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** 40088899

Fecha y hora de recepción*: 03/27/2025 02:10 PM **Regional*:** QUINDIO

Aspectos generales del usuario del servicio.

Nombre o razon social : JAZMIN EUGENIA ESCOBAR GIRALDO			**Documento :** 41934191
Direccion de residencia :	BARRIO LA PTRIAMAN 58 CASA 6		**Telefono :** 3216310516
Ciudad de Residencia :	ARMENIA,[ARMENIA],(QUINDIO)		**Barrio :** BARRIO LA PTRIAMAN 58 CASA 6
Edad : 00 **Género :**	**Estado Civil :**	**Correo:**JAZMIN.ESCOBAR.018@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) (*).

LA USUARIA REQUIERE ASESORIA LABORAL Y DE SEGURIDAD SOCIAL, Y SEN ENCUENTRA AFILIADA A LA NUEVA EPS

Tipo de Orientación brindada: (*)

DR JORGE GIRALDO, SEÑALA LA USUARIA SUFRE HACE CUATROS (04) MESES ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR QUE LA DEJA EN COMA, CON LIMITACIONES EN EL SISTEMA DE LOCOMOCION Y COGNITIVO, REFIERE QUE EL MEDICO TRATANTE NO LE DA INCAPACIDAD MEDICA, ASI MISMO QUE CONOCIO POR SU EMPLEADOR QUE CUENTA CON CONCEPTO DE REHABILITACION FAVORABLES, INDAGA DE QUE COMO HACE PARA NO REINTEGRARSE, PUES CONSIDERA QUE NO TIENE LA CAPACIDAD FISICA PARA LABORAR, ADEMAS QUE NO HA TERMINADO SUS TERAPIAS DE REHABILITACION, ESTE DEFENSOR LE SEÑALA QUE DEBE CONTRA CON INCAPACIDAD MEDICA PARA NO REINTEGRARSE, PERO SI NO CUENTA CON LA MISMA SE DEBE REINTEGRAR, YA QUE CUENTA CON CONCEPTO DE REHABILITACION, PUES SI NO SE REINTEGRA LE PUEDEN DAR POR TERMINADO SU CONTRATO CON JUSTA CAUSA, ATENDIENDO LO EXPLICADO LE SUGIERE ESTE DEFENSOR A LA USUARIA PEDIR AL EMPLEADOR QUE LA VEA EL MEDICO LABORAL DE LA ENTIDAD EMPLEADORA, PARA QUE EMITA RESTRICCIONES O EN SEGUNDO CASO QUE LE ENVIE RESTRICCIONES LABORALES EL MEDICO LABORAL DE LA EPS

Tipo de Asesoria: Estabilidad laboral reforzada

Forma de conclusión: Peticion absuelta.

DATOS DEL ENTREVISTADOR	DATOS DEL ENTREVISTADO
JORGE MARIO GIRALDO PACHON	JAZMIN EUGENIA ESCOBAR GIRALDO
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*:** 03/27/2025 02:10 PM **Regional*:** QUINDIO

Nombre o razon social : JAZMIN EUGENIA ESCOBAR GIRALDO	**Documento :** 41934191	**Fecha de expedición :** 03/27/2025

VISIONWEB: **RUP** **40088899**

Fecha y hora de recepción*: **03/27/2025 02:10 PM** **Regional*:** **QUINDIO**

Tipo de Asesoria:	Estabilidad laboral reforzada
Forma de conclusión:	Peticion absuelta.
Funcionario y/o Contratista que brindó la Asesoría:	JORGE MARIO GIRALDO PACHON
Firma:	