|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Fecha** | dd | mm | aaaa |
|

**Número de Radicado:**

**Hora:**

**INFORMACIÓN PERSONAL**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nombres y Apellidos: | Género  | Edad: |
| Documento de Identificación | T.I | C.C. | C.E | PAS. | No | Nacionalidad | Colombiana | Extranjera |
| Dirección |  | Ciudad: | Teléfono Fijo |  | Celular |  |
| Correo Electrónico |  | Sisbén | SI | NO | Categoria |
| Discapacidad | SI | NO | Tipo de Discapacidad |  |

**INFORMACIÓN FAMILIAR**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Estado Civil | Casado: | Soltero: | Unión libre (UMH): | Otro: |
| Nombre del o la Cónyuge o del compañero(a) permanente: |
| Nombre de Familiar Allegado: |
| Dirección |  | Ciudad: | Teléfono Fijo |  | Celular |  |

**INFORMACIÓN LABORAL**

|  |
| --- |
| Profesión: |
| Actualmente se encuentra laborando: | SI |  | NO |  |
| Independiente: | Asalariado: | Empresa donde presta el servicio: |
| Clase de Contrato | Término fijo | Indefinido | Prestación de servicios | Otro |
| Se encuentra afiliado a seguridad social | Salud | Pensión | ARL | Otro |
| Ocupación del cónyuge o compañero permanente |  |

**HISTORIAL DE ATENCIÓN**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Se encuentra en situación de desplazamiento: | SI |  | NO |  |
| Lugar de desplazamiento |  |
| Fecha de desplazamiento |  |
| Motivo del desplazamiento |  |

**BREVE EXPOSICIÓN DE LA CONSULTA**

**OBSERVACIONES**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Área de consulta** | **Pública** |  | **Privada** |  | **Laboral** |  | **Penal** |  |

**RELACIÓN DE DOCUMENTOS RECIBIDOS (fotocopia)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Documento** | **No de Copias** | **No** | **Documento** | **No Copias** |
| **1.** |  |  | **4.** |  |  |
| **2.** |  |  | **5.** |  |  |
| **3.** |  |  | **6.** |  |  |

|  |
| --- |
| **Solicitante** |
| Nombres y Apellidos | Espacio para la huella |
| Firma y Documento de Identidad |

**Abogado en formación O ASESOR que recepciona**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombres y Apellidos | Firma y Documento de Identidad |

**uso interno exclusivamente**

|  |
| --- |
| Docente de práctica encargado (a): (nombre y apellido): |
| Fecha de autorización |
| Abogado(a) en formación asignado: |