Defensoría del Pueblo COLOMBIA	**Proceso/Subproceso:** Atención y Trámite/Defensoría Pública	**Código: SD-P02-F91**
	Formato: Solicitud del Servicio de Defensoría Pública Áreas Penal (Sub área Procesados y Condenados), de Derecho Público y Privado, Especial	**Versión: 02**
		Vigente desde: 05/08/2020

RUS: 17374-26 **RUC:** 14831-26

Lugar de Recepción*: LA TEBAIDA **Fecha de Recepción*:** 05.03.2025 **Hora de Recepción*:** 09:04:00 a.m. **Regional*:** QUINDIO

CLASIFICACION DE LA SOLICITUD

PROGRAMA* SISTEMA PENAL ORAL ACUSATORIO

MATERIA* PENAL

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

PRIVADO DE LA LIBERTAD: X PERSONA AUSENTE: ___ CONTUMACIA: ___

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

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

INFORMACION DEL SOLICITANTE
(Llene este espacio solamente SI el Solicitante es una persona diferente al usuario del servicio).

PRIMER APELLIDO(*)	SEGUNDO APELLIDO (*)	PRIMER NOMBRE(*)	SEGUNDO NOMBRE (*)
HIDALGO		JOHANNA	

RAZON SOCIAL:_____

IDENTIFICACION DEL FISCAL, MINISTERIO PÚBLICO, FUNCIONARIO JUDICIAL QUE SOLICITA EL SERVICIO:_ __ASISTENTE FISCAL 15 LOCAL CAVIF ARMENIA

LUGAR: _____ DIRECCION: CARRERA 13 # 16 - 26 PISO 4 BARRIO: _____

QUINDIO MUNICIPIO: ARMENIA VEREDA: _____

CORREO ELECTRONICO: _____ TELEFONO: 3126948101 CELULAR: _____

NÚMERO DE DESPACHO JUDICIAL:_____

ASPECTOS GENERALES DEL USUARIO DEL SERVICIO

PRIMER APELLIDO(*)	SEGUNDO APELLIDO (*)	PRIMER NOMBRE(*)	SEGUNDO NOMBRE (*)
LOPEZ	JARAMILLO		NELSON

IDENTIFICACION*: C.C.: X T.I.: ___ C.E.: ___ R.C.: ___ SAPORTE: ___ OTRO: ___ CUAL?: _____

NUMERO: 1.094.888.307 EXPEDIDA EN: _____ FECHA DE EXPEDICION: _____ NACIONALIDAD: COLOMBIANO

LUGAR: DIRECCION: MANZANA 3 N 1 BARRIO: MANUELA BELTRAN BAJA

DEPARTAMENTO: QUINDIO MUNICIPIO: ARMENIA VEREDA: _____

CORREO ELECTRONICO: _____ TELEFONO: 3144541233 CELULAR: _____

FECHA DE NACIMIENTO: 09.02.1987 EDAD: ___ ESTADO CIVIL: Casado ___ Soltero ___ Viudo ___ Separado X Unión libre ___

SEXO: F ___ M X *COMUNIDAD LGTBI: L ___ G ___ T ___ B ___ I ___ Otro ___ Cual?: NO APLICA

ETNIA SI ___ NO X CUAL? NO APLICA IDIOMA ESPAÑOL NIVEL EDUCATIVO: _____

EN CONDICION DE DISCAPACIDAD SI ___ NO X CUAL? NO APLICA

FUERZAS ARMADAS NO APLICA DESPLAZADO SI ___ NO X

CONYUGUE O COMPAÑERO (A) PERMANENTE: _____ NUMERO DE HIJOS: UNO

DATOS ECONOMICOS DEL USUARIO DEL SERVICIO

ACTIVIDAD U OFICIO(*): TRABAJADOR DEPENDIENTE ___ TRABAJADOR INDEPENDIENTE ___ DESEMPLEADO X ESTUDIANTE ___

(Diligencie los siguientes datos si seleccionó dependiente o independiente)

