| | | |
|---|---|---|
| Defensoría del Pueblo COLOMBIA | Proceso/Subproceso: Atención y Trámite / Defensoría Pública | Código : SD-P02-F17 |
| | | Versión: 04 |
| | Manual, Instructivo o Formato: Solicitud del Servicio de Defensoría Pública - Asesoría | Vigente desde: 22/06/2016 |

**VISIONWEB:** **RUP** 39656641

**Fecha y hora de recepción*:** 07/10/2024 04:15 PM **Regional*:** QUINDIO

## Aspectos generales del usuario del servicio.

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Nombre o razon social :** DIANA MARCELA ECHECARRIA GUTIERREZ | | | **Documento :** 41951164 |
| **Direccion de residencia :** | BARRIA LA PATRIA MZ 51 CASA 9 | | **Telefono :** 3138836010 |
| **Ciudad de Residencia :** | ARMENIA,[ARMENIA],(QUINDIO) | | **Barrio :** BARRIA LA PATRIA MZ 51 CASA 9 |
| **Edad :** 00 **Género :** | **Estado Civil :** | **Correo:**MARCELAECHEVERRI885@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) (*).

USUARIA SOLCITA ASESORIA POR NO PAGO DE INCAPACIDADES POR PARTE DE LA EMPRESA CONTRATANTE

## Tipo de Orientación brindada: (*)

DR. JORGE MARIO GIRALDO FICHA 3, ESTE DEFENSOR ASUME LA ASESORIA, SEÑALANDOLE A LA USUARIA QUE EL SUBISDIO DE INCAPACIDAD Y SU PAGO ESTAN A CARGO DEL EMPLEADOR LOS PRIMEROS 3 DIAS, A CARGO DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL A PARTIR DEL 04 DIA DE INCAPACIDAD, ASÍ MISMO UN EMPLEADOR NO SE PUEDE SUSTRAER DEL PAGO DE LA INCAPACIDAD POR CAUSAS EXTERNAS AL MISMO, POR LO QUE DEBEN SER PAGADAS AL TRABAJADOR POR SER LAS MISMAS UN DERECHO CIERTO E INDISCUTIBLE CONFORME AL ART. 15 DEL C.S.T. Y LA S.S., ANTE LO CUAL SE ELE SUGIERE A LA USUARIA ACUDIR AL MINISTERIO DE TRABAJO O ANTE LA JURISDCCION LABORAL A DEMANDAR EL HECHO PARA QUE LAS INCPACIDADES SEAN PAGAS Y EL EMPLEADOR SEA OBJETO DE SANCIONES ADMINISTRATIVAS

**Tipo de Asesoria:** Reclamacion de prestaciones sociales

**Forma de conclusión:** Peticion absuelta.

| DATOS DEL ENTREVISTADOR | DATOS DEL ENTREVISTADO |
|---|---|
| JORGE MARIO GIRALDO PACHON | DIANA MARCELA ECHECARRIA GUTIERREZ |
| NOMBRE(S) Y APELLIDO(S) | NOMBRE(S) Y APELLIDO(S) |
| Cargo, funcionario y/o Contratista | 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 ENTREVISTADOR | FIRMA DEL POTENCIAL BENEFICIARIO |

---

## Constancia de asesoria para el usuario (*)

**Lugar de recepción:** QUINDIO **Fecha y hora de recepción*:** 07/10/2024 04:15 PM **Regional*:** QUINDIO

| | | |
|---|---|---|
| **Nombre o razon social :** DIANA MARCELA ECHECARRIA GUTIERREZ | **Documento :** 41951164 | **Fecha de expedición :** 07/10/2024 |

**Tipo de Asesoria:** Reclamacion de prestaciones sociales

**Forma de conclusión:** Peticion absuelta.

**VISIONWEB:** **RUP** 39656641

**Fecha y hora de recepción*:** 07/10/2024 04:15 PM **Regional*:** QUINDIO

| | |
|---|---|
| **Funcionario y/o Contratista que brindó la Asesoría:** JORGE MARIO GIRALDO PACHON | **Firma:** |