| 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:** 17381-26 **RUC:** 14833-26

**Lugar de Recepción*:** LA TEBAIDA **Fecha de Recepción*:** 11.02.2026 **Hora de Recepción*:** 09:19:00 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).**

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

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**

CARO (PRIMER APELLIDO(*)) VINASCO (SEGUNDO APELLIDO (*)) JHON (PRIMER NOMBRE(*)) EDISON (SEGUNDO NOMBRE (*))

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

NUMERO: 1.096.033.594 EXPEDIDA EN: FECHA DE EXPEDICION: NACIONALIDAD: COLOMBIANO

LUGAR: DIRECCION: CARRERA 4 # 13 - 224 BARRIO: LA ESTACION

DEPARTAMENTO: QUINDIO MUNICIPIO: LA TEBAIDA VEREDA:

CORREO ELECTRONICO: TELEFONO: 3184171440 CELULAR:

FECHA DE NACIMIENTO: 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: 630016000059 202515806 0 0 0 0 0 0

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

CIUDAD: __ LA TEBAIDA_

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

FORMA DE REALIZACIÓN (Virtual/Presencial):_____

ANEXOS:_____

DATOS DEL PROCESADO (Nombre): JHON EDION CARO VINASCO 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 MUNICIPIO DE ARMENIA EL 10 DE NOVIEMBRE DEL AÑO 2025, ALREDEDOR DE LAS 7:40 HORAS, CUANDO SE PRESTARON HECHOS EN LOS CUALES SE REPORTO AL SEÑOR CARO VINASCO COMO PRESJUNTO AGRESOR DE MIEMBRO DE SU NUCLEO FAMILIAR .

**TIPO DE ORIENTACIÓN BRINDADA: (*)**

JE EL PROCESO BAJO ESTE RADICADO FUE INACTIVADO POR CONEXIDAD PROCESAL EN LA MISMA FECHA DE ESTA SOLICITUD.

**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 (*)**

JHON EDISON CARO VINASCO

**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