

**JUZGADO SEGUNDO DE FAMILIA DEL CIRCUITO DE SOACHA-
CUNDINAMARCA**

Rad. J. 02 Adjudicación Apoyos No. 257543110002-2023-00172-00
Rad. J. 01 Adjudicación Apoyos No. 257543110001-2022-00668-00

Veintiséis (26) de enero de dos mil veinticuatro (2024)

En atención a la constancia secretarial obrante a documento 40 del expediente electrónico, el Despacho, DISPONE:

1. Agréguese al expediente el Informe de Valoración de Apoyos (folio 29 doc. 39) allegado por la Personería Municipal de Soacha de la presunta discapacitada, la señora **LUZ ELENA OSMAN OSORIO** en cumplimiento de lo ordenado en auto del 04 de septiembre de 2023 (doc. 35) a fin de que obre dentro de las pruebas del proceso.

2. De conformidad con lo dispuesto en el artículo 38 numeral 6 de la Ley 1996 de 2019, por Secretaría córrase traslado a las partes involucradas en el proceso del Informe de Valoración de Apoyos allegado por la Personería Municipal de Soacha (doc.39) por el término de diez (10) días, el cual una vez vencido ingrésese al Despacho a fin de continuar con demás etapas procesales pertinentes.

NOTIFÍQUESE,

LA JUEZ,



MYRIAM CELIS PÉREZ

El anterior auto se notifica por estado No. 12 de
fecha: 29 de enero de 2024

MERCY ALEJANDRA PARADA SANDOVAL
MERCY ALEJANDRA PARADA SANDOVAL
Secretaria

Fwd: OFICIO NO 234; ADJUDICACIÓN DE APOYOS; 2023-172

d.familia @personeria-soacha.gov.co <d.familia@personeria-soacha.gov.co>

Jue 11/01/2024 8:06

Para: Juzgado 02 Familia Circuito - Cundinamarca - Soacha <j02fctosoacha@cendoj.ramajudicial.gov.co>

CC: luzargenniscobos@gmail.com <luzargenniscobos@gmail.com>

 6 archivos adjuntos (7 MB)

2023-172OficioPersonría (1).pdf; 35 Ajudicación J. Apoyo-OrdenaV.2023-172.pdf; 23InformeValoracion.pdf; EVIDENCIA FOTOGRAFICA A LUZ ELENA OSMAN OSORIO.pdf; INFORME DE VALORACIÓN DE APOYOS JUDICIALES LUZ ELENA OSMAN OSORIO.pdf; INFORME PSICOSOCIAL A LUZ ELENA OSMAN OSORIO.pdf;

**Al contestar citar la referencia
PMS-11552-2023**

PMS-DFIA-1903-2023

Soacha, Diciembre 27 de 2023

Señora

MERCY ALEJANDRA PARADA

Secretaria

Juzgado 2 Familia Soacha

Ciudad

REF.: Informe de Valoración de Apoyo.

La Suscrita Personera Delegada de Familia, de la Personería Municipal de Soacha, actuando como Agente del Ministerio Público, de conformidad con la competencia establecida en el Artículo 11 de la Ley 1996 de 2019 y en cumplimiento de los lineamientos para la Valoraciones de Apoyo, dando respuesta a su solicitud, REMITO INFORME DE VALORACIÓN DE APOYO junto con el informe de visita y evidencia fotográfica, conforme lo requerido por su despacho mediante oficio 234 del 18 de octubre de 2023, de la señora **LUZ ELENA OSMAN OSORIO**

Cordialmente,

KATHERINE QUIROGA PINZÓN
Personera Delegada en Asuntos de Familia

----- Forwarded message -----

De: **Personeria Soacha** <contactenos@personeria-soacha.gov.co>

Date: jue, 26 oct 2023 a las 9:23

Subject: Fwd: OFICIO NO 234; ADJUDICACIÓN DE APOYOS; 2023-172

To: d.familia @personeria-soacha.gov.co <d.familia@personeria-soacha.gov.co>

Cc: Nohora Gutierrez <secretariadespacho@personeriasoacha.gov.co>

Doctora

KATHERINE QUIROGA

Personera delegada para Familia

Personería municipal Soacha – Cundinamarca

E. S. D.

No. Radicado de Entrada 17116

Cordial saludo Dra. Katherine Quiroga, Personera delegada para familia, remito correo electrónico para su conocimiento, solicitamos por favor diligenciar la matriz en la Descripción **Trámite Realizado** para adelantar trazabilidad a la petición gracias por la atención prestada.

Apoyo en proyeccion y envio: William Fernando Ballen Rodriguez.

NO IMPRIMA ESTE CORREO SI NO ES NECESARIO, COMPROMÉTASE CON EL PLANETA.

Sr(a). Usuario(a), le informamos que el horario de atención virtual de nuestra entidad es de lunes a viernes de **8:00 a.m. a 5:00 p.m.** Fuera de este horario se entenderá como recibida su solicitud, a partir de las 8:00 horas del día hábil siguiente.

Personería Municipal de Soacha
Carrera 4 N°. 28-10 C.C. UNISUR Local 1042
Tel: 7320202
contactenos@personeria-soacha.gov.co
www.personeria-soacha.gov.co

----- Forwarded message -----

De: **Juzgado 02 Familia Circuito - Cundinamarca - Soacha**

<j02fctosoacha@cendoj.ramajudicial.gov.co>

Date: mié, 25 oct 2023 a las 14:19

Subject: OFICIO NO 234; ADJUDICACIÓN DE APOYOS; 2023-172

To: contactenos@personeria-soacha.gov.co <contactenos@personeria-soacha.gov.co>

Cordial Saludo

De manera atenta; remito requerimiento del despacho ordenado mediante auto del 04 de spetiembre.

Atentamente

Jhojan Martinez
Asistente Judicial
Juzgado Segundo de Familia del Circuito de Soacha

AVISO DE CONFIDENCIALIDAD: Este correo electrónico contiene información de la Rama Judicial de Colombia. Si no es el destinatario de este correo y lo recibió por error comuníquelo de inmediato, respondiendo al remitente y eliminando cualquier copia que pueda tener del mismo. Si no es el destinatario, no podrá usar su contenido, de hacerlo podría tener consecuencias legales como las contenidas en la Ley 1273 del 5 de enero de 2009 y todas las que le apliquen. Si es el destinatario, le corresponde mantener reserva en general sobre la información de este mensaje, sus documentos y/o archivos adjuntos, a no ser que exista una autorización explícita. Antes de imprimir este correo, considere si es realmente necesario hacerlo, recuerde que puede guardarlo como un archivo digital.

AVISO DE CONFIDENCIALIDAD: Este correo electrónico contiene información de la Rama Judicial de Colombia. Si no es el destinatario de este correo y lo recibió por error comuníquelo de inmediato, respondiendo al remitente y eliminando cualquier copia que pueda tener del mismo. Si no es el destinatario, no podrá usar su contenido, de hacerlo podría tener consecuencias legales como las contenidas en la Ley 1273 del 5 de enero de 2009 y todas las que le apliquen. Si es el destinatario, le corresponde mantener reserva en general sobre la información de este mensaje, sus documentos y/o archivos adjuntos, a no ser que exista una autorización explícita. Antes de imprimir este correo, considere si es realmente necesario hacerlo, recuerde que puede guardarlo como un archivo digital.

Fwd: DEFENSORIA DEL PUEBLO : Remision de comunicacion numero 20220060390110771

d.familia @personeria-soacha.gov.co <d.familia@personeria-soacha.gov.co>

Mar 01/11/2022 11:05

Para: Juzgado 01 Familia - Cundinamarca - Soacha <jfctosoacha@cendoj.ramajudicial.gov.co>;notificaciones_gd@defensoria.gov.co
<notificaciones_gd@defensoria.gov.co>

**Al contestar citar la referencia
PMS-8274-2022**

PMS-DFIA-1184-2022

Soacha, octubre 28 de 2022

**Doctor
GILBERTO VARGAS
JUEZ I DE FAMILIA.
SOACHA CUNDINAMARCA.**

REF.: Informe de Valoración de Apoyos Judiciales Proceso Rad 2022-668.

El Suscrito personero delegado en Asuntos de Familia, actuando en calidad de agente del ministerio público y teniendo en cuenta lo estipulado en el artículo 178 de la ley 136 de 1994, respetuosamente remito informe de valoración de Apoyos, adecuados a los Lineamientos y Protocolo Nacional para la Valoración de Apoyos, para su conocimiento y trámite pertinente.

De lo anterior se adjuntan los siguientes documentos:

- Acta Entrevista realizada a la residencia de la señora Luz Elena Osman Osorio

Agradezco su atención a la presente.

Atentamente.

----- Forwarded message -----

De: **d.familia @personeria-soacha.gov.co** <d.familia@personeria-soacha.gov.co>

Date: lun, 3 oct 2022 a las 15:19

Subject: Fwd: DEFENSORIA DEL PUEBLO : Remision de comunicacion numero 20220060390110771

To: p.auxiliar @personeria-soacha.gov.co <p.auxiliar@personeria-soacha.gov.co>

----- Forwarded message -----

De: **d.familia @personeria-soacha.gov.co** <d.familia@personeria-soacha.gov.co>

Date: mié, 28 sept 2022 a las 13:04

Subject: Fwd: DEFENSORIA DEL PUEBLO : Remision de comunicacion numero 20220060390110771

To: s.despachopersoneria <s.despachopersoneria@gmail.com>

Buen día Norita

Agradezco de tu colaboración con el agendamiento correspondiente en la Delegada de Familia y Diego (equipo psicosocial) para el día 03 de octubre del año dos mil veintidós (2022), a las tres de la tarde (3:00 pm), para practicar la valoración de apoyos de la señora **LUZ ELENA OSMAN OSORIO**, en la dirección aportada avenida 30 # 1-165 apartamento 102 Bloque 6 Interior 4, Barrio San Mateo Soacha portal de la casa linda, en el municipio de Soacha – Cundinamarca..

Agradezco su atención a la presente.

Cordialmente,

Katherine Quiroga Pinzón

Personera Delegada en Derecho de Familia (E)

Personería Soacha

<http://www.personeria-soacha.gov.co/>

Teléfono: 7320202 Extensión 111

Proyectó: Katerine Joya Guiral – Abogada Delegada Familia

----- Forwarded message -----

De: **d.familia @personeria-soacha.gov.co** <d.familia@personeria-soacha.gov.co>

Date: mié, 28 sept 2022 a las 13:02

Subject: Fwd: DEFENSORIA DEL PUEBLO : Remision de comunicacion numero 20220060390110771

To: <luzargenniscobos@gmail.com>, asesorjuridico76@gmail.com <asesorjuridico76@gmail.com>, <yarb76@hotmail.com>

**Al contestar citar la referencia
PMS-6960-2022**

PMS-DFIA-1015-2022

Soacha, septiembre 28 de 2022

Señora
LUZ ARGENNIS COBOS
Soacha Cundinamarca.

REF.: Informe de Valoración de Apoyos Judiciales Proceso RAD. No. 8599.

La Suscrita Personera Delegada en Asuntos de Familia, actuando en calidad de agente del ministerio público y teniendo en cuenta lo estipulado en el artículo 178 de la ley 136 de 1994, me permito muy respetuosamente responder a su solicitud remitida el pasado 25 de agosto con

Radicado 7412, teniendo en cuenta la ley 1996 de 2019 en el artículo 1 “**establecer medidas específicas para la garantía del derecho a la capacidad legal plena de las personas con discapacidad, mayores de edad, y al acceso a los apoyos que puedan requerirse para el ejercicio de la misma**”.

De acuerdo con el anterior es de nuestro deber informar que el día 03 de octubre de 2022, se realizará la Valoración de apoyo a la señora **LUZ ELENA OSMAN OSORIO**, a las tres de la tarde (3:00 p.m.), por lo anterior solicitamos respetuosamente de la asistencia de la señora **LUZ ELENA OSMAN OSORIO** y la señora **LUZ ARGENNIS COBOS** en la dirección aportada avenida 30 # 1-165 apartamento 102 Bloque 6 Interior 4, Barrio San Mateo Soacha portal de la casa linda, en el municipio de Soacha – Cundinamarca.

Así mismo agradecemos que se tengan disponibles copias de los documentos de identidad, copias de las historias clínicas y demás soportes que correspondan, para ser anexados en la valoración de apoyos.

Agradezco su atención a la presente.

Atentamente.

Katherine Quiroga Pinzón

Personera Delegada en Derecho de Familia (E)

Personería Soacha

<http://www.personeria-soacha.gov.co/>

Teléfono: 7320202 Extensión 111

Proyectó: Katerine Joya Guiral – Abogada Delegada Familia.

----- Forwarded message -----

De: **despacho @personeria-soacha.gov.co** <despacho@personeria-soacha.gov.co>

Date: lun, 26 sept 2022 a las 9:38

Subject: Fwd: DEFENSORIA DEL PUEBLO : Remision de comunicacion numero 20220060390110771

To: d.familia @personeria-soacha.gov.co <d.familia@personeria-soacha.gov.co>

----- Mensaje reenviado -----

De: **luz cobos** <luzargenniscobos@gmail.com>

Fecha: El vie, 23 de sep. de 2022 a la(s) 10:48 a. m.

Asunto: Fwd: DEFENSORIA DEL PUEBLO : Remision de comunicacion numero 20220060390110771

Para: <DESPACHO@personeria-soacha.gov.co>

Buenos días, de acuerdo al correo precedente, requiere y se me brinde de su amable colaboración e información sobre cuando se le realizará el examen a mi madre la señora LUZ ELENA OSMAN CC 24711307, muchas gracias quedamos muy atentos

----- Forwarded message -----

De: notificaciones_gd@defensoria.gov.co <notificaciones_gd@defensoria.gov.co>

Date: vie, 16 sept 2022 a las 9:28

Subject: DEFENSORIA DEL PUEBLO : Remision de comunicacion numero 20220060390110771

To: DESPACHO@PERSONERIA-SOACHA.GOV.CO <DESPACHO@personeria-soacha.gov.co> ,

jfctosoacha@cendoj.ramajudicial.gov.co <jfctosoacha@cendoj.ramajudicial.gov.co> ,

luzargenniscobos@gmail.com <luzargenniscobos@gmail.com>

Cc: correo@certificado.4-72.com.co <correo@certificado.4-72.com.co>

No. 20220060390110771

IMPORTANTE : Por favor no responda este correo, este servicio es únicamente para envíos electrónicos.

Se ha generado una respuesta desde la DEFENSORÍA DEL PUEBLO:

Número de Radicado: 20220060390110771

Asunto: Se generó una respuesta a su radicado No. 20220060390110771. Con el número 20220060390110771

Adjunto encontrará el documento original con firma digital.

Si requiere realizar una nueva comunicación comuníquese por [Formulario en línea PQRSDF](#).

Defensoría del Pueblo - Administrador de sistema documental

--

Los documentos e información anteriormente adjuntos son reservados, **no compartirlos** y únicamente pueden ser conocidos por terceros con previa autorización o en los casos previstos por la Ley.

Gracias, atentamente

LUZ ARGENNIS COBOS
CEL 310 586 81 31

Salmos 27:10 *"Aunque mi padre y mi madre me dejen,
Con todo, Jehová me recogerá"*.

--



NICOLL DIAZ CORONADO
Personera Municipal Soacha
Tel: 7320202

--



Katherine Quiroga Pinzón
Personera Delegada en Derecho de Familia (E)
Personería Soacha
<http://www.personeria-soacha.gov.co/>
Teléfono: 7320202 Extensión 111

--



Katherine Quiroga Pinzón
Personera Delegada en Derecho de Familia (E)
Personería Soacha
<http://www.personeria-soacha.gov.co/>
Teléfono: 7320202 Extensión 111

--



Katherine Quiroga Pinzón
Personera Delegada en Derecho de Familia (E)
Personería Soacha
<http://www.personeria-soacha.gov.co/>
Teléfono: 7320202 Extensión 111



--



Katherine Quiroga Pinzón
Personera Delegada en Derecho de Familia (E)
Personería Soacha
<http://www.personeria-soacha.gov.co/>
Teléfono: 7320202 Extensión 111

--



Katherine Quiroga Pinzón
Personera Delegada en Derecho de Familia (E)
Personería Soacha

<http://www.personeria-soacha.gov.co/>

Teléfono: 7320202 Extensión 111



Soacha, Cundinamarca

Doctora

NICOLL DIAZ CORONADO

Personería Municipal de Soacha

Soacha, Cundinamarca

Referencia: Remisión Auto - Adjudicación Judicial de Apoyos No. 2022-668 -Luz Elena Osman Osorio.

Respetada doctora Nicoll, cordial saludo.

En calidad de Defensor del Pueblo Regional Soacha, y en ejercicio de las funciones constitucionales y legales asignadas, atendiendo a lo ordenado por el Juez Primero de Familia de Soacha (Cundinamarca) en auto de fecha 29 de agosto de 2022 mediante el cual ordena: *“librar oficio con destino a la Personería Municipal Delegada en Asuntos de Familia de Soacha Cundinamarca, para lo pertinente.”*, me permito remitir información allegada a esta entidad, incluyendo oficio No. 1509 del 6 de septiembre de 2022.

Lo anterior con la finalidad de dar cumplimiento a lo ordenado sin incurrir en duplicidad de las acciones; no obstante, esta Defensoría Regional estará atenta a lo que se requiera.

Cordialmente,

CARLOS ANDRES TOBON ESCOBAR
DEFENSOR REGIONAL SOACHA

Copia: (-) / JUZGADO DE FAMILIA DE SOACHA (- JUZGADO DE FAMILIA DE SOACHA) /

Anexo: PDF

Tramitado y proyectado por: DIANA PAOLA GONZALEZ RODRIGUEZ – Fecha 14/09/2022

Revisado para firma por: CARLOS ANDRES TOBON ESCOBAR

Quienes tramitamos, proyectamos y revisamos declaramos que el documento lo encontramos ajustado a las normas y disposiciones legales vigentes y por lo tanto, bajo nuestra responsabilidad lo presentamos para la firma.

Señor ciudadano, para la Defensoría del Pueblo es muy importante conocer su percepción frente a los servicios prestados.

Evaluar los servicios que presta la Defensoría del Pueblo es muy fácil, accediendo a nuestra “Encuesta de Satisfacción al Usuario” escaneando el siguiente código QR.





REPÚBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL

JUZGADO DE FAMILIA DE SOACHA CUNDINAMARCA
jftosoacha@cendoj.ramajudicial.gov.co

Soacha Cundinamarca, veintiocho (28) de junio de dos mil veintidós (2022).

DECISIÓN:	Inadmite Demanda
CLASE DE PROCESO:	A.J.A
RADICADO:	No. 2022-668

Por no reunir los requisitos legales, se dispone:

INADMITE la presente demanda de Adjudicación de apoyo judicial, incoada con apoderado judicial a petición de LUZ ARGENNIS COBOS OSMAN contra LUZ ELENA OSMAN OSORIO

Con fundamento en lo dispuesto en el artículo 90 inciso 4° del C.G.P., concédase a los interesados un término de cinco (5) días SO PENA DE RECHAZO de la demanda para que corrija las siguientes irregularidades:

- 1- Allegar la valoración de apoyos realizada al titular del acto jurídico, por parte de una entidad pública o privada, de conformidad a lo dispuesto en el art. 38 de la Ley 1996 de 2019.
- 2- - Art. 6, Ley 2213 de 2022, Inciso 4°, sírvase la parte actora, dar cumplimiento con lo dispuesto en la norma trascrita, en negrilla y subrayada, así: (...) salvo cuando se soliciten medidas cautelares previas o se desconozca el lugar donde recibirá notificaciones el demandado, el demandante, al presentar la demanda, simultáneamente deberá enviar por medio electrónico copia de ella y de sus anexos a los demandados. Del mismo modo deberá proceder el demandante cuando al inadmitirse la demanda presente el escrito de subsanación. De no conocerse el canal de digital de la parte demandada, se acreditará con la demanda el envío físico de la misma con sus anexos (...).
- 3-Sírvase allegar historia clínica, certificación medica, registro civil de la persona que necesita el apoyo judicial.
4. Art. 6°, Decreto 806 de 2020. "Demanda". Sírvase la apoderada judicial de la actora aunado a lo anterior, allegar en formato PDF al correo electrónico de este juzgado. (jftosoacha@cendoj.ramajudicial.gov.co), la subsanación de la demanda, junto con anexos y debidamente enumerados (folios).

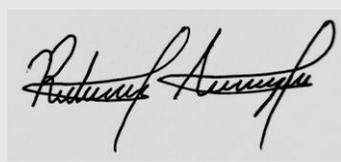
NOTIFÍQUESE.

El Juez,

GILBERTO VARGAS HERNÁNDEZ

JUZGADO DE FAMILIA DE SOACHA

Hoy, veintinueve (29) de junio de 2022, se notifica el presente auto por anotación en estado No. 025



El Secretario

S.J.F.



YIMMY ALEXANDER RAMOS BAEZ
ABOGADO ESPECIALIZADO

SEÑOR:

JUEZ DE FAMILIA DEL CIRCUITO DE SOACHA-CUNDINAMARCA
 E. S. D.

REFERENCIA: PROCESO DECLARATIVO DE ADJUDICACIÓN JUDICIAL DE APOYOS.

YIMMY ALEXANDER RAMOS BAEZ. Identificado con la cédula de ciudadanía número 79.839.790 expedida en Bogotá, y portador de la tarjeta profesional número 266.724 del C. S. de la J. apoderado especial en este asunto del señora LUZ ARGENNIS COBOS OSMAN, mayor de edad, con residencia y domicilio en el municipio de Soacha, identificada con la cédula de ciudadanía No.1.026.281.093 expedida en Bogotá. Por medio del presente escrito me permito presentar demanda de **ADJUDICACION JUDICIAL DE APOYOS** a favor de la señora LUZ ELENA OSMAN OSORIO, también mayor de edad identificada con CC. No.24.711.307 expedida en la Dorada, y quien tiene domicilio y residencia actualmente en el municipio de Soacha, en condición de discapacidad, tal como lo preceptúa el artículo 35 y s.s. de la Ley 1996 de 2019, la cual fundamento en los siguientes...

HECHOS

PRIMERO: La señora LUZ ELENA OSMAN OSORIO, nacida el día el 01 de abril de 1960, en la ciudad de Honda- Tolima, quien en la actualidad cuenta con 62 años, como se acredita con el registro civil de nacimiento expedido por la Registraduría Municipal de Honda – Tolima (se aporta copia a la presente demanda).

SEGUNDO: La señora LUZ ELENA OSMAN OSORIO, tuvo una convivencia de 27 años con el señor JOSE COBOS, actualmente de 84 años y quien hace 15 años tiene una discapacidad por una A.C.V. (Ataque cerebrovascular). Hubo separación en el 2017 por causa de un manejo inadecuado y peligroso en el deber de cuidado al señor JOSE COBOS, adulto mayor medicamente enfermo, por parte de la señora LUZ ELENA OSMAN OSORIO, quien fungía como su compañera de vida, De esa unión se procreó una hija la señora LUZ ARGENNIS COBOS OSMAN.

