

CENTRO DE SERVICIOS JUDICIALES
DE SAN JOSÉ DEL GUAVIARE
SOLICITUD DE AUDIENCIA PRELIMINAR

Departamento: **GUAVIARE** Municipio **San José del Guaviare** Fecha Hora:

--	--	--	--

1. Código único de la investigación:

Dpto.	Municipio	Entidad	Unidad Receptora	Año					Consecutivo										

2. Audiencia Preliminar que se solicita:

Audiencia	FECHA EVENTO	HORA EVENTO	Reservada	
			SI	NO
1.				
2.				
3.				
4.				

Delito	Código			
1.				
2.				
3.				

3. Datos para citación:

DATOS DEL INDICIADO O INVESTIGADO																			
Cédula de ciudadanía	No.																		
Expedido	Departamento:							Municipio:											
Nombres:								Apellidos:											
Apodo:								Estado Civil											
Capturado	SI		Lugar								Fecha	d	d	m	m	a	a	a	a
Lugar de notificación																			
Dirección:									Barrio:										
Departamento:									Municipio:										
Teléfono:									Correo electrónico:										
Datos de los Padres																			
Nombres:									Apellidos:										
Nombres:									Apellidos:										

CENTRO DE SERVICIOS JUDICIALES
DE SAN JOSÉ DEL GUAVIARE
SOLICITUD DE AUDIENCIA PRELIMINAR

DATOS DE LA DEFENSA											
Tiene asignado defensor?			SI	Público:	DP	CJ	Privado	X	LT	T.P. No.	
Tipo de documento:		C.C.	X	Pas.		c.e.		otro		No.	
Expedido en		Departamento:						Municipio:			
Nombres:							Apellidos:				
Lugar de notificación											
Dirección:							Barrio:				
Departamento:							Municipio:				
Teléfono:					Correo electrónico:						
OTROS CITADOS											
Calidad en que se cita:		Perito				Investigador				Testigo	
								Otro			
Tipo de documento:		C.C.		Pas.		c.e.		otro		No.	
Expedido en		Departamento:						Municipio:			
Nombres:							Apellidos:				
Lugar de residencia											
Dirección:							Barrio:				
Departamento:							Municipio:				
Teléfono:					Correo electrónico:						

Datos relacionados con el Fiscal que conoce del caso

Nombre:

Unidad			Especialidad						Código Fiscal					
--------	--	--	--------------	--	--	--	--	--	---------------	--	--	--	--	--

4. Sujeto procesal o interviniente que solicita la audiencia:

Defensor	x	Fiscal		Ministerio Público							
Nombres y apellidos									Código		
Dirección:										Oficina:	
Departamento:		GUAVIARE				Municipio:		SAN JOSÉ DEL GUAVIARE			
Teléfono:		Fijo:				Celular:					

Firma del Solicitante