

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

VISIONWEB:	RUP	40695974
------------	-----	----------

Fecha y hora de recepción:	02/20/2026 09:00 AM	Regional:	SAN ANDRES Y PROVIDENCIA
----------------------------	---------------------	-----------	--------------------------

Aspectos generales del usuario del servicio.			
Nombre o razon social : CESAR AUGUSTO TRIANA PATERNINA		Documento : 1123638171	
Direccion de residencia : SAN LUIS		Telefono : 3166939379	
Ciudad de Residencia : SAN ANDRES, [SAN ANDRES], (SAN ANDRES)		Barrio : SAN LUIS	
Edad : 30	Género :	Estado Civil :	Correo: CESARTRIANAPATERNINA@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) (*).			
PARA ILIANA. ASESORIA RESPECTO A CUMPLIMIENTO DE CONCILIACION CON SU PADRE.			
Tipo de Orientación brindada: (*)			
SE BRINDA ASESORIA AL USUARIO CON RESPECTO AL PAGO O ABONOS CON RESPECTO A CONCILIACION PREJUDICIAL EN EL CUAL SE LE ORIENTA A RECIBIRLOS HASTA EL DIA DEL CUMPLIMIENTO SE LA OBLIGACION SUSCRITA CON SU PADRE			
Tipo de Asesoría: Conciliación extrajudicial			
Forma de conclusión: Petición absuelta.			

DATOS DEL ENTREVISTADOR	DATOS DEL ENTREVISTADO
<p>ILIANA BISCAINO</p> <p>NOMBRE(S) Y APELLIDO(S)</p> <p>Cargo, funcionario y/o Contratista</p> <p>FIRMA DEL ENTREVISTADOR</p>	<p>CESAR AUGUSTO TRIANA PATERNINA</p> <p>NOMBRE(S) Y APELLIDO(S)</p> <p>SI ☒ NO ☐</p> <p>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:</p> <p>FIRMA DEL POTENCIAL BENEFICIARIO</p>

Constancia de asesoría para el usuario (*)			
Lugar de recepción: SAN ANDRES Y PROVIDENCIA	Fecha y hora de recepción: 02/20/2026 09:00 AM	Regional: SAN ANDRES Y PROVIDENCIA	
Nombre o razon social : CESAR AUGUSTO TRIANA PATERNINA	Documento : 1123638171	Fecha de expedición : 02/20/2026	
Tipo de Asesoría: Conciliación extrajudicial			
Forma de conclusión: Petición absuelta.			
Funcionario y/o Contratista que brindó la Asesoría: ILIANA BISCAINO			Firma:

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

VISIONWEB:	RUP	40689349
------------	-----	----------

Fecha y hora de recepción:	02/18/2026 02:30 PM	Regional:	SAN ANDRES Y PROVIDENCIA
----------------------------	---------------------	-----------	--------------------------

Aspectos generales del usuario del servicio.			
Nombre o razón social : FRANCELIS DEL CARMEN HERNANDEZ ESPITIA		Documento : 1006868461	
Dirección de residencia :	AV. COSTA RICA, EDIFICIO PRONTA OFICINA 301	Telefono : 3182113909	
Ciudad de Residencia :	SAN ANDRES,[SAN ANDRES],[SAN ANDRES]	Barrio : CENTRO	
Edad : 32	Género :	Estado Civil :	Correo:branjhon2113@gmail.com
Idioma Etnico :			
En condición 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) (*)			
LA USUARIA MANIFIESTA QUE ACUDE A LA DEFENSORIA DEL PUEBLO PARA INICIAR UNA DEMANDA POR INASISTENCIA ALIMENTARIA, YA QUE EL PADRE DE SUS HIJOS LLEVA APROXIMADAMENTE UN AÑO SIN DARLE DINERO. SOLICITA ORIENTACIÓN Y ACOMPAÑAMIENTO JURÍDICO PARA AVANZAR EN EL CASO Y GARANTIZAR EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES ALIMENTARIAS.			
Tipo de Orientación brindada: (*)			
SE LE BRINDA ASESORIA A LA USUARIA QUIEN BUSCA QUE EL PADRE DE SUS HIJOS CUMPLA CON LOS ALIMENTOS MOTIVOS POR EL CUAL SE LE ORIENTA A ACUDIR AL ICBF CON EL FIN DE CITARLO Y FIJAR UNA CUOTA DE ALIMENTOS Y EN CASO DE NO LLEGAR A UN ACUERDO REMITIR A LA DEFENSORIA CON EL FIN DE DEMANDARLO			
Tipo de Asesoría: Alimentos			
Forma de conclusión: Peticion absuelta.			
DATOS DEL ENTREVISTADOR		DATOS DEL ENTREVISTADO	
ILIANA BISCAINO NOMBRE(S) Y APELLIDO(S) Cargo, funcionario y/o Contratista: <i>D. Pública</i> FIRMA DEL ENTREVISTADOR: <i>[Firma]</i>		FRANCELIS DEL CARMEN HERNANDEZ ESPITIA NOMBRE(S) Y APELLIDO(S) 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 POTENCIAL BENEFICIARIO: <i>FRANCELIS HERNANDEZ</i>	