TERCERO: La señora LUZ ELENA OSMAN OSORIO, tiene una sola hija la señora LUZ ARGENNIS COBOS OSMAN, mayor de edad, con residencia y domicilio en el



YIMMY ALEXANDER RAMOS BAEZ
ABOGADO ESPECIALIZADO

municipio de Soacha, identificada con la cédula de ciudadanía No.1.026.281.093 expedida en Bogotá. Como se acredita en el registro civil de nacimiento notaria quinta Santafé de Bogotá (Se aporta copia a la presente demanda)

CUARTO: La señora LUZ ELENA OSMAN OSORIO, es propietaria de los siguientes activos:

1. Inmueble con matricula inmobiliaria # 051-97447 ubicado en el **MUNICIPIO SOACHA - CUNDINAMARCA. Barrio Hogar del sol**
2. Inmueble con matricula inmobiliaria # 051-568 ubicado en **MUNICIPIO SOACHA – CUNDINAMARCA. Barrio San Humberto.**
3. Una cuenta de ahorros **BANCO CAJA SOCIAL # 24099137528.**
4. Un C.D.T. con el **BANCO CAJA SOCIAL, # 25501547240 y**
5. Inmueble con dirección **K. 10ª 42-55, Barrio las Ferias, ficha catastral 0101000001860009000000000, ubicado en el MUNICIPIO DE LA DORADA CALDAS.**

QUINTO: La señora LUZ ELENA OSMAN OSORIO, desde hace algunos años ha venido mostrando deterioro en la salud mental teniendo comportamientos acordes a los que desencadena un trastorno mental, como son depresión, ansiedad extrema, falta de interés por la vida, lagunas mentales, agresividad, bipolaridad, en el año 2017 fue hospitalizada, en el centro hospitalario MARIO GAITAN YANGUAS, ubicado en Soacha, por problemas de carácter mental, un intento de suicidio, desde ese momento la señora LUZ ELENA OSMAN OSORIO, ha venido siendo tratada Psiquiátricamente, por las profesionales

En la CLINICA DE NUESTRA SEÑORA DE LA PAZ, en orden cronológico a saber;

1. mayo 26 de 2020, tratada por psiquiatra PAOLA A RAMIREZ, RM# 760638
2. agosto 06 de 2020, tratada por psiquiatra PAOLA A RAMIREZ, RM# 760638
3. septiembre 28 de 2020, tratada por psiquiatra PAOLA A RAMIREZ, RM# 760638
4. diciembre 17 de 2020, tratada por psiquiatra PAOLA A RAMIREZ, RM# 760638
5. febrero 17 de 2020, tratada por psiquiatra PAOLA A RAMIREZ, RM# 760638
6. marzo 19 de 2021, tratada por psiquiatra ANGELA P SOTO C. RM# 112237
7. junio 18 de 2021, tratada por psiquiatra ANGELA P SOTO C. RM# 112237
8. agosto 30 de 2021, tratada por psiquiatra KELLY ANGELLINA CARCAMO B. RM# 1312248/2007
9. octubre 11 de 2021, tratada por psiquiatra NESTOR AGUDELO, RM# 6922



YIMMY ALEXANDER RAMOS BAEZ
ABOGADO ESPECIALIZADO

10. noviembre 10 de 2021, tratada por psiquiatra ANGELA P SOTO C. RM# 112237

11. noviembre 30 de 2021, tratada por psiquiatra ANGELA P SOTO C. RM# 112237

12. enero 4 de 2022, tratada por psiquiatra CARLOS A LONDOÑO, RM# 251633

13. enero 25 de 2022, tratada por psiquiatra MAGALY LONDOÑO VALENCIA, RM# 2880

14. febrero 23 de 2022, tratada por psiquiatra MAGALY LONDOÑO VALENCIA

Lo anteriormente descrito se puede corroborar con historial clínico que se adjunta en la presente demanda.

SEXTO: Dado lo anterior, la señora LUZ ELENA OSMAN OSORIO, ha sido diagnosticada con trastorno mixto y depresión, trastorno de ansiedad, trastorno bipolar, trastorno esquizoafectivo, problemas relacionados con la acentuación de rasgos de la personalidad, trastornos del humor, uso crónico de corticoides, personalidad premórbida, mitomanía, cleptomanía, paranoide, diagnósticos entregados por los psiquiatras tratantes, relacionados en el acápite anterior, por lo cual ha recibido la recomendación de estar asistida por una persona de confianza, al tener solo como familiar de confianza su hija la señora LUZ ARGENNIS COBOS OSMAN, esta ha asumido la responsabilidad de estar pendiente de todo lo que requiera en tal condición su mamá, la señora LUZ ELENA OSMAN OSORIO.

SEPTIMO: Anudado a lo anterior la señora LUZ ARGENNIS COBOS OSMAN, tiene conocimiento por terceros que su señora madre LUZ ELENA OSMAN OSORIO, está poniendo su patrimonio en riesgo ya que busca personas externas y desconocidas para otorgarles poder general sobre sus bienes, esta fue la situación que puso en máxima alerta a su hija quien teme que su señora madre, vaya a perder todo lo que posee.

OCTAVO: Como se ha señalado anteriormente, es evidente que la señora LUZ ELENA OSMAN OSORIO, no se encuentra en la capacidad de hacer uso de su patrimonio sin la supervisión de una persona seria, responsable, honesta y sobretodo de confianza.

NOVENO: La señora LUZ ARGENNIS COBOS OSMAN, ha manifestado que su señora madre LUZ ELENA OSMAN OSORIO, necesita la adjudicación de apoyos para:



YIMMY ALEXANDER RAMOS BAEZ
ABOGADO ESPECIALIZADO

- A. Representación y toma de decisiones correspondiente a procedimientos y tratamientos médicos.
- B. Representación y toma de decisiones correspondiente a procedimientos y trámites notariales, en caso de que quiera realizar la venta o compra de algún inmueble, el otorgamiento de poderes judiciales o cualquier otro trámite en el que ella deba dar su consentimiento.
- C. Su representación ante entidades bancarias y administración del dinero depositado en sus cuentas de ahorro # **24099137528** y C.D.T. # **25501547240**

DECIMO: La señora LUZ ARGENNIS COBOS OSMAN, hija de la señora LUZ ELENA OSMAN OSORIO, ha manifestado interés de adelantar el proceso correspondiente para ser designada como APOYO JUDICIAL, ya que como se mencionó anteriormente, es ella quien ha asumido el cuidado y atención de su mamá, por lo que se considera la persona idónea para velar por todo lo que requiera su señora madre, en condición de discapacidad e interpretar de la mejor manera su voluntad y queriendo evitar con este apoyo algún descalabro económico y peligros propios de su condición, lo que realmente busca la señora LUZ ARGENNIS COBOS OSMAN, es poder cuidar y respaldar a su progenitora que esta tenga una buena calidad de vida en todos los aspectos.

UNDECIMO: La señora LUZ ELENA OSMAN OSORIO, debido al diagnóstico médico de su incapacidad mental grave, que se mencionó en el hecho SEXTO y el cual se soporta con los informes de historia clínica aportados en esta demanda, se hace necesario obtener la aprobación de la adjudicación judicial de apoyos a favor de la señora LUZ ELENA OSMAN OSORIO.

DOCEAVO: Finalmente y en vista de la prohibición que impone la ley 1996 de 26 de agosto de 2019, no es posible adelantar proceso de interdicción pues en su lugar se adelanta proceso verbal sumario tal como sucede en el presente caso.

PRETENCIONES

1. Ruego al señor Juez declarar ADJUDICACION JUDICIAL DE APOYOS a favor de la señora LUZ ELENA OSMAN OSORIO, de condiciones civiles ya descritas, con el fin de facilitarle y garantizarle el ejercicio legal y la toma de decisiones especialmente en los siguientes puntos:

- A. Representación y toma de decisiones correspondiente a procedimientos y tratamientos médicos.



YIMMY ALEXANDER RAMOS BAEZ
ABOGADO ESPECIALIZADO

- B. Representación y toma de decisiones correspondiente a procedimientos y trámites notariales, en caso de que quiera realizar la venta o compra de algún inmueble, el otorgamiento de poderes judiciales o cualquier otro trámite en el que ella deba dar su consentimiento.
- C. Su representación ante entidades bancarias y administración del dinero depositado en sus cuentas de ahorro # **24099137528** y C.D.T. # **25501547240**.
2. Como consecuencia de la declaratoria de ADJUDICACIÓN JUDICIAL DE APOYO, ruego al señor Juez, se sirva de acuerdo a lo preceptuado en el artículo 54 de la Ley 1996 del año 2019, designar como APOYO a la señora LUZ ARGENNIS COBOS OSMAN, quien se identifica con cedula de ciudadanía No.1.026.281.093 expedida en la ciudad de Bogotá, como única hija de la señora LUZ ELENA OSMAN OSORIO, haciéndole conocer la obligación de asistir, interpretar su voluntad y de garantizarle el ejercicio y protección de los derechos de su titular LUZ ELENA OSMAN OSORIO, en todos los trámites necesarios ante las entidades de salud y seguridad social, para la buena representación y toma de decisiones correspondientes a tramites notariales, en relación a la firma de escrituras en el hipotético caso de que hayan ventas o compras de inmuebles e igualmente asumir la representación ante entidades bancarias y administración de dineros consignados y C.D.T. adquiridos.
3. Ruego al Señor Juez decretar el APOYO solicitado en los términos que se mencionaron anteriormente y los que su Honorable despacho estime pertinentes de acuerdo a lo que se recaude en las pruebas aportadas o las que el Señor Juez crea pertinente realizar.

PROCEDIMIENTO Y COMPETENCIA

La presente demanda se le dará el trámite señalado por el procedimiento verbal sumario, regulado en el artículo 390 y s.s. del Código General del Proceso, la Ley 1996 de 2019 y demás normas concordantes.

Por la Naturaleza del proceso, el domicilio y residencia de la titular del apoyo judicial solicitado (persona con discapacidad), y de acuerdo a lo dispuesto en los artículos 22 y 28 del Código General del Proceso y el artículo 35 de la Ley 1996 del año 2019, es Usted Señor Juez competente para conocer de la presente demanda.

FUNDAMENTOS DE DERECHO

La Constitución Política de Colombia 1991 en su Artículo 47, la Ley 1996 de 2019, Artículos 82.390 y s.s. del Código General del Proceso, la convención sobre los

Teléfonos: 3209878390/3103130951

E-mail: asesorjuridico76@gmail.com



YIMMY ALEXANDER RAMOS BAEZ
ABOGADO ESPECIALIZADO

derechos de las personas con discapacidad, Convención Interamericana para la eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidad. Y demás normas concordantes.

MEDIOS PROBATORIOS

DOCUMENTALES

Solicito que se tengan como medio de prueba los siguientes:

1. Registro civil de nacimiento de la señora LUZ ELENA OSMAN OSORIO, expedido por la Registraduría Municipal de Honda.
2. Copia de cedula de ciudadanía de la señora LUZ ELENA OSMAN OSORIO, persona esta de la cual se solicita el apoyo judicial.
3. Registro civil de nacimiento de la señora LUZ ARGENNIS COBOS OSMAN, expedido por la Notaria Quinta del circulo de Notarios de Bogotá
4. Copia de cedula de ciudadanía de la señora LUZ ARGENNIS COBOS OSMAN, quien es la persona que solicita el apoyo judicial.
5. Copia de la Historia Clínica de la CLINICA DE NUESTRA SEÑORA DE LA PAZ, donde se detalla el estado mental actual de la señora LUZ ELENA OSMAN OSORIO.
6. Copia de certificado de libertad del inmueble con matricula inmobiliaria # 051-97447 ubicado en el MUNICIPIO SOACHA - CUNDINAMARCA. Barrio Hogar del sol
7. Copia de certificado de libertad Inmueble con matricula inmobiliaria # 051-568 ubicado en MUNICIPIO SOACHA – CUNDINAMARCA. Barrio San Humberto.
8. Copia impuesto predial Inmueble con dirección K. 10ª 42-55, Barrio las Ferias, ficha catastral 0101000001860009000000000, ubicado en el MUNICIPIO DE LA DORADA CALDAS.
9. Copia contrato apertura de cuenta de ahorros Banco Caja Social # 24099137528 de la señora LUZ ELENA OSMAN OSORIO.
10. Copia extracto individual cuenta de ahorros Banco Caja Social # 24099137528 de la señora LUZ ELENA OSMAN OSORIO, a fecha 31 de diciembre de 2021
11. Copia de C.D.T. expedidos por el Banco Caja Social # 25501358413 Y 25501547240
12. Copia acta de declaración juramentada de la señora LUZ ARGENNIS COBOS OSMAN,



YIMMY ALEXANDER RAMOS BAEZ
ABOGADO ESPECIALIZADO

13. Copia acta de declaración juramentada del señor YEISON OSWALDO RUIZ ALGARRA.

14. Copia acta de declaración juramentada del señor MIGUEL ALONSO VELASCO VALBUENA.

TESTIMONIALES

Ruego al Señor Juez, citar a la señora LUZ ARGENNIS COBOS OSMAN, quien es hija de la señora LUZ ELENA OSMAN OSORIO, a fin de escucharla en declaración para que su señoría al momento de dictar sentencia cuente con los elementos suficientes para designarla como apoyo judicial de la señora LUZ ELENA OSMAN OSORIO.

ANEXOS

Me permito anexar a la presente demanda, las documentales enunciadas en el capítulo de pruebas y el poder a mi favor para actuar.

NOTIFICACIONES

El suscrito en la secretaria de su Despacho, recibo notificaciones en el correo electrónico asesorjuridico76@gmail.com o yarb76@hotmail.com abonado telefónico 3103130951. La persona de quien se solicita el apoyo judicial señora LUZ ELENA OSMAN OSORIO, y la persona quien es la solicitante del apoyo señora LUZ ARGENNIS COBOS OSMAN, dirección avenida 30 # 1-165 apartamento 102 Bloque 6 Interior 4, Barrio San Mateo Soacha portal de la casa linda luzargenniscobos@gmail.com abonado telefónico 3105868131.

De usted Señor Juez,

Atentamente,

YIMMY ALEXANDER RAMOS BAEZ

Teléfonos: 3209878390/3103130951

E-mail: asesorjuridico76@gmail.com



YIMMY ALEXANDER RAMOS BAEZ
ABOGADO ESPECIALIZADO

C.C. No.79.839.790 de Bogotá
T.P. No.266.724 C.S. de la J.

Oficio No. 0632 RECHAZA POR COMPETENCIA PROCESO 142-2022

Juzgado 09 Familia - Bogotá - Bogotá D.C. <flia09bt@cendoj.ramajudicial.gov.co>

Jue 02/06/2022 8:35

Para: Juzgado 01 Familia - Cundinamarca - Soacha <jfctosoacha@cendoj.ramajudicial.gov.co>

CC: jimmy alexander ramos baez <asesorjuridico76@gmail.com>; yarb76@hotmail.com <yarb76@hotmail.com>

[142-2022 ADJUDICACION JUDICIAL APOYO TRANSITORIO](#)

Oficio No. 0632**Señores****JUZGADO DE FAMILIA SOACHA / CUNDINAMARCA.**

REF: PROCESO de ADJUDICACIÓN DE APOYO TRANSITORIO instaurado por LUZ ELENA OSMAN OSORIO C.C.
.24.711.307

RAD: 2022-00142

En cumplimiento a lo ordenado en auto de fecha 13 de mayo de 2022, me permito remitirle la demanda de la referencia, por ser competentes para conocer de esta.

Se remite el expediente digital para lo de su competencia.

Se anexa copia del oficio 632, copia del auto de fecha 13 de mayo de 2022, y link de acceso al expediente.

Se informa a todos nuestros usuarios que:

1. solo por este medio se recibirán solicitudes y comunicaciones.
2. Así mismo, podrá obtener información sobre su trámite por este medio, a través del sistema siglo XXI <https://consultaprocesos.ramajudicial.gov.co/Procesos/Index> y en la página de la rama en el siguiente link: <https://www.ramajudicial.gov.co/web/juzgado-009-de-familia-de-bogota>; en el cual encontrará información importante y los estados de este Despacho.
3. Se le informa a toda nuestra comunidad que esta habilitado LINK para acceder a la baranda virtual, con un horario de atención de 11 de la mañana a 1 de la tarde, de lunes a viernes https://teams.microsoft.com/l/meetup-join/19%3Ameeting_Y2lyMWI4YWYtMDE0OC00ZWM2LTk1NTUtMWJyTczjY1NTBj%40thread.v2/0?context=%7B%22Tid%22%3A%22622cba98-80f8-41f3-8df5-8eb99901598b%22%2C%22Oid%22%3A%2222bddf61-5e1b-4aa3-a34f-e38d8dacaff8%22%2C%22MessageId%22%3A%220%22%27D
4. Si tiene alguna diligencia programada (COMO AUDIENCIAS) en este juzgado deberá tener la aplicación de TEAMS descargada o acceso a la misma, el día anterior a más tardar, se le enviara el link de acceso a la reunión, estará en sala de espera hasta que los asistentes de la reunión estén completos o minutos antes de la reunión.
5. Téngase en cuenta que el horario de atención es de 8 am a 1 pm y de 2 pm a 5 pm de lunes a viernes, cualquier correo recibido en una franja de horario distinta se entenderá por recibido en la franja horaria inmediatamente siguiente.

CORDIALMENTE,

JUZGADO NOVENO DE FAMILIA

BOGOTA D.C.

AVISO DE CONFIDENCIALIDAD: Este correo electrónico contiene información de la Rama Judicial de Colombia. Si no es el destinatario de este correo y lo recibió por error comuníquelo de inmediato, respondiendo al remitente y eliminando cualquier copia que pueda tener del mismo. Si no es el destinatario, no podrá usar su contenido, de hacerlo podría tener consecuencias legales como las contenidas en la Ley 1273 del 5 de enero de 2009 y todas las que le apliquen. Si es el destinatario, le corresponde mantener reserva en general sobre la información de este mensaje, sus documentos y/o archivos adjuntos, a no ser que exista una autorización explícita. Antes de imprimir este correo, considere si es realmente necesario hacerlo, recuerde que puede guardarlo como un archivo digital.



REPÚBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL

JUZGADO DE FAMILIA DE SOACHA CUNDINAMARCA
jftosoacha@cendoj.ramajudicial.gov.co

Soacha Cundinamarca, veintinueve (29) de agosto de dos mil veintidós (2022).

DECISION	Releva curador ad litem – oficiar
CLASE DE PROCESO	Adjudicación de judicial apoyo
RADICADO	No. 2022-668

Visto el informe secretarial que antecede, se DISPONE:

Teniendo en cuenta que la profesional de derecho Dra. BLANCA GLADYS DUQUE GUTIERREZ, a la fecha no ha presentado aceptación al cargo de curadora ad litem, designada mediante providencia de fecha dieciséis (16) de julio del año 2022, el Despacho la RELEVA de dicho cargo. En consecuencia, DESIGNASE en su reemplazo como curador ad litem de la demandada señora LUZ ELENA OSMAN OSORIO, al Dr. DANIEL JOSUE MAHECHA ALFONSO, quien cuenta con dirección de notificación en la Carrera 4 No. 30-11 San Mateo de Soacha (Cundinamarca) y correo electrónico bojacha01@hotmail.com. Líbrese telegrama.

El profesional aquí designado, deberá estarse a lo dispuesto en el numeral 7º del artículo 48 del C.G.P.

Por Secretaria dese cumplimiento a lo ordenado mediante providencia de fecha dieciocho (18) de julio de 2022, esto es, librar oficio con destino a la Personería Municipal Delegada en Asuntos de Familia de Soacha Cundinamarca, para lo pertinente

NOTIFÍQUESE

El Juez,

GILBERTO VARGAS HERNÁNDEZ

Jmra.

JUZGADO DE FAMILIA DE SOACHA

Hoy, TREINTA (30) DE AGOSTO DE (2022), se notifica el presente auto por anotación en Estado No. 034.

El Secretario



JUZGADO DE FAMILIA DE SOACHA
 Transversal 12 No. 34 A – 18 Rincón de Santafé
 Teléfono: 315 258 2607
 E-mail: jfctosoacha@cendoj.ramajudicial.gov.co

Oficio No. 1509
 Soacha, seis (6) de septiembre de dos mil veintidós (2022)

Señor:
DEFENSORÍA DEL PUEBLO – SOACHA Y/O
PERSONERÍA DE SOACHA
soacha@defensoria.gov.co
 E. S. M.

REF: Adjudicación de Apoyos Judiciales No. 257543110001-2022-00668-00
Dte: Luz Argennis Cobos Osman
Contra: Luz Elena Osman Osorio

Teniendo en cuenta lo dispuesto en providencias de fecha dieciocho (18) de julio y veintinueve (29) de agosto del año que avanza, proferidas dentro del proceso de la referencia, informo que en el mismo se ordenó officiarle para que se sirva realizar informe de **VALORACION DE APOYOS**, a la señora **Luz Elena Osman Osorio**, el cual debe consignar como mínimo lo señalado en el numeral 2º del Art 56 de la ley 1996 de 2019.

Sírvanse proceder de conformidad y al contestar citar los datos de la referencia.

Cordialmente,

RUBÉN DARÍO ARANGO PINZÓN
 SECRETARIO

Firmado Por:
 Ruben Dario Arango Pinzon
 Secretario
 Juzgado De Circuito
 Familia
 Soacha - Cundinamarca

Este documento fue generado con firma electrónica y cuenta con plena validez jurídica,

conforme a lo dispuesto en la Ley 527/99 y el decreto reglamentario 2364/12

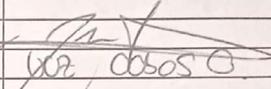
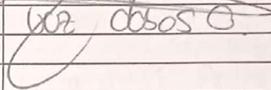
Código de verificación: **328a72540da7d49758858e760d026b68165a25fe47131253c0c4988e237d35c7**

Documento generado en 06/09/2022 04:25:06 PM

Descargue el archivo y valide éste documento electrónico en la siguiente URL:
<https://procesojudicial.ramajudicial.gov.co/FirmaElectronica>

	PERSONERIA MUNICIPAL DE SOACHA "CIUDAD INCLUYENTE Con Derechos y Deberes"	Código: PE-F04
	MODELO INTEGRADO DE PLANEACION Y GESTION-MIPG	Versión: 3 Página 1 de 2
	FORMATO DE ACTA DE VISITA GENERAL	Fecha: 8/03/2021

ACTA DE VISITA GENERAL		
Fecha: 03 de Octubre 2022	Hora de inicio: 3:10 PM	Hora de terminación: 4:10 PM
Lugar: Avenida 30 #1-165 Apto 102 Bloque 6 interior 4		
Nombre y Apellido de quien la realiza: Diego Alejandro Gómez		
Cargo: Trabajador social.		
Nombre y Apellido de quien atiende Luz Cobos Osman.		
Cargo: solicitante.		

ASISTENTES			
No	Nombre	Cargo	Firma
1	Katherine Darcaga Pinzon	Personeria Soacha	
2	Luz Cobos Osman	Solicitante	
3			
4			
5			
6			
7			
8			

OBJETO proceso de Valoración de Apoyo, Luz Elena Osman Osorio
Remisión de comunicación 20220060390110771 Radicado Entrada 8599

DESARROLLO

se realiza la visita a la Dirección Avenida 30 #1-165 Apartamento 102 Bloque 6 interior 4, Barrio San Mateo, en el momento de la visita la señora mencionada para valoración no se encontraba, ya que la señora Luz Cobos Osman, es la hija y es quien reside en esa Dirección, a 3:20 hace la llegada la señora Luz Elena Osman, objeto de la valoración, quien refiere que no estaba enterada de la valoración de Apoyo, se le hace lectura del consentimiento informado. Al terminar de leerlo manifiesta que ha entendido la información y se niega a participar en la valoración de Apoyos, se le hacen preguntas de tiempo, modo y lugar las cuales son respondidas correctamente, donde no se evidencia ningún trastorno de orden cognitivo, la señora estuvo siempre alerta en la explicación del proceso de valoración de Apoyo.

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
----------------	---------------	---------------

de igual forma la señora objeto de la valoración no reside en la dirección, ella misma suministra su Dirección de residencia la cual es transversal 7C #30B-25 int 35 etapa 3, Hogar del sol, la señora objeto de la valoración refiere molestia con su hija Luz Cobos, por no haberle explicado y solicitado, la valoración de apoyo sin su consentimiento, la señora Luz Elena Osman Osorio se niega a firmar el Acta por lo cual lo hace su hija Luz Argemis Cobos Osman, siendo las 4:10 pm donde se da por terminada la diligencia.

ANEXOS Y/O PRUEBAS

Fotografías

OBSERVACIONES:

- * la Residencia no corresponde al lugar donde vive la señora objeto de la valoración de apoyo, sino de la hija Luz Argemis Cobos Osman
- * la señora Luz Elena Osman, Retiene su dirección de residencia transversal 7C #30B-25 int 35 etapa 3 hogar del sol
- * la señora Luz Elena Osman, se niega a firmar el acta y refiere molestia por no tener consentimiento de la diligencia
- * la Firmante es la hija Luz Cobos Osman, ya que la Dirección suministrada es su residencia.

Firma: Luz Cobos Osman.
 luzargemis.cobos@gmail.com
 cel 305868131

Aprobado por:

INFORME DE VALORACIÓN DE APOYOS JUDICIALES

De fecha (26) de octubre de dos mil veintitrés (2023), bajo el radicado No. 17116, el **JUZADO 02 DE FAMILIA DE SOACHA** ordena mediante auto No. 14 de fecha 28 de junio de 2022, solicitando a la Personería Municipal de Soacha, se realice informe Valoración de Apoyos Judiciales a favor de la señora **LUZ ELENA OSMAN OSORIO**, a fin de dar trámite a los procesos bajo radicado No. 2022- 668, en marcado por el Art. 11 de la ley 1996 de 2019, esto con relación para que obre como prueba dentro del proceso de Adjudicación de Apoyos Transitorios que se radicara en el Juzgado.

