Quibdó, 25 de marzo del 2026

Doctor
LUIS ENRIQUE MURILLO ROBLEDO
Defensor del pueblo regional choco
E.S.D

Apreciado saludo.

Por medio del presente me permito realizar entrega del informe de gestión del periodo correspondiente al mes de marzo del año 2026, con los soportes y datos necesarios exigidos por la defensoría regional, en los que se relaciona el número de procesos, copias de las actuaciones y asesorías realizadas en los turnos asignados y procesos asumidos.

De usted, gracias por la atención presentada.



YOMAIRA ESPINOSA MENA
Defensor público área derecho público y privado.
Cedula N°:26.261.877 de Quibdó
T.p: 315821 del C.S.J
Dirección de notificación: CALLE 27B #16-17 B/ COHIMBRA
Correo electrónico:yomaira0211@hotmail.com

Defensoria del Pueblo COLOMBIA	Proceso/Subproceso: Atención y Trámite / Defensoría Pública	Código : SD-P02-F17
		Versión: 05
	Manual, Instructivo o Formato: Solicitud del Servicio de Defensoría Pública - Asesoría	Vigente desde: 05/08/2020

VISIONWEB: RUP 40625008

Fecha y hora de recepción*: 01/13/2026 09:55 AM

Regional*: CHOCO

Aspectos generales del usuario del servicio.				
Nombre o razon social : KELLY JHOANA VELASQUEZ PLACIOS				Documento : 35898834
Direccion de residencia :	B/ZONA MINERA			Telefono : 3106297787
Ciudad de Residencia :	QUIBDO,[QUIBDO],(CHOCO)			Barrio : ZONA MINERA
Edad : 41	Género :	Estado Civil :	Correo:kellyjhoana2715@gamil.com	Idioma Etnico :
En condicion de discapacidad :				
Nivel educativo :		Comunidad LGBTI :	Fuerzas Militares :	Desplazado :
Conyuge o compañero permanente :				Numero de hijos :

Resumen de los hechos (Circunstancias de tiempo, modo y lugar) (*).

REFIERE DEFENSOR PUBLICO TRAMITE EJECUTIVO ALIMENTO AL PADRE DE SU HIJA MENOR DE EDAD

Tipo de Orientación brindada: (*)

SE LE BRINDO LA ASESORIA Y SE LE REQUIRIO LOS DOCUMENTOS PARA ADELANTAR SU DILIGENCIA

Tipo de Asesoria: Alimentos

Forma de conclusión: Peticion absuelta.

DATOS DEL ENTREVISTADOR	DATOS DEL ENTREVISTADO
YOMAIRA ESPINOSA MENA	KELLY JHOANA VELASQUEZ PLACIOS
NOMBRE(S) Y APELLIDO(S)	NOMBRE(S) Y APELLIDO(S)
Cargo, funcionario y/o Contratista	SI ☐ NO ☐
	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:
FIRMA DEL ENTREVISTADOR	FIRMA DEL POTENCIAL BENEFICIARIO

Scanned with CamScanner

Defensoria del Pueblo COLOMBIA	Proceso/Subproceso: Atención y Trámite / Defensoría Pública	Código : SD-P02-F17
		Versión: 05
	Manual, Instructivo o Formato: Solicitud del Servicio de Defensoría Pública - Asesoría	Vigente desde: 05/08/2020

VISIONWEB: RUP 40626184

Fecha y hora de recepción*: 01/13/2026 02:45 PM

Regional*: CHOCO

Aspectos generales del usuario del servicio.				
Nombre o razon social : SANDRA PAOLA MURILLO CABRERA				Documento : 1003932512
Direccion de residencia :	B/ CHAMBLUN			Telefono : 3108218807
Ciudad de Residencia :	QUIBDO,[QUIBDO],(CHOCO)			Barrio : CHAMBLUN
Edad : 42	Género :	Estado Civil :	Correo:murilllcabreraanyipaola@gamil.com	Idioma Etnico :
En condicion de discapacidad :				
Nivel educativo :		Comunidad LGBTI :	Fuerzas Militares :	Desplazado :
Conyuge o compañero permanente :				Numero de hijos :

Resumen de los hechos (Circunstancias de tiempo, modo y lugar) (*).

REFIERE DEFENSOR PUBLICO TRAMITE EJECUTIVO ALIMENTO AL PADRE DE SU HIJA MENOR DE EDAD POR INCUMPLIMIENTO ACUERDO

Tipo de Orientación brindada: (*)

SE LE BRINDO ASESORIA Y MANIFESTO LA USUARIA QUE EL SEÑOR ESTA CUMPLIENDO CON EL ACUERDO LLEGADO, POR TAL RAZON QUEDA COMO ASESORIA.

