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** 40697227

Fecha y hora de recepción*: 02/19/2026 10:00 AM **Regional*:** QUINDIO

Aspectos generales del usuario del servicio.

Nombre o razon social : SANDRA CORTES			**Documento :** 33818958
Direccion de residencia :	QUINTAS DEL CACIQUE MZ B CASA 11		**Telefono :** 3213306367
Ciudad de Residencia :	ARMENIA,[ARMENIA],(QUINDIO)		**Barrio :** QUINTAS DEL CACIQUE
Edad : 00	**Género :**	**Estado Civil :**	**Correo:**milen7911@hotmail.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) (*).

CIUDADANA INFORMA QUE TIENE UNA DIFICULTAD FRENTE AL TEMA DE PAGO DE INCAPACIDADES. LA CIUDADANA REQUIERE ASESORIA PARA LA REALIZACION DE INCIDENTE DE DESACATO O FRENTE QUE ACCIONES PUEDE ADELANTAR A FIN DE GARANTIZAR EL PAGO DE LAS MISMAS

Tipo de Orientación brindada: (*)

SE BRINDA ASESORIA A LA USUARIA CON RELACION A TRAMITE DE RECONOCIMIENTO DE INCAPACIDADES Y PRESUNTO DESPIDO INJUSTIFICADO, DONDE SE INFORMA QUE DE ACUERDO AL FALLO DE TUTELA DE LA VIGENCIA 2025, SE ORDENE EL RECONOCIMIENTO Y PAGO DE INCAPACIDADES, ADEMAS REINTEGRO A SUS LABORARES, CON OCASIÓN AL FALLO DE ENERO DE 2026, SE DECLARO IMPROCEDENTE ACCIÓN DE TUTELA PROMOVIDA NUEVAMENTE, DONDE SE DETALLO POR PARTE DEL JUEZ QUE PARA RECLAMAR ACREENCIAS LABORALES, DEBE PRESENTAR DEMANDA ANTE LA JURISDICCIÓN ORDINARIA LABORAL, DE TAL MANERA DE QUE SE INFORMA DE LO CUESTIONADO PARA QUE PROCEDA A RECLAMAR.

Tipo de Asesoria: Estabilidad laboral reforzada

Forma de conclusión: Otras formas de terminacion.

DATOS DEL ENTREVISTADOR	DATOS DEL ENTREVISTADO
JHON ANDERSON LONDONO QUINTERO	SANDRA CORTES
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*:** 02/19/2026 10:00 AM **Regional*:** QUINDIO

Nombre o razon social : SANDRA CORTES **Documento :** 33818958 **Fecha de expedición :** 02/19/2026

Tipo de Asesoria: Estabilidad laboral reforzada

VISIONWEB: **RUP** **40697227**

Fecha y hora de recepción*: **02/19/2026 10:00 AM** **Regional*:** **QUINDIO**

Forma de conclusión:	Otras formas de terminacion.
Funcionario y/o Contratista que brindó la Asesoría:	JHON ANDERSON LONDONO QUINTERO **Firma:**