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** 39925641

Fecha y hora de recepción*: 12/18/2024 02:00 PM **Regional*:** QUINDIO

Aspectos generales del usuario del servicio.

Nombre o razon social : YENY KATERINE HERNANDEZ LOPEZ			**Documento :** 1084896030
Direccion de residencia : CRA 47#48-53			**Telefono :** 3132337810
Ciudad de Residencia : ARMENIA,[ARMENIA],(QUINDIO)			**Barrio :** CRA 47#48-53
Edad : 00	**Género :**	**Estado Civil :**	**Correo:**yhernandezl6030@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) (*).

TRABAJO EN UNA EMPRESA DE SALUD HOME MED DE PEREIRA PERO DESDE AGOSTO PUSIERON OFICINA EN ARMENIA, LLEVO DOS MESES Y MEDIO SI PAGO Y ME DOY CUANTA QUE NO HAN PAGADO SEGURIDAD SOCIAL POR EJEMPLO EN PORVENIR ME DI CUENTA QUE SOLO COTIZABAN 1 Dï¿½A AL MES Y SOLO DOS MESES Y YA LLEVO TRABAJANDO DESDE AGOSTO LA ARL TAMBIï¿½N NO SE HA PAGADO Y ELLOS NO DAN RESPUESTA

Tipo de Orientación brindada: (*)

DEMANDA POR NO PAGO DE NÏ¿½MINA, POR NO PAGAR PRESTACIONES SOCIALES, SE OTORGA LA ASESORIA A LA USUARIA SE LE INSTRUYE EN LOS DERECHOS LABORALES QUE LE ASISTEN, REQUIERE LA INIACION ENTONCES DE PROCESO ORDINARIO LABORAL POR EL NO PAGO DE SUS PRESTACIONES SOCIALES, SE LE RECOMIENDA CONTRATAR ABOGADO DE CONFIANZA EN EL ASUNTO

Tipo de Asesoria: Reclamacion de prestaciones sociales

Forma de conclusión: Peticion absuelta.

DATOS DEL ENTREVISTADOR	DATOS DEL ENTREVISTADO
JORGE MARIO GIRALDO PACHON	YENY KATERINE HERNANDEZ LOPEZ
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*:** 12/18/2024 02:00 PM **Regional*:** QUINDIO

Nombre o razon social : YENY KATERINE HERNANDEZ LOPEZ	**Documento :** 1084896030	**Fecha de expedición :** 12/18/2024

Tipo de Asesoria: Reclamacion de prestaciones sociales

Forma de conclusión: Peticion absuelta.

VISIONWEB:	**RUP**	**39925641**	
Fecha y hora de recepción*:	**12/18/2024 02:00 PM**	**Regional*:**	**QUINDIO**

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