAN CANCELADO , LA OFICINA ESTABA EN SU CASA

Tipo de Orientación brindada: (*)

NO ASISTIO A LA HORA PROGRAMADA, SE LE LLAMO POR TELEFONO A LAS 8:45 A.M Y A LAS 9:24 A.M. Y NO CONTESTO.

Tipo de Asesoria:

Forma de conclusión:

DATOS DEL ENTREVISTADOR	DATOS DEL ENTREVISTADO
HANDEL GOMEZ RIOS	JENNIFER VELEZ TORRENS
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*:** 02/04/2025 08:30 AM **Regional*:** SAN ANDRES Y PROVIDENCIA

Nombre o razon social : JENNIFER VELEZ TORRENS	**Documento :** 1123621654	**Fecha de expedición :** 02/04/2025

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** 40009757

Fecha y hora de recepción*: 02/14/2025 10:00 AM **Regional*:** SAN ANDRES Y PROVIDENCIA

Aspectos generales del usuario del servicio.

Nombre o razon social : MARA ANTONIA GONZLEZ LONDOO			**Documento :** 40990209
Direccion de residencia :	BARRIO NATANIA		**Telefono :** 3167265218
Ciudad de Residencia :	SAN ANDRES,[SAN ANDRES],(SAN ANDRES)		**Barrio :** 0
Edad : 0	**Género :**	**Estado Civil :**	**Correo:**mayo45469@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 RENUNCIO LA SEMANA PASADA, DE DONDE TRABAJABA Y ESTÁN EN EL PROCESO DE LIQUIDACIÓN, LE ENVIARON UN DOCUMENTO DONDE RENUNCIA AL EXAMEN MEDICO DE EGRESO.

Tipo de Orientación brindada: (*)

ABOGADO LABORAL, PARA ASESORÍA O DEMANDA. LA USUARIA MANIFIESTA QUE RENUNCIO LA SEMANA PASADA, DE DONDE TRABAJABA Y ESTÁN EN EL PROCESO DE LIQUIDACIÓN, LE ENVIARON UN DOCUMENTO DONDE RENUNCIA AL EXAMEN MEDICO DE EGRESO. SE LE HIZO DOS 2 LLAMADAS TELEFONICAS A LAS 10: 12 A.M. Y A LAS 10:20 A.M. NO CONTESTÓ.

Tipo de Asesoria:

Forma de conclusión:

DATOS DEL ENTREVISTADOR	DATOS DEL ENTREVISTADO
HANDEL GOMEZ RIOS	MARA ANTONIA GONZLEZ LONDOO
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*:** 02/14/2025 10:00 AM **Regional*:** SAN ANDRES Y PROVIDENCIA

Nombre o razon social : MARA ANTONIA GONZLEZ LONDOO	**Documento :** 40990209	**Fecha de expedición :** 02/14/2025

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** 39988855

Fecha y hora de recepción*: 02/04/2025 09:30 AM **Regional*:** SAN ANDRES Y PROVIDENCIA

Aspectos generales del usuario del servicio.

Nombre o razon social : MINERVINA MATURANA HOOKER			**Documento :** 40987931
Direccion de residencia : LOMA			**Telefono :** 3013459300
Ciudad de Residencia : SAN ANDRES,[SAN ANDRES],(SAN ANDRES)			**Barrio :** 0
Edad : 0	**Género :**	**Estado Civil :**	**Correo:**minervinamaturanah@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 ASESORIA DE UN ABOGADO RESPECTO A LAS ACCIONES QUE PUEDE ADELANTAR PARA LOGRAR LA DEVOLUCION DEL DINERO DESCONTADO DE SU SALARIO Y PENSION DERIVADO DE UN EMBARGO JUDICIAL, POR UN CREDITO DEL QUE SIRVIO DE FIADORA, POR VALOR $31.000.000. NO TIENE CERTEZA DEL VALOR ADUEDADO POR EL DEUDOR PRINCIPAL

Tipo de Orientación brindada: (*)

NO ASISTIO A LA CITA, SE LE LLAMO TELEFONICAMENTE A LAS 9:50 A.M. Y NO CONTESTÓ; DESPUES A LAS 11:42 MIN Y TAMPOCO CONTESTO.

Tipo de Asesoria:

Forma de conclusión:

DATOS DEL ENTREVISTADOR	DATOS DEL ENTREVISTADO
HANDEL GOMEZ RIOS	MINERVINA MATURANA HOOKER
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*:** 02/04/2025 09:30 AM **Regional*:** SAN ANDRES Y PROVIDENCIA

Nombre o razon social : MINERVINA MATURANA HOOKER	**Documento :** 40987931	**Fecha de expedición :** 02/04/2025
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** 40001323

Fecha y hora de recepción*: 02/13/2025 10:00 AM **Regional*:** SAN ANDRES Y PROVIDENCIA

Aspectos generales del usuario del servicio.

Nombre o razon social : OLEG MARCELINO HUMPRHIES SMITH			**Documento :** 18003726
Direccion de residencia : DAVID HILL			**Telefono :** 3170759309
Ciudad de Residencia : SAN ANDRES,[SAN ANDRES],(SAN ANDRES)			**Barrio :** 0
Edad : 0	**Género :**	**Estado Civil :**	**Correo:**olehumphries@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) (*).

USUARIO SOLICITA ASESORIA PARA INICIAR UN PROCESO DE PERTURBACION A LA POSESION

Tipo de Orientación brindada: (*)

USUARIO SOLICITA ASESORIA PARA INICIAR UN PROCESO DE PERTURBACION A LA POSESION.SE LELLAMO UNA 1 VEZ Y NO CONTESTA.

Tipo de Asesoria:

Forma de conclusión:

DATOS DEL ENTREVISTADOR	DATOS DEL ENTREVISTADO
HANDEL GOMEZ RIOS NOMBRE(S) Y APELLIDO(S)	OLEG MARCELINO HUMPRHIES SMITH 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*:** 02/13/2025 10:00 AM **Regional*:** SAN ANDRES Y PROVIDENCIA

Nombre o razon social : OLEG MARCELINO HUMPRHIES SMITH	**Documento :** 18003726	**Fecha de expedición :** 02/13/2025

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** 39971290

Fecha y hora de recepción*: 01/30/2025 09:00 AM **Regional*:** SAN ANDRES Y PROVIDENCIA

Aspectos generales del usuario del servicio.

Nombre o razon social : LUCIA INES ORTIZ LOPEZ			**Documento :** 42935229
Direccion de residencia : AGU WORK			**Telefono :** 3204508095
Ciudad de Residencia : SAN ANDRES,[SAN ANDRES],(SAN ANDRES)			**Barrio :** 0
Edad : 0	**Género :**	**Estado Civil :**	**Correo:**luciainesortizlopez@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 FIRMO FIANZA CON UNOS VESINO Y LA SIGUEN MOLESTANDO

Tipo de Orientación brindada: (*)

ABOGADO CIVIL EJECUTAR COBRO FIANZA. LA USUARIA MANIFIESTA QUE FIRMO FIANZA CON UNOS VESINO Y LA SIGUEN MOLESTANDO

Tipo de Asesoria:

Forma de conclusión:

DATOS DEL ENTREVISTADOR	DATOS DEL ENTREVISTADO
HANDEL GOMEZ RIOS	LUCIA INES ORTIZ 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*:** 01/30/2025 09:00 AM **Regional*:** SAN ANDRES Y PROVIDENCIA

Nombre o razon social : LUCIA INES ORTIZ LOPEZ	**Documento :** 42935229	**Fecha de expedición :** 01/30/2025

Tipo de Asesoria:

Forma de conclusión:

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