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** 39989395

Fecha y hora de recepción*: 02/04/2025 08:40 AM **Regional*:** QUINDIO

Aspectos generales del usuario del servicio.

Nombre o razon social : FRANKLIN DANIEL MOGOLLON			**Documento :** 5293090
Direccion de residencia : VDA LOS BALSOS VIA GENOVA CASETA COMUNAL			**Telefono :** 3113024850
Ciudad de Residencia : GENOVA,[GENOVA],(QUINDIO)			**Barrio :** VDA LOS BALSOS VIA GENOVA CASET
Edad : 42	**Género :**	**Estado Civil :**	**Correo:**mogollonagrinzonesf@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) (*).

USUARIO REQUIERE ASESORIA TEMA LABORAL

Tipo de Orientación brindada: (*)

DR JORGE MARIO GIRALDO - FICHA 1, ASUME LA ASESORIA EL SUSCRITO DEFENSOR PUBLICO, INDICA EL USUARIO QUE VIENE INCAPACITADO PRODUCTO DE ACCIDENTE DE TRABAJO EL PASADO 06 DE DICIEMBRE DE 2023, LABORANDO AL SERVICIO DE JAIRO PALACIO EJECUTANDO LAS LABORES DE SOLDADOR, CONN SECUELA EN SU HUMANIDAD CONSISTENTE EN HERNIA DISCAL, CON INCAPACIDAD DE 09 MESES, REQUIERE CONOCER COMO HACE PARA PEDIR AL EMPLEADOR COMO LO REMITE A MEDICO LABORAL, EL USUARIO ALLEGA DOCUMENTOS PARA ANLISIS DE ESTE DEFRNSOR, DE LOS MISMSI SE EXTRAE QUE CUENTA CON CONCEPTO DE REHABILITACION FAVORABLE Y LA EPS A LA QUE ESTA AFILIADO LE SOLICITA AL USUARIO ALLEGAR UNA SERIE DE DOCUMENTOS TENDIENTES A REALIZAR LA CALIFICACION DE ORIGEN DE SUS PATOLOGIAS, SE LE INDICA AL USUARIO QUE SEGUN DICHO COMUNICADO DE 27 DE ENERO DE 2025 CUENTA CON 30 DIAS PARA ALLEGAR TAL INFORMACION QUE ES NECESARIA PARA QUE LE CALIFIQUEN EL ORIGEN DE SUS ENFERMEDADES, SOLICITUD QUE SUPLE SU INQUIETUD DE PEDIR ANTE EL EMPLEADOR QUE LO VEA UN MEDICO LABORAL

Tipo de Asesoria: Seguridad social

Forma de conclusión: Peticion absuelta.

DATOS DEL ENTREVISTADOR	DATOS DEL ENTREVISTADO
JORGE MARIO GIRALDO PACHON	FRANKLIN DANIEL MOGOLLON
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*:** 02/04/2025 08:40 AM **Regional*:** QUINDIO

Nombre o razon social : FRANKLIN DANIEL MOGOLLON	**Documento :** 5293090	**Fecha de expedición :** 02/04/2025

VISIONWEB: **RUP** **39989395**

Fecha y hora de recepción*: **02/04/2025 08:40 AM** **Regional*:** **QUINDIO**

Tipo de Asesoria:	Seguridad social
Forma de conclusión:	Peticion absuelta.
Funcionario y/o Contratista que brindó la Asesoría:	JORGE MARIO GIRALDO PACHON **Firma:**