ACTIVIDAD LABORAL/CARGO: _____ EMPRESA: _____

DIRECCION DE LA EMPRESA: _____ TELEFONO DE LA EMPRESA: _____

TOTAL INGRESOS MENSUALES: _____ TOTAL GASTOS MENSUALES: _____

ESTRATO*: _____ CABEZA DE FAMILIA: _____ SISBEN: _____ HABITANTE DE LA CALLE: _____

TIPO DE VIVIENDA: PROPIA ___ FAMILIAR X ARRENDADA ___

ASPECTO SOCIAL DEL USUARIO DEL SERVICIO

IMPOSIBILIDAD SOCIAL: DISCRIMINACION: _____

OTRA CIRCUNSTANCIA EXCLUYENTE:_____

Renuencia de los abogados particulares para representar a los implicados		Connotaciones sociales de las personas que llegaren a solicitar la defensa		Trasendencia de los hechos del juicio criminal para la sociedad	

NECESIDADES DEL PROCESO (Para diligenciar por el Fiscal, Ministerio Público, Funcionario Judicial)

DESCRIPCION DE LAS CONDICIONES EN QUE SE FUNDAMENTA LA NECESIDAD DEL PROCESO:

SE EJERCIO EL DERECHO DE POSTULACION (consentimiento del implicado)		EL IMPLICADO CUENTA CON APODERADO CONTRACTUAL		JUEZ COMPETENTE DESPLAZÓ LA DEFENSA DE CONFIANZA		HAY REVOCATORIA DE PODER, Y FUE ADMITIDA POR EL JUEZ		OBRA RENUNCIA AL PODER (con 5 días de anticipación)		SE CUENTA CON PÁZ Y SALVO o AUTORIZACIÓN DEL ABOGADO REEMPLAZADO		OTRA CIRCUNSTANCIA, CUAL?	

DATOS JURIDICOS

CONDUCTA PUNIBLE (Penal) VIOLENCIA INTRAFAMILIAR TIPO DE PROCESO: (Público y Privado):_____ Fecha y Hora de Captura: _____

Número de Proceso o Radicación: 63 001 60000 59 2025 11287 0 0 0 0 0

AUTORIDAD (*) FISCAL FISCAL 25 LOCAL CAVIF JUEZ _____ MAGISTRADO _____ MINISTERIO PUBLICO _____

CIUDAD: __ LA TEBAIDA_

ETAPA DEL PROCESO: Averiguación: [ ] Preliminares: [X] Juicio: [ ] Casación o Revisión: [ ] Incidente Reparación - Sentencia: [ ]

FORMA DE REALIZACIÓN (Virtual/Presencial):_____

ANEXOS:_____

DATOS DEL PROCESADO (Nombre): NELSON URIEL LOPEZ JARAMILLO ALIAS: _____

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

ESTABLECIMIENTO DE RECLUSION: _____

Patio: NO APLICA TD: NO APLICA

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

HECHOS OCURRIDOS EN EL 07 DE MARZO DEL AÑO 2025MES DE DICIEMBRE DEL AÑO 2025, CUANDO REPORTAN QUE SE PRESTARON HECHOS EN LOS CUALES FUE PRESUNTAMENTE VICTIMA DE AGRESION LA PAREJA DEL SEÑOR LOPEZ POR PARTE DE ESTE DE QUIEN RECIBIO MALTRATO.

TIPO DE ORIENTACIÓN BRINDADA: (*)

IA FEMENINA QUIEN NO QUISO APORTAR SU NOMBRE CONTESTA NO SER EL NUMERO CELULAR DEL SEÑOR LOPEZ.

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL USUARIO DEL SERVICIO

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.

SI [ ] NO [ ]

DATOS DEL ENTREVISTADOR (*)

MONICA LILIANA LOPEZ GARAVITO

NOMBRE(S) Y APELLIDO(S)

C.C. N.: _____41.930.407__de Armenia_____

Cargo, Funcionario y/o DEFENSORA PUBLICA

DATOS DEL ENTREVISTADO (*)

NELSON URIEL LOPEZ JARAMILLO

NOMBRE(S) Y APELLIDO(S)

C.C. N°. _____

HUELLA

DECISION ADOPTADA

ACEPTADA: [ ] Imposibilidad Economica: [ ] Imposibilidad Social: [ ] Necesidades del Proceso: [ ] Servicio excepcional remunerado: [ ]

RECHAZO O RETIRO DEL SERVICIO: [ ] Por tener posibilidad económica: [ ] 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: [ ] Extemporaneidad de la solicitud del servicio o actuación concluida: [ ] Irrespeto, malos tratos o actitud soez hacia el defensor público: [ ]

OBSERVACIONES

Nombre del Responsable de la Verificación de la solicitud del servicio: _____

Este documento no requiere firma de conformidad con lo establecido en el Decreto Legislativo 806 del 4 de junio de 2020