Defensoría del Pueblo	**Proceso/Subproceso:** Atención y Trámite/Defensoría Pública	**Código: SD-P07-F197**
	Formulario: Solicitud del Servicio de Defensoría Pública Area de Víctimas	**Versión: 01**
		Vigente desde: 1de Sep- 2020

No. PROCESO ´630016099021202500129

Lugar de Recepción*: ARMENIA **Fecha Recepción*:** 2 de diciembre de 2025 **Hora de Recepción*:** 9.00AM **Regional*:** QUINDIO

CLASIFICACION DE LA SOLICITUD

PROGRAMA* REPRESENTACION JUDICIAL DE VICTIMAS

TIPO DE PETICION*: REPRESENTACION JUDICIAL: X REPRESENTACION EXTRAJUDICIAL:

CLASE DE RECEPCIÓN*: PERSONAL: ESCRITA: TELEFONICA: ELECTRONICA: X

TIPO DE PERSONA(*): NATURAL: X JURIDICA:

INFORMACION DEL SOLICITANTE

NOMBRE*:	SOBRICAMA	ABADIA	JOSE	GALEANO
	PRIMER APELLIDO(*)	**SEGUNDO APELLIDO (*)**	**PRIMER NOMBRE(*)**	**SEGUNDO NOMBRE (*)**

RAZON SOCIAL: N/A

LUGAR: DIRECCION: BARRIO:

DEPARTAMENTO: QUINDIO MUNICIPIO: N/A VEREDA:

CORREO ELECTRONICO: NO TIENE TELEFONO: N/A CELULAR:

INFORMACION DEL SOLICITANTE CUANDO ES UNA AUTORIDAD¤

NOMBRE*:	N/A	N/A	N/A	N/A
	PRIMER APELLIDO(*)	**SEGUNDO APELLIDO (*)**	**PRIMER NOMBRE(*)**	**SEGUNDO NOMBRE (*)**

CARGO: N/A **DESPACHO:** N/A

LUGAR: DIRECCION: N/A BARRIO: N/A

DEPARTAMENTO: N/A MUNICIPIO: N/A VEREDA: N/A

CORREO ELECTRONICO: N/A TELEFONO: N/A CELULAR: N/A

ASPECTOS GENERALES DEL USUARIO DEL SERVICIO

DATOS PERSONALES (*)

	SOBRICAMA	ABADIA	JOSE	GALEANO
	PRIMER APELLIDO(*)	**SEGUNDO APELLIDO (*)**	**PRIMER NOMBRE(*)**	**SEGUNDO NOMBRE (*)**

IDENTIFICACION*: C.C.: X T.I.: C.E.: R.C.: PASAPORTE: OTRO: CUAL?:

NUMERO: EXPEDIDA EN: N/A FECHA DE EXPEDICION: N/A NACIONALIDAD: COLOMBIANA

LUGAR: DIRECCION: BARRIO:

DEPARTAMENTO: QUINDIO MUNICIPIO: VEREDA:

CORREO ELECTRONICO: NO TIENE TELEFONO: N/A CELULAR:

FECHA DE NACIMIENTO: N/A **EDAD:** N/A **ESTADO CIVIL:** Casado N/A Soltero N/A Viudo N/A Separado N/A Unión libre N/A

SEXO: F x M ***COMUNIDAD LGTBI:** L G T B I Otro Cual?:

ETNIA SI NO x CUAL? **IDIOMA** ESPAÑOL **NIVEL EDUCATIVO:** N/A

EN CONDICION DE DISCAPACIDAD SI NO X CUAL?

FUERZAS ARMADAS N/A **DESPLAZADO** SI NO x

INFORMACIÓN FAMILIAR CONYUGUE O COMPAÑERO (A) PERMANENTE: N/A NUMERO DE HIJOS: N/A

DATOS ECONOMICOS DEL USUARIO

ACTIVIDAD U OFICIO(*): TRABAJADOR DEPENDIENTE N/A TRABAJADOR INDEPENDIENTE N/A DESEMPLEADO N/A ESTUDIANTE N/A

(Diligencie los siguientes datos si seleccionó dependiente o independiente)