Constancia de asesoría para el usuario (*)			
Lugar de recepción:	SAN ANDRES Y PROVIDENCIA	Fecha y hora de recepción:	02/18/2026 02:30 PM
Regional:	SAN ANDRES Y PROVIDENCIA	Documento :	1006868461
Nombre o razón social :	FRANCELIS DEL CARMEN HERNANDEZ ESPITIA	Fecha de expedición :	02/18/2026
Tipo de Asesoría: Alimentos			
Forma de conclusión: Peticion absuelta.			
Funcionario y/o Contratista que brindó la Asesoría: ILIANA BISCAINO			Firma: <i>[Firma]</i>

	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 <input type="text" value="40662102"/>			
Fecha y hora de recepción: 02/04/2026 09:00 AM		Regional*: SAN ANDRES Y PROVIDENCIA	

Aspectos generales del usuario del servicio.			
Nombre o razón social : MILENA PATRICIA CANTILLO LICONA		Documento : 40992535	
Dirección de residencia : LOX BAIT		Telefono : 3186052609	
Ciudad de Residencia : SAN ANDRES, [SAN ANDRES], (SAN ANDRES)		Barrio : LOX BIGTH	
Edad : 40	Género :	Estado Civil :	Correo:shammiet09@hotmail.com
Idioma Etnico :			
En condición 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) (*)			
LA USUARIA MANIFIESTA QUE SOLICITA DE UN ABOGADO PARA EN FAMILIA PARA EL COBRO DE LA COUTA ALIMENTARIA DE SUS HIJOS			
Tipo de Orientación brindada: (*)			
SE LE B RINDA ASESORIA A LA USUARI Y SE ORIENTA A AREALIZAR CONCILIACION EXTRAJUDICIAL ANTE ICBF PREVIO A SOLICITAR ANTE JJUEZ DEMANDA DE REGULACION DE CUOTA DE ALIMENTO			
Tipo de Asesoría: Alimentos			
Forma de conclusión: Petición absuelta.			
DATOS DEL ENTREVISTADOR		DATOS DEL ENTREVISTADO	
ILIANA BISCAINO NOMBRE(S) Y APELLIDO(S) Cargo, funcionario y/o Contratista FIRMA DEL ENTREVISTADOR		MILENA PATRICIA CANTILLO LICONA NOMBRE(S) Y APELLIDO(S) 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 POTENCIAL BENEFICIARIO	

Constancia de asesoría para el usuario (*)			
Lugar de SAN ANDRES Y PROVIDENCIA	Fecha y hora de recepción: 02/04/2026 09:00 AM	Regional*: SAN ANDRES Y PROVIDENCIA	
Nombre o razón social : MILENA PATRICIA CANTILLO LICONA	Documento : 40992535	Fecha de expedición : 02/04/2026	
Tipo de Asesoría: Alimentos			
Forma de conclusión: Petición absuelta.			
Funcionario y/o Contratista que brindó la Asesoría: ILIANA BISCAINO			Firma:

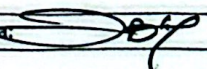
	Proceso/Subproceso: Atención y Trámite / Defensoría Pública	Código : SD-P02-F17
	Manual, Instructivo o Formato: Solicitud del Servicio de Defensoría Pública - Asesoría	Versión: 05
		Vigente desde: 05/08/2020

VISIONWEB:	RUP	39126985
------------	-----	----------

Fecha y hora de recepción*:	02/04/2026 10:00 AM	Regional*:	SAN ANDRES Y PROVIDENCIA
-----------------------------	---------------------	------------	--------------------------

