Defensoría del Pueblo COLOMBIA	**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 63001600005920251592 9

Lugar de Recepción*: Armenia **Fecha Recepción*:** 3 de febrero de 2026 **Hora de Recepción*:** 9:15AM **Regional*:** Quindio

CLASIFICACION DE LA SOLICITUD

PROGRAMA* Representación Judicial de Victimas

TIPO DE PETICION*: REPRESENTACION JUDICIAL: x REPRESENTACION EXTRAJUDICIAL: N/A

CLASE DE RECEPCIÓN*: PERSONAL: N/A ESCRITA: N/A TELEFONICA: N/A ELECTRONICA: X

TIPO DE PERSONA(*): NATURAL: X JURIDICA: N/A

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

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

RAZON SOCIAL: 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

INFORMACION DEL SOLICITANTE CUANDO ES UNA AUTORIDAD

NOMBRE*: BUSTOS (PRIMER APELLIDO(*)) | FRANCO (SEGUNDO APELLIDO (*)) | YOHAN (PRIMER NOMBRE(*)) | ALBERTO (SEGUNDO NOMBRE (*))

CARGO: FISCAL 15 LOCAL CAVIF **DESPACHO:** FISCALIA 15 LOCAL CAVIF

LUGAR: DIRECCION: PALACIO DE JUSTICIA ARMENIA QUINDIO BARRIO: N/A

DEPARTAMENTO: QUINDIO MUNICIPIO: ARMENIA VEREDA: N/A

CORREO ELECTRONICO: fisc15localcavif@fiscalia.gov.co TELEFONO: N/A CELULAR: n/a

ASPECTOS GENERALES DEL USUARIO DEL SERVICIO

DATOS PERSONALES (*)

GIL (PRIMER APELLIDO(*)) | **PRIETO** (SEGUNDO APELLIDO (*)) | **MARIA** (PRIMER NOMBRE(*)) | **CAMILA** (SEGUNDO NOMBRE (*))

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

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

LUGAR: DIRECCION: MZ M CASA # 3 BARRIO: QUINTAS DEL CACIQUE

DEPARTAMENTO: QUINDIO MUNICIPIO: CALARCA VEREDA: N/A

CORREO ELECTRONICO: N/A TELEFONO: N/A CELULAR: 3113032959

FECHA DE NACIMIENTO: N/A **EDAD:** 20 **ESTADO CIVIL:** Casado N/A Soltero x Viudo N/A Separado N/A Unión libre N/A

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

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

EN CONDICION DE DISCAPACIDAD SI N/A NO N/A CUAL? N/A

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

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

DATOS ECONOMICOS DEL USUARIO

ACTIVIDAD U OFICIO(*): TRABAJADOR DEPENDIENTE X 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 N/*A FAMILIAR N/A ARRENDADA N/A

DATOS JURIDICOS

HECHO VICTIMIZANTE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR **SIIJYP** LEY 1257

Número de Proceso o Radicación: 63001600005920251592 9

AUTORIDAD (*) **FISCAL** 15 LOCAL CAVIF **JUEZ** N/A **MAGISTRADO** N/A **CIUDAD** N/A

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

DATOS DEL PROCESADO (Nombre): CARLOS ANDRES MONCADA CASTRILLON ALIAS: N/A

RELACIÓN DE PARENTESCO CON LA VÍCTIMA: SI N/A NO N/A CÚAL?: N/A

Nota: Una vez impreso o descargado este documento se considera "COPIA NO CONTROLODA", por lo tanto debe consultar la versión vigente en el sitio oficial de los documentos del SGC de la Defensoría del Pueblo.

Defensoría del Pueblo COLOMBIA	**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

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

SE DESCONOCEN LOS MISMOS POR CUANTO LA USUARIA NO ATIENDE EL ABONADO CELULAR REGISTRADO EN LA ASIGNACION: 3113032959. SE REMITE MENSAJE DE WHATSAPP A TRAVES DEL CUAL SE LE INFORMA SOBRE LA ASIGNACION DEL PROCESO Y SE LE SOLICITA COMUNICARSE CON ESTA APODERADA JUDICIAL DE VÍCTIMAS.

TIPO DE ORIENTACIÓN BRINDADA: (*)

COMO QUIERA QUE LA USUARIA NO ATIENDE EL CELLULAR, NO ES POSIBLE DAR A CONOCER LOS DERECHOS Y DEBERES QUE LE ASISTEN DURANTE EL DESARROLLO DEL PROCESO, ASI COMO LAS ETAPAS EN QUE EL MISMO SE DESARROLLA.TAMPO ES POSIBLE EXPLICAR AMPLIAMENTE SOBRE LAS FACULTADES DE LA FISCALIA 15 LOCAL CAVIF COMO TITULAR DEL EJERCICIO DE LA ACCION PENAL Y DEL ROL DE LA REPRESENTACION JUDICIAL DE VICTIMAS Y MUCHO MENOS, DAR A CONOCER LOS POSTULADOS DE LA JUSTICIA RESTAURATIVA.

PRETENSIONES (SIMBÓLICAS U OTRAS)

QUE EL PROCESO SE DESARROLLE NORMALMENTE.

	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO	DELITO
DATOS DE LA VICTIMA	MARIA CAMILA GIL PRIETO	C.C 1005096320	COMPAÑERO SENTIMENTAL	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:	TIPO	CASA	APARTAMENTO	CASA LOTE	INQUILINATO
ZONA URBANA **N/A**	Posesión	N/A	N/A	N/A	N/A
	Propia	N/A	N/A	N/A	N/A
ZONA RURAL **N/A**	Arrendada	N/A	N/A	N/A	N/A
	Amortizada	N/A	N/A	N/A	N/A
	Invasión	N/A	N/A	N/A	N/A
	Otros	N/A	N/A	N/A	N/A

POSEE SISBEN?: SI **N/A** NO **N/A**

BIENES AFECTADOS

TIPO DE BIEN		DESCRIPCIÓN	UBICACIÓN
MUEBLE	INMUEBLE		
N/A	N/A	N/A	N/A
N/A	N/A	N/A	N/A
N/A	N/A	N/A	N/A
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 **N/A** **No** **N/A**

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 UTILICEN LOS DATOS CONFORME A LAS POLITICAS DE PRIVACIDAD ADOPTADAS POR LA DEFENSORIA DEL PUEBLO.

SI **x** **No** **N/A**

DATOS DEL ENTREVISTADOR	**DATOS DEL ENTREVISTADO**
LINA MARIA RESTREPO MARTINEZ	MARIA CAMILA GIL PRIETO
NOMBRE(S) Y APELLIDO(S)	**NOMBRE(S) Y APELLIDO(S)**
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

DATOS TOMADOS DE LA ASIGNACION.

Nombre del responsable de la elaboración del presente formulario:

Fecha de elaboración: 3 de febrero de 2026
(dd-mm-aaaa)

(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)