Del anterior me permito presentar el informe de Valoración de Apoyos Judiciales en los siguientes términos.

1.SOLICITANTE:	
N/A	
2.ENTIDAD SOLICITANTE.	
JUZADO 02 DE FAMILIA DE SOACHA mediante auto No. 14 de fecha 28 de junio de 2022, bajo radicado No. 2022- 668.	
3. OBJETIVO DE LA VALORACIÓN DE APOYOS JUDICIALES.	
Determinar cuál es la posible adjudicación de Apoyos que requiere la señora LUZ ELENA OSMAN OSORIO , para el ejercicio de la capacidad jurídica dentro del marco de la Ley 1996 de 2019.	
4. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA OBJETO DE RED DE APOYO	
Nombre:	Luz Elena Osman Osorio
Fecha de nacimiento	01 de abril de 1960
Edad	63 años
Sexo	Femenino
Estrato	3
Tipo documento	Cedula de Ciudadanía
No. documento:	24.711.307
Lugar y fecha expedición	La Dorada – 29 de noviembre de 1978
Nivel de Escolaridad:	Técnica
Teléfono:	3105868131
Dirección:	Transversal 7 a #30 c – 17 Hogar el Sol- Soacha
Correo Electrónico:	luzargenniscobos@gmail.com
Estado Civil:	Unión libre
Ocupación:	Ninguna
5. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS APOYOS JUDICIALES	
Nombre:	Luz Argennis Cobos Osman
Fecha de nacimiento	03 de septiembre de 1992
Edad	31 años
Sexo	Femenino
Estrato	3
Tipo documento	Cedula Ciudadanía
No. documento:	1.026.281.093
Lugar y fecha expedición	Bogotá – 17 de septiembre de 2010
Nivel de Escolaridad:	Pre- grado
Teléfono:	3105868131
Dirección:	Avenida 30 #1- 165 Portal de Casa Linda, Bloque 6, Interior 4, Apto 102 San Mateo-Soacha
Correo Electrónico:	luzargenniscobos@gmail.com
Parentesco:	Hija
Ocupación:	Independiente

6. ANTECEDENTE DEL CASO.

De fecha (26) de octubre de dos mil veintitrés (2023), bajo el radicado No. 17116, el **JUZADO 02 DE FAMILIA DE SOACHA** ordena mediante auto No. 14 de fecha 28 de junio de 2022, solicitando a la Personería Municipal de Soacha, se realice informe Valoración de Apoyos Judiciales a favor de la señora **LUZ ELENA OSMAN OSORIO**, a fin de dar trámite a los procesos bajo radicado No. 2022-668, en marcado por el Art. 11 de la ley 1996 de 2019, esto con relación para que obre como prueba dentro del proceso de Adjudicación de Apoyos Transitorios que se radicara en el Juzgado.

En su solicitud relata lo siguiente:

(...) "este despacho ordenó requerirles para que dentro del término judicial de quince (15) días, proceda a efectuar la valoración de Apoyos en el que se consigne lo reseñado, para lo cual debe tenerse en cuenta la dirección de residencia informada por la señora Luz Elena Osman Osorio, en el documento 23 del expediente digital, página 25, transversal 7C # 30b-25, interior 35, etapa 3." (...)

Por lo cual solicita designar como red de apoyo principal de la señora **LUZ ELENA OSMAN OSORIO** a la señora **LUZ ARGENNIS COBOS OSMAN (hija)**, identificada con cedula de ciudadanía número 1.026.281.093 de Bogotá.

7. PROCEDIMIENTO Y TÉCNICAS UTILIZADAS.

- . Revisión Documental del Proceso
- . Entrevista valoración de apoyos judiciales

8. ENTORNO DE SALUD DE LA PERSONA OBJETO DE LA RED DE APOYO.

Tipo de Discapacidad:	Mental - Psicosocial		
certificado discapacidad	No		
¿Se encuentra imposibilitado para manifestar su voluntad?	Si	¿Se encuentra imposibilitado para ejercer su capacidad jurídica?	Si
Afiliación al sistema de salud	Nueva Eps- Contributivo		
Diagnostico medico	<ul style="list-style-type: none"> • Trastorno afectivo bipolar-no especificado • Trastorno de ansiedad- no especificado 		
Recibe terapias	Si <ul style="list-style-type: none"> • Terapia ocupacional • Terapia de acupuntura • Hidroterapia 		
Comunicación en independencia	La persona objeto de valoración de apoyos, la señora LUZ ELENA OSMAN OSORIO , se logra comunicar de manera verbal, e independiente, sin embargo, es necesario el apoyo de su red familiar, para ejecutar actividades específicas o el acompañamiento a citas médicas.		

9. COMPOSICIÓN Y RED DE APOYO FAMILIAR.

Durante la entrevista se evidencia que la señora **LUZ ELENA OSMAN OSORIO**, posee una tipología de familia unipersonal, no obstante, su red familiar reside cerca de su actual vivienda debido ya que la señora **LUZ ARGENNIS COBOS OSMAN (hija)** es la cuidadora permanente de su padre que se encuentra con discapacidad, es importante mencionar que se mantienen vínculos fuertes y cercanos, que la apoya permanentemente en el cuidado y toma de decisiones entorno a las diversas áreas de su vida.

El núcleo familiar no recibe ningún tipo de subsidio por parte de programas del municipio y los ingresos que percibe la familia son por medio de recursos obtenidos por el arriendo de las propiedades de la señora **LUZ ELENA OSMAN OSORIO** y la señora **LUZ ARGENNIS COBOS OSMAN** le proporciona los alimentos de manera mensual.

NOMBRES APELLIDOS	PARENTESCO	EDAD	ESCOLARIDAD	ESTADO CIVIL	ACTIVIDAD	OCUPACIÓN
Luz Elena Osman Osorio	Persona objeto de valoración de apoyos	63	Técnica	Unión libre	Sin actividad	Hogar

10. DESCRIPCIÓN DE LA DINÁMICA FAMILIAR.

Durante el proceso de la entrevista en la narración efectuada por el equipo interdisciplinario, y la señora **LUZ ARGENNIS COBOS OSMAN**, se establece que es una familia de tipología unipersonal, que tiene un vínculo fuerte y cercano, además de comunicación asertiva con la señora **LUZ ELENA OSMAN OSORIO** a pesar de que no conviven en un mismo espacio.

Se evidencia una buena relación interpersonal y vínculos sólidos, donde la señora **LUZ ARGENNIS COBOS OSMAN**, asume el cuidado total de la señora **LUZ ELENA OSMAN OSORIO** entorno al cuidado y la toma de decisiones en diversas áreas del ciclo vital de la persona objeto, así mismo se evidencia que los ingresos que percibe la familia son por medio de recursos obtenidos por el arriendo de las propiedades de la señora **LUZ ELENA OSMAN OSORIO** y la señora **LUZ ARGENNIS COBOS OSMAN** le proporciona los alimentos de manera mensual.

En cuanto a la vivienda presenta las condiciones adecuadas para el cuidado y la movilidad, ya que tiene delimitadas sus espacios habitacionales, se evidencia una comunicación asertiva y frecuente entre los miembros de la familia que radican en la misma vivienda, destacando gran afinidad entre la persona objeto y la señora **LUZ ARGENNIS COBOS OSMAN**.

11. CONDICIONES LABORALES SOCIOECONÓMICAS.

Dentro de la narración efectuada por el equipo interdisciplinario a la señora **LUZ ARGENNIS COBOS OSMAN**, indica que la señora **LUZ ELENA OSMAN OSORIO**, cuenta con la condición médica (Mental – Psicosocial), específicamente (trastorno afectivo bipolar-no especificado, trastorno de ansiedad- no especificado), que lo imposibilita de realizar cualquier tipo de actividad laboral.

Adicionalmente, se logra evidenciar según lo reportado, que los ingresos que percibe la familia son por medio de recursos obtenidos por el arriendo de las propiedades de la señora **LUZ ELENA OSMAN OSORIO** y la señora **LUZ ARGENNIS COBOS OSMAN** le proporciona los alimentos de manera mensual.

Durante el proceso se logra concluir que la señora **LUZ ELENA OSMAN OSORIO**, requiere la posible adjudicación de Apoyo, para que en su nombre y representación adelanten las actuaciones judiciales y administrativas que se necesiten para garantizar sus derechos, especialmente generar el cuidado total de la persona objeto en aras de garantizar sus derechos, destacando que de manera verbal la persona objeto manifiesta que se encuentra de acuerdo con el proceso que se adelanta.

12. CONTEXTO HABITACIONAL.

En el contexto físico, se evidencia que la señora **LUZ ELENA OSMAN OSORIO**, cuenta con su lugar de residencia de carácter propia, estrato 3, ubicada en la zona urbana en Traversal 7 a #30 c- 17 Barrio Hogar del Sol, Soacha Cundinamarca, la cual cuenta con tres (03) habitaciones, sala, cocina, comedor, dos (02) baños y un patio.

Cuenta con un equipamiento de servicios públicos como acueducto y alcantarillado, energía, manejo de basuras y gas domiciliario.

La estructura se observa sin riesgos estructurales, excelente estado, habitaciones terminadas, iluminación adecuada, ventilación adecuada.

13. FACTORES PROTECTORES.	
<p>Durante la entrevista se pudo establecer que la señora LUZ ELENA OSMAN OSORIO, cuenta con condiciones familiares, habitacionales y económicas estables, así mismo que cuenta con una sólida red de familia, donde la señora LUZ ARGENNIS COBOS OSMAN tiene como propósito ejercer su rol como cuidadora permanente de la persona objeto, asimismo se logra identificar vínculos fuertes y cercanos con cada uno de los miembros del núcleo familiar.</p>	
14. FACTORES DE RIESGO.	
<p>Durante la entrevista se pudo establecer que el señor LUZ ELENA OSMAN OSORIO, no presenta ningún tipo de riesgo socioeconómico a nivel actualidad.</p>	
15. REDES DE APOYO EN EL PROCESO.	
APOYO JUDICIAL	
<p>Durante la entrevista la señora LUZ ARGENNIS COBOS OSMAN, informa que, tiene como propósito ejercer el rol de apoyo de la señora LUZ ELENA OSMAN OSORIO, para la toma las decisiones, garantizar su capacidad jurídica, y administrar el dinero, cumpliendo con los requisitos para ser nombrada apoyo judicial principal según la Ley 1996 de 2019; debido a que requieren acompañar en los trámites legales que se requieran, especialmente generar el cuidado total de la persona objeto en aras de garantizar sus derechos, destacando que de manera verbal la persona objeto manifiesta que se encuentra de acuerdo con el proceso que se adelanta.</p>	
APOYO PARA EL CUIDADO PERSONAL	
<p>Durante la entrevista la señora LUZ ARGENNIS COBOS OSMAN, informa que, tiene como propósito ejercer el rol de apoyo de la señora LUZ ELENA OSMAN OSORIO, para el cuidado personal, vivienda, salud, vestuario, traslado a citas médicas, cumpliendo con los requisitos para ser nombrada apoyo principal según la Ley 1996 de 2019.</p>	
16. LINEAMIENTOS.	
<p>Lineamiento 1. (Aprestamiento).</p>	<p>Se evidencia en el desarrollo de la visita, que quien atiende y responde las preguntas es la señora LUZ ELENA OSMAN OSORIO y en ocasiones solicita el apoyo de su hija LUZ ARGENNIS COBOS OSMAN, se realiza la verificación de documentos de identidad de la persona en condición de discapacidad e identificación de las personas que acompañan el proceso de Valoración de Apoyos Judiciales, y se les da a conocer del consentimiento informado y la valoración a realizar.</p> <p>La señora LUZ ARGENNIS COBOS OSMAN, informa que la señora LUZ ELENA OSMAN OSORIO, tiene como propósito ejercer el rol de apoyo permanente, lo cual ha venido desempeñando actualmente con el fin de generar el cuidado total de la persona objeto en aras de garantizar sus derechos, destacando que de manera verbal la persona objeto manifiesta que se encuentra de acuerdo con el proceso que se adelanta.</p>
<p>Lineamiento 2. (Indagar por el rol en el proceso judicial y por el proyecto de vida de la persona con discapacidad).</p>	<p>Dadas las condiciones de la señora LUZ ELENA OSMAN OSORIO, según su diagnóstico médico (Mental – Psicosocial), específicamente (trastorno afectivo bipolar-no especificado, trastorno de ansiedad- no especificado) la señora LUZ ARGENNIS COBOS OSMAN, informa que, tiene como propósito ejercer el rol de apoyo para la toma de las decisiones, garantizando su capacidad jurídica, y administrar el dinero; Igualmente, y dadas las condiciones de la señora LUZ ELENA OSMAN OSORIO, la señora LUZ ARGENNIS</p>

	COBOS OSMAN , informa que, tiene como propósito ejercer el rol de apoyo para el cuidado personal, vivienda, salud, vestuario, traslado a citas médicas, así mismo tomando decisiones a nivel personal para apoyarlo dentro de cualquier área en la evolución del ciclo vital.
Lineamiento 3. (Identifique las personas que prestan o podrían prestar el apoyo a la persona con discapacidad).	Se identifica que la señora LUZ ARGENNIS COBOS OSMAN , es la persona más cercana al señor LUZ ELENA OSMAN OSORIO , dado que se logra evidenciar gran afinidad además de vínculos afectivos fuertes y cercanos, además de comunicación asertiva entre la persona objeto y su apoyo, finalmente se identifica una sólida red de apoyo familiar.
Lineamiento 4. (Identifique a las personas en la familia o en la comunidad que no deben prestar apoyos).	Se logra evidenciar que no hay ningún tipo de riesgo social, conflicto, violencia en contexto familiar, injerencia indebida que pongan en riesgo a la señora LUZ ELENA OSMAN OSORIO .
Lineamiento 5 (patrimonio y manejo de dinero).	Durante la entrevista informa la señora LUZ ARGENNIS COBOS OSMAN (hija) , que la señora LUZ ELENA OSMAN OSORIO , requiere ser asistida para efectos administrativos y judiciales, administración de bienes y dinero, lo anterior debido a su edad avanzada y a su condición médica (Mental – Psicosocial) específicamente (trastorno afectivo bipolar-no especificado, trastorno de ansiedad- no especificado), destacando que genera poderes notariales a nombre de personas con las cuales no tiene ningún tipo de relación, no obstante los ingresos económicos del núcleo familiar son obtenidos del arriendo de las propiedades de la señora LUZ ELENA OSMAN OSORIO y la señora LUZ ARGENNIS COBOS OSMAN le proporciona los alimentos de manera mensual.
Lineamiento 6. (Familia, cuidado personal y vivienda),	Se evidencia que la señora LUZ ELENA OSMAN OSORIO , cuenta con su lugar de residencia de carácter propia, estrato 3, ubicada en la zona urbana en Traversal 7 a #30 c- 17 Barrio Hogar del Sol, Soacha Cundinamarca, se logra evidenciar que la persona objeto requiere del apoyo permanente para el cuidado y la toma de decisiones, debido a las barreras que se generan a partir de su discapacidad. El cuidado del señor LUZ ELENA OSMAN OSORIO , teniendo en cuenta su condición médica (Mental- Psicosocial), específicamente, (trastorno afectivo bipolar-no especificado, trastorno de ansiedad- no especificado) es apoyada por la señora LUZ ARGENNIS COBOS OSMAN (hija) , quien manifiesta que, tiene como propósito ejercer el rol de apoyo para el cuidado personal, vivienda, salud, vestuario, traslado a citas médicas, tomando decisiones a nivel personal para apoyarlo y hacerse comprender frente a terceros en el ámbito social y personal.

<p>Lineamiento 7. Salud (general, mental y sexual y reproductiva)</p>	<p>La señora LUZ ARGENNIS COBOS OSMAN (hija), refiere que la señora LUZ ELENA OSMAN OSORIO atendiendo a su diagnóstico médico (Mental- Psicosocial) específicamente, (trastorno afectivo bipolar-no especificado, trastorno de ansiedad- no especificado), manifiesta que requiere del apoyo de un tercero para la toma de decisiones, además del cuidado conforme a su estado de salud.</p>
<p>Lineamiento 8. Trabajo y generación de ingresos</p>	<p>Durante la entrevista informa la señora LUZ ARGENNIS COBOS OSMAN (hija), que la señora LUZ ELENA OSMAN OSORIO, debido a su condición médica (Mental – Psicosocial), actualmente no realiza ningún tipo de actividad laboral, adicionalmente; se logra evidenciar según lo reportado que los ingresos económicos del núcleo familiar son obtenidos del arriendo de las propiedades de la señora LUZ ELENA OSMAN OSORIO para el pago de servicios públicos, costos en salud, recreación y la señora LUZ ARGENNIS COBOS OSMAN le proporciona los alimentos de manera mensual. para el pago de servicios públicos, costos en salud, alimentación y recreación.</p>
<p>Lineamiento 9. Acceso a la justicia, participación ciudadana y ejercicio del voto</p>	<p>Durante el proceso se logra concluir que la señora LUZ ELENA OSMAN OSORIO, debido a su condición médica (Mental –Psicosocial), requiere de acompañamiento permanente para el ejercicio de su capacidad jurídica, para que en su nombre y representación adelanten las actuaciones judiciales y administrativas que se necesiten para garantizar sus derechos, especialmente generar el cuidado total de la persona objeto en aras de garantizar sus derechos, destacando que de manera verbal la persona objeto manifiesta que se encuentra de acuerdo con el proceso que se adelanta.</p>

7. SITUACIÓN ACTUAL.

Se evidencia durante la entrevista, que la red de apoyo principal de la señora **LUZ ELENA OSMAN OSORIO**, es la señora **LUZ ARGENNIS COBOS OSMAN (hija)** con quien tiene un vínculo familiar cercano, además se evidencia comunicación asertiva y destacando que la señora **LUZ ARGENNIS COBOS OSMAN (hija)**, tiene como propósito ejercer el cuidado y apoyo total a nivel personal, así mismo que los ingresos que se perciben en el núcleo familiar son para el pago de servicios públicos, costos en salud, alimentación y recreación.

Se evidencia a nivel general que la vivienda no representa ningún riesgo físico para el señor **LUZ ELENA OSMAN OSORIO**, pues dicha propiedad cuenta con tres (03) habitaciones, sala, cocina, comedor, dos (02) baños y un patio, para el núcleo familiar, además cuenta con un equipamiento de servicios públicos como acueducto y alcantarillado, energía, manejo de basuras y gas domiciliario, para la comodidad y satisfacción de sus necesidades básicas y del núcleo familia.

Así mismo la señora **LUZ ARGENNIS COBOS OSMAN (hija)**, refiere que tiene como propósito ejercer el cuidado de la señora **LUZ ELENA OSMAN OSORIO**, a nivel de cuidado personal, vivienda, salud, vestuario y traslado para citas médicas, contribuyendo como apoyo en la toma las decisiones, económicamente, efectos administrativos y judiciales, como el ejercicio de su capacidad jurídica, ya que según el relato de su red familiar la persona objeto proporciona poderes notariales poderes notariales a nombre de personas con las cuales no tiene ningún tipo de relación.

En general y de acuerdo a lo obtenido durante la entrevista, el equipo interdisciplinario de la Personería Municipal de Soacha, -trabajo social, psicología

- y jurídico- se evidencia que el señor **LUZ ELENA OSMAN OSORIO**, requiere de apoyo para seguir teniendo una mejor calidad de vida.

18. RECOMENDACIONES.

Desde el equipo interdisciplinario de la Personería Municipal de Soacha, de acuerdo a la información obtenida durante la entrevista, se sugiere que la señora **LUZ ELENA OSMAN OSORIO**, requiere de apoyos para seguir teniendo una mejor calidad de vida, esto con relación a la toma las decisiones y garantizar su capacidad jurídica, así como de administrar su dinero, cuidado personal, vivienda, salud, vestuario y traslado para citas médicas, en aras de garantizar el respeto y la dignidad humana para la toma de sus decisiones, y que es la señora **LUZ ARGENNIS COBOS OSMAN (hija)** la familiar idónea como apoyos transitorio pues garantiza el respeto y la dignidad humana para la toma de sus decisiones, igualmente reúne los requisitos exigidos en el artículo 33 de la ley 1996 de 2019.

19. CONCLUSIONES.

Esta Delegada de Familia de la Personería Municipal de Soacha, informa que la señora **LUZ ARGENNIS COBOS OSMAN (hija)** de la señora **LUZ ELENA OSMAN OSORIO**, cumplen con las condiciones y calidad para ser reconocida como apoyo judicial para la toma las decisiones, garantizar su capacidad jurídica, y administrar su dinero, cumpliendo con los requisitos para ser nombradas apoyos judiciales principales según la Ley 1996 de 2019.

Así mismo que la señora **LUZ ARGENNIS COBOS OSMAN (hija)** de la señora **LUZ ELENA OSMAN OSORIO**, cumplen con las condiciones y calidad para ser reconocidos como apoyo para el cuidado personal, vivienda, salud, vestuario y traslado para citas médicas; reuniendo los requisitos exigidos en el artículo 11 de la ley 1996 de 2019.

Lo anterior debido a que la señora **LUZ ARGENNIS COBOS OSMAN (hija)** de la señora **LUZ ELENA OSMAN OSORIO**, tiene como propósito de ejercer el rol de apoyo, garantizando su calidad de vida, de esta manera y dando cumplimiento al artículo 11 de la Ley 1996 de 2019, remito informe de valoración de apoyos judiciales para su conocimiento y tramite pertinente.



KATHERINE QUIROGA PINZON
Personera delegada de Familia
Personería Municipal de Soacha- Cundinamarca

*Proyectó: Ana M. Torres L.- Contratista Trabajo Social Delgada de Familia
Reviso y aprobó: Katherine Quiroga Pinzón - Personera Delegada de Familia*



PERSONERIA MUNICIPAL DE SOACHA
"CIUDAD INCLUYENTE"
Con Derechos y Deberes"



CONSENTIMIENTO INFORMADO DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD
PARA EL PROCESO DE VALORACIÓN DE APOYOS.

Identificación de la persona con discapacidad:

Nombres y apellidos:	Luz Elena Osman Osorio		
Número de documento de identidad	24.711.307	Tipo de documento de identidad	Cedula de ciudadanía

La persona suscrita previamente manifiesto de manera libre, espontánea y voluntaria que la persona que desarrollará la valoración de apoyos me informó y aclaró las dudas frente a los siguientes aspectos:

1. Tengo derecho a tomar decisiones, a que se respeten mi voluntad y preferencias.
2. Existe un proceso que busca determinar los apoyos que requiero y las personas que pueden prestarlos para el ejercicio de la capacidad jurídica. Ese proceso se llama valoración de apoyos.
3. Para realizar este proceso me harán varias preguntas sobre mis gustos, preferencias, actividades y decisiones cotidianas. Esto, con el fin de obtener información sobre lo que es importante para mí y los apoyos que requiero para el ejercicio de la capacidad jurídica.
4. Las preguntas serán dirigidas a mí, seré yo quien las responda.
5. Puedo solicitar apoyo de otras personas para comunicarme en caso de que lo necesite.
6. Las personas que me acompañen podrán facilitar información para favorecer el proceso,

pero esto no significa que puedan tomar decisiones por mí o en mi nombre.

7. Puedo descansar en el momento que lo requiera y, si en algún momento siento malestar físico o en mi estado de ánimo, podemos interrumpir los encuentros y retomarlos posteriormente.
8. No hay respuestas correctas o incorrectas, lo importante es contestar con honestidad y puedo decidir no contestar si no lo deseo.
9. Se pondrá en contacto con todas las personas que yo considere que pueden brindar los apoyos que requiero para el ejercicio de capacidad jurídica.
10. La información que surja del proceso y a partir de las preguntas que me realice, constará en un informe de valoración.
11. Ese informe podré utilizarlo para cualquier mecanismo de formalización de apoyos. Sin embargo, solo es obligatorio en los procesos judiciales de adjudicación de apoyos.

Manifiesto que he entendido la información que se me ha comunicado y acepto participar en el proceso de valoración de apoyos.