Aspectos generales del usuario del servicio.			
Nombre o razon social : LILIANA GUERRERO MARTINEZ		Documento : 40988920	
Direccion de residencia : BARRIO LOMA BOLIVARIANO DIAGONAL POSADA CANO		Telefono : 3185919995	
Ciudad de Residencia : SAN ANDRES, [SAN ANDRES], (SAN ANDRES)		Barrio : LOMA	
Edad : 45	Género :	Estado Civil :	Correo: mnom21@hotmail.com
Idioma Etnico :			
En condicion de discapacidad :			
Nivel educativo :		Comunidad LGBTI :	Fuerzas Militares :
Desplazado :		Numero de hijos :	
Conyuge o compañero permanente :			
Resumen de los hechos (Circunstancias de tiempo, modo y lugar) (*).			
LA USUARIA MANIFIESTA QUE A LA SE&#65533;ORA LILIANA GUERREO QUE CONVIVIO CON OMAR ANTONIO MOSQUERA, LOS CUALES CONVIVIERON TRES AÑOS , Y NO TIENE HIJOS NI VIENES QUIEREN DIVORCIARSE Y LIQUIDAR LA SOCIEDAD CONYUGAL			
Tipo de Orientación brindada: (*)			
SE ENTREVISTA A LA USUARIA QWUIEN QUIERE SABER COMO VA SU PRTOCRSO DE DIVORCIO QUE SE ENCUENTRA ANTE EL JUZGADO 2DO DE FAMILIA, Y SE LE INFORMA QUE AUN ESTA EN ESTADO DE ADECUACION A DIVORCIO DE MUTUO CONSENTIMIENTO			
Tipo de Asesoría: Estado civil			
Forma de conclusión: Peticion absuelta.			

DATOS DEL ENTREVISTADOR	DATOS DEL ENTREVISTADO
<p>ILIANA BISCAINO</p> <p>NOMBRE(S) Y APELLIDO(S)</p> <p>Cargo, funcionario y/o Contratista</p> <p>FIRMA DEL ENTREVISTADOR</p>	<p>LILIANA GUERRERO MARTINEZ</p> <p>NOMBRE(S) Y APELLIDO(S)</p> <p>SI ☒ NO ☐</p> <p>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:</p> <p>FIRMA DEL POTENCIAL BENEFICIARIO</p> <p>Telefonica</p>

Constancia de asesoría para el usuario (*)			
Lugar de recepción: SAN ANDRES Y PROVIDENCIA	Fecha y hora de recepción*: 02/04/2026 10:00 AM	Regional*: SAN ANDRES Y PROVIDENCIA	
Nombre o razon social : LILIANA GUERRERO MARTINEZ	Documento : 40988920	Fecha de expedición : 02/04/2026	
Tipo de Asesoría: Estado civil			
Forma de conclusión: Peticion absuelta.			
Funcionario y/o Contratista que brindó la Asesoría: ILIANA BISCAINO			Firma: 

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

VISIONWEB:	RUP	40675379
------------	-----	----------

Fecha y hora de recepción*:	02/12/2026 09:00 AM	Regional*:	SAN ANDRES Y PROVIDENCIA
-----------------------------	---------------------	------------	--------------------------

Aspectos generales del usuario del servicio.			
Nombre o razon social : HEIDY VIVANCO CUESTA		Documento : 40994206	
Direccion de residencia : AV. JUAN 231		Telefono : 3208288717	
Ciudad de Residencia : SAN ANDRES, [SAN ANDRES], (SAN ANDRES)		Barrio : CENTRO	
Edad : 34	Género :	Estado Civil :	Correo:jhinzyginnell@gmail.com
Idioma Etnico :			
En condición 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) (*).			
LA USUARIA SOLICITA ASIGNACION DE UN ABOGADO PARA INICIAR PROCESO DE LIQUIDACION DE LA UNION MARITAL DE HECHO Y SEPARACION DE BIENES			
Tipo de Orientación brindada: (*)			
SE BRINDA ASESORIA A LA USUARIA A QUIEN SE LE MANIFIESTA CUALES SON LOS DOCUMENTOS QUE NECESITA PARA INICIAR PROCESO DE DECLARACION DE UNION MARITAL Y LIQUIDACION DE SOCIEDAD PATRIMONIAL			
Tipo de Asesoría: Union marital de hecho			
Forma de conclusión: Peticion absuelta.			

