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** 40214196

Fecha y hora de recepción*: 06/11/2025 11:55 AM **Regional*:** QUINDIO

Aspectos generales del usuario del servicio.

Nombre o razon social : CARMENZA HERNANDEZ CORDOBA			**Documento :** 51595165
Direccion de residencia :	HERNANDEZCCARMENZA@GMAIL.COM		**Telefono :** 3202615187
Ciudad de Residencia :	ARMENIA,[ARMENIA],(QUINDIO)		**Barrio :** HERNANDEZCCARMENZA@GMAIL.CO
Edad : 65	**Género :**	**Estado Civil :**	**Correo:**hernandezccarmenza@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) (*).

USUARIA REQUIERE ASESORIA EN TEMA LABORAL - PENSION POR INVALIDEZ

Tipo de Orientación brindada: (*)

DR JORGE MARIO, REFIERE USUARIA ESTAR EN MAL ESTADO DE SALUD, CUENTA CON PATOLOGIA DE BASE DE ARTRITIS REUMTOIDEA, DICE QUE ESTA VINCULADA AL FOMAG, DICE QUE ES DOCENTE ACTIVA EN INCAPACIDAD MEDICA, DICE QUE TIEN LIMITACION EN EL MOVIMIENTO EN SUS MANOS Y EN SUS PIES, DICE QUE QUIERE SER CALIFICADA SU PERDIDA DE CAPACIDAD LABORAL Y LA TIENE PENDIENTE CON EL FOMAG CON LA IPS SINERGIA, EN DICHO ENTENDIDO ESTE DEFENSOR LE ACONSEJA ESTE DEFENSOR AL MOMENTO DE SU CALIFICACION LLEVAR SU HISTORIA CLINICA COMPLETA NO SOLO CON LA PATOLOGIA DE LA ARTRITIS, SINO CON LAS DEMAS PATOLOGIAS QUE PADEZCA, ASI MISMO ES RECOMENDABLE LOS CONCEPTOS DE NO REHABILTACION QUE SON LOS ELEMENTOS PROBATORIOS PARA ESTABLECER SUS LIMITACIONES PARA LABORAR

Tipo de Asesoria: Reclamacin de prestaciones a cargo del sistema de pensiones

Forma de conclusión: Peticion absuelta.

DATOS DEL ENTREVISTADOR	DATOS DEL ENTREVISTADO
JORGE MARIO GIRALDO PACHON	CARMENZA HERNANDEZ CORDOBA
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 11:55 AM **Regional*:** QUINDIO

Nombre o razon social : CARMENZA HERNANDEZ CORDOBA	**Documento :** 51595165	**Fecha de expedición :** 06/11/2025

Tipo de Asesoria: Reclamacin de prestaciones a cargo del sistema de pensiones

Forma de conclusión: Peticion absuelta.

VISIONWEB:	**RUP**	**40214196**	
Fecha y hora de recepción*:	**06/11/2025 11:55 AM**	**Regional*:**	**QUINDIO**

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