

**FISCALÍA GENERAL DE LA NACIÓN
FORMATO UNICO DE NOTICIA CRIMINAL
CONOCIMIENTO INICIAL**

Fecha de Recepción: 07-11-2025
Hora: 10:53:12
Departamento: BOGOTÁ, D. C.
Municipio: BOGOTÁ, D.C.

NÚMERO ÚNICO DE NOTICIA CRIMINAL

Caso Noticia: 110016000012202515105
Departamento: 11-BOGOTÁ, D. C.
Municipio: 1-BOGOTÁ, D.C.
Entidad Receptora: 60-Fiscalía General de la Nación
Unidad Receptora: 12-SAU (SALA DE ATENCION AL USUARIO) -
CENTRO - BOGOTÁ
Año: 2025
Consecutivo: 15105

Fiscal.

TIPO DE NOTICIA

Tipo de Noticia: DENUNCIA
Delito Referente: INASISTENCIA ALIMENTARIA ART. 233 C.P. - P.A.
Modo de operación del delito: -
Grado del delito: NINGUNO
Ley de Aplicabilidad: Ley 906

AUTORIDADES

¿El usuario es remitido por una Entidad?: NO

DATOS DEL DENUNCIANTE O QUERELLANTE

Tipo de Documento: CEDULA DE CIUDADANIA
Número de Documento: -
Fecha de Expedición: -
País de Expedición: -
Departamento de Expedición: -
Ciudad de Expedición: -

Primer Nombre:	CRISTIAN
Segundo Nombre:	CAMILO
Primer Apellido:	VELASQUEZ
Segundo Apellido:	MENDEZ
País de Nacimiento:	COLOMBIA
Departamento de Nacimiento:	BOGOTÁ, D. C.
Municipio de Nacimiento:	BOGOTÁ, D.C.
Fecha de Nacimiento:	07-11-2025
Edad:	0
Sexo:	HOMBRE
Tiene alguna discapacidad:	No
Pertenece a alguna de las poblaciones de especial protección:	No
Tipo de Dirección:	Residencia
Dirección de Correspondencia:	KR 18 N 76 10 SUR
Complemento Dirección de Correspondencia:	LA ESTRELLA
País de Correspondencia:	COLOMBIA
Departamento de Correspondencia:	BOGOTÁ, D. C.
Municipio de Correspondencia:	BOGOTÁ, D.C.
Teléfono Celular:	3108090586
Teléfono Fijo:	-
Correo Electrónico:	CRISTIANCAMILO170715@GMAIL.COM
Por qué Medio Desea ser Contactado:	Celular
Estimación de los daños y perjuicios:	-

VÍCTIMAS

¿Tiene información sobre la(s) víctimas(s)?: No

INDICIADOS

¿Tiene información sobre el o los posible(s) indiciado(s)?: Sí

¿Cuántas personas participaron en la comisión del delito?: 1

¿De cuántas de estas personas tiene información para aportar?: 1

DATOS DEL INDICIADO

Tipo de Documento: CEDULA DE CIUDADANIA

Número de Documento:	1033806074
Fecha de Expedición:	-
País de Expedición:	-
Departamento de Expedición:	-
Ciudad de Expedición:	-
Primer Nombre:	YENIFFER
Segundo Nombre:	TATIANA
Primer Apellido:	QUINTERO
Segundo Apellido:	VELASQUEZ
País de Nacimiento:	-
Departamento de Nacimiento:	-
Municipio de Nacimiento:	-
Fecha de Nacimiento:	-
Edad:	-
Sexo:	-
Alias:	-
Tiene alguna discapacidad:	-
Pertenece a alguna de las poblaciones de especial protección:	-
¿tiene algún acento en particular?:	-
¿tiene rasgos o características físicas particulares?:	-
¿tiene algún tatuaje, aretes, anillos, cadenas, ropa u otros accesorios particulares?:	-
¿Pertenece o ha pertenecido a algún grupo delincencial?:	-
Calidad:	-
Nivel Académico:	-
Oficio:	-
Profesión:	-
Dirección de Correspondencia:	POR MI MEDIO SE PUEDE UBICAR
Complemento Dirección de Correspondencia:	POTOSI
País de Correspondencia:	COLOMBIA
Departamento de Correspondencia:	BOGOTÁ, D. C.
Municipio de Correspondencia:	BOGOTÁ, D.C.
Teléfono Celular:	3227548028
Teléfono Fijo:	-
Correo Electrónico:	-
Conoce el lugar en el que vive la víctima (ciudad, barrio, punto de referencia, etc.):	-
Conoce el lugar en el que trabaja la víctima (Ciudad, Barrio, Dirección, Nombre de la Empresa, Punto de Referencia, etc.):	-
Conoce el lugar que frecuenta la víctima (Ciudad, Barrio, Dirección, Punto de Referencia, etc.):	-
Otro medio de contacto:	-
Información adicional:	-

PRONUNCIAMIENTO
DENUNCIANTE
COMO LA
ASISTENCIA

TESTIGOS

¿Sabe usted si hay testigos? No
¿Cuántas personas fueron testigo del hecho denunciado? -
¿De cuántos de estos testigos tiene información para aportar? -