DATOS DEL ENTREVISTADOR	DATOS DEL ENTREVISTADO
<p>ILIANA BISCAINO</p> <p>NOMBRE(S) Y APELLIDO(S)</p> <p>Cargo, funcionario y/o Contratista</p> <p>FIRMA DEL ENTREVISTADOR</p>	<p>HEIDY VIVANCO CUESTA</p> <p>NOMBRE(S) Y APELLIDO(S)</p> <p>SI ☒ NO ☐</p> <p>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:</p> <p>FIRMA DEL POTENCIAL BENEFICIARIO</p>

Constancia de asesoría para el usuario (*)			
Lugar de recepción: SAN ANDRES Y PROVIDENCIA	Fecha y hora de recepción*: 02/12/2026 09:00 AM	Regional*: SAN ANDRES Y PROVIDENCIA	
Nombre o razon social : HEIDY VIVANCO CUESTA	Documento : 40994206	Fecha de expedición : 02/12/2026	
Tipo de Asesoría: Union marital de hecho			
Forma de conclusión: Peticion absuelta.			
Funcionario y/o Contratista que brindó la Asesoría: ILIANA BISCAINO			Firma:

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

VISIONWEB:	RUP	40679691
------------	-----	----------

Fecha y hora de recepción:	02/11/2026 04:30 PM	Regional:	SAN ANDRES Y PROVIDENCIA
----------------------------	---------------------	-----------	--------------------------

Aspectos generales del usuario del servicio.			
Nombre o razon social : SANTAMARIA GIUSI		Documento : 5717189	
Direccion de residencia : ITALIA VIA GOGOL # 2 CIUDAD REGGIO EMILIA		Telefono : 3933889105	
Ciudad de Residencia : SAN ANDRES, [SAN ANDRES], (SAN ANDRES)		Barrio : 0	
Edad : 0	Género :	Estado Civil :	Correo:giusisnt@libero.it
Idioma Etnico :			
En condicion de discapacidad :			
Nivel educativo :		Comunidad LGBTI :	Fuerzas Militares :
Desplazado :		Numero de hijos :	
Conyuge o compañero permanente :			
Resumen de los hechos (Circunstancias de tiempo, modo y lugar) (*).			
USUARIA MANIFIESTA QUE REQUIERE ASIGNACION DE DEFENSOR PUBLICO PARA INSTAURAR DEMANDA CIVIL POR RESPONSABILIDAD PROFESIONAL. EN CONTRA DE UN ABOGADO QUE PRESUNTAMENTE NO ACTUO EN DEFENSA DE SU FUTURO ESPOSO DE NOMBRE EDWIN DE JESUS HERRERA CARDONA C.C. 1123626397			
Tipo de Orientación brindada: (*)			
ASIGNACION DE DEFENSOR PUBLICO CIVIL			
Tipo de Asesoría:			
Forma de conclusión:			

DATOS DEL ENTREVISTADOR	DATOS DEL ENTREVISTADO
ILIANA BISCAINO NOMBRE(S) Y APELLIDO(S) CARGO, funcionario y/o Contratista FIRMA DEL ENTREVISTADOR	SANTAMARIA GIUSI NOMBRE(S) Y APELLIDO(S) 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 POTENCIAL BENEFICIARIO

Constancia de asesoría para el usuario (*)			
Lugar de recepción: SAN ANDRES Y PROVIDENCIA	Fecha y hora de recepción: 02/11/2026 04:30 PM	Regional: SAN ANDRES Y PROVIDENCIA	
Nombre o razon social : SANTAMARIA GIUSI	Documento : 5717189	Fecha de expedición : 02/11/2026	
Tipo de Asesoría:			
Forma de conclusión:			
Funcionario y/o Contratista que brindó la Asesoría: ILIANA BISCAINO			Firma:

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

VISIONWEB:	RUP	40677887
------------	-----	----------

Fecha y hora de recepción*:	02/11/2026 04:00 PM	Regional*:	SAN ANDRES Y PROVIDENCIA
-----------------------------	---------------------	------------	--------------------------