ACTIVIDAD LABORAL/CARGO: N/A **EMPRESA:** N/A

DIRECCION DE LA EMPRESA: N/A **TELEFONO DE LA EMPRESA:** N/A

TOTAL INGRESOS MENSUALES: $N/A **TOTAL GASTOS MENSUALES:** $N/A

ESTRATO*: N/A CABEZA DE FAMILIA: N/A SISBEN: N/A HABITANTE DE LA CALLE: N/A

TIPO DE VIVIENDA: PROPIA FAMILIAR ARRENDADA X

DATOS JURIDICOS

HECHO VICTIMIZANTE ACTOS SEXUALES VIOLENTOS CON MENOR DE 14 AÑOS **SIIJYP** N/A

Número de Proceso o Radicación: ´630016099021202500129

AUTORIDAD (*) **FISCAL** 19 SECCIONAL **JUEZ** **MAGISTRADO** **CIUDAD** ARMENIA

ETAPA DEL PROCESO: Averiguación / Versión Libre: Preliminares: x Juicio / Concentrada: Incidente Reparación - Sentencia:

DATOS DEL PROCESADO (Nombre): ALIAS:

RELACIÓN DE PARENTESCO CON LA VÍCTIMA: SI X NO CÚAL?:

RESUMEN DE LOS HECHOS (Circunstancias de tiempo, modo y lugar) (*)

LA VÍCTIMA HA SIDO OBJETO DEL DELITO DESCRITO POR PARTE DEL ACUSADO

TIPO DE ORIENTACIÓN BRINDADA: (*)

A la usuaria se le entera del acompañamiento que se hará durante el desarrollo del proceso penal. Se le indica que su proceso cursa en LA FISCALIA 19 SECCIONAL y que se encuentra en etapa de indagación

PRETENSIONES (SIMBÓLICAS U OTRAS)

La usuaria solamente pretende que se conozca la verdad, haya justicia, reparación y se respeten sus garantías como víctima

	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO	DELITO
DATOS DE LA VICTIMA				VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

INFORMACIÓN DEL NUCLEO FAMILIAR DE LA VICTIMA

Nombres y Apellidos	Parentesco	Edad	Datos de contacto	Ubicación
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

VIVE EN:

ZONA URBANA	X
ZONA RURAL	

TIPO	CASA	APARTAMENTO	CASA LOTE	INQUILINATO
Posesión				
Propia				
Arrendada	X			
Amortizada				
Invasión				
Otros				

POSEE SISBEN?: SI [ ] NO [X]

BIENES AFECTADOS

TIPO DE BIEN		DESCRIPCIÓN	UBICACIÓN
MUEBLE	INMUEBLE		
N/A	N/A	N/A	N/A

DOCUMENTOS APORTADOS:

REGISTROS CIVILES: Nacimiento [N/A] Matrimonio [N/A] Defunción [N/A]

Identificación del bien [N/A] Certificados expedidos por autoridades (desplazamiento, vecindad, etc.) [N/A] Grabaciones, cintas, videos [N/A] Cartas [N/A] Fotografías [N/A]

CALIDAD DE VICTIMA

MANIFIESTO DE MANERA EXPRESA QUE OSTENTO LA CALIDAD DE VICTIMA

SI [X] No [ ]

CONSENTIMIENTO INFORMADO

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 Y PARA QUE SE

SI [X] No [ ]

DATOS DEL ENTREVISTADOR	DATOS DEL ENTREVISTADO
JAIME RAMIREZ GUTIERREZ	JOSE GALEANO SOBRICAMA ABADIA
NOMBRE(S) Y APELLIDO(S)	NOMBRE(S) Y APELLIDO(S)
DEFENSOR DE VICTIMAS/CONTRATISTA	
Cargo, Funcionario y/o Contratista:	

DECISIÓN ADOPTADA

ACEPTADA: [X] Cumple requisitos de ley: [ ]

RECHAZADA: [ ]

Por intentar acceder al servicio por medios fraudulentos: [ ]

Porque la solicitud no tiene la información mínima o necesaria: [ ]

El usuario no acepta o rechaza el servicio: [ ]

El potencial beneficiario del servicio cuenta con abogado particular: [ ]

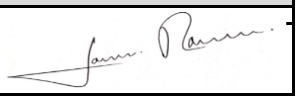
Exteporaneidad de la solicitud del servicio o actuación concluida: [ ]

No cumple requisitos de ley [ ]

OBSERVACIONES

Nombre del responsable de la elaboración del presente formulario: **JAIME RAMIREZ GUTIERREZ**

Fecha de elaboración: 5 de diciembre de 2025



(De conformidad con el Artículo 5 del Decreto 806 el 04 de junio de 2020, el presente documento se presume auténtico y no requiere de ninguna presentación personal o reconocimiento)