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: 14889-26 **RUC:** 12614-26

Lugar de Recepción*: LA TEBAIDA **Fecha de Recepción*:** 21.01.2026 **Hora de Recepción*:** 17:34:00 p. 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*: MANTILLA (PRIMER APELLIDO(*)) ___ (SEGUNDO APELLIDO (*)) PHYLYPHY (PRIMER NOMBRE(*)) ___ (SEGUNDO NOMBRE (*))

RAZON SOCIAL:_____

IDENTIFICACION DEL FISCAL, MINISTERIO PÚBLICO, FUNCIONARIO JUDICIAL QUE SOLICITA EL SERVICIO:_ _____

LUGAR: _____ DIRECCION: POLICIA NACIONAL BARRIO: ___

QUINDIO MUNICIPIO: LA TEBAIDA VEREDA: ___

CORREO ELECTRONICO: ___ TELEFONO: 3106667912 CELULAR: ___

NÚMERO DE DESPACHO JUDICIAL:_____

ASPECTOS GENERALES DEL USUARIO DEL SERVICIO

GUAPACHA (PRIMER APELLIDO(*)) ALVAREZ (SEGUNDO APELLIDO (*)) YOSEN (PRIMER NOMBRE(*)) ___ (SEGUNDO NOMBRE (*))

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

NUMERO: 1.005.160.096 EXPEDIDA EN: CAJAMARCA FECHA DE EXPEDICION: ___ NACIONALIDAD: COLOMBIANO

LUGAR: DIRECCION: HABITANTE DE CALLE BARRIO: ___

DEPARTAMENTO: ___ MUNICIPIO: CALARCA VEREDA: ___

CORREO ELECTRONICO: ___ TELEFONO: NO APORTA CELULAR: ___

FECHA DE NACIMIENTO: 19.02.2002 EDAD: 31 ESTADO CIVIL: Casado ___ Soltero X Viudo ___ Separado ___ 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: N/A

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*: SIN CABEZA DE FAMILIA: ___ SISBEN: ___ HABITANTE DE LA CALLE: LA TEBAIDA

TIPO DE VIVIENDA: PROPIA ___ FAMILIAR ___ 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): TRAFICO DE ESTUPEFACIENTES

TIPO DE PROCESO: (Público y Privado):_____

Fecha y Hora de Captura: 21.01.2026

Número de Proceso o Radicación: 63 001 60000 33 2026 00190

0 1 8 3 0

AUTORIDAD (*) FISCAL: FISCAL URI: 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): YOSEN ESTIVEN GUAPACHA ALVAREZ 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 EL 21 DE ENERO DEL AÑO 2026 A LAS 17:30 DE LA TARDE CUANDO EN VIA PUBLICA SECTOR DEL PARQUE ALCANTARO DE LA TEBAIDA, EL CIUDADANO GUAPACHA FUE ABORDADO POR POLICIA QUIENES AL PRACTICARLE UNA REQUISA LE HALLARON SUSTANCIA QUE ANALIZADA EN PRUEBA PRELIMINAR HOMOLOGADA ARROJO POSITIVO PARA COCAINA CON UN PESO DE 25.5 GRAMOS

TIPO DE ORIENTACIÓN BRINDADA: (*)

NO SE ADELANTE INVESTIGACION, DADO EL PESO Y MODALIDAD DE INCAUTACION DE LA SUSTANCIA.

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 (*)

YOSEN ESTIVEN GUAPACHA ALVAREZ

NOMBRE(S) Y APELLIDO(S)

C.C. N°. _____

HUELLA

DECISIÓN 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