Aspectos generales del usuario del servicio.			
Nombre o razon social : LEIDY VANESSA CERVANTES SANCHEZ		Documento : 1143397969	
Direccion de residencia : DIAGONAL CLINICA VILLARREAL		Telefono : 3127307059	
Ciudad de Residencia : SAN ANDRES, (SAN ANDRES), (SAN ANDRES)		Barrio : VIA SAN LUIS	
Edad : 40	Género :	Estado Civil :	Correo: cervantessanchesleidyvanessa1@gmail.com
En condicion de discapacidad :			
Nivel educativo :		Comunidad LGBTI :	Fuerzas Militares :
Conyuge o compañero permanente :			Desplazado :
Numero de hijos :			
Resumen de los hechos (Circunstancias de tiempo, modo y lugar) (*)			
LA USUARIA SOLICITA ASIGNACION DE ABOGADO PARA INCIAR UNA DEMANDA EJECUTIVA DE ALIMENTOS POR INASISTENCIA ALIMENTARIA E INCUMPLIMIENTO			
Tipo de Orientación brindada: (*)			
SE RINDA ASESORIA A LA USUARIA Y PIDRN DOCUMENTOS PARA POSIBLE PROCESO DE ALIMENTOS COMO REGISTRO DE NACIMIENTO DE SU HIJO MENOR, COPIA DE LA CEDULA			
Tipo de Asesoría: Alimentos			
Forma de conclusión: Petición absuelta.			

DATOS DEL ENTREVISTADOR	DATOS DEL ENTREVISTADO
<p>ILIANA BISCAINO</p> <p>NOMBRE(S) Y APELLIDO(S)</p> <p>Cargo, funcionario y/o Contratista</p> <p>FIRMA DEL ENTREVISTADOR</p>	<p>LEIDY VANESSA CERVANTES SANCHEZ</p> <p>NOMBRE(S) Y APELLIDO(S)</p> <p>SI ☒ NO ☐</p> <p>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:</p> <p>FIRMA DEL POTENCIAL BENEFICIARIO</p>

Constancia de asesoría para el usuario (*)			
Lugar de recepción: SAN ANDRES Y PROVIDENCIA	Fecha y hora de recepción*: 02/11/2026 04:00 PM	Regional*: SAN ANDRES Y PROVIDENCIA	
Nombre o razon social : LEIDY VANESSA CERVANTES SANCHEZ	Documento : 1143397969	Fecha de expedición : 02/11/2026	
Tipo de Asesoría: Alimentos			
Forma de conclusión: Petición absuelta.			
Funcionario y/o Contratista que brindó la Asesoría: ILIANA BISCAINO			Firma:

	Proceso/Subproceso: Atención y Trámite / Defensoría Pública	Código : SD-P02-F17
	Manual, Instructivo o Formato: Solicitud del Servicio de Defensoría Pública - Asesoría	Versión: 05
		Vigente desde: 05/08/2020
VISIONWEB: RUP <input type="text" value="40679456"/>		
Fecha y hora de recepción: 02/11/2026 03:00 PM	Regional*: SAN ANDRES Y PROVIDENCIA	

Aspectos generales del usuario del servicio.			
Nombre o razon social : TRISHA CATRINA FORBES GORDON		Documento : 1123629074	
Direccion de residencia : LOMA BROOKS HILL		Telefono : 3155770402	
Ciudad de Residencia : SAN ANDRES, (SAN ANDRES), (SAN ANDRES)		Barrio : LOMA	
Edad : 37	Género :	Estado Civil :	Correo: trishaforbes05@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) (*).			
LA USUSRIA MANIFIESTA QUE REQUIERE ASIGNACION DE BAIAGADO EN FAMILIA PARA ENTABLAR DEMANDA DE ALIMENTOS EN CONTRA DEL PADRE DE SU HIJO, QUIEN DESDE HACE 6 AÑOS ENTREGA LA ISMA CUOTA DE 200 MIL Y NO ES AUMENTADA A PESAR DE LOS AUMENTOS QUE POR LEY CORRESPONDE, ADEMAS NO CUENTA CON LOS BENEFICIOS QUE LA ARMADA LE OTORGA POR SER HIJO DE UN MILITAR DE RANGO PROFESIONAL			
Tipo de Orientación brindada: (*)			
SE BRINDA ASESORIA A LA USUARIA CON RESPECTO A PROCESO DE REGULACION DE CUPOTA DE ALIMENTOS Y SE LE PIDE REGISTRO DE NACIMIENTO Y CEDULA CO EL FIN DE INICIAR PROCEZO			
Tipo de Asesoría: Alimentos			
Forma de conclusión: Petición absuelta.			
DATOS DEL ENTREVISTADOR		DATOS DEL ENTREVISTADO	
ILIANA BISCAINO NOMBRE(S) Y APELLIDO(S) Cargo, funcionario y/o Contratista FIRMA DEL ENTREVISTADOR		TRISHA CATRINA FORBES GORDON NOMBRE(S) Y APELLIDO(S) 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 POTENCIAL BENEFICIARIO	