Tipo de Asesoria: Alimentos

Forma de conclusión: Peticion absuelta.

DATOS DEL ENTREVISTADOR	DATOS DEL ENTREVISTADO
YOMAIRA ESPINOSA MENA	SANDRA PAOLA MURILLO CABRERA
NOMBRE(S) Y APELLIDO(S)	NOMBRE(S) Y APELLIDO(S)
Cargo, funcionario y/o Contratista	SI ☐ NO ☐
	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:
FIRMA DEL ENTREVISTADOR	FIRMA DEL POTENCIAL BENEFICIARIO

Scanned with CamScanner

Defensoria del Pueblo COLOMBIA	Proceso/Subproceso: Atención y Trámite / Defensoria Pública	Código : SD-P02-F17
		Versión: 05
	Manual, Instructivo o Formato: Solicitud del Servicio de Defensoria Pública - Asesoría	Vigente desde: 05/08/2020

VISIONWEB: RUP 40626278

Fecha y hora de recepción*: 01/13/2026 02:50 PM Regional*: CHOCO

Aspectos generales del usuario del servicio.				
Nombre o razon social : YIANNY YULIETH CUESTA GALLEGO				Documento : 1077487345
Direccion de residencia :	B/ LAS MERCEDES			Telefono : 3103931829
Ciudad de Residencia :	QUIBDO,[QUIBDO],(CHOCO)			Barrio : LAS MERCEDES
Edad : 43	Género :	Estado Civil :	Correo:gallegoanny13@gamil.com	Idioma Etnico :
En condicion de discapacidad :				
Nivel educativo :		Comunidad LGBTI :	Fuerzas Militares :	Desplazado :
Conyuge o compañero permanente :				Numero de hijos :

Resumen de los hechos (Circunstancias de tiempo, modo y lugar) (*).

REFIERE DEFENSOR PUBLICO TRAMITE ASESORÍA PARA RECONOCIMIENTO DE LA PARTERNIDA DE SU HIJO Y ANULAR UN REGISTRO CIVIL.

Tipo de Orientación brindada: (*)

SE LE BRINDO ASESORIA Y SE LE REQUIRIO LA DOCUMENTACION PARA ADELANTAR SU DILIGENCIA.

Tipo de Asesoria: Filiacion

Forma de conclusión: Peticion absuelta.

DATOS DEL ENTREVISTADOR	DATOS DEL ENTREVISTADO
YOMAIRA ESPINOSA MENA	YIANNY YULIETH CUESTA GALLEGO
NOMBRE(S) Y APELLIDO(S)	NOMBRE(S) Y APELLIDO(S)
Cargo, funcionario y/o Contratista	SI ☐ NO ☐
	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.
FIRMA DEL ENTREVISTADOR	FIRMA DEL POTENCIAL BENEFICIARIO

Scanned with CamScanner

Defensoria del Pueblo COLOMBIA	Proceso/Subproceso: Atención y Trámite / Defensoría Pública	Código : SD-P02-F17
		Versión: 05
	Manual, Instructivo o Formato: Solicitud del Servicio de Defensoría Pública - Asesoría	Vigente desde: 05/08/2020

VISIONWEB: RUP 40625080

Fecha y hora de recepción*: 01/13/2026 04:45 PM

Regional*: CHOCO

Aspectos generales del usuario del servicio.				
Nombre o razon social : ATANACIA MORENO MORENO				Documento : 26268210
Direccion de residencia :	B/ FUEGO VERDE			Telefono : 3108389638
Ciudad de Residencia :	QUIBDO,[QUIBDO],(CHOCO)			Barrio : FUEGO VERDE
Edad : 44	Género :	Estado Civil :	Correo:noregistra@nada.com	Idioma Etnico :
En condicion de discapacidad :				
Nivel educativo :		Comunidad LGBTI :	Fuerzas Militares :	Desplazado :
Conyuge o compañero permanente :				Numero de hijos :

Resumen de los hechos (Circunstancias de tiempo, modo y lugar) (*).

REFIERE DEFENSOR PUBLICO TRAMITE ACCION DE TUTELA

Tipo de Orientación brindada: (*)

SE LE LLAMO A LA USUARIA Y MANIFESTO QUE CUENTA CON UN ABOGADO PARTICULAR Y REQUERIA SABER SI PODIA TENER 2 ABOGADOS Y SE LE MANIFESTO QUE NO ERA POSIBLE.

Tipo de Asesoria: Via gubernativa

Forma de conclusión: Peticion absuelta.

