



FORMATO SOLICITUD DE AUDIENCIA PRELIMINAR

CAPTURADO/DETENIDO SI X NO _____
LUGAR DE DETENCION _____
FECHA DE DETENCION _____
POR CUENTA DE QUE AUTORIDAD _____

Departamento Cundinamarca Municipio Bogotá Fecha XXXX Hora: _____

1. Código único de la investigación y delito:

11	001	60	00028	2026	01438
Dpto.	Municipio	Entidad	Unidad Receptora	Año	Consecutivo

Delito	Artículo
1.Homicidio agravado	103, 104 No. 7
2.	
3.	

2. Audiencia Preliminar que se solicita:

Audiencia	Artículo	Reservada	
		SI	NO
1.Legalización captura	297		X
2.Formulación de imputación	286		x
3.Solicitud medida de aseguramiento	XX		x
4.			

3. Bienes Vinculados SI _____ NO

DESCRIPCIÓN DEL BIEN	
-----------------------------	--

4. * Datos para citación indiciado o investigado, defensor, víctimas y otros:

IDENTIFICACIÓN								
Tipo de documento:	C.C.	X	Pas.		C.E.	Otro		No.
Expedido en	País:	Departamento:	XX			Municipio:XX		
Nombres:				Apellidos:				
Alias:		Lugar de Nacimiento:			Fecha:	AAAA/MM/DD		
Lugar de notificación								
Dirección:				Barrio:				
Departamento:				Municipio:				
Teléfono:			Correo electrónico:					



PROCESO INVESTIGACIÓN Y JUDICIALIZACIÓN

Código: FGN-MP02-F-02

FORMATO SOLICITUD DE AUDIENCIA PRELIMINAR

Versión: 01

Página: 2 de 3

Datos de los padres									
Nombres de la madre:						Apellidos:			
Nombres del padre :						Apellidos:			
Capturado? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		Fecha: AAAA/MM/DD			Hora: _____				
Lugar de la captura : _____									
DATOS DE LA DEFENSA									
Tiene asignado defensor?			NO	SI	Público:	Privado	LT		TP No.
Tipo de documento:		C.C.	Pas.	C.E.	Otro	No.			
Expedido en		Departamento:					Municipio:		
Nombres:					Apellidos:				
Lugar de notificación									
Dirección:					Barrio:				
Departamento:					Municipio:				
Teléfono:				Correo Electrónico:					
DATOS DE LA VÍCTIMA									
Tipo de documento:		C.C.	Pas.	C.E.	Otro	No.			
Expedido en		País:	Departamento:						Municipio:
Nombres:					Apellidos:				
Protección Constitucional Reforzada			Si		No	Cual?:			
Lugar de residencia									
Dirección:					Barrio:				
Departamento:					Municipio:				
Teléfono:				Correo electrónico:					
DATOS APODERADO DE LA VICTIMA									
Nombres:					Apellidos:				
C.C.		T.P.				Dirección			
Departamento:					Municipio:				
Teléfono:				Correo electrónico:					
OTROS CITADOS									
Calidad en que se cita:		Perito	Investigador		Testigo	Otro	Cuál?		
Tipo de documento:		C.C.	Pas.	C.E.	Otro	No.			
Expedido en		País:	Departamento:						Municipio:
Nombres:					Apellidos:				
Lugar de notificación									
Dirección:					Barrio:				
Departamento:					Municipio:				
Teléfono:				Correo electrónico:					



FORMATO SOLICITUD DE AUDIENCIA PRELIMINAR

5. Datos del Fiscal:

Nombres y apellidos	PEPITO PEREZ		
Dirección:	XXXX		Oficina:
Departamento:			Municipio: Bogotá
Teléfono:		Correo electrónico:	Pepito.perez@fiscalia.gov.co
Unidad	VIDA		No. de Fiscalía 579

Firma,

* En el evento de presentarse más indiciados o investigados, víctimas, defensores u otros citados, proceda a copiar el cuadro completo a continuación del que contiene el formato original, sin alterar su contenido.