RELACIÓN ENTRE INTERVINIENTES

¿Existe o existió una relación entre el indiciado y la víctima? No

DATOS SOBRE LOS HECHOS

Se hace constar que el denunciante ha sido informado sobre: la obligación legal que tiene toda persona mayor de 18 años de denunciar cualquier hecho que tenga conocimiento y que las autoridades deban investigar de oficio; de la exoneración del deber de denunciar contra sí mismo, contra su cónyuge o compañero permanente, pariente en 4o. Grado de consanguinidad, de afinidad o civil, o hechos que haya conocido en el ejercicio de una actividad amparada por el secreto profesional; que la presente denuncia se realiza bajo la gravedad de juramento y acerca de las sanciones penales impuestas a quien incurra en falsa denuncia. (Artículos 67 - 69 del C.P.P y 435 - 436 C.P.).

Fecha de comisión de los hechos: 23-09-2023
Hora: 10:49:00
-
Para delitos de acción continuada: -
Fecha inicial de comisión: 23-09-2023
Hora: 10:49:00
Fecha final de comisión: -
Hora: -
-
Lugar de comisión de los hechos: -
Departamento: BOGOTÁ, D.C.
Municipio: BOGOTÁ, D.C./BOGOTÁ, D.C.
Localidad o Zona: -
Barrio: -
Dirección: la estrella
Latitud: 4.5811549
longitud: -74.1266533
¿Uso de armas?: NO
-
Uso de sustancias tóxicas: NO

RELATO DE LOS HECHOS

¿VIENE A DENUNCIAR?:
ASISTENCIA ALIMENTARIA

¿CÓMO LE PASÓ?:

DENUNCIO QUE LA MAMA DE MI HIJO ¿ MENOR DE EDAD QUE ES DISCAPACITADO DE NOMBRE CRISTOPER STIP VELASQUEZ QUINTERO CON TI 1029296476 EDAD 8 ANOS .- SU MAMA LA SENORA JENNIFER TATIANA QUINTERO VELASQUEZ. NO ME LE APORTA LA CUOTA MENSUAL DE \$ 250.000 PESOS QUE POR DECRETO LE REGULARON EN EL ICBF ZONAL DE CIUDAD BOLIVAR CON FECHA DE 22/09/2023 A LO CUAL DE LOS OTROS GASTOS DE SALUD, RECREACIÓN, EDUCACIÓN, VIVIENDO TAMPOCO APORTA. EL PRO SU CONDICIÓN LO TENGO EN UN SITIO ESPECIAL. ME TOCA A MI CORRER CON TODOS LOS GASTOS Y EN LO SEIS ANOS QUE YO LO TENGO ELA NO ME DA CASI O NADA. MAS QUE ELIA HASTA DONDE SE NO TRABAJA. HACE POCO TIENE UNA HIJA Y TIENE SU HOGAR APARTE MAS QUE POR NUESTRO HIJO NO SE INTERESA.

ABC especializada

¿CREE USTED QUE LOS HECHOS QUE VIENE A DENUNCIAR OCURRIERON POR SU ORIENTACIÓN SEXUAL Y/O IDENTIDAD DE GENERO?

No

ABC del Delito

Información Adicional

TIENE ALGUNA EVIDENCIA QUE APORTAR A LA DENUNCIA:

No

¿EN EL LUGAR DE LOS HECHOS O EN SUS ALREDEDORES EXISTEN CÁMARAS DE SEGURIDAD QUE HUBIERAN PODIDO GRABAR LOS HECHOS?:

No

¿DESEA AGREGAR ALGO MÁS A SU DENUNCIA?:

.

DOCUMENTOS

Se hace entrega al usuario de los siguientes documentos:

1. FORMATO REMISIÓN A OTRAS INSTITUCIONES POR COMPETENCIA:

No

2. FORMATO SOLICITUD DE MEDIDA DE PROTECCIÓN POLICÍA NACIONAL:

No

3. FORMATO REMISIÓN INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES:

No

4. FORMATO REMISIÓN A OTRAS INSTITUCIONES- ICBF / COMISARIA DE FAMILIA:

No

5. SE PUSO EN CONOCIMIENTO EL ACTA DE DERECHOS Y DEBERES DE LAS VICTIMAS:

Si

Se informa al usuario que puede consultar su caso y conocer el despacho al cual se asignó su noticia, de la siguiente manera:

- a. Ingresar a la página web www.fiscalia.gov.co en la siguiente ruta:
 - o Servicio al Ciudadano / Consultas / Consulte el estado de su denuncia
 - o Digite los **21 dígitos** de su denuncia (están en la parte superior de la misma frente a la casilla **Caso Noticia**) y luego ingrese los códigos de validación que pide el sistema
 - o Presione **BUSCAR** para consultar la información
- b. Comunicarse con el Centro de Contacto de la Fiscalía General de la Nación, marcando desde su celular al **122** o la línea gratuita **018000919748**.

*Fiscal - un. de k
Dir. - Anal.*

FABIAN ALFONSO GIL SALAMANCA
Fiscalía General de la Nación
SAU (SALA DE ATENCION AL USUARIO) - CENTRO - BOGOTA
BOGOTA, D.C.