| | | |
|---|---|---|
| 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** 40673357

**Fecha y hora de recepción*:** 02/09/2026 09:30 AM **Regional*:** QUINDIO

## Aspectos generales del usuario del servicio.

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Nombre o razon social :** LINA MARIA LOPEZ ASTAIZXA | | | **Documento :** 24813608 |
| **Direccion de residencia :** | ALDEA SUIZA MANZANA 4-25 | | **Telefono :** 3116324044 |
| **Ciudad de Residencia :** | ARMENIA,[ARMENIA],(QUINDIO) | | **Barrio :** ALDEA SUIZA |
| **Edad :** 00 | **Género :** | **Estado Civil :** | **Correo:**linamarialopez91@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 SOLICITA ASESOR&#65533;A POR NO PAGO DE INCAPACIDADES POR PARTE DE COLPENSIONES DESDE AGOSTO DE 2025

## Tipo de Orientación brindada: (*)

SE BRINDA ASESORIA DONDE SE INFORMA QUE PARA EL TRÁMITE DE COBRO DE INCAPACIDADES SE REQUIERE RADICAR ANTE LA EPS/ARL/FONFO DE PENSION 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 | LINA MARIA LOPEZ ASTAIZXA |
| 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*:** 02/09/2026 09:30 AM **Regional*:** QUINDIO

| | | |
|---|---|---|
| **Nombre o razon social :** LINA MARIA LOPEZ ASTAIZXA | **Documento :** 24813608 | **Fecha de expedición :** 02/09/2026 |

**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:**