Autorizo que mis respuestas sean grabadas en audio para facilitar el desarrollo del proceso de valoración de apoyo y la elaboración del informe final:		
Si	<input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

Firma de la persona con discapacidad:	
Nombres y apellidos de la persona con discapacidad:	Luz Elena Osman Osorio
Fecha y lugar de nacimiento: (DD/MM/AA)	01-Abril-1960 La Dorada
Cédula de ciudadanía y lugar de expedición:	24.711.307 / La Dorada
Fecha de diligenciamiento: (DD/MM/AA)	29-Noviembre-2023
Dirección de residencia, incluyendo municipio, departamento y país:	Trv. 7 a #300-13 Barrio Hogar del Sol
Teléfono fijo y celular de contacto	310 586 8131
Huella digital del índice derecho:	



PERSONERIA MUNICIPAL DE SOACHA
"CIUDAD INCLUYENTE
Con Derechos y Deberes"



Carrera 4 No 28-10 C. C. UNISUR Local 1042 Soacha-Cundinamarca
Teléfonos: 7292366-7320202

<http://www.personeria-soacha.gov.co/> Email: contactenos@personeria-soacha.gov.co
Facebook: [personeriadesoacha](#) Twitter: [@personersoacha](#)



PERSONERIA MUNICIPAL DE SOACHA
"CIUDAD INCLUYENTE"
Con Derechos y Deberes"



**CONSENTIMIENTO INFORMADO DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD
PARA EL PROCESO DE VALORACIÓN DE APOYOS.**

Identificación de la persona con discapacidad a quien se refiere la valoración de apoyos:

Nombres y apellidos:	Luz Elena. Osman Osorio		
Número de documento de identidad	24.711.307	Tipo de documento de identidad	Cedula de Ciudadanía



Identificación de la persona quien prestara el apoyo:

Nombres y apellidos:	Luz Argennis Cabas Osman		
Número de documento de identidad	1.026.281.003	Tipo de documento de identidad	Cedula de Ciudadanía.



La persona suscrita previamente manifiesto de manera libre, espontánea y voluntaria que la persona que desarrollará la valoración de apoyos me informó y aclaró las dudas frente a los siguientes aspectos:

1. Las responsabilidades en la participación en el proceso de valoración de apoyos en calidad persona de la red de apoyo de la persona con discapacidad.
2. El principal interés es respetar el derecho a la capacidad jurídica y a la toma decisiones con apoyo a través del reconocimiento de la voluntad y preferencias de la persona con discapacidad a la que se refiere el proceso de valoración de apoyos.
3. Existe un proceso que busca determinar los apoyos que requiere la persona con discapacidad y las personas que pueden prestarlos para el ejercicio de la capacidad jurídica. Ese proceso se llama valoración de apoyos.
4. El proceso consiste en indagar acerca de sus preferencias, deseos y proyecciones, así como los apoyos que requiere en diferentes ámbitos de su vida y en su cotidianidad.
5. Para realizar este procedimiento me harán varias preguntas sobre los gustos, preferencias, actividades y decisiones cotidianas que toma la persona con discapacidad. Esto, con el fin de obtener información sobre lo que es importante Sección 6 Página 148 Documento de lineamientos y protocolo nacional para la valoración de apoyos para él o ella, los

apoyos que requiere y que debe utilizar cotidianamente.

6. Las preguntas serán dirigidas a la persona con discapacidad y mi participación estará limitada a brindarle apoyo para su comunicación, si es que ella lo requiere.

7. Puede que la persona con discapacidad no pueda comunicarse directamente, en ese caso, mi participación en el proceso de valoración de apoyos tiene el objetivo de obtener la mayor cantidad de información posible acerca de las preferencias, la voluntad y las decisiones tomadas previamente.

8. Si en algún momento la persona con discapacidad solicita que me retire porque prefiere contestar algunas preguntas sin que yo esté presente, respetaré su voluntad.

9. No hay respuestas correctas o incorrectas, lo importante es contestar con total honestidad.

10. La información que surja del proceso y a partir de las preguntas que me realicen, constará en un informe de valoración y será utilizada para formalizar apoyos a través de cualquiera de los mecanismos de formalización de la Ley 1996 de 2019; sin embargo, sólo es obligatoria en los procesos judiciales de adjudicación de apoyos.

Manifiesto que he entendido la información que se me ha comunicado y acepto participar en el proceso de valoración de apoyos.



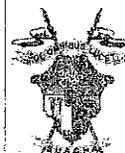
PERSONERIA MUNICIPAL DE SOACHA
"CIUDAD INCLUYENTE"
Con Derechos y Deberes"



Autorizo que mis respuestas sean grabadas en audio para facilitar el desarrollo del proceso de valoración de apoyo y la elaboración del informe final:

Si	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
----	-------------------------------------	----	--------------------------

Firma de la persona con discapacidad:	Luz Elena Osorio Osorio
Nombres y apellidos de la persona con discapacidad:	Luz Elena Osman Osorio
Fecha y lugar de nacimiento: (DD/MM/AA)	01-Abril-1960 Honda - Tolima
Cédula de ciudadanía y lugar de expedición:	24.711.307 La Dorada.
Fecha de diligenciamiento: (DD/MM/AA)	29 de noviembre de 2023
Dirección de residencia, incluyendo municipio, departamento y país:	Trv. 7a # 30C - 17 Barrio Hogar del Sol.
Teléfono fijo y celular de contacto	310 586 8131.
Huella digital del índice derecho:	



ENTREVISTA DE VALORACIÓN DE APOYOS

1. INFORMACIÓN GENERAL

Fecha de visita: 29 de Noviembre de 2023
 Fecha elaboración del informe: 29 de Noviembre de 2023
 Numero de petición: Radicado 17116
 Autoridad Judicial solicitante: Juzgado Segundo de familia
 Quien solicita el proceso (persona objeto de la red de apoyo o tercero): No

cuáles son las motivaciones o necesidades para hacer la solicitud? Garantizar el cumplimiento de derechos de la persona objeto.

2. DATOS DE LA PERSONA QUE ATIENDE LA DILIGENCIA

Nombre completo: Luz Argennis Cobas Osman
 Fecha de nacimiento: 3-Sep-1992 Edad: 31 Sexo: F Parentesco: Hija
 Tipo: CC No Documento de identidad: 1026281093 Lugar y fecha Exp.: Bogotá-17/sep/10
 Teléfonos: 3105868131 correo: luzargenniscobas@gmail.com
 Dirección de domicilio: Av. 30 #1-165 Portal de Casa Linda
Bloque 6 - Interior 4 - Apto 102

3. DATOS BÁSICOS DE LA PERSONA OBJETO DE LA RED DE APOYO

Nombre completo: Luz Elena Osman Osorio
 Fecha de nacimiento: 1-Abril-1960 Edad: 63 Sexo: F Estrato: 3
 Tipo: CC No Documento de identidad: 24711307 Lugar y fecha Exp.: Dorada-29/nov/78
 Nivel de Escolaridad: Bachiller Estado civil: Union libre Ocupación: sin ocupación
 Teléfonos: 3105868131 Correo: luzargenniscobas@gmail.com
 Dirección de domicilio: Trv. 7a #30c-17 Barrio Hogar del Sol

TIPO DE DISCAPACIDAD: Física: <input type="checkbox"/> Visual <input type="checkbox"/> Auditiva <input type="checkbox"/> Sordoceguera <input type="checkbox"/> Mental <input checked="" type="checkbox"/> Intelectual <input type="checkbox"/> cognitiva <input type="checkbox"/> psicosocial <input checked="" type="checkbox"/> Múltiple <input type="checkbox"/>	CUENTA CON CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD: SI: NO: <input checked="" type="checkbox"/> ¿cual?: FECHA EXPEDICIÓN:
La persona con discapacidad se encuentra o no absolutamente imposibilitada para manifestar su voluntad y preferencias por cualquier modo, medio o forinato posible como lo ordena el artículo 38 de la Ley 1996 de 2019.	
SI: NO: <input checked="" type="checkbox"/>	
La persona con discapacidad se encuentra o no imposibilitada para ejercer su capacidad jurídica y esto conlleva a la vulneración o amenaza de sus derechos por parte de un tercero como lo ordena el artículo 38 de la Ley 1996 de 2019.	
SI: NO: <input checked="" type="checkbox"/>	



PERSONERÍA MUNICIPAL DE SOACHA
CIUDAD INCLUYENTE
Con Derechos y Deberes



ENTREVISTA DE VALORACIÓN DE APOYOS

4. ENTORNO DE SALUD DE LA PERSONA OBJETO DE LA RED DE APOYO

AFILIACIÓN AL SISTEMA DE SALUD SI: <input checked="" type="checkbox"/> NO: <input type="checkbox"/>		EPS: Nueva eps.	SUBSIDIADO: CONTRIBUTIVO: <input checked="" type="checkbox"/>	¿TRABAJA, EN QUE? No.
LUGAR DONDE LE ATIENDEN EN CASO DE EMERGENCIAS: Hospital Cardiovascular y Hospital Piedad				
ESTA SIENDO ATENDIDO POR EL SECTOR SALUD: SI: <input checked="" type="checkbox"/> NO: <input type="checkbox"/>		FRECUENCIA: • Control 1 vez al mes.		
DIAGNOSTICO MEDICO: SI: <input checked="" type="checkbox"/> NO: <input type="checkbox"/>		¿CUAL? • Trastorno Afectivo bipolar - no especificado. • Trastorno de ansiedad - no especificado.		
ESTA SIENDO RECIBIENDO TERAPIAS: SI: <input checked="" type="checkbox"/> NO: <input type="checkbox"/>		¿CUAL? • Terapia Ocupacional • Terapia de acupuntura. • Hidroterapia		
ACTUALMENTE RECIBE TRATAMIENTO MEDICO POR ALGUNA ENFERMEDAD PARTICULAR: SI: <input checked="" type="checkbox"/> NO: <input type="checkbox"/>		¿CUAL? • Divalproato de sodio - cada 12 h. • Pregabalina - 1 en la noche • Olanzapina - 1 en la noche • Biperideno - 1 diaria.		
ACTUALMENTE CONSUME MEDICAMENTOS: SI: <input checked="" type="checkbox"/> NO: <input type="checkbox"/>		¿CUAL?, FRECUENCIA Y HORARIO • Trastorno afectivo bipolar - no especificado • Trastorno de ansiedad - no especificado.		
CUENTA CON AYUDAS TÉCNICAS DE APOYO PARA FAVORECER SU MOVILIDAD. SI: <input type="checkbox"/> NO: <input checked="" type="checkbox"/>		¿CUAL? No.		
COMUNICACIÓN E INDEPENDENCIA: Se logra evidenciar que la persona objeto se comunica de manera verbal sin ningún tipo de limitación.				
FACTORES DE RIESGO: no se evidencia ningún factor de riesgo.				

5. COMPOSICIÓN Y RED DE APOYO FAMILIAR

¿La familia recibe algún subsidio o de alguna entidad o institución? ¿Cual?: No.

ENTREVISTA DE VALORACIÓN DE APOYOS

Como es la relación de la persona objeto de la red de apoyo y su familia: A nivel actualidad la relación es asertiva partiendo de la comunicación y vínculos fuertes entre la persona objeto y su núcleo familiar.

Ingreso mensual (quien aporta, cuanto aporta, y la suma total de gasto: El ingreso mensual a la vivienda es de aproximadamente de \$1.700.000 proporcionado por arriendos de propiedades que se encuentran a nombre de la persona objeto.

Responsables y origen de los recursos económicos para el sostenimiento del grupo familiar: A nivel actualidad la responsable de los recursos económicos es la persona objeto por medio de los recursos obtenidos proporcionado por arriendo de sus propiedades, no obstante la señora Luz Argennis (hija) le proporciona alimentos de manera mensual.

6. DESCRIPCIÓN DINÁMICA FAMILIAR: la persona objeto vive de manera independiente en su casa y la señora Luz Argennis (hija) se encuentra al cuidado de su padre que cuenta con una discapacidad que le impide movilizarse, por tanto la persona objeto se traslada hasta el lugar de residencia de su hija para compartir tiempo con su familia.

7. COMPOSICIÓN FAMILIAR ACTUAL:

NOMBRES Y APELLIDOS	PARENTESCO	EDAD	ESCOLARIDAD	ESTADO CIVIL	ACTIVIDAD	OCUPACIÓN
Luz Elena Osman Osorio	Persona Objeto	63	Técnico	Union Libre	Sin Actividad	Sin Ocupación



PERSONERÍA MUNICIPAL DE SOACHA
CIUDAD INCLUYENTE
 Con Derechos y Deberes



ENTREVISTA DE VALORACIÓN DE APOYOS

*Para diligenciar el cuadro de composición familiar, remitirse a la siguiente tabla de criterios:

TABLA DE CRITERIOS COMPOSICIÓN FAMILIAR			
ESCOLARIDAD	ESTADO CIVIL	ACTIVIDAD	OCUPACIÓN
NO ESCOLARIZADO	SOLTERO	TRABAJANDO	EMPLEADO PARTICULAR
PRIMARIA INCOMPLETA		BUSCANDO TRABAJO	EMPLEADO DEL ESTADO
SECUNDARIA INCOMPLETA	CASADO	ESTUDIANDO	EMPLEADOR
SECUNDARIA COMPLETA		OFICIOS HOGAR	TRabajADOR POR CUENTA PROPIA
TECNÓLOGO	DIVORCIADO	RENTISTA	EMPLEADO DOMESTICO
UNIVERSITARIO		PENSIONADO	AYUDANTE SIN REMUNERACIÓN
POSGRADO INCOMPLETO	UNIÓN MARITAL DE HECHO (UNIÓN LIBRE)	INCAPACIDAD PERMANENTE PARA TRABAJAR	JORNALERO
POSGRADO COMPLETO		VIUDO	AYUDANTE CON REMUNERACIÓN

8. CONDICIONES HABITACIONALES Y ASPECTO SOCIOECONÓMICO:

TENENCIA DE VIVIENDA	PROPIA <input checked="" type="checkbox"/>	FAMILIAR	ARRENDADA	¿OTRA, CUAL?	Casa: <input checked="" type="checkbox"/>	Apto:	Propietario Luz Elena Osorio
ZONA DE INVASIÓN	SI:	NO: <input checked="" type="checkbox"/>	¿POR QUE?:	ESTRATO: 3			
UBICACIÓN	URBANA: <input checked="" type="checkbox"/>	RURAL:	TIEMPO PERMANENCIA EN LA VIVIENDA: 20 años.				
EQUIPAMIENTO DE SERVICIOS PÚBLICOS:	ACUEDUCTO Y ALCANTARILLADO: SI	ENERGÍA: SI	MANEJO DE BASURAS: SI	GAS DOMICILIARIO: SI			
DISTRIBUCIÓN DE ESPACIOS	# HABITACIONES: # 3. habitaciones.	# RESIDENTES EN EL MISMO TECHO: #1. Residente	OTROS ESPACIOS (sala, comedor, baños) 1 Comedor 1 Cocina 1 Sala 2 baños 1 Patio				
DESCRIPCIÓN DE LA VIVIENDA Y RIESGOS ESTRUCTURALES:	La vivienda es una casa que en el primer piso se encuentra un apartamento que está arrendado y no se evidencia ningún tipo de riesgo estructural.						
APROPIACIÓN DE RECURSOS ECONÓMICOS, INGRESO Y DISTRIBUCIÓN:	• Los recursos económicos son obtenidos por medio de los arrendos de sus propiedades para cubrir sus necesidades básicas. y su hija Luz Cobas proporciona los alimentos.						
OBSERVACIONES ADICIONALES:							

9. OBJETIVO DE LA RED DE APOYO: El objetivo de la valoración de apoyos es velar por el cumplimiento de derechos de la persona objeto, además de generar las acciones pertinentes para el cuidado de la persona objeto, teniendo como base fundamental que se encuentra de acuerdo con el proceso que se está adelantando.



ENTREVISTA DE VALORACIÓN DE APOYOS

10. DESARROLLO DE LA ENTREVISTA DE VALORACIÓN DE APOYOS: la entrevista fue desarrollada en presencia de la persona objeto y cada una de las preguntas fueron contestadas por ella.

11. REDES DE APOYO EN EL PROCESO

APRESTAMIENTO: Se logra evidenciar que la persona objeto se comunica de una manera verbal e independiente, aunque requiere el acompañamiento de su red familiar conforme a decisiones cotidianas.

POR QUÉ CONSIDERA QUE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD ESTA IMPOSIBILITADA PARA EJERCER SU CAPACIDAD JURÍDICA: por su diagnóstico médico trastorno afectivo bipolar - no especificado y trastorno de ansiedad - no especificado.

ROLES EN PROCESOS JUDICIALES, ¿CUALES?: Persona objeto en el proceso de valoración de apoyos.

PERSONAS QUIENES BRINDAN APOYO:

Nombre completo: Luz Argennis Cobos Oaman
 Fecha de nacimiento: 3- Septiembre - 1992 Edad: 31 Sexo: F
 Tipo: CC No Documento de identidad: 1.026.281.093 Lugar y fecha Exp.: Bogotá/17-Sep-10
 Nivel de Escolaridad: Profesional Estado civil: Casada Ocupación: Independiente
 Parentesco: Hija Teléfono: 3105868131 Estrato: 3
 Correo: luzargenniscobos@gmail.com Dirección de domicilio: Av 30 #1-165 Portal de Casa Bloque 6 - Interior 4. Linda. Apto 102.

Nombre completo: _____
 Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: _____
 Tipo: _____ No Documento de identidad: _____ Lugar y fecha Exp.: _____
 Nivel de Escolaridad: _____ Estado civil: _____ Ocupación: _____
 Parentesco: _____ Teléfono: _____ Estrato: _____
 Correo: _____ Dirección de domicilio: _____



ENTREVISTA DE VALORACIÓN DE APOYOS

ROL EN PROYECTO DE VIDA: A lo largo de su vida se dedico al cuidado de su familia, no desarrollo ninguna actividad laboral, sin embargo se dedicaba a la administración de sus bienes mortuales, por otra parte se dedico al cuidado de su compañero permanente posterior al diagnóstico medico donde se evidencian una discapacidad física y mental.

PERSONAS QUIENES NO DEBEN BRINDAN APOYO, ¿POR QUÉ?: Carmen Cecilia Diaz (Amiga) y Elican Guerrero (Amigo) -Conforme a los relatos de la persona objeto y la señora Luz Cobos (Hija) son personas que le piden dinero a la persona objeto de manera constante sin devolución alguna, además de que menciona que le proporciono un poder a un pastor de una iglesia para administración de sus bienes.

12. OBSERVACIONES ADICIONALES: La Señora Luz Cobos (Hija) indica que en varias ocasiones su madre le proporciona dinero a personas desconocidas, además de que en dos ocasiones ha realizado Poderes para la administración de sus bienes a personas que no conoce y a nivel actualidad no tiene conocimiento donde están los documentos referente a esas situaciones.

13. CONCEPTO (ÁREA PSICOLOGÍA): Se evidencia que la señora Luz Elena Osorio se encuentra ubicada en el tiempo y lugar; no presenta dificultad para comunicarse; sin embargo se evidencia ansiedad y alteración en lo relatado, es decir no hay coherencia con lo que expresa. Sin embargo manifiesta con claridad y seguridad que desea que su hijo la señora Luz Argemis Cobos sea la persona que la apoye para la toma de decisiones y cuidados. Se evidencia que la señora en mención (hija) realiza el acompañamiento constante frente a los temas de salud y cuidado de la persona objeto.



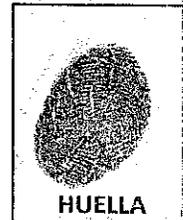
ENTREVISTA DE VALORACIÓN DE APOYOS

14. CONCEPTO (ÁREA TRABAJO SOCIAL): A partir de la entrevista realizada se proporciona un concepto favorable, ya que se evidencia que la persona objeto requiere del acompañamiento de su red familiar para la toma de decisiones y cuidado, dado que se han presentado situaciones específicas donde se han generado problemas con terceros personas por la administración de sus bienes, cabe mencionar que la Señora Luz Cobos (Aya) se encuentra al cuidado de la persona objeto como el de su padre, además se evidencian vínculos fuertes y comunicación asertiva entre la persona objeto y su núcleo familiar.

15. FIRMAS:

FIRMA: Luz Elena Borrero Osato
NOMBRE: Luz Elena Borrero Osato
CEDULA 24711307

PERSONA OBJETO VALORACIÓN DE LA RED DE APOYO



FIRMA: Luz Argemir Cobos O.
NOMBRE: Luz Argemir Cobos O.
CEDULA 1.026.281.093

PERSONA QUIEN ATIENDE LA DILIGENCIA



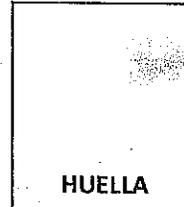


PERSONERÍA MUNICIPAL DE SOACHA
 CIUDAD INCLUYENTE
 Con Derechos y Deberes



ENTREVISTA DE VALORACIÓN DE APOYOS

FIRMA: _____
 NOMBRE: _____
 CEDULA _____
 PERSONA QUIEN ATIENDE LA DILIGENCIA



FIRMA: [Signature]
 NOMBRE: Ana T^{ra} Torres L.
 TRABAJADOR SOCIAL

FIRMA: [Signature]
 NOMBRE: Ingrid Catalina Reyes.
 PSICÓLOGO

FIRMA: [Signature]
 NOMBRE: SINBUA NUBER S.
 ABOGADO



ENTREVISTA DE VALORACIÓN DE APOYOS - ANEXO

1. DATOS DE LA PERSONA QUE ATIENDE LA DILIGENCIA

Nombre completo: Luz Argennis Cobas Osman
 Fecha de nacimiento: 3-Sep-1992 Edad: 31 Sexo: F Parentesco: Hija
 Tipo: CC No Documento de identidad: 1.026.281.093 Lugar y fecha Exp.: Bogota/17-Sep-10
 Teléfonos: 3105868131 Correo: luzargenniscobas@gmail.com
 Dirección de domicilio: Av. 30 #1-165 Portal de Casa Linda
Bloque 6 - Interior 4 - Apto 102

2. DATOS BÁSICOS DE LA PERSONA OBJETO DE LA RED DE APOYO

Nombre completo: Luz Elena Osman Osorio
 Fecha de nacimiento: 1-Abril-1960 Edad: 63 Sexo: F Estrato: 3
 Tipo: CC No Documento de identidad: 24.711.307 Lugar y fecha Exp.: Dorada/29-Nov-78
 Nivel de Escolaridad: Bachiller
 Teléfonos: 3105868131 Correo: luzargenniscobas@gmail.com
 Dirección de domicilio: Trv. 7a #30c-17 Barrio Hogar Sol.
Barrio Hogar del Sol.

