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** 40039266

Fecha y hora de recepción*: 02/28/2025 08:40 AM **Regional*:** QUINDIO

Aspectos generales del usuario del servicio.

Nombre o razon social : CARMEN ROSA GALLEGO MAYORGA			**Documento :** 1094979027
Direccion de residencia :	CALLE 21 N 32 - 23 B ARMERIACAS		**Telefono :** 3154108934
Ciudad de Residencia :	ARMENIA,[ARMENIA],(QUINDIO)		**Barrio :** CALLE 21 N 32 - 23 B ARMERIACAS
Edad : 47	**Género :**	**Estado Civil :**	**Correo:**gallrgorosa484@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 LE HAN INCUMPLIDO ACUERDOS PACTADOS EN BIENESTAR FAMILIAR

Tipo de Orientación brindada: (*)

REQUIERE ASESORIA DE FAMILIA, ASUME LA ASESORIA EL SUSCRITO DEFENSOR PUBLICO, DICE LA USUARIA QUE SUSCRIBIO ACTA DE CONCILIACION DE CUOTA ALIMENTARIA POR EL ICBF, VALOR DE CUOTA DE $1500000, DICE QUE EL PADRE OBLIGADO NO DEVENGA SALARIO DE ENTIDAD ALGUNA, A LA FECHA ES TAXISTA Y GANA UN SALARIO DESTAJO, ESTE DEFENSOR OBSERVA QUE NO HAY COMO EMBARGAR, SUGIERE ESTE DEFENSOR A LA USUARIA INTERPONER DENUNCIA PENAL POR EL DELITO DE INASISTENCIA ALIMENTARIA ANTE LA FISCALIA GENERAL DE LA NACION, ESTE DEFENSOR LE INDICA A LA USUARIA QUE PUEDE ACOMPAÑARLA A LA DILIGENCIA DE ALIMENTOS QUE SE PROGRAME EN EL ASUNTO

Tipo de Asesoria: Alimentos

Forma de conclusión: Peticion absuelta.

DATOS DEL ENTREVISTADOR	DATOS DEL ENTREVISTADO
JORGE MARIO GIRALDO PACHON	CARMEN ROSA GALLEGO MAYORGA
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*:** 02/28/2025 08:40 AM **Regional*:** QUINDIO

Nombre o razon social : CARMEN ROSA GALLEGO MAYORGA	**Documento :** 1094979027	**Fecha de expedición :** 02/28/2025

Tipo de Asesoria: Alimentos

Forma de conclusión: Peticion absuelta.

VISIONWEB:	**RUP**	**40039266**	
Fecha y hora de recepción*:	**02/28/2025 08:40 AM**	**Regional*:**	**QUINDIO**

Funcionario y/o Contratista que brindó la Asesoría:	JORGE MARIO GIRALDO PACHON	**Firma:**