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** 39946771

Fecha y hora de recepción*: 01/09/2025 10:05 AM **Regional*:** QUINDIO

Aspectos generales del usuario del servicio.

Nombre o razon social : MARIA CAMILA QUINTERO		**Documento :** 1096039535	
Direccion de residencia :	BARRIO A HACIENDA MZ 2 CS 7- LA TENIADA	**Telefono :** 3148384607	
Ciudad de Residencia :	ARMENIA,[ARMENIA],(QUINDIO)	**Barrio :**	HACIENDA
Edad : 00 **Género :**	**Estado Civil :**	**Correo:**MARIACAMILAQUINTEROABRIL@GMAIL.COM	**Etnia :**
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 INDICA QUE SE ENCONTRABA LABORANDO EN LA EMPRESA PRINTEX DESDE EL 01.02.24 MEDIANTE CONTRATO DE OBRA O LABOR. FUE DESVINCULADA EL 03.01.25 ARGUMENTANDO QUE ESTE TIPO DE CONTRATACIÓN SOLO PUEDE DARSE POR EL TERMINO DE 6 MESES, PRORROGABLES OTROS 6 MESES Y SIN TENER EN CUENTA SU CONDICIÓN MEDICA

Tipo de Orientación brindada: (*)

SE BRINDA ASESORIA EN MATERIA LABORAL CON RELACION A LA PROCEDENCIA DE TERMINACIÓN DEL VINCULO CONTRACTUAL, PARA LO CUAL, SE LE MANIFIESTA REQUERIR POR ESCRITO AL EMPLEADOR EL REINTEGRO A SUS LABORES Y QUE SE ABSTENGA DE TERMINAR EL VINCULO LABORAL, EN ATENCIÓN A SU CONDICION MEDICA

Tipo de Asesoria: En contrato individual de trabajo

Forma de conclusión: Otras formas de terminacion.

DATOS DEL ENTREVISTADOR	DATOS DEL ENTREVISTADO
JHON ANDERSON LONDONO QUINTERO	MARIA CAMILA QUINTERO
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*:** 01/09/2025 10:05 AM **Regional*:** QUINDIO

Nombre o razon social : MARIA CAMILA QUINTERO	**Documento :** 1096039535	**Fecha de expedición :** 01/09/2025

Tipo de Asesoria: En contrato individual de trabajo

Forma de conclusión: Otras formas de terminacion.

Funcionario y/o Contratista que brindó la Asesoría: JHON ANDERSON LONDONO QUINTERO **Firma:**