TIPO DE DISCAPACIDAD: Física: <input type="checkbox"/> Visual <input type="checkbox"/> Auditiva <input type="checkbox"/> Sordoceguera <input type="checkbox"/> Mental <input checked="" type="checkbox"/> Intelectual <input type="checkbox"/> cognitiva <input type="checkbox"/> psicosocial <input checked="" type="checkbox"/> Múltiple <input type="checkbox"/>	CUENTA CON CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD: SI: <u>NO</u> ¿cual?: FECHA EXPEDICIÓN:
La persona con discapacidad se encuentra o no absolutamente imposibilitada para manifestar su voluntad y preferencias por cualquier modo, medio o formato posible como lo ordena el artículo 38 de la Ley 1996 de 2019. SI: NO: <input checked="" type="checkbox"/>	
La persona con discapacidad se encuentra o no imposibilitada para ejercer su capacidad jurídica y esto conlleve a la vulneración o amenaza de sus derechos por parte de un tercero como lo ordena el artículo 38 de la Ley 1996 de 2019. SI: NO: <input checked="" type="checkbox"/>	

3. Posibles barreras que dificulten el desarrollo de la valoración de apoyos

DESCRIPCIÓN	SI	NO
Se evidencia disposición o colaboración por parte de la persona con discapacidad para el desarrollo de la valoración	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se evidencia disposición o colaboración por parte de las personas de la red de apoyo para el desarrollo de la valoración.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se evidencia dificultad para establecer una comunicación directa y clara entre la persona con discapacidad y quien hace la valoración.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Se evidencia dificultad de quien hace la valoración para entender las respuestas y aportes de la persona con discapacidad.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Se evidencia que la persona con discapacidad se comunica muy básicamente y no brinda el nivel de complejidad que se requiere para llevar a cabo la valoración de apoyos	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Se evidencia dificultad por parte de la familia y la red de apoyo para entender de qué se trata el proceso y la información que deben aportar.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>



PERSONERIA MUNICIPAL DE SOACHA
CIUDAD INCLUYENTE
 Con Derechos y Deberes



ENTREVISTA DE VALORACIÓN DE APOYOS - ANEXO

Se evidencia actitudes negativas de la familia o de la red de apoyo que nieguen u obstaculicen el ejercicio de la capacidad jurídica y la toma de decisiones con apoyo de la persona con discapacidad.		x
Se evidencia injerencia indebida de la familia o de la red de apoyo en la mediación de la comunicación que haga dudar a sobre veracidad, completitud y precisión de lo comunicado por la persona con discapacidad.		x
Se evidencia conflictos entre la persona con discapacidad y los miembros de la red de apoyo que participan de la valoración.		x
Se evidencia que los espacios físicos no permiten la privacidad ni la comodidad para la persona con discapacidad ni para quienes participan del proceso de valoración.		x
Se evidencia dificultades para identificar apoyos que tiene o requiere la persona con discapacidad o para priorizar aquellos que deben ser formalizados.		x
Se evidencia que el entorno en el que se encuentre la persona con discapacidad significa un riesgo o una vulneración de derechos que debe ser reportado a la autoridad competente.		x

4. Proyecto de vida de la persona con discapacidad.

¿Qué hace usted cotidianamente?	Pasa tiempo en su vivienda o se dirige al lugar de residencia de su hija.
¿Qué decisiones toma en un día común y corriente?	Conforme a su cuidado personal
¿De qué se tratan esas decisiones?	Conforme a su vestimenta o asistir a un lugar.
¿Qué decisiones toma de vez en cuando?	Conforme a salidas de recreación
¿De qué se tratan esas decisiones?	a que lugares quiere asistir para distracción.
¿Cuáles de esas actividades le generan mayor y menor satisfacción?	• Terapia hidroterapia • Terapia de acupuntura.
¿Qué actividades quisiera realizar y aún no lo hace o ha dejado de hacerlo?	Ejercer el cuidado de su compañía permanente.
QUIEN RESPONDE A ESTA ENCUESTA: Luz Elena Osman	

5. En caso que se haya constatado que es absolutamente imposible para la persona con discapacidad manifestar su voluntad

Trayectoria de vida de la persona con discapacidad	A lo largo de su vida se a dedicado al cuidado de su familia.
Manifestaciones previas de su voluntad, deseos y preferencias en diversos contextos y ámbitos.	Vivir con su hija. (La señora Luz Cobos).
Preferencias, gustos o historia de decisión en otros momentos y frente a diferentes ámbitos de vida.	A lo largo de su ciclo vital a tomado decisiones de manera independiente.
De los miembros de la familia de la persona con discapacidad, ¿quiénes son aquellos con quienes tenía más confianza y cercanía? (Nombres completos, parentesco y datos de contacto)	Luz Argennis Cobos Osman (Hija)



PERSONERIA MUNICIPAL DE SOACHA
 CIUDAD INCLUYENTE
 Con Derechos y Deberes



ENTREVISTA DE VALORACIÓN DE APOYOS - ANEXO

Por favor nombre a las personas más significativas y con quienes considera que había mayor cercanía, amigos u otros. (Nombres completos y datos de contacto).	Luz Argemis Cobos Osman (Hija)
¿Cuáles eran las situaciones cotidianas en las que la persona tomaba decisiones de manera autónoma?	En cualquier área de su vida tomaba sus decisiones de manera independiente.
¿Había situaciones cotidianas o excepcionales en las que la persona tomaba decisiones con apoyo? Mencione algunas, ¿qué tipo de apoyo y quién se lo ofrecía?	En su entorno familiar, eran decisiones con el apoyo de su compañero permanente.
¿Alguna vez expresó (la persona con discapacidad) inconformidad, disgusto o molestia con el apoyo de alguna persona para la toma de decisiones?	No.
QUIEN RESPONDE A ESTA ENCUESTA: Luz Elena Osman	

6. Identificación de personas que no quiere que le provean apoyos, porque no se lleva bien con ellas o porque no confía en que le puedan ayudar como usted desea, entre otros motivos

¿De quién no le gustaría recibir apoyo para la toma de decisiones? NO			
DESCRIPCIÓN	SI	NO	¿Cuales?
¿Hay personas con quien sienta desconfianza?		X	
¿Hay personas con quien sienta temor?		X	
¿Hay personas con quienes tenga o haya tenido problemas de relación o conflictos que no se han solucionado?		X	
¿Hay personas que le exigen decidir cosas con las que usted no está de acuerdo?		X	
¿Hay personas que le recriminan, maltratan o hacen sentir mal por decidir de manera diferente a lo que ellas desean?		X	
¿Hay personas que sean agresivas con usted?		X	
¿Hay personas que usen palabras para maltratarlo?		X	
¿Hay personas que usen golpes o violencia física con usted?		X	
¿Hay personas que le menosprecien, le hagan sentir inferior?		X	
¿Hay personas que le impiden dar su opinión y deciden por usted sin tener en cuenta su voluntad y deseo; por ejemplo: diciendo que usted no sabe lo que quiere o que ellas saben mejor que usted lo que le conviene?		X	
¿Por qué no quiere que esas personas le brinden apoyo para la toma de decisiones?	NO		
QUIEN RESPONDE A ESTA ENCUESTA: Luz Elena Osman			



PERSONERIA MUNICIPAL DE SOACHA
CIUDAD INCLUYENTE
 Con Derechos y Deberes



ENTREVISTA DE VALORACIÓN DE APOYOS - ANEXO

7. Identificación de los apoyos para la toma de decisiones en el ámbito patrimonial y del manejo del dinero, así como cuáles podrían formalizarse.

¿Cómo usa el dinero en su vida cotidiana?	Para suplir las necesidades de su vivienda.		
¿Tiene propiedades a su nombre?	SI x	NO	CUALES • Cda 3 #127 29 San Humberto. • Tru 7a #306 #Int 35 hogar del sur. • Cra 10 #42-55 Dorada.
¿Hay propiedades familiares en las que usted aparezca como propietario junto con otros miembros de la familia?	SI	NO x	CUALES Como las Terzas.
¿Cómo administra los bienes de los que es propietario?	Los administra de manera personal.		
¿Cuáles son las dificultades o barreras que ha encontrado en lo que al de sus propiedades se refiere?	No.		
¿Tiene productos con un banco como cuentas bancarias, tarjetas débito?	SI x	NO	CUALES Cuenta de ahorros.
¿Para qué usa los productos bancarios?	• Cuenta del cor.		
¿Cuáles son las dificultades o barreras que ha encontrado en lo que al uso del dinero se refiere?	No.		
¿Necesita algún tipo de apoyo para administrar los bienes y / o productos bancarios de los que es dueño?	ha generado un poder a un pastor al cual no conoce.		
QUIEN RESPONDE A ESTA ENCUESTA:			
Luz Argennis Cobas - Luz Elena Cobas.			

8. Situaciones cotidianas y excepcionales en que toma decisiones con apoyos y sin ellos en el ámbito del patrimonio y las finanzas personales; ¿Qué tipo de apoyo utiliza en esta actividad? ¿Quién lo apoya en esta actividad? ¿Hace cuánto tiempo lo apoya? ¿Se siente a gusto con ese apoyo, quisiera hacer algún cambio en el futuro?

DESCRIPCIÓN	SI	NO	¿CUAL?
¿Necesita algún apoyo para definir cuánto dinero tiene disponible para uso diario/semanal?		x	/
¿Necesita algún apoyo para definir cómo usar y distribuir su dinero diario/semanalmente?		x	
¿Necesita apoyo reconocer las cantidades adecuadas y necesarias para pagar con dinero?		x	
¿Necesita apoyo para saber y recordar las cosas de primera necesidad que debe comprar?		x	
¿Necesita asistencia de otras personas para hacer pagos cotidianos?		x	
¿Requiere ayuda para organizar y definir la distribución de sus ingresos frente a sus gastos?		x	
¿Necesita ayuda para decidir cómo y en qué gastar el dinero que obtiene de sus bienes, por ejemplo: arriendos o ganancias?		x	
¿Necesita ayuda para solicitar, decidir cómo y en qué usar el dinero que viene de esos subsidios?		x	
¿Necesita ayuda para tomar decisiones relacionada con la venta y disposición de sus bienes?	x		



PERSONERIA MUNICIPAL DE SOACHA
CIUDAD INCLUYENTE
 Con Derechos y Deberes



ENTREVISTA DE VALORACIÓN DE APOYOS - ANEXO

¿Necesita ayuda para tomar decisiones relacionadas con la compra de bienes?	✓		/
¿Requiere ayuda para decidir si quiere o no tener productos bancarios, tales como cuentas de ahorro, tarjetas de crédito, préstamos, seguros u otros?	x		
¿Necesita apoyo de otras personas para revisar y entender documentos recibos bancarios (extractos, facturas, estados de cuenta)?	x		
¿Necesita apoyo de otras personas para hacer trámites y gestionar sus productos bancarios?	x		
¿Necesita apoyo para usar y gestionar su cuenta de ahorros?		x	
¿Necesita apoyo para usar y gestionar otros productos financieros como tarjetas de crédito, créditos o CDT?		✓	
¿Necesita apoyo de alguna persona para utilizar cajeros automáticos?		✓	
¿Recibe algún ingreso por pensión?		x	
¿Necesita apoyo de alguna persona para cobrar la pensión?		x	
¿Necesita apoyo para gestionar y administrar el dinero que recibe por pensión?		x	
¿Necesita ayuda para ahorrar, para decidir cómo, cuándo y dónde ahorrar?		✓	
¿Necesita apoyo para definir el objetivo y uso de sus ahorros?		x	
QUIEN RESPONDE A ESTA ENCUESTA: <i>Luz Elena Osman.</i>			

9. **apoyos que necesita o puede necesitar en el futuro en relación con la toma de decisiones en torno a su familia, cuidado personal y vivienda;** ¿Qué tipo de apoyo utiliza en esta actividad? ¿Quién lo apoya en esta actividad? ¿Hace cuánto tiempo lo apoya? ¿Se siente a gusto con ese apoyo, quisiera hacer algún cambio en el futuro?

DESCRIPCIÓN	SI	NO	¿CUAL?
¿Necesita apoyo para decidir dónde, con quiénes y cómo vivir?		x	/
¿Necesita ayuda para decidir dónde y qué comprar de los elementos que necesita diariamente (alimentos, elementos para el aseo personal o para el aseo del lugar de vivienda)?		x	
¿Necesita ayuda para gestionar y pagar los servicios públicos de su vivienda (agua, energía, alcantarillado, gas, internet, telefonía, entre otros)?		x	
¿Requiere apoyo para el aseo y organización de su vivienda?		x	
¿Requiere algún tipo de apoyo para movilizarse y usar los espacios de la vivienda?		x	
¿Requiere apoyo para decidir cuándo y cómo lograr su aseo y cuidado personal, por ejemplo: bañarse, vestirse, cuidar sus dientes y uñas, entre otros		x	
¿Requiere ayuda para la elección o preparación de los alimentos?		x	
¿Necesita apoyo para decidir los horarios para tomar la comida?		x	



PERSONERIA MUNICIPAL DE SOACHA
CIUDAD INCLUYENTE
 Con Derechos y Deberes



ENTREVISTA DE VALORACIÓN DE APOYOS - ANEXO

¿Necesita apoyo para tomar decisiones sobre conformar o no una pareja?		✓	/
¿Necesita apoyo para decidir si desea o no tener hijos y en qué momento?		✓	
¿Necesita apoyo para dar a conocer su opinión, preferencias o desacuerdos a otras personas con las que convive?		✓	
QUIEN RESPONDE A ESTA ENCUESTA: <i>Luc Elena Osman.</i>			

10. apoyos que usted necesita o cree que podría necesitar en relación con la toma de decisiones y el ejercicio de su capacidad jurídica cuando a su salud en general, salud mental y salud sexual y reproductiva; ¿Qué tipo de apoyo utiliza en esta actividad? ¿Quién lo apoya en esta actividad? ¿Hace cuánto tiempo lo apoya? ¿Se siente a gusto con ese apoyo, quisiera hacer algún cambio en el futuro?

DESCRIPCIÓN	SI	NO	¿CUAL?
¿Necesita apoyo para decidir y gestionar la afiliación a la EPS?		✓	/
¿Requiere apoyo para la realización de pagos relativos a los servicios de salud?	✓		
¿Necesita apoyo para la solicitud de servicios de salud como citas de control, exámenes médicos o terapias?	✓		
¿Necesita apoyo para decidir el tipo de médico o centro de salud al que quiere asistir, la fecha, el horario de las citas, exámenes o terapias?	✓		
¿Requiere asistencia para desplazarse y asistir a los servicios de salud?	✓		
¿Requiere apoyo para tomar decisiones que le permitan continuar, cambiar o abandonar los tratamientos médicos?	✓		
¿Requiere apoyo para solicitar, reclamar, comprar o verificar la entrega de medicamentos?	✓		
¿Requiere apoyo para definir horarios para tomar sus medicamentos?	✓		
¿Necesita apoyo para comprender, analizar y tomar decisiones sobre los alcances y efectos secundarios de los tratamientos médicos?	✓		
¿Necesita apoyo para dar a conocer sus desacuerdos, preferencias o deseos al personal de salud?		✓	
¿Necesita apoyo para el manejo de documentos que tienen que ver con su salud? Por ejemplo: historia clínica o resultados de exámenes	✓		
¿Necesita apoyos para tomar la decisión acerca de a qué centro médico asiste o prefiere asistir en caso de hospitalización?	✓		
¿Requiere apoyo para tomar decisiones frente a los procedimientos propuestos por el personal de salud en caso de hospitalización?	✓		
¿Necesita apoyo para dar a conocer sus desacuerdos, preferencias o deseos al personal de salud en caso de hospitalización?	✓		
¿Necesita apoyo para la solicitud de servicios de salud mental como citas de control, psicoterapia o seguimiento al tratamiento farmacológico?	✓		
¿Necesita apoyo para decidir el tipo de servicios de salud mental que requiere, por ejemplo: el profesional con el que quiere asistir, la fecha u horario de las citas?	✓		
¿Requiere acompañamiento para desplazarse y asistir a los lugares en que recibe los servicios de salud?		✓	



PERSONERIA MUNICIPAL DE SOACHA
CIUDAD INCLUYENTE
 Con Derechos y Deberes



ENTREVISTA DE VALORACIÓN DE APOYOS - ANEXO

¿Requiere apoyo para tomar decisiones en cuanto al tipo de tratamiento de salud desea recibir?	x		
¿Necesita apoyos para tomar decisiones sobre la información que le ofrecen los profesionales de la salud, en cuanto a los tratamientos que son recomendables para usted?	x		
¿Requiere apoyo para tomar decisiones que le permitan iniciar, continuar, cambiar o abandonar los tratamientos de salud?	x		
¿Necesita apoyo para dar a conocer sus desacuerdos, preferencias o deseos a los profesionales que le ofrecen servicios de salud?		x	
¿Requiere apoyo para solicitar, reclamar, comprar o verificar la entrega de medicamentos que requiere para en relación con su salud?	x		
¿Necesita ayuda para recordar y tomar los medicamentos que requiere para atender su salud?	x		
¿Necesita apoyo para tomar la decisión acerca de a qué centro médico asiste o prefiere asistir en caso de hospitalización?	x		
¿Requiere apoyo para tomar decisiones frente a los procedimientos propuestos en la hospitalización? Por ejemplo: tiempo de hospitalización, dar por terminada la hospitalización, administración de medicamentos psiquiátricos, entre otras	x		
¿Necesita apoyo para dar a conocer sus desacuerdos, preferencias o deseos frente a las condiciones y tratamientos para atender su salud durante la hospitalización?	x		
¿Necesita apoyo para la solicitud de servicios de salud sexual y reproductiva como citas de control, exámenes especializados o procedimientos específicos?	x		
QUIEN RESPONDE A ESTA ENCUESTA: <i>Luz Elena Osman.</i>			

11. Apoyos para la toma de decisiones en el ámbito educativo y cuáles podrían formalizarse, si es que fuera necesario; ¿Qué tipo de apoyo utiliza en esta actividad? ¿Quién lo apoya en esta actividad? ¿Hace cuánto tiempo lo apoya? ¿Se siente a gusto con ese apoyo, quisiera hacer algún cambio en el futuro?

DESCRIPCIÓN	SI	NO	¿CUAL?
¿Tiene planes de comenzar algún curso, programa educativo o carrera en el futuro?		x	
¿Necesita algún tipo de apoyo para decidir qué quiere estudiar o en dónde?		x	
¿Necesita algún tipo de apoyo para hacer los trámites, llenar documentos para inscribirse o pagar en el lugar donde quiere estudiar?		x	
¿Necesita algún tipo de apoyo para el desarrollo de las actividades, tareas, evaluaciones y demás responsabilidades que tienen que ver con sus estudios?		x	
¿Requiere algún tipo de apoyo para preparar las evaluaciones que hacen parte de su educación?		x	
¿Requiere acompañamiento desplazarse al lugar donde estudia?		x	
¿Requiere apoyo para dar por terminados los estudios que lleva a cabo?		x	
QUIEN RESPONDE A ESTA ENCUESTA: <i>Luz Elena Osman.</i>			



PERSONERIA MUNICIPAL DE SOACHA
CIUDAD INCLUYENTE
 Con Derechos y Deberes



ENTREVISTA DE VALORACIÓN DE APOYOS - ANEXO

12. los apoyos para la toma de decisiones en el ámbito de trabajo y generación de ingresos, así como cuáles podrían formalizarse, si es que fuera necesario; ¿Qué tipo de apoyo utiliza en esta actividad? ¿Quién lo apoya en esta actividad? ¿Hace cuánto tiempo lo apoya? ¿Se siente a gusto con ese apoyo, quisiera hacer algún cambio en el futuro?

DESCRIPCIÓN	SI	NO	OBSERVACIÓN
¿Trabaja actualmente? ¿En qué lo hace?		X	Por medio de los arrendos de sus propiedades.
¿Ha trabajado? ¿En qué lo ha hecho?		X	
¿Quisiera trabajar en el futuro?		X	
¿Cómo genera ingresos para sus necesidades personales y familiares?	X		
¿Tiene ingresos que no sean su trabajo? ¿Cómo llegan esos ingresos?		X	
¿Cuáles han sido los logros más importantes para usted en el ámbito del trabajo o en la generación de ingresos?		X	
¿Qué dificultades o barreras ha encontrado en el ámbito del trabajo o en la generación de ingresos?		X	
¿Requiere apoyo para decidir qué tipo de trabajo quiere hacer?	X		
¿Requiere apoyo para decidir en qué lugar quiere desarrollar su trabajo, con qué empresa o entidad?	X		
¿Requiere apoyo para saber si las condiciones, el salario o los horarios son justos, si se corresponden con sus deseos y necesidades?	X		
¿Necesita ayuda para saber cómo hacer el trabajo que le corresponde y saber lo que los jefes esperan de usted?	X		
¿Requiere algún apoyo para decidir si quiere cambiar de trabajo?	X		
¿Requiere algún apoyo para los trámites que tienen que ver con la finalización de un contrato de trabajo, por ejemplo: pago de liquidación o entregas de productos finalizados?	X		
¿Requiere acompañamiento para los desplazamientos al lugar donde trabaja?	X		
¿Requiere algún apoyo para adelantar los trámites y documentos necesarios para iniciar un emprendimiento o proyecto productivo?	X		
¿Necesita apoyo para comunicar con claridad las condiciones de pago, prestaciones sociales y la forma que recibirá el pago por su trabajo?	X		
¿Qué planes tiene con respecto a la forma en que obtiene sus ingresos?	X		
¿Qué apoyos cree que puede necesitar en el futuro en relación con estos planes?	X		
QUIEN RESPONDE A ESTA ENCUESTA: Luc Elena Osman.			

ENTREVISTA DE VALORACIÓN DE APOYOS - ANEXO

13. apoyos para la toma de decisiones en el ámbito de acceso a la justicia, participación ciudadana y ejercicio del voto, así como cuáles podrían formalizarse, si es que fuera necesario; ¿Qué tipo de apoyo utiliza en esta actividad? ¿Quién lo apoya en esta actividad? ¿Hace cuanto tiempo lo apoya? ¿Se siente a gusto con ese apoyo, quisiera hacer algún cambio en el futuro?

DESCRIPCIÓN	SI	NO	OBSERVACIÓN
¿Alguna vez ha requerido que un abogado le represente?		X	/
¿En alguna ocasión ha interpuesto una demanda o denuncia en contra de alguien?		X	
¿Pertenece a alguna organización, red o grupo en su barrio?		X	
¿Requiere apoyo para decidir si necesita o no la asesoría de un abogado en momentos específicos?	X		
¿Necesita apoyo para tomar decisiones acerca de cuál es el abogado indicado para asesorarle o representarle en diferentes momentos o casos?	X		
¿Requiere ayuda para comunicar sus preferencias, desacuerdos y decisiones al abogado que le asesora o representa?	X		
¿Requiere ayuda para acordar honorarios, condiciones de representación y contratación y firmar contratos con quien le asesora o representa?	X		
¿Requiere apoyo para valorar una situación, identificar necesidades y consecuencias y decidir si quiere o no iniciar un proceso judicial?	X		
¿Necesita ayuda para decidir qué abogado le acompañará o representará al iniciar un proceso judicial?	X		
¿Requiere ayuda para decidir si desea dejar de hacer parte de una organización social?	X		
¿Requiere ayuda para decidir por quién votar en las elecciones populares (presidencia, gobernaciones, alcaldías, senado, cámara de representantes, entre otros)?		X	
¿Requiere ayuda para votar?		X	
¿Requiere apoyo para identificar el lugar donde debe votar?	X		
¿Necesita ayuda para desplazarse o acceder a los lugares de votación?		X	
QUIEN RESPONDE A ESTA ENCUESTA: <u>Luz Elena Osorio</u>			

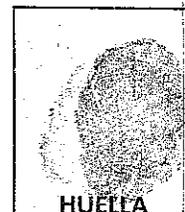
14. FIRMAS:

FIRMA: Luz Elena Osorio Osorio

NOMBRE: Luz Elena Osorio Osorio

CEDULA 24.711.307

PERSONA OBJETO VALORACIÓN DE LA RED DE APOYO





PERSONERIA MUNICIPAL DE SOACHA
CIUDAD INCLUYENTE
Con Derechos y Deberes



ENTREVISTA DE VALORACIÓN DE APOYOS - ANEXO

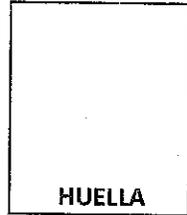
FIRMA: [Firma]
NOMBRE: Jose Argemir Cobos O.
CEDULA: 1.076.281.093

PERSONA QUIEN ATIENDE LA DILIGENCIA



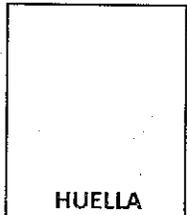
FIRMA: [Firma]
NOMBRE: _____
CEDULA: _____

PERSONA QUIEN ATIENDE LA DILIGENCIA



FIRMA: [Firma]
NOMBRE: _____
CEDULA: _____

PERSONA QUIEN ATIENDE LA DILIGENCIA



FIRMA: [Firma]
NOMBRE: Ana T^a Torres C.

TRABAJADOR SOCIAL

FIRMA: [Firma]
NOMBRE: Ingrid Catalina Rojas Téllez
PSICÓLOGO

FIRMA: [Firma]
NOMBRE: SIMEVA Nolasco

ABOGADO

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **24.711.307**

OSMAN OSORIO

APELLIDOS

LUZ ELENA

NOMBRES

Osman Osorio Luz Elena

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **01-ABR-1960**

HONDA
(TOLIMA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.51

ESTATURA

A+

G.S. RH

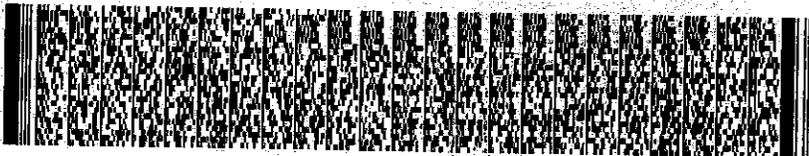
F

SEXO

29-NOV-1978 LA DORADA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-1524700-00217353-F-0024711307-20100223

0021187547A 1

1700637764



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO: 1.026.281.093

COBOS OSMAN

APELLIDOS

LUZ ARGENNIS

NOMBRES

LUZ ARGENNIS COBOS OSMAN

FIRMA



INDICE DE FRECUENCIA

FECHA DE NACIMIENTO 03-SEP-1992

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.54

ESTATURA

A+

G.S. RH

F

SEXO

17-SEP-2010 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-1524706-00025021-F-1020391093-20140919

0040100402A 1

1703059713



Registro De Psiquiatría - Evolución Regular

Paciente: LUZ ELENA OSMA OSORIO
Identificación: CC 24711307
Edad [años]: 61
Responsable: NESTOR AGUDELO
Fecha-Hora: 2021-11-10 15:27
Subjetivo: ME SIENTO BIEN
Objetivo: PCTE REMITIDA DEL HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS A DONDE CONSULTO HACE 1 DIA POR DOLOR TORAXICO DONDE SE DESCARTA IAM Y SE DETERMINA CRISIS DE ANSIEDAD, TIENE HISTORIA DE ENF MENTAL POBREMENTE TIPIFICADA, DX DE F063 EN MANEJO CON RISPERIDONA Y ACIDO VALPROICO CON POBRE ADHERENCIA AL TTO.

