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** 39652453

Fecha y hora de recepción*: 07/10/2024 02:00 PM **Regional*:** QUINDIO

Aspectos generales del usuario del servicio.

Nombre o razon social : LEYDI VIVIANA DELGADO LLANTEN			**Documento :** 41963668
Direccion de residencia :	BARRIO LAS COLINAS SECTOR 7 MZ 2 CASA 54		**Telefono :** 3218985024
Ciudad de Residencia :	ARMENIA,[ARMENIA],(QUINDIO)		**Barrio :** BARRIO LAS COLINAS SECTOR 7 MZ 2
Edad : 48	**Género :**	**Estado Civil :**	**Correo:**leidi290885@hotmail.es
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) (*).

SUFRï¿½ QUEMADURAS DE 3 GRADO EN CONSECUENCIA DE UNA CIRUJï¿½A ESTï¿½TICA LA CUAL ME CAUSO UNA BACTERIA QUE AUN SOY PORTADORA ,NO HE PODIDO HACER NADA YA QUE NO TENGO LOS RECURSOS Y VIENE AFECTANDO MI VIDA EN MUCHOS ASPECTOS,Fï¿½SICO ,EMOCIONAL ,LABORAL

Tipo de Orientación brindada: (*)

SOLICITO QUE SE ME SEA OTORGADO EL DERECHO A UN ABOGADO QUE SE HAGA CARGO DE MI CASO YA QUE PSICOLOGICAMENTE ME ENCUENTRO MAL, ESTE DEFENSOR ASUME LA ASESORIA, CONFORME A LO EXPRESADO POR LA USUARI Y LO MOSTRADO DE LOS DOCUMENTOS APORTADOS SE EVIDENCIA QUE FUE OBJETO DE UN ACTO MEDICO CONSISTENTE EN CIRUGIA ESTETICA LIPOESCULTURA Y/O LIPECTOMIA, DONDE QUEDO CON LESIONES EN SU PARTE ABDOMINAL, PARA LO CUAL HAY QUE EXPLICARLE A LA USUARIA QUE LAS CIRUGIAS ESTETICAS CONFORME AL DERECHO CIVIL CONSTITUYEN OBLIGACIONES DE RESULTADO QUE ANTE UN RESULTADO DEFICIENTE EN SU FIN CONSTITUYEN EN UAN RESPONSABILIDAD CIVIL QUE DEBE SER RESARCIDA, POR LO QUE SE LE ACONSEJA A LA MISMA DEMANDAR ANTE LA JURISDICCION ORDINARIO CIVIL LA RESPONSABILIDAD MEDICA QUE EXISTA POR EL ACTO MEDICO IMPROPIO

Tipo de Asesoria: Responsbilidad civil contracrual

Forma de conclusión: Peticion absuelta.

DATOS DEL ENTREVISTADOR	DATOS DEL ENTREVISTADO
JORGE MARIO GIRALDO PACHON	LEYDI VIVIANA DELGADO LLANTEN
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: QUINDIO **Fecha y hora de recepción*:** 07/10/2024 02:00 PM **Regional*:** QUINDIO

Nombre o razon social : LEYDI VIVIANA DELGADO LLANTEN	**Documento :** 41963668	**Fecha de expedición :** 07/10/2024

VISIONWEB: **RUP** **39652453**

Fecha y hora de recepción*: **07/10/2024 02:00 PM** **Regional*:** **QUINDIO**

Tipo de Asesoria:	Responsbilidad civil contracrual
Forma de conclusión:	Peticion absuelta.
Funcionario y/o Contratista que brindó la Asesoría:	JORGE MARIO GIRALDO PACHON **Firma:**