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** 40696873

Fecha y hora de recepción*: 02/19/2026 08:50 AM **Regional*:** QUINDIO

Aspectos generales del usuario del servicio.

Nombre o razon social : LUZ KARIME SALAZAR			**Documento :** 1097720485
Direccion de residencia :	BARRIO COMUNEROS MZ 31 CASA 16		**Telefono :** 3135184786
Ciudad de Residencia :	ARMENIA,[ARMENIA],(QUINDIO)		**Barrio :** COMUNEROS
Edad : 43	**Género :**	**Estado Civil :**	**Correo:**zkarime62@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) (*).

CIUDADANA REQUIERE ASESORIA FRENTE A PAGO DE INCAPACIDADES

Tipo de Orientación brindada: (*)

SE BRINDA ASESORIA A LA USUARIA DONDE SE INFORMA QUE PARA EL TRÁMITE DE COBRO DE INCAPACIDADES SE REQUIERE RADICAR ANTE LA EPS/ARL EL CERTIFICADO MÉDICO, HISTORIA CLÍNICA Y DOCUMENTOS DE IDENTIDAD, IDEALMENTE DENTRO DE LOS PRIMEROS DÍAS. LAS EMPRESAS ASUMEN LOS PRIMEROS 2 DÍAS, LA EPS DEL DÍA 3 AL 180, Y EL FONDO DE PENSIONES A PARTIR DEL DÍA 181. AL EVIDENCIAR EL NO PAGO, SE LE INFORMA DE LA PROCEDENCIA DE DERECHO DE PETICIÓN Y EN EVENTO DE NO RESPUESTA FAVORABLE PRESENTAR ACCIÓN DE TUTELA.

Tipo de Asesoria: Interponer o sustentar el recurso de apelacin

Forma de conclusión: Otras formas de terminacion.

DATOS DEL ENTREVISTADOR	DATOS DEL ENTREVISTADO
JHON ANDERSON LONDONO QUINTERO	LUZ KARIME SALAZAR
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 08:50 AM **Regional*:** QUINDIO

Nombre o razon social : LUZ KARIME SALAZAR	**Documento :** 1097720485	**Fecha de expedición :** 02/19/2026

Tipo de Asesoria: Interponer o sustentar el recurso de apelacin

Forma de conclusión: Otras formas de terminacion.

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