DESDE HACE 5 DIAS INSOMNIO, INQUIETUD, ANSIEDAD, IRRITABILIDAD Y REFERENCIALIDAD ASOCIADA A ESTAFA DE LA CUAL DICE HABER SIDO VICTIMA EN UN RITUAL ESPIRITISTA SIN POSIBILIDAD DE CONSTANCION POR PARTE DE TERCEROS, REFIERE LA HIJA NO SABEMOS SI FUE CIERTO, SIN EMBARGO POSTERIOR A ESTO AUMENTA LA ANSIEDAD HASTA LLEGAR A LA CONSULTA ANTERIORMENTE DESCRITA DE DONDE REMITEN.

EN HOSPPITAL GENERAL REALIZAN PARACLINICOS Y EKG TODOS DENTRO DE LIMITES NORMALES, DE MOMENTO SIN OTRA INFORMACION PARA LA CONSULTA ACTUAL.

DADA LA POCA ESPECIFICIDAD DEL DX DE BASE SE HACE REEXPLORACION DE LA CLINICA Y SE CONSIDERA IMPORTANTE INFLUJO PATOLOGICO DE LA PERSONALIDAD Y ESPECTRO BIPOLAR.

Antecedentes Personales

Patológicos: EPOC USO SALBUTAMOL EN CRISIS
AR MANEJO CON CALCIO Y ACETAMINOFEN

Quirúrgicos: COLECISTECTOMIA

Alérgicos: NO REFIERE

Transfucionales: NO REFIERE

Psiquiátricos: TRST DEL AFECTIVOS DEL HUMOR NE??? TTO CON RISPERIDONA Y AC VALPROICO

Vacunación: ESQUEMA COMPLETO PARA LA EDAD INCLUIDO COVID

Ant. Perinatales: NO REFIERE

Historia del Desarrollo: NO REFIERE

Antecedentes Familiares NO REFIERE

Historia Personal ANOTADA

Historia Social y Familiar MUJER, ADULTA, EN UNION LIBRE, VIVE SOLA, TIENE UNA HIJA, ESTUDIOS DE CONTABILIDAD, CESANTE, NO PENSIONADA, DEDICADA AL HOGAR, DESDE HACE 4 MESES SE SEPARA DEL ESPOSO POR CONFLICTOS ASOCAIDOS AL CUIDADO DEL SEÑOR QUIEN ES ADULTO MAYOR DEPENDIENTE X CONDICION MEDICA Y LA PCTE FUE CATALOGADA COMO NO APTA PARA SER CUIDADORA, NO USO DE LICOR. CIGARRILLO NI SPA, HOSPITALIZADA EN CLINICA DE LA PAZ DONDE LE HACEN EL MANEJO, POBRE ADHERENCIA AL TTO, RED DE APOYO LIMITADA, HIJA CON APARENTE BURN OUT, COMO EPP REPORTAN LA RELACION EN LA INFANCIA CON LA MADRE, NO OTROS DATOS.

Personalidad Premórbida REFFIERE LA HIJA: MITOMANA, CLEPTOMANA, PARANOIDE, MANIPULADORA

Exámen Físico

Signos Vitales

TA: 110/70 FC: 70 Temp: 36

FR: 16 SAT: 96 Peso: 51 Kg

Talla: 151 cm

General: SE VALORA PACIENTE CON EPP POR CONTINGENCIA POR COVID 19

BUEN ESTADO GENERAL

HIDRATADA

NO SDR. NO SIRS

Neurológico: ALERTA

12/1 13:50

184.171.255.152/clinic-on-line/histclin/estancia/HC_estancia_psiq_evolreg_historial2.asp?cfr=357520

SIN DEFICIT SENSITIVO NI MOTOR APARANTE
Examen mental
Postura y Actitud: INGRESA EN CAMILLA DE AMBULANCIA, ACEPTABLE
PRESENTACION PERSONAL, COLABORADORA Y COMPLACIENTE
Conciencia: ALERTA
Orientación: ORIENTADA GLOBALMENTE
Afecto: DE PREDOMINIO ANSIOSO HIPOMODULADO CON ELEMENTOS
HISTERIFORMES
Pensamiento: SIN DELIRIOS EXPLICITOS NI IDEAS DE MUERTE O SUICIDIO
CON ELEMENTOS REFERENCIALES Y DE CULPA ASI COMO QUEJAS
SOMATICAS VASOMOTORAS Y PREOCUPACION
Memoria: CONSERVADA
Lenguaje: SIN ALTERACION EN LA DICCIÓN NI EN LA ARTICULACION
Atención: EUPROSEXICA
Sensopercepción: NIEGA Y NO SE EVIDENCIA ACTITUD NI ACTIVIDAD
ALUCINATORIA DURANTE LA VALORACION
Inteligencia: IMPRESIONA PROMEDIO
Cálculo: NO SE VALORA
Raciocinio: INTERFERIDO POR EL AFECTO EL PENSAMIENTO
Abstracción: LIMITADA
Juicio: INTERFERIDO POR EL AFECTO Y EL PENSAMIENTO
Introspección: POBRE CONCIENCIA DE ENFERMEDAD
Prospección: ORIENTADA A REDUCIR SINTOMAS
Sueño: REPORTE DE INSOMNIO EN LOS ULTIMOS DIAS
Sexualidad: SIN INFORMACION
Diagnóstico MultiAxial
Eje1: F318 Otros trastornos afectivos bipolares
Eje2: F61X Trastornos mixtos y otros trastornos de la personalidad
Eje4: Z601 Problemas relacionados con situacion familiar atipica
Análisis y Justificación PCTE CLINICAMENTE COMPLEJA EN QUIEN POR
HISTORIA DE VIDA PRIMAN ELEMENTOS DE PERSONALIDAD QUE
EXACERBAN SINTOMAS NEUROTICOS COMO LOS REPORTADOS
ACTUALMENTE, SIN EMBARGO GUARDA ELEMENTOS DE ESPECTRO
BIPOLAR QUE PERMITEN CONSIDERARLO COMO DX DE TRABAJO. NO HAY
PSICOSIS PLENA NI DISRUPCION PERO SIN CLINICA QUE JUSTIFICA
CONTENCION, REEVALUACION Y AJUSTE DE TTO AVANDO A LA NECESIDAD
REINDUCCION DEL MISMO YA QUE NO ES ADHERENTE, LLAMA LA ATENCION
SITUACION FAMILIAR ATIPICA QUE HA LLEVADO A QUE LA PACIENTE TENGA
PROBLEMAS DE CONVIVENCIA Y SEA SEPARADA DE SU ESPOSO POR NO
SER IDONEA PARA LA ATENCION DE UN ADULTO MEDICAMENTE ENFERMO
ASI COMO POSIBLE BURN OUT DE LA HIJA DADOS LOS CONFLICTOS QUE
VIVE CON LA SEÑORA ASOCAIDOS A LOS ELEMENTOS DEL EJE 2. SE DECIDE
INGRESO PARA TTO INTEGRAL
Plan de Tratamiento INGRESO A USM MUJERES
DIETA CORRIENTE
AC VALPROICO 250 MG 1-1-1
RISPERIDONA X 2 MG 0-0-1
CLONAZEPAM SOL ORAL 2.5 MG/ML 3-3-12 GTS
VALORACION POR MD GENERAL PARA DEFINIR MANEJO DE EPOC Y AR
TERAPIA INTEGRAL INTRAMURAL
CVS - AC + VIGILAR CONDUCTA
OM DEFINITIVAS AJUSTES O CAMBIOS POR MEDICO TRATANTE
Análisis: PACIENTE CON ENFERMEDAD BIPOLAR DE MUCHOS AÑOS DE EVOLUCIÓN
PERO QUE NUNCA RECIBIÓ TRATAMIENTO ESPECIALIZADO POR LO
SIEMPRE VIVIÓ CON SINTOMAS HIPOMANIACOS, CON AGRESIVIDAD,
CONDUCTAS EXTARÑAS Y AGITACIÓN PSICOMOTORA.
Plan de Manejo: SALIDA CON LA HIJA
SALE CON FORMULA
SE REMITE A CONTROL AMBULATORIO
Diagnóstico Principal: F312 Trastorno afectivo bipolar, episodio maniaco presente con sintomas psicoticos
//

NESTOR AGUDELO

Wednesday, November 10, 2021

LUZ ELENA OSMA OSORIO

Historia Clínica No. 24711307 (CC)

NUEVA EPS S.A.

NIT 900.589.178-5

calle 166 # 16b - 42 barrio Toberin / Tel: 8058212 - 8058214

CONSULTA ESPECIALIZADA

CONTROL EN: 1 MES 30 DÍAS

FAVOR DAR CITA CONTROL 1 MES , PSIQUIATRÍA



firma digitalizada, el sistema garantiza la seguridad del usuario acerca de la información ingresada con un nombre de usuario y contraseña personal

Dr. NESTOR AGUDELO VALENCIA



*ene 29***PLAN DE MANEJO EXTERNO SERVICIOS****PSIQUIATRÍA - ATENCIÓN AMBULATORIA DE CONTROL**

N° Historia Clínica: 24711307

N° Folio: 2

Folio Asociado:

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente: LUZ ELENA OSMAN OSORIO

Identificación: 24711307

Sexo: Femenino

Fecha Nacimiento: 01/abril/1960 Edad Actual: 63 Años / 6 Meses / 17 Días

Estado Civil: Soltero

Dirección: TRV 7 C 30 B 25 INT 35 3 ETAPA

Teléfono: 3105868131

Procedencia: BOGOTA DISTRITO CAPITAL

Ocupación:

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad: NUEVA EPS

Régimen: Regimen_Simplificado

Plan Beneficios: NUEVA EPS 2022

Nivel - Estrato: CONTRIBUTIVO NIVEL I

DATOS DEL INGRESO

Responsable:

Teléfono Resp:

Dirección Resp:

N° Ingreso: 31992

Fecha: 19/10/2023 11:36:34 a. m.

Finalidad Consulta: No_Aplica

Causa Externa: Enfermedad_General

LISTADO DE PROCEDIMIENTOS NO QX

LISTADO DE PROCEDIMIENTOS NO QX			ÁREA SERVICIO:	701	CONSULTA EXTERNA SEDE CALLE 13
CODIGO	DESCRIPCION	CANTIDAD	ESTADO	OBSERVACIONES	
890384	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA	1	Rutinario	EN 3 MESES O ANTES SI SE REQUIERE.	

ene

MUÑOZ PINTO ERIKA JOHANNA
001 - PSIQUIATRÍA



DATOS PERSONALES

Paciente Cédula de ciudadanía - 24711307 - LUZ ELENA OSMAN OSORIO
Edad en Atención 63 Años / 6 Meses / 17 Días **Sexo** Femenino **Estado Civil** Soltero
Fecha Nacimiento 01/04/1960 **Dirección** TRV 7 C 30 B 25 INT 35 3 ETAPA **Teléfono** 3105868131
Procedencia BOGOTÁ DISTRITO CAPITAL **Ingreso** 31992 **Fecha Ingreso** 19/10/2023 11:36:34 a. m.
Servicio Folio 703 - CONSULTA EXTERNA SEDE UNIMINUTO **Última Cama** **Fecha Egreso**

DATOS DE AFILIACION

Entidad NUEVA EPS **Regimen** Contributivo **Cotizante** **NIVEL** CONTRIBUTIVO NIVEL I
Acudiente **Teléfono** **Parentesco**
Acompañante **Teléfono**

Folio N° 2 **Profesional** ERIKA JOHANNA MUÑOZ PINTO **Fecha grabación de folio** 19/10/2023 12:09

PSIQUIATRÍA - ATENCIÓN AMBULATORIA DE CONTROL

CAUSA EXTERNA Enfermedad_General_FINALIDAD CONSULTA No_Aplica **DX** F319 - TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR, NO ESPECIFICADO

SUBJETIVO

NOTA DE EVOLUCION CONTROL
PACIENTE DE 63 AÑOS, CON IMPRESIÓN DIAGNOSTICA POR HISTORIA CLINICA DE:
-TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR EN REMISION
-TRASTORNO DE ANSIEDAD NO ESPECIFICADO

EN TRATAMIENTO ACTUAL CON
-DIVALPROATO DE SODIO TABLETA LIBERACION RETARDADA 500 MG (1-0-1)
-OLANZAPINA, TABLETA 10 MG (0-0-1)
-PREGABALINA, CAPSULAS 25 MG (0-0-1)
-BIPERIDENO, TABLETA 2 MG (1-0-0)

ÚLTIMO CONTROL EN JUNIO

ASISTE SÓLA
COMENTA "HE ESTADO BIEN DOCTORA, HE TENIDO UN POCO DE ANSIEDAD, PREOCUPACION, NO ESTOY DURMIENDO BIEN, PIENSO EN MUCHAS COSAS, ESO ME ESTA DANDO DESDE HACE COMO 8 DIAS, PERO ES QUE SE ME ACABARON LOS MEDICAMENTOS EL MES PASADO"
CONSERVA ADECUADO PATRON ALIMENTARIO, NIEGA SINTOMAS DEPRESIVOS, MANIAICOS Y/O HIPOMANIACOS, NIEGA ALTERACIONES CONDUCTUALES O EPISODIOS DE AGRESIVIDAD, NIEGA HABER CURSADO CON IDEACION SUICIDA/HETEROAGRESIVA, NIEGA SINTOMAS PSICOTICOS, NO REPORTA OTROS SINTOMAS.

OBJETIVO

PACIENTE CON ASPECTO CUIDADO, ALERTA, COLABORADORA, ORIENTADA EN TIEMPO Y ESPACIO, EULALICA, EUPROSEXICA, AFECTO FONDO ANSIOSO, PENSAMIENTO LOGICO, NIEGA ENFATICAMENTE EN EL MOMENTO IDEACION SUICIDA/MUERTE O HETEROAGRESIVA, VERBALIZA IDEAS DE PREOCUPACION POR SU SALUD, NIEGA IDEACION DELIRANTE, NO ALTERACIONES EN LA SENSOPERCEPCION, JUICIO CONSERVADO, INTROSPECCION Y PROSPECCION PARCIAL

ANÁLISIS

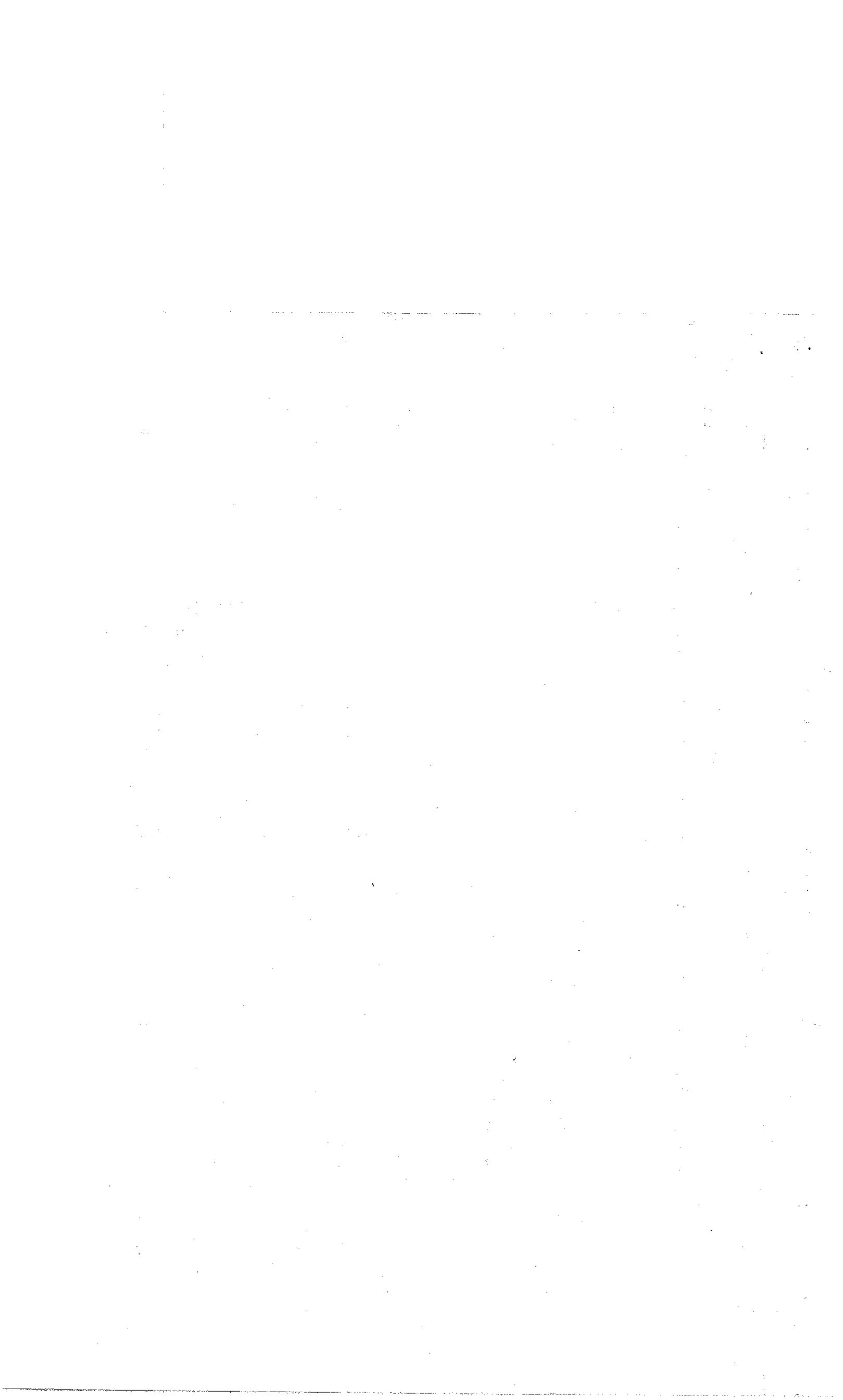
PACIENTE CON DIAGNOSTICOS ANOTADOS, ACTUALMENTE CON SINTOMATOLOGIA AFECTIVA DE CORTE ANSIOSO QUE ATRIBUYE A LA FALTA DE MEDICAMENTOS DESDE HACE 1 MES, EN EL MOMENTO NIEGA IDEACION SUICIDA/HETEROAGRESIVA, SE CONSIDERA REINICIAR TRATAMIENTO CON EL CUAL PREVIAMENTE VENIA PRESENTANDO ADECUADA RESPUESTA CLINICA.

PLAN

-CONTROL EN 3 MESES O ANTES SI SE REQUIERE
-DIVALPROATO DE SODIO TABLETA LIBERACION RETARDADA 500 MG (1-0-1)
-OLANZAPINA, TABLETA 10 MG (0-0-1)
-PREGABALINA, CAPSULAS 25 MG (0-0-1)
-BIPERIDENO, TABLETA 2 MG (1-0-0)

-RECOMENDACIONES GENERALES: MANTENER ADHERENCIA A TRATAMIENTO CON PSICOFARMACOS, CONTINUAR CONTROLES PERIODICOS POR PSIQUIATRIA, ESPECIALIDADES TRATANTES Y PSICOLOGIA, REALIZAR ACTIVIDAD FISICA DIARIA EN LA MEDIDA DE SUS POSIBILIDADES, CONSERVAR RUTINAS EN CASA, MANTENER INTERACCION SOCIAL Y COMUNICACION CON FAMILIARES Y AMIGOS, RESPETAR EL DISTANCIAMIENTO FISICO Y MEDIDAS PREVENTIVAS POR INFECCION POR COVID 19, MANTENER ESTIMULACION COGNOSCITIVA (REALIZAR LECTURA, ACTIVIDADES LUDICAS, CRUCIGRAMAS, SOPA DE LETRAS, ROMPECABEZAS, LOTERIAS, ESTIMULAR EL APRENDIZAJE DE INFORMACION Y ACTIVIDADES NUEVAS), ADECUADA ALIMENTACION, CUIDAR EL PATRON DE SUEÑO Y DESCANSO, EVITAR SATURACION DE INFORMACION (VER NOTICIAS 1 VEZ AL DIA), INTENTE GUARDAR LA CALMA Y SOLUCIONAR ASERTIVAMENTE LAS DIFICULTADES CON OTROS, REALIZAR HIGIENE DE MANOS FRECUENTE, CADA 2-3 HORAS.
EVITAR CONDUCCION DE VEHICULOS AUTOMOTORES O MANEJO DE MAQUINARIA PESADA SI PRESENTA SOMNOLENCIA CON LA MEDICACION.

- SIGNOS DE ALARMA: EN CASO DE PRESENTAR REACTIVACION DE SINTOMAS, APARECER IDEACION SUICIDA / HETEROAGRESIVA, ALTERACIONES CONDUCTUALES, SINTOMAS PSICOTICOS Y AFECTIVOS, REACCIONES ADVERSAS CON EL TRATAMIENTO ASISTIR A CONSULTA PRESENCIAL DE URGENCIAS PARA VALORACION POR ESPECIALISTA Y REALIZACION DE INTERVENCIONES QUE SE REQUIERAN.
- SE DEBE EVITAR CONSUMO DE ALCOHOL, CIGARRILLO, BEBIDAS ENERGIZANTES/ESTIMULANTES, CAFÉ O SUSTANCIAS PSICOACTIVAS.
-NO REALIZAR MODIFICACIONES EN DOSIS DE MEDICAMENTOS SI NO ES POR INDICACION MEDICA.
- SE EXPLICA DIAGNOSTICO, SE INFORMA SOBRE MECANISMO DE ACCION DE PSICOFARMACOS, TIEMPO DE RESPUESTA TERAPEUTICA, EFECTOS ADVERSOS Y RIESGO DE USO DE LOS MISMOS, SE ACLARAN DUDAS.



- CONTROL EN 3 MESES O ANTES SI SE REQUIERE
- DIVALPROATO DE SODIO TABLETA LIBERACION RETARDADA 500 MG (1-0-1)
- OLANZAPINA TABLETA 10 MG (0-0-1)
- PREGABALINA CAPSULAS 25 MG (0-0-1)
- BIPERIDENO TABLETA 2 MG (1-0-0)

RECOMENDACIONES GENERALES: MANTENER ADHERENCIA A TRATAMIENTO CON PSICOFARMACOS. CONTINUAR CONTROLES PERIODICOS POR PSIQUIATRIA, ESPECIALIDADES TRATANTES Y PSICOLOGIA. REALIZAR ACTIVIDAD FISICA DIARIA EN LA MEDIDA DE SUS POSIBILIDADES, CONSERVAR RUTINAS EN CASA, MANTENER INTERACCION SOCIAL Y COMUNICACION CON FAMILIARES Y AMIGOS, RESPETAR EL DISTANCIAMIENTO FISICO Y MEDIDAS PREVENTIVAS POR INFECCION POR COVID 19, MANTENER ESTIMULACION COGNOSCITIVA (REALIZAR LECTURA, ACTIVIDADES LUDICAS, CRUCIGRAMAS, SOPA DE LETRAS, ROMPECABEZAS, LOTERIAS, ESTIMULAR EL APRENDIZAJE DE INFORMACION Y ACTIVIDADES NUEVAS), ADECUADA ALIMENTACION, CUIDAR EL PATRON DE SUEÑO Y DESCANSO, EVITAR SATURACION DE INFORMACION (VER NOTICIAS 1 VEZ AL DIA), INTENTE GUARDAR LA CALMA Y SOLUCIONAR ASERTIVAMENTE LAS DIFICULTADES CON OTROS, REALIZAR HIGIENE DE MANOS FRECUENTE, CADA 2-3 HORAS. EVITAR CONDUCCION DE VEHICULOS AUTOMOTORES O MANEJO DE MAQUINARIA PESADA SI PRESENTA SOMNOLENCIA CON LA MEDICACION.

