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** 39984855

Fecha y hora de recepción*: 01/31/2025 10:10 AM **Regional*:** QUINDIO

Aspectos generales del usuario del servicio.

Nombre o razon social : SUSANA OROZCO GONZALES		**Documento :** 41896857	
Direccion de residencia :	MZ 59 CASA 17 BARRIO LA PATRIA	**Telefono :** 3217167761	
Ciudad de Residencia :	ARMENIA,[ARMENIA],(QUINDIO)	**Barrio :**	MZ 59 CASA 17 BARRIO LA PATRIA
Edad : 00	**Género :**	**Estado Civil :**	**Correo:**noregistra@nada.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) (*).

USARIA REQUIERE ASESORIA AREA LABORAL PARA SU ESPOSO

Tipo de Orientación brindada: (*)

JORGE MARIO GIRALDO FICHA 1, LA USUARIA REQUIERE CONOCER COMO PUEDE HACER CALIFICAR A SU ESPOSO DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD, PUES CUENTA CON MULTIPLES PATOLOGÍAS QUE A LA FECHA NO HA PODIDO SANAR O ALIVIAR, ESTE DEFENSOR ASUME LA ASESORIA EN EL ASUNTO, ADVIRTIENDO QUE PARA QUE UNA PERSONA PUEDA SER CALIFICADA EN COLOMBIA DEBE TENER CULMINADO TODOS LOS PROCESOS MEDICOS DE RECUPERACION PARA QUE EL MEDICO TRANTE EMITA UN CONCEPTO DE REHABILITACION FAVORABLE O DE NO REHABILITACION, EN DICHO ENTENDIDO PARA PODER SER CALIFICADOR REQUIERE LA CULMINACION DE LOS TRATAMIENTOS MEDICOS, EN CASO DE QUE NO HAYA CULMINADO LOS TRATAMIENTOS MEDICOS, TAMBIEN PUEDE SER SUSCEPTIBLE DE CALIFICACION SI SUPERA LOS 540 DIAS DE INCAPACITADO ASI NO HAY SUPERADO LOS TRATAMIENTOS MEDICOS, DE LOS CONTRARIO EL AFILIADO NO PUEDE SER CALIFICADO POR LA AFP

Tipo de Asesoria: Seguridad social

Forma de conclusión: Peticion absuelta.

DATOS DEL ENTREVISTADOR	DATOS DEL ENTREVISTADO
JORGE MARIO GIRALDO PACHON	SUSANA OROZCO GONZALES
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*:** 01/31/2025 10:10 AM **Regional*:** QUINDIO

Nombre o razon social : SUSANA OROZCO GONZALES	**Documento :** 41896857	**Fecha de expedición :** 01/31/2025

Tipo de Asesoria: Seguridad social

VISIONWEB:	**RUP**	**39984855**	
Fecha y hora de recepción*:	**01/31/2025 10:10 AM**	**Regional*:**	**QUINDIO**

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