Defensoría del Pueblo COLOMBIA	Proceso/Subproceso: Atención y Trámite / Defensoría Pública	Código : SD-P02-F17
		Versión: 05
	Manual, Instructivo o Formato: Solicitud del Servicio de Defensoría Pública - Asesoría	Vigente desde: 05/08/2020

VISIONWEB: **RUP** 40204944

Fecha y hora de recepción*: 06/11/2025 08:00 AM **Regional*:** QUINDIO

Aspectos generales del usuario del servicio.

Nombre o razon social : LUISA FERNANDA ORTIZ OSORIO			**Documento :** 1004915585
Direccion de residencia :	LIBERTADORES MZ E #9 PISO 1		**Telefono :** 3012606287
Ciudad de Residencia :	ARMENIA,[ARMENIA],(QUINDIO)		**Barrio :** LIBERTADORES MZ E #9 PISO 1
Edad : 00 **Género :**	**Estado Civil :**	**Correo:**luisaortizz429@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) (*).

SOLICITO PAGO DE VALORES ADEUDADOS POR RENUNCIA MOTIVADA. ACTISAS Y CLINICA DEL CAFE DUMIAN MEDICAL ARMENIA NO HA REALIZADO LOS PAGOS CORRESPONDIENTES A SALARIOS Y/O PRESTACIONES SOCIALES DEVENGADOS, VULNERANDO ASI EL DERECHO MINIMO VITAL, DIGNIDAD Y TRABAJO, CASANDO TAMBÏï¿½N PERJUICIO IRREMEDIABLE EN MI Nï¿½CLEO FAMILIAR.

Tipo de Orientación brindada: (*)

- SE ME CANCELE EL SALARIO ADEUDADO POR LOS MESES DE ABRIL Y MAYO DE 2025, LA LIQUIDACIÏï¿½N CORRESPONDIENTE DEL 07/03/2025 AL 20/05/2025. ADEMAS LA INDEMNIZACION YA QUE MI CONTRATO FUE TERMINADO ANTES DE LA FECHA LEGAL DE TERMINACIÏï¿½N, TODO LO ANTERIOR DE MANERA ULTRA Y EXTRA PETITA, RESPECTO DE LA CITA QUE DA LUGAR AL PRESENTE VISION WEB LA CIUDADANA NO CUMPLIO LA MISMA PESE A 05 LLAMADOS DE ESTE DEFENSOR EN LA HORA PREVISTA PARA LA MISMA

Tipo de Asesoria: Reclamacion de prestaciones sociales

Forma de conclusión: Peticion absuelta.

DATOS DEL ENTREVISTADOR	DATOS DEL ENTREVISTADO
JORGE MARIO GIRALDO PACHON	LUISA FERNANDA ORTIZ OSORIO
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*:** 06/11/2025 08:00 AM **Regional*:** QUINDIO

Nombre o razon social : LUISA FERNANDA ORTIZ OSORIO	**Documento :** 1004915585	**Fecha de expedición :** 06/11/2025

Tipo de Asesoria: Reclamacion de prestaciones sociales

Forma de conclusión: Peticion absuelta.

VISIONWEB:	**RUP**	**40204944**	
Fecha y hora de recepción*:	**06/11/2025 08:00 AM**	**Regional*:**	**QUINDIO**

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