- SIGNOS DE ALARMA: EN CASO DE PRESENTAR REACTIVACION DE SINTOMAS, APARECER IDEACION SUICIDA / HETEROAGRESIVA, ALTERACIONES CONDUCTUALES, SINTOMAS PSICOTICOS Y AFECTIVOS, REACCIONES ADVERSAS CON EL TRATAMIENTO ASISTIR A CONSULTA PRESENCIAL DE URGENCIAS PARA VALORACION POR ESPECIALISTA Y REALIZACION DE INTERVENCIONES QUE SE REQUIERAN.

- SE DEBE EVITAR CONSUMO DE ALCOHOL, CIGARRILLO, BEBIDAS ENERGIZANTES/ESTIMULANTES, CAFÉ O SUSTANCIAS PSICOACTIVAS.

- NO REALIZAR MODIFICACIONES EN DOSIS DE MEDICAMENTOS SI NO ES POR INDICACION MEDICA.

- SE EXPLICA DIAGNOSTICO, SE INFORMA SOBRE MECANISMO DE ACCION DE PSICOFARMACOS, TIEMPO DE RESPUESTA TERAPEUTICA, EFECTOS ADVERSOS Y RIESGO DE USO DE LOS MISMOS, SE ACLARAN DUDAS.

MEDIDAS DE HIGIENE DEL SUEÑO:

- NO TOMAR SUSTANCIAS EXCITANTES COMO CAFÉ, TÉ, ALCOHOL, TABACO, ETC., ESPECIALMENTE DURANTE LA TARDE O AL FINAL DEL DÍA.
- TOMAR UNA CENA LIGERA Y ESPERAR UNA O DOS HORAS PARA ACOSTARSE. NO IRSE A LA CAMA CON SENSACION DE HAMBRE. SE PUEDE TOMAR UN VASO DE LECHE CALIENTE (SIN CHOCOLATE) O UNA INFUSION (SIN TEINA) PARA FAVORECER LA RELAJACION ANTES DE IR A DORMIR.
- REALIZAR EJERCICIO FISICO, PERO EVITAR HACERLO A ÚLTIMA HORA DEL DÍA, YA QUE ACTIVA EL ORGANISMO
- EVITAR SIESTAS PROLONGADAS (NO MÁS DE 20-30 MINUTOS) Y NUNCA POR LA TARDE/NOCHE.
- MANTENER HORARIOS DE SUEÑO REGULARES, ACOSTÁNDOSE Y LEVANTÁNDOSE SIEMPRE A LA MISMA HORA. SI NO SE CONSIGUE CONCILIAR EL SUEÑO EN UNOS 15 MINUTOS SALIR DE LA CAMA Y RELAJARSE EN OTRO LUGAR PARA VOLVER A LA CAMA CUANDO APAREZCA EL SUEÑO.
- EVITAR LA EXPOSICION A LUZ BRILLANTE A ÚLTIMA HORA DE LA TARDE Y POR LA NOCHE SI EXISTEN PROBLEMAS PARA CONCILIAR EL SUEÑO.
- NO REALIZAR EN LA CAMA TAREAS QUE IMPLIQUEN ACTIVIDAD MENTAL (LER, VER TV, USAR ORDENADOR, ETC.).
- ES IMPRESCINDIBLE MANTENER UN AMBIENTE ADECUADO QUE FAVOREZCA Y AYUDE A MANTENER EL SUEÑO. SE DEBE PROCURAR TENER UNA TEMPERATURA ADECUADA, EVITAR RUIDOS, USAR COLORES RELAJANTES, UNA CAMA CONFORTABLE ETC. EVITAR LOS AMBIENTES NO FAMILIARES O NO HABITUALES A LA HORA DE DORMIR.
- SI ES NECESARIO SE PUEDE REALIZAR UN RITUAL ANTES DE ACOSTARSE QUE INCLUYA CONDUCTAS RELAJANTES COMO ESCUCHAR MÚSICA TRANQUILA, LAVARSE LOS DIENTES, UNA DUCHA TEMPLADA

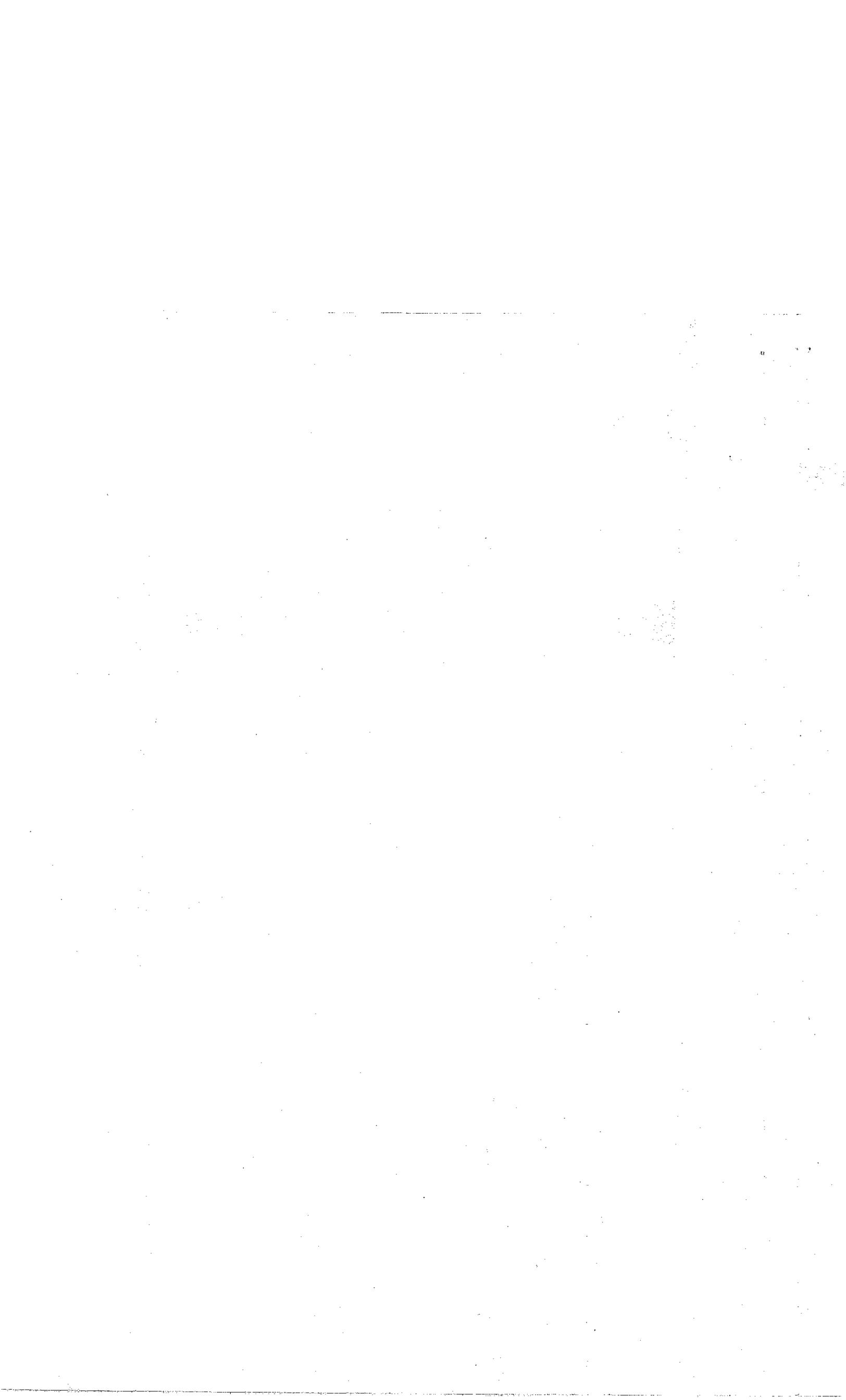
Erika

Erika Johanna Muñoz Pinto
Especialista en Psiquiatría
Universidad El Bosque
B.O.E. 1776

ERIKA JOHANNA MUÑOZ PINTO

37746000

PSIQUIATRÍA



Paciente Cédula de ciudadanía : 24711307 - LUZ ELENA OSMAN OSORIO

Procedencia BOGOTÁ DISTRITO CAPITAL Ingreso 31992

Fecha Ingreso 19/10/2023 11:36:34 a. m.

MEDIDAS DE HIGIENE DEL SUEÑO:

- NO TOMAR SUSTANCIAS EXCITANTES COMO CAFÉ, TÉ, ALCOHOL, TABACO, ETC., ESPECIALMENTE DURANTE LA TARDE O AL FINAL DEL DÍA.
- TOMAR UNA CENA LIGERA Y ESPERAR UNA O DOS HORAS PARA ACOSTARSE. NO IRSE A LA CAMA CON SENSACIÓN DE HAMBRE. SE PUEDE TOMAR UN VASO DE LECHE CALIENTE (SIN CHOCOLATE) O UNA INFUSIÓN (SIN TEÍNA) PARA FAVORECER LA RELAJACIÓN ANTES DE IR A DORMIR.
- REALIZAR EJERCICIO FÍSICO, PERO EVITAR HACERLO A ÚLTIMA HORA DEL DÍA, YA QUE ACTIVA EL ORGANISMO
- EVITAR SIESTAS PROLONGADAS (NO MÁS DE 20-30 MINUTOS) Y NUNCA POR LA TARDE/NOCHE.
- MANTENER HORARIOS DE SUEÑO REGULARES, ACOSTÁNDOSE Y LEVANTÁNDOSE SIEMPRE A LA MISMA HORA. SI NO SE CONSIGUE CONCILIAR EL SUEÑO EN UNOS 15 MINUTOS SALIR DE LA CAMA Y RELAJARSE EN OTRO LUGAR PARA VOLVER A LA CAMA CUANDO APAREZCA EL SUEÑO.
- EVITAR LA EXPOSICIÓN A LUZ BRILLANTE A ÚLTIMA HORA DE LA TARDE Y POR LA NOCHE SI EXISTEN PROBLEMAS PARA CONCILIAR EL SUEÑO.
- NO REALIZAR EN LA CAMA TAREAS QUE IMPLIQUEN ACTIVIDAD MENTAL (LER, VER TV, USAR ORDENADOR, ETC.).
- ES IMPRESCINDIBLE MANTENER UN AMBIENTE ADECUADO QUE FAVOREZCA Y AYUDE A MANTENER EL SUEÑO. SE DEBE PROCURAR TENER UNA TEMPERATURA ADECUADA, EVITAR RUIDOS, USAR COLORES RELAJANTES, UNA CAMA CONFORTABLE ETC. EVITAR LOS AMBIENTES NO FAMILIARES O NO HABITUALES A LA HORA DE DORMIR.
- SI ES NECESARIO SE PUEDE REALIZAR UN RITUAL ANTES DE ACOSTARSE QUE INCLUYA CONDUCTAS RELAJANTES COMO ESCUCHAR MÚSICA TRANQUILA, LAVARSE LOS DIENTES, UNA DUCHA TEMPLADA

DIAGNOSTICOS CÓDIGO CIE10

CODIGO	NOMBRE	Principal	Ingreso	Egreso
F319 - TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR, NO ESPECIFICADO		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Tipo: Presuntivo Clase: Impresión Diagnóstica Clasificación: No_Corresponde Observación:				
F419 - TRASTORNO DE ANSIEDAD, NO ESPECIFICADO		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tipo: Presuntivo Clase: Impresión Diagnóstica Clasificación: No_Corresponde Observación:				

MEDICAMENTOS SOLICITADOS

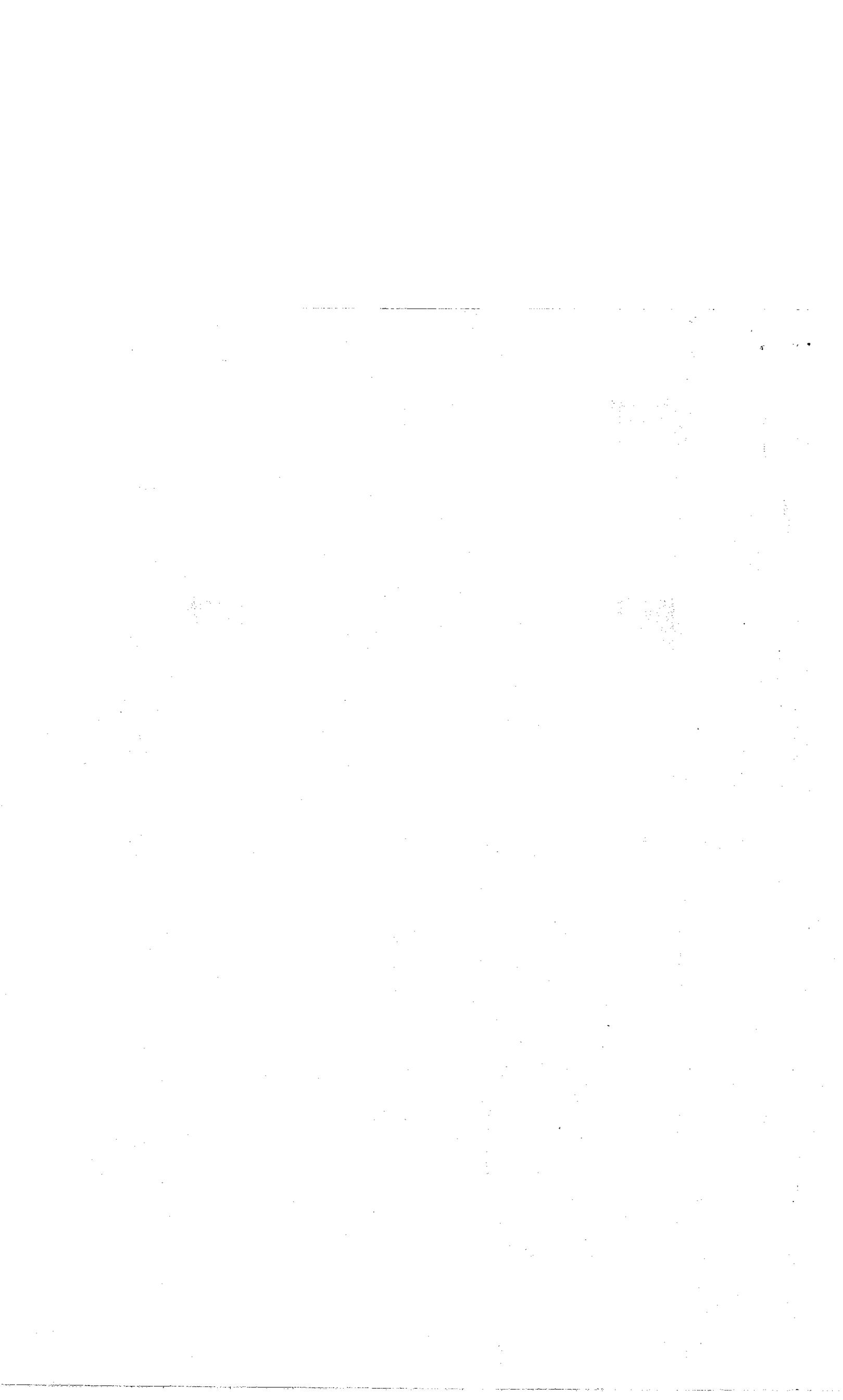
	CANTIDAD	VIA	AMBITO
DIVALPROATO DE SODIO 500 MG TABLETAS DE LIBERACIÓN RETARDADA	180	Oral	Externo
Posología: DIVALPROATO DE SODIO, TABLETA LIBERACION RETARDADA 500 MG TOMAR 1 TABLETA CADA 12 HORAS			
PREGABALINA 25 MG CAPSULA	90	Oral	Externo
Posología: PREGABALINA, CAPSULAS 25 MG TOMAR 1 CAPSULA NOCHE			
OLANZAPINA 10 MG TABLETA	90	Oral	Externo
Posología: OLANZAPINA, TABLETA 10 MG TOMAR 1 TABLETA NOCHE			
BIPERIDENO 2 MG TABLETA	90	Oral	Externo
Posología: BIPERIDENO, TABLETA 2 MG TOMAR 1 TABLETA DIARIA			

SOLICITUD DE PROCEDIMIENTOS NO QUIRURGICOS

NOMBRE	OBSERVACIONES
890384 CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA	EN 3 MESES O ANTES SI SE REQUIERE.

INDICACIONES MEDICAS

Salida Consulta Externa





FORMULA DE MEDICAMENTOS EXTERNO

Nº Historia Clínica: 24711307 Nº Folio: 2 Fecha de la Formula: 19/10/2023 12:09:58 p.m.

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente: LUZ ELENA OSMAN OSORIO Tipo Doc: Cédula Ciudadanía Sexo: Femenino
 Fecha Nacimiento: 01/abril/1960 Edad Actual: 63 Años / 6 Meses / 17 Días Identificación: 24711307
 Dirección: TRV 7.C 30 B 25 INT 35 3 ETAPA Estado Civil: Soltero
 Procedencia: BOGOTA DISTRITO CAPITAL Teléfono: 3105868131

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad: NUEVA EPS Régimen: Regimen Simplificado

Diagnostico: F319 - TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR, NO ESPECIFICADO

Total Items: 4

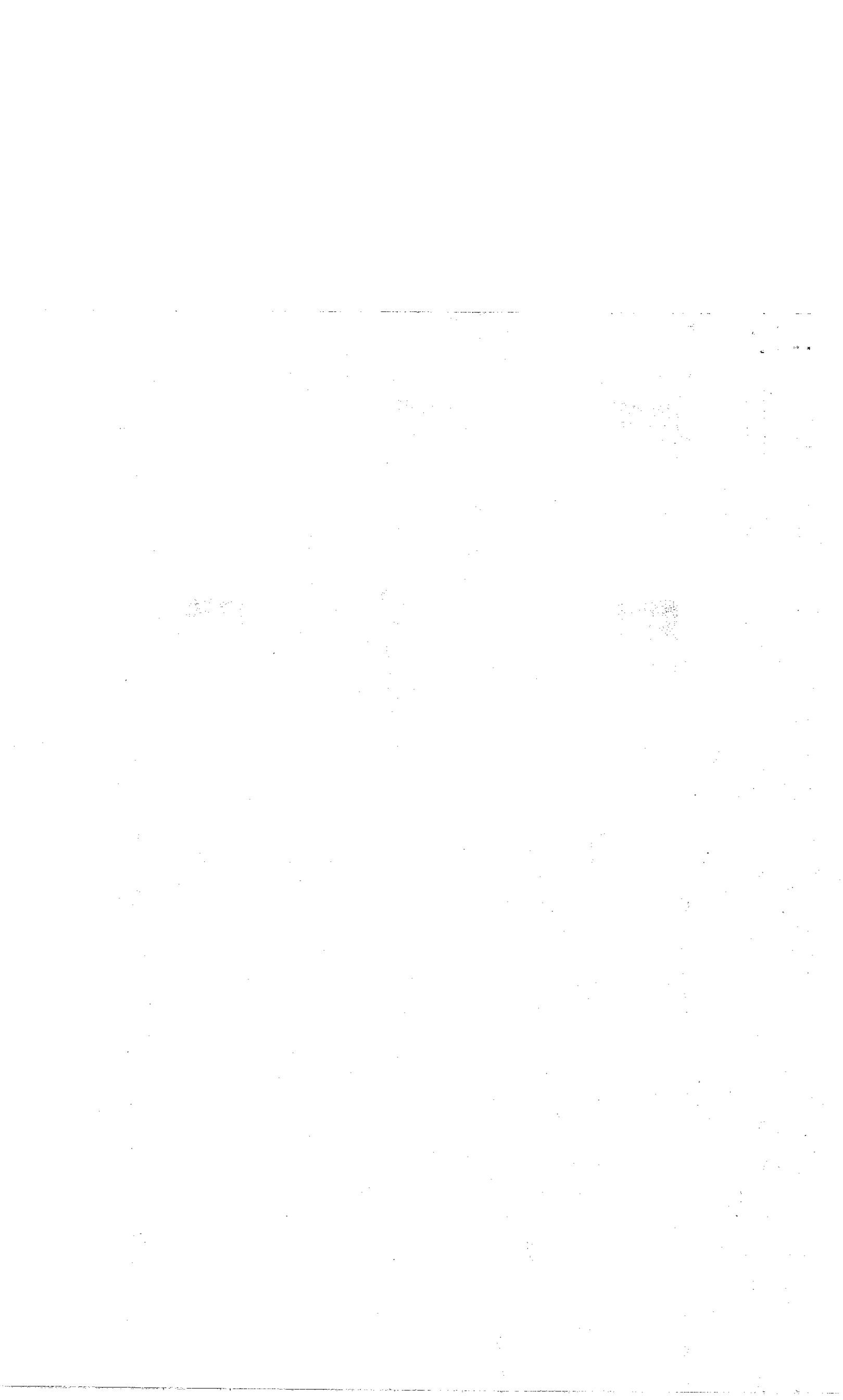
eimp

Erika Johanna Muñoz Pinto
 Especialista en Psiquiatría
 Universidad El Bosque
 R.E. 1721

Medico: MUÑOZ PINTO ERIKA JOHANNA

Tarjeta Profesional 37746000

Nombre reporté : HCRPReporteDBase





INDICACIÓN MEDICA

PSIQUIATRÍA - ATENCIÓN AMBULATORIA DE CONTROL

Nº Historia Clínica: 24711307

Nº Folio: 2

Folio Asociado:

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente: LUZ ELENA OSMAN OSORIO

Identificación: 24711307

Sexo: Femenino

Fecha Nacimiento: 01/abril/1960 Edad Actual: 63 Años / 6 Meses / 17 Días

Estado Civil: Soltero

Dirección: TRV 7 C. 30 B 25 INT 35 3 ETAPA

Teléfono: 3105868131

Procedencia: BOGOTA DISTRITO CAPITAL

Ocupación:

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad: NUEVA EPS

Régimen: Regimen_Simplificado

Plan Beneficios: NUEVA EPS 2022

Nivel - Estrato: CONTRIBUTIVO NIVEL I

DATOS DEL INGRESO

Responsable:

Teléfono Resp:

Dirección Resp:

Nº Ingreso: 31992 Fecha: 19/10/2023 11:36:34 a. m.