Constancia de asesoría para el usuario (*)			
Lugar de recepción: SAN ANDRES Y PROVIDENCIA	Fecha y hora de recepción*: 02/11/2026 03:00 PM	Regional*: SAN ANDRES Y PROVIDENCIA	
Nombre o razon social : TRISHA CATRINA FORBES GORDON	Documento : 1123629074	Fecha de expedición : 02/11/2026	
Tipo de Asesoría: Alimentos			
Forma de conclusión: Petición absuelta.			
Funcionario y/o Contratista que brindó la Asesoría: ILIANA BISCAINO			Firma: 

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

VISIONWEB:	RUP	40694753
------------	-----	----------

Fecha y hora de recepción:	02/25/2026 02:00 PM	Regional*:	SAN ANDRES Y PROVIDENCIA
----------------------------	---------------------	------------	--------------------------

Aspectos generales del usuario del servicio.			
Nombre o razon social : SHERYL JAMES CORPUS		Documento : 1123622941	
Direccion de residencia : LOMA BARAK SECTOR CLEIMON		Telefono : 3152084801	
Ciudad de Residencia : SAN ANDRES,[SAN ANDRES],[SAN ANDRES]		Barrio : CLAYMOINTH	
Edad : 40	Género :	Estado Civil :	Correo:jamesshoryl@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) (*)			
LA USUARIA MANIFIESTA QUE POSEE UN TERRENO FAMILIAR QUE SU ABUELA, ANTES DE FALLECER, DEJÓ A NOMBRE DE UNA PRIMA. INDICA QUE DICHA PERSONA DEBE RECONOCERLE O DESENGLOBAR SU PARTE CORRESPONDIENTE, POR LO QUE REQUIERE ORIENTACIÓN PARA CONTRATAR UN ABOGADO E INICIAR LAS GESTIONES LEGALES NECESARIAS. --			
Tipo de Orientación brindada: (*)			
SE LE BRINDA ASESORIA A LA USUARIA Y SE LE INDICA QUE DOCUMENTOS NECESITA PARA INICIAR UN JUICIO DE MPERTENENCIA POR QUE SU MADRE TIENE MAS DE 40 AÑOS VIVIENDO EN DICHO INMUEBLE PERO NO TIENE DOCUMENTOS PROPIOS			
Tipo de Asesoría: El derecho de dominio o propiedad			
Forma de conclusión: Petición absuelta.			
DATOS DEL ENTREVISTADOR		DATOS DEL ENTREVISTADO	
ILIANA BISCAINO NOMBRE(S) Y APELLIDO(S) Cargo, funcionario y/o Contratista FIRMA DEL ENTREVISTADOR		SHERYL JAMES CORPUS NOMBRE(S) Y APELLIDO(S) 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 POTENCIAL BENEFICIARIO	

Constancia de asesoría para el usuario (*)			
Lugar de recepción:	SAN ANDRES Y PROVIDENCIA	Fecha y hora de recepción:	02/25/2026 02:00 PM
Regional*:	SAN ANDRES Y PROVIDENCIA	Documento :	1123622941
Nombre o razon social :	SHERYL JAMES CORPUS	Fecha de expedición :	02/25/2026
Tipo de Asesoría: El derecho de dominio o propiedad			
Forma de conclusión: Petición absuelta.			
Funcionario y/o Contratista que brindó la Asesoría: ILIANA BISCAINO			Firma:

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

VISIONWEB:	RUP	40700662
------------	-----	----------

Fecha y hora de recepción:	02/25/2026 02:30 PM	Regional:	SAN ANDRES Y PROVIDENCIA
----------------------------	---------------------	-----------	--------------------------