DATOS DEL ENTREVISTADOR	DATOS DEL ENTREVISTADO
YOMAIRA ESPINOSA MENA	ATANACIA MORENO MORENO
NOMBRE(S) Y APELLIDO(S)	NOMBRE(S) Y APELLIDO(S)
Cargo, funcionario y/o Contratista	SI ☐ NO ☐
	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:
FIRMA DEL ENTREVISTADOR	FIRMA DEL POTENCIAL BENEFICIARIO

Scanned with CamScanner

Defensoria del Pueblo COLOMBIA	Proceso/Subproceso: Atención y Trámite / Defensoría Pública	Código : SD-P02-F17
		Versión: 05
	Manual, Instructivo o Formato: Solicitud del Servicio de Defensoría Pública - Asesoría	Vigente desde: 05/08/2020

VISIONWEB: RUP 40626093

Fecha y hora de recepción*: 01/13/2026 05:45 PM Regional*: CHOCO

Aspectos generales del usuario del servicio.			
Nombre o razon social : CINDY NIRLEY MENA VALLECILLA			Documento : 1077467150
Direccion de residencia :	B/ SANTO DOMINGO		Telefono : 3126509703
Ciudad de Residencia :	QUIBDO,[QUIBDO],(CHOCO)		Barrio : SANTO DOMINGO
Edad : 32	Género :	Estado Civil :	Correo:cindymena644@gamil.com
Idioma Etnico :			
En condicion de discapacidad :			
Nivel educativo :	Comunidad LGBTI :	Fuerzas Militares :	Desplazado :
Conyuge o compañero permanente :			Numero de hijos :

Resumen de los hechos (Circunstancias de tiempo, modo y lugar) (*).

REFIERE DEFENSOR PUBLICO TRAMITE DERECHO DE PETICIÓN

Tipo de Orientación brindada: (*)

MANIFIESTA QUE LA USUARIA YA RECIBIO ATENCION POR OTRO DEFENSOR PUBLICO

Tipo de Asesoria: Via gubernativa

Forma de conclusión: Peticion absuelta.

DATOS DEL ENTREVISTADOR	DATOS DEL ENTREVISTADO
YOMAIRA ESPINOSA MENA	CINDY NIRLEY MENA VALLECILLA
NOMBRE(S) Y APELLIDO(S)	NOMBRE(S) Y APELLIDO(S)
Cargo, funcionario y/o Contratista	SI ☐ NO ☐
	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:
FIRMA DEL ENTREVISTADOR	FIRMA DEL POTENCIAL BENEFICIARIO

Scanned with CamScanner

Defensoria del Pueblo COLOMBIA	Proceso/Subproceso: Atención y Trámite / Defensoría Pública	Código : SD-P02-F17
		Versión: 05
	Manual, Instructivo o Formato: Solicitud del Servicio de Defensoría Pública - Asesoría	Vigente desde: 05/08/2020

VISIONWEB: RUP 40770721

Fecha y hora de recepción*: 03/25/2026 11:15 AM Regional*: CHOCO

Aspectos generales del usuario del servicio.			
Nombre o razon social : ISABEL MURILLO VILLAR			Documento : 35602002
Direccion de residencia :	B/ OBRERO		Telefono : 3112667531
Ciudad de Residencia :	QUIBDO,[QUIBDO],(CHOCO)		Barrio : B/ OBRERO
Edad : 47	Género :	Estado Civil :	Correo:majole0521@gmail.com
Idioma Etnico :			
En condicion de discapacidad :			
Nivel educativo :	Comunidad LGBTI :	Fuerzas Militares :	Desplazado :
Conyuge o compañero permanente :			Numero de hijos :

Resumen de los hechos (Circunstancias de tiempo, modo y lugar) (*).

MANIFIESTA QUE NECESITA ASISTENCIA ALIMENTARIA ELLA Y SUS HIJOS

Tipo de Orientación brindada: (*)

SE LE LLAMA A LA USUARIA, SE ESCUCHO SU VERSION Y SE LE BRINDO ASESORIA PARA ADELANTAR LA DILIGENCIA QUE ELLA REQUIERE

Tipo de Asesoria: Alimentos

Forma de conclusión: Peticion absuelta.

DATOS DEL ENTREVISTADOR	DATOS DEL ENTREVISTADO
YOMAIRA ESPINOSA MENA	ISABEL MURILLO VILLAR
NOMBRE(S) Y APELLIDO(S)	NOMBRE(S) Y APELLIDO(S)
Cargo, funcionario y/o Contratista	SI [ ] NO [ ] 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:
FIRMA DEL ENTREVISTADOR	FIRMA DEL POTENCIAL BENEFICIARIO

Scanned with CamScanner