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** 39658359

Fecha y hora de recepción*: 07/11/2024 02:50 PM **Regional*:** QUINDIO

Aspectos generales del usuario del servicio.

Nombre o razon social : LEYDY JOHANA BETANCUR CRUZ			**Documento :** 41960666
Direccion de residencia : MANANTIALES MZ I CASA 16 TERCERA ETAPA			**Telefono :** 3136284541
Ciudad de Residencia : ARMENIA,[ARMENIA],(QUINDIO)			**Barrio :** MANANTIALES MZ I CASA 16 TERCERA
Edad : 38	**Género :**	**Estado Civil :**	**Correo:**johanaleydy32@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 REQUIERE ASESORIA EN TEMA LABORAL

Tipo de Orientación brindada: (*)

ASESORIA Y TRAMITE LABORAL, REFIERE USUARIA LABORA PARA COMDATA COLOMBIA SAS, EMPRESA CALL CENTER, PADECE ENDOMETRIOSIS DESDE HACE 15 AÑOS, INDICA QUE SU EMPLEADOR LE DESCUENTA SUS INCAPACIDADES DEL SUELDO DE MANERA ABUSIVA, TIENE CITA EN EL MINISTERIO DE TRABAJO EL PROXIMO 17 DE JULIO DE 2024 , PARA LO CUAL PIDE ASESORIA PARA SABER QUE DERECHOS LE ASISTEN COMO TRABAJADORA, ANTE LO CUAL MANIFIESTA ESTE DEFENSOR PUBLICO QUE CONFORME A LA LEGISLACION LABORAL COLOMBIANA EL EMPLEADOR NO PUEDE REALIZAR DESCUENTOS POR SUBISDIOS DE INCAPACIDAD QUE DEBE ASUMIR, LO QUE DA LUGAR A LAS INVESTIGACIONES ADMINISTRATIVAS Y A SANCIONES POR LO ACTOS RELACIONADOS CON LA VIOLACION DE DERECHOS CIERTOS E INDISCUTIBLES DEL TRABAJADOR POR SER EL TRABAJO UN DERECHO HUMANO

Tipo de Asesoria: Reclamacion de prestaciones sociales

Forma de conclusión: Peticion absuelta.

DATOS DEL ENTREVISTADOR	DATOS DEL ENTREVISTADO
JORGE MARIO GIRALDO PACHON	LEYDY JOHANA BETANCUR CRUZ
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*:** 07/11/2024 02:50 PM **Regional*:** QUINDIO

Nombre o razon social : LEYDY JOHANA BETANCUR CRUZ	**Documento :** 41960666	**Fecha de expedición :** 07/11/2024

Tipo de Asesoria: Reclamacion de prestaciones sociales

Forma de conclusión: Peticion absuelta.

VISIONWEB: **RUP** **39658359**

Fecha y hora de recepción*: **07/11/2024 02:50 PM** **Regional*:** **QUINDIO**

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