Aspectos generales del usuario del servicio.			
Nombre o razon social : WENDEL PUSEY WATSON		Documento : 18000835	
Direccion de residencia : LOMA COVE DIAGONAL LA CASA LUDICA		Telefono : 3157239872	
Ciudad de Residencia : SAN ANDRES,[SAN ANDRES],[SAN ANDRES]		Barrio : COVE	
Edad : 59	Género :	Estado Civil :	Correo:wendelpusey@outlook.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 EL USUARIO QUE NECESITA UN ABOGADO, TODA VEZ QUE NECESITA INICIAR UN PROCESO DE SUCESIÓN.			
Tipo de Orientación brindada: (*)			
SE BRINDA ASESORIA A LA USUARIA CON RESPECTO A PROCESOS DE SUCESION NOTARIAL Y SE LE ORIENTA A HACERLA JUDICIAL POR QUE LA DEFENSORIA SOLO TIENE REPRESENTACION JUDICIAL, POR LO CUAL SE NIEGA A HACERLA JUDICIAL			
Tipo de Asesoría: El derecho de dominio o propiedad			
Forma de conclusión: Peticion absuelta.			
DATOS DEL ENTREVISTADOR		DATOS DEL ENTREVISTADO	
ILIANA BISCAINO NOMBRE(S) Y APELLIDO(S) Cargo, funcionario y/o Contratista FIRMA DEL ENTREVISTADOR		WENDEL PUSEY WATSON NOMBRE(S) Y APELLIDO(S) 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 POTENCIAL BENEFICIARIO	

Constancia de asesoría para el usuario (*)			
Lugar de recepción: SAN ANDRES Y PROVIDENCIA	Fecha y hora de recepción: 02/25/2026 02:30 PM	Regional: SAN ANDRES Y PROVIDENCIA	
Nombre o razon social : WENDEL PUSEY WATSON	Documento : 18000835	Fecha de expedición : 02/25/2026	
Tipo de Asesoría: El derecho de dominio o propiedad			
Forma de conclusión: Peticion absuelta.			
Funcionario y/o Contratista que brindó la Asesoría: ILIANA BISCAINO			Firma:

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

VISIONWEB:	RUP	40694721
------------	-----	----------

Fecha y hora de recepción:	02/25/2026 03:00 PM	Regional:	SAN ANDRES Y PROVIDENCIA
----------------------------	---------------------	-----------	--------------------------

Aspectos generales del usuario del servicio.			
Nombre o razón social : MARTIN ANDRES OROZCO MARTINEZ		Documento : 1123626723	
Dirección de residencia : BARRIO ROCOSA		Telefono : 3102444423	
Ciudad de Residencia : SAN ANDRES, [SAN ANDRES], (SAN ANDRES)		Barrio : 0	
Edad : 0	Género :	Estado Civil :	Correo: martorozco@gmail.com
Idioma Etnico :			
En condición de discapacidad :			
Nivel educativo :		Comunidad LGBTI :	Fuerzas Militares :
Desplazado :		Numero de hijos :	
Conyuge o compañero permanente :			
Resumen de los hechos (Circunstancias de tiempo, modo y lugar) (*).			
EL USUARIO SOLICITA ASESORIA PARA UN DIVORCIO, INDICA QUE LA EXPAREJA LE HA INDICADO QUE SEA DE MUTUO ACUERDO			
Tipo de Orientación brindada: (*)			
EL USUARIO SOLICITA ASESORIA PARA UN DIVORCIO, INDICA QUE LA EXPAREJA LE HA INDICADO QUE SEA DE MUTUO ACUERDO.			
Tipo de Asesoría:			
Forma de conclusión:			
DATOS DEL ENTREVISTADOR		DATOS DEL ENTREVISTADO	
ILIANA BISCAINO NOMBRE(S) Y APELLIDO(S) Cargo, funcionario y/o Contratista FIRMA DEL ENTREVISTADOR		MARTIN ANDRES OROZCO MARTINEZ NOMBRE(S) Y APELLIDO(S) 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 POTENCIAL BENEFICIARIO	

Constancia de asesoría para el usuario (*)			
Lugar de SAN ANDRES Y PROVIDENCIA	Fecha y hora de recepción: 02/25/2026 03:00 PM	Regional: SAN ANDRES Y PROVIDENCIA	
Nombre o razón social : MARTIN ANDRES OROZCO MARTINEZ	Documento : 1123626723	Fecha de expedición : 02/25/2026	
Tipo de Asesoría:			
Forma de conclusión:			
Funcionario y/o Contratista que brindó la Asesoría: ILIANA BISCAINO			Firma: 