Finalidad Consulta: No_Aplica

Causa Externa: Enfermedad_General

INDICACIÓN MEDICA

Tipo Indicación: Salida_Consulta_Externa



Detalle:

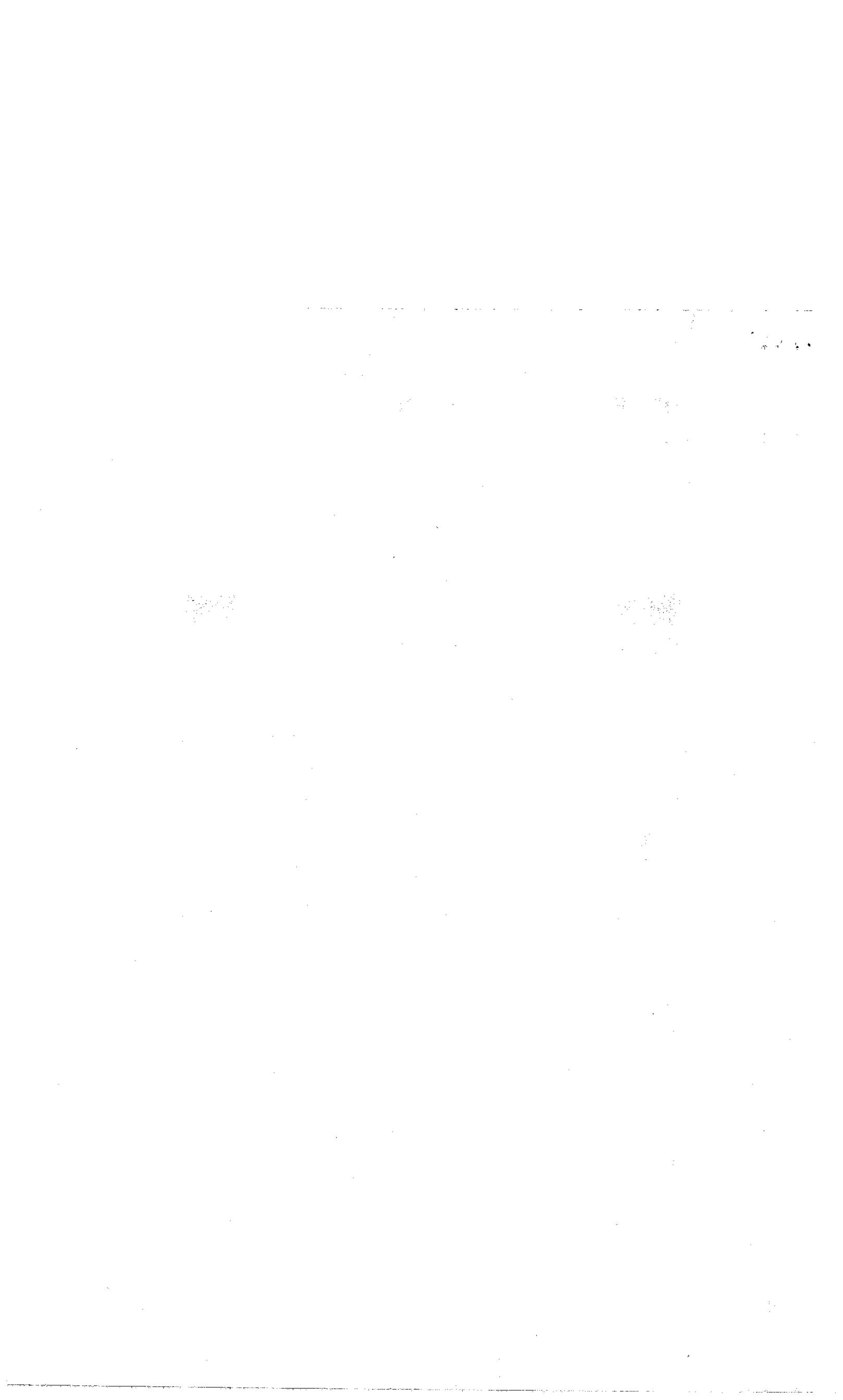
- CONTROL EN 3 MESES O ANTES SI SE REQUIERE
- DIVALPROATO DE SODIO TABLETA LIBERACION RETARDADA 500 MG (1-0-1)
- OLANZAPINA TABLETA 10 MG (0-0-1)
- PREGABALINA CAPSULAS 25 MG (0-0-1)
- BIPERIDENO TABLETA 2 MG (1-0-0)

-RECOMENDACIONES GENERALES: MANTENER ADHERENCIA A TRATAMIENTO CON PSICOFARMACOS. CONTINUAR CONTROLES PERIODICOS POR PSIQUIATRIA, ESPECIALIDADES TRATANTES Y PSICOLOGIA. REALIZAR ACTIVIDAD FISICA DIARIA EN LA MEDIDA DE SUS POSIBILIDADES, CONSERVAR RUTINAS EN CASA, MANTENER INTERACCION SOCIAL Y COMUNICACION CON FAMILIARES Y AMIGOS, RESPETAR EL DISTANCIAMIENTO FISICO Y MEDIDAS PREVENTIVAS POR INFECCION POR COVID 19, MANTENER ESTIMULACION COGNOSCITIVA (REALIZAR LECTURA, ACTIVIDADES LUDICAS, CRUCIGRAMAS, SOPA DE LETRAS, ROMPECABEZAS, LOTERIAS, ESTIMULAR EL APRENDIZAJE DE INFORMACION Y ACTIVIDADES NUEVAS), ADECUADA ALIMENTACION, CUIDAR EL PATRON DE SUEÑO Y DESCANSO, EVITAR SATURACION DE INFORMACION (VER NOTICIAS 1 VEZ AL DIA), INTENTE GUARDAR LA CALMA Y SOLUCIONAR ASERTIVAMENTE LAS DIFICULTADES CON OTROS, REALIZAR HIGIENE DE MANOS FRECUENTE, CADA 2-3 HORAS, EVITAR CONDUCCION DE VEHICULOS AUTOMOTORES O MANEJO DE MAQUINARIA PESADA SI PRESENTA SOMNOLENCIA CON LA MEDICACION.

- SIGNOS DE ALARMA: EN CASO DE PRESENTAR REACTIVACION DE SINTOMAS, APARECER IDEACION SUICIDA / HETEROAGRESIVA, ALTERACIONES CONDUCTUALES, SINTOMAS PSICOTICOS Y AFECTIVOS, REACCIONES ADVERSAS CON EL TRATAMIENTO ASISTIR A CONSULTA PRESENCIAL DE URGENCIAS PARA VALORACION POR ESPECIALISTA Y REALIZACION DE INTERVENCIONES QUE SE REQUIERAN.
- SE DEBE EVITAR CONSUMO DE ALCOHOL, CIGARRILLO, BEBIDAS ENERGIZANTES/ESTIMULANTES, CAFÉ O SUSTANCIAS PSICOACTIVAS.
- NO REALIZAR MODIFICACIONES EN DOSIS DE MEDICAMENTOS SI NO ES POR INDICACION MEDICA.
- SE EXPLICA DIAGNOSTICO, SE INFORMA SOBRE MECANISMO DE ACCION DE PSICOFARMACOS, TIEMPO DE RESPUESTA TERAPEUTICA, EFECTOS ADVERSOS Y RIESGO DE USO DE LOS MISMOS, SE ACLARAN DUDAS.

MEDIDAS DE HIGIENE DEL SUEÑO:

- NO TOMAR SUSTANCIAS EXCITANTES COMO CAFÉ, TÉ, ALCOHOL, TABACO, ETC., ESPECIALMENTE DURANTE LA TARDE O AL FINAL DEL DÍA.
- TOMAR UNA CENA LIGERA Y ESPERAR UNA O DOS HORAS PARA ACOSTARSE. NO IRSE A LA CAMA CON SENSACION DE HAMBRE. SE PUEDE TOMAR UN VASO DE LECHE CALIENTE (SIN CHOCOLATE) O UNA INFUSIÓN (SIN TEÍNA) PARA FAVORECER LA RELAJACIÓN ANTES DE IR A DORMIR.
- REALIZAR EJERCICIO FISICO, PERO EVITAR HACERLO A ÚLTIMA HORA DEL DÍA, YA QUE ACTIVA EL ORGANISMO
- EVITAR SIESTAS PROLONGADAS (NO MÁS DE 20-30 MINUTOS) Y NUNCA POR LA TARDE/NOCHE.
- MANTENER HORARIOS DE SUEÑO REGULARES, ACOSTÁNDOSE Y LEVANTÁNDOSE SIEMPRE A LA MISMA HORA. SI NO SE CONSIGUE CONCILIAR EL SUEÑO EN UNOS 15 MINUTOS SALIR DE LA CAMA Y RELAJARSE EN OTRO LUGAR PARA VOLVER A LA CAMA CUANDO APAREZCA EL SUEÑO.
- EVITAR LA EXPOSICIÓN A LUZ BRILLANTE A ÚLTIMA HORA DE LA TARDE Y POR LA NOCHE SI EXISTEN PROBLEMAS PARA CONCILIAR EL SUEÑO.
- NO REALIZAR EN LA CAMA TAREAS QUE IMPLIQUEN ACTIVIDAD MENTAL (LER, VER TV, USAR ORDENADOR, ETC.).
- ES IMPRESCINDIBLE MANTENER UN AMBIENTE ADECUADO QUE FAVOREZCA Y AYUDE A MANTENER EL SUEÑO. SE DEBE PROCURAR TENER UNA TEMPERATURA ADECUADA, EVITAR RUIDOS, USAR COLORES RELAJANTES, UNA CAMA CONFORTABLE ETC. EVITAR LOS AMBIENTES NO FAMILIARES O NO HABITUALES A LA HORA DE DORMIR.
- SI ES NECESARIO SE PUEDE REALIZAR UN RITUAL ANTES DE ACOSTARSE QUE INCLUYA CONDUCTAS RELAJANTES COMO ESCUCHAR MÚSICA TRANQUILA, LAVARSE LOS DIENTES, UNA DUCHA TEMPLADA



NOU - 22 / 23 . se hizo visita
Familia

REPUBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO



JUZGADO SEGUNDO DE FAMILIA DEL CIRCUITO
TRANS 12. No. 35-24 PISO 2°
j02fctosoacha@cendoj.ramajudicial.gov.co
SOACHA, CUNDINAMARCA

Oficio No. 234
18 de octubre de 2023

Señor:
PERSONERO MUNICIPAL
Carrera 4 #38-80, Soacha
contactenos@personeria-soacha.gov.co
Soacha – Cundinamarca

Rad. J.02 Adjudicación de Apoyos No. 25-754-3110-002-2023-00172-00
Rad. J.01 Adjudicación de Apoyos No. 25-753-1100-001-2022-00668-00

Dando cumplimiento a lo dispuesto en proveído de cuatro (04) de septiembre de dos mil veintitrés (2023), dictado dentro del proceso de la referencia, este despacho ordenó **requerirles** para que dentro del término judicial de quince (15) días, proceda a efectuar la valoración de Apoyos en el que se consigne lo reseñado, para lo cual debe tenerse en cuenta la dirección de residencia informada por la señora Luz Elena Osman Osorio, en el documento 23 del expediente digital, página 25, transversal 7C # 30b-25, interior 35, etapa 3. Se reitera que dicho informe debe contar con los parámetros que la norma exige.

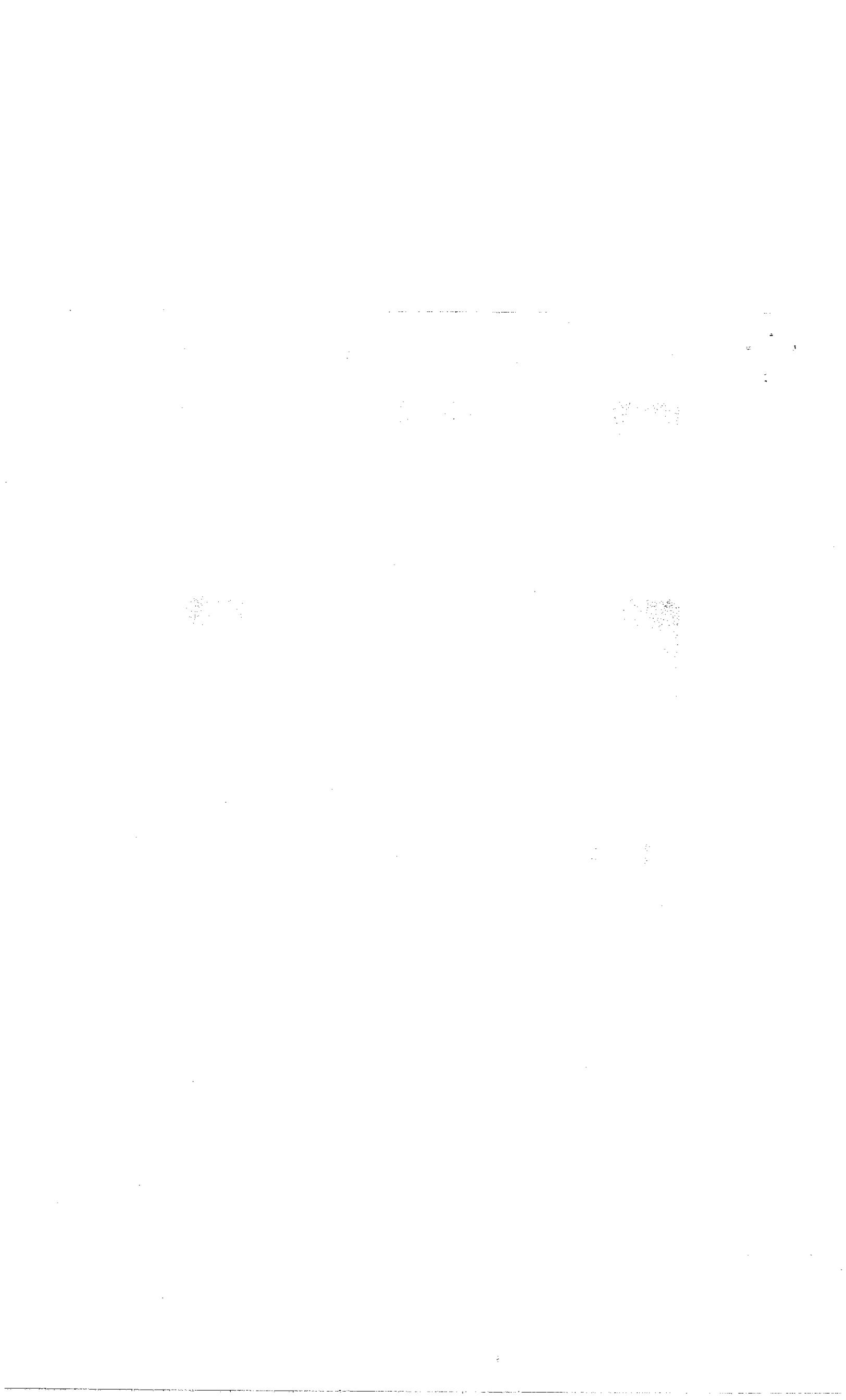
Para efectos de lo anterior remítase copia del proveído citado en precedencia, documento 23 del expediente digital, página 25, para que proceda de conformidad.

Sírvase proceder de conformidad dando respuesta al correo institucional que se encuentra relacionado en el encabezado del presente oficio, citando la referencia completa.

“NOTA: Si observa tachones o enmendaduras en el presente documento por favor abstenerse de dar trámite”.

Atentamente,

E.G.R.



MERCY ALEJANDRA PARADA SANDOVAL

**MERCY ALEJANDRA PARADA SANDOVAL
SECRETARIA**

Firmado Por:

Mercy Alejandra Parada Sandoval

Secretaria

Juzgado De Circuito

Familia 002

Soacha - Cundinamarca

Este documento fue generado con firma electrónica y cuenta con plena validez jurídica,
conforme a lo dispuesto en la Ley 527/99 y el decreto reglamentario 2364/12

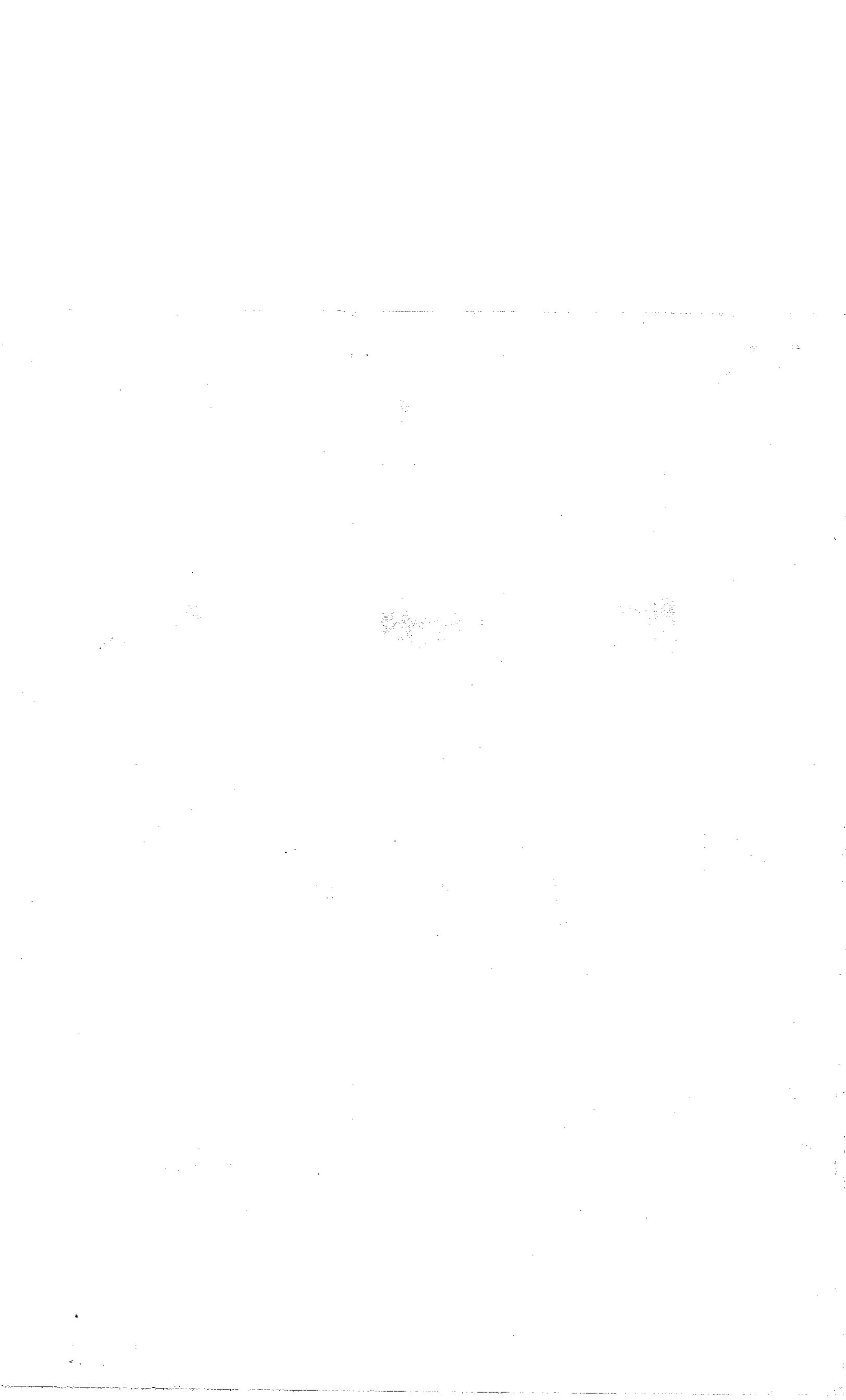
Código de verificación: **ca7d64e9127f1cf9739ae796784aed501d5213ea0f4aa3069021f408c74c712e**

Documento generado en 24/10/2023 11:51:45 AM

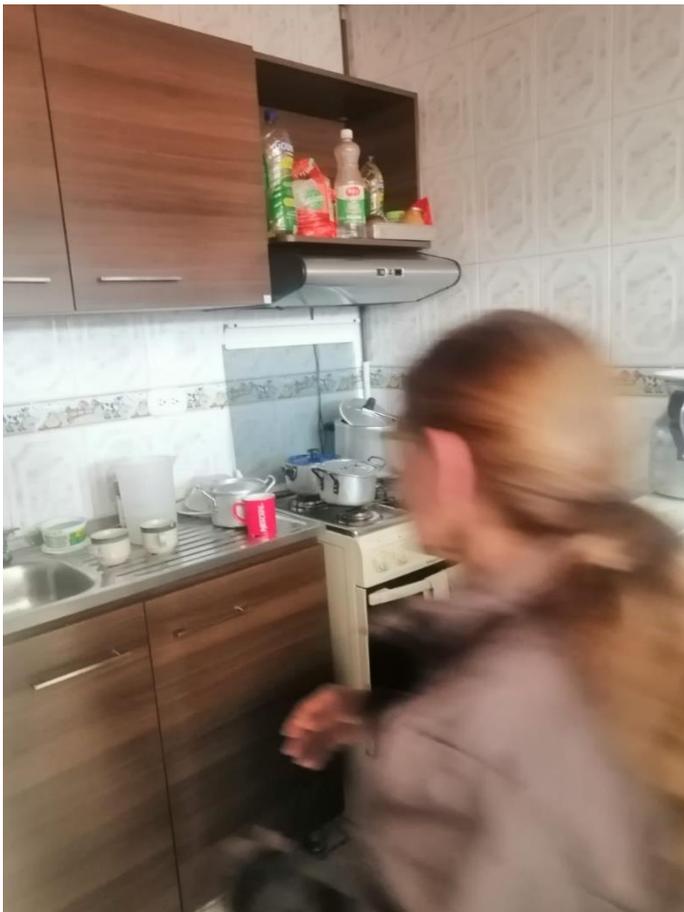
Descargue el archivo y valide éste documento electrónico en la siguiente URL:

<https://procesojudicial.ramajudicial.gov.co/FirmaElectronica>

E.G.R.













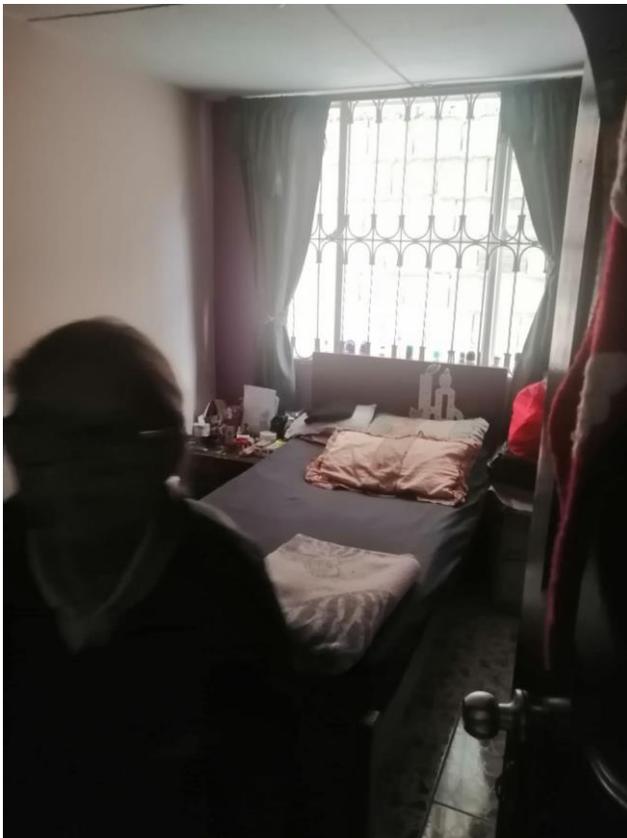


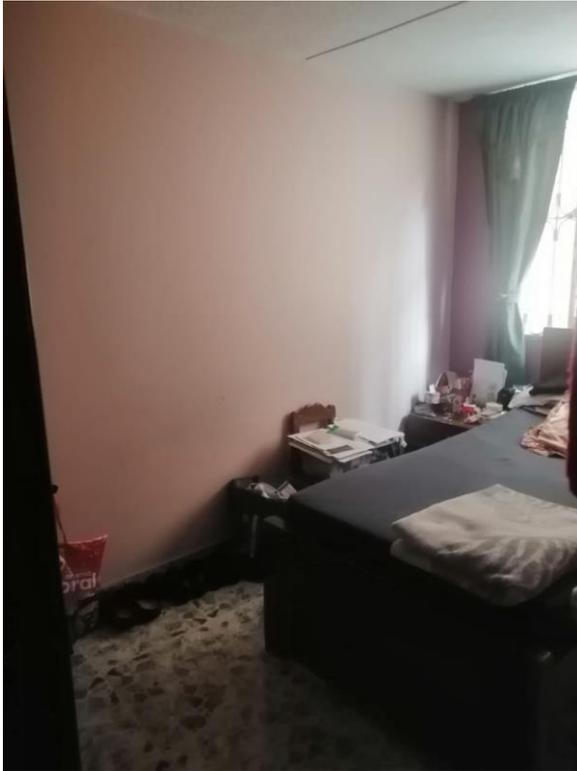












**JUZGADO SEGUNDO DE FAMILIA DEL CIRCUITO DE
SOACHA- CUNDINAMARCA**

Rad. J.02 Adjudicación de Apoyos No. 25-754-3110-002-2023-00172-00
Rad. J.01 Adjudicación de Apoyos No. 25-753-1100-001-2022-00668-00

Cuatro (4) de septiembre de dos mil veintitrés (2023)

Revisado de manera minuciosa el asunto de la referencia, se advierte que la audiencia que se tenía agendada para el día de **mañana** cinco (5) de septiembre del año que avanza, no es posible llevarse a cabo, lo anterior, dado que estudiado el contenido del documento 023, denominado "informe valoración", se aprecia que éste no cuenta con el lleno de los requisitos que prevé el numeral 4° del artículo 38 de la Ley 1996 de 2019. Esto es: **“4. El informe de valoración de apoyos deberá consignar, como mínimo:**

a) **La verificación que permita concluir que la persona titular del acto jurídico se encuentra imposibilitada para manifestar su voluntad y preferencias por cualquier medio, modo y formato de comunicación posible.**

b) **Las sugerencias frente a mecanismos que permitan desarrollar las capacidades de la persona en relación con la toma de decisiones para alcanzar mayor autonomía en las mismas.**

c) **Las personas que pueden actuar como apoyo en la toma de decisiones de la persona frente al acto o actos jurídicos concretos que son objeto del proceso.**

d) **Un informe general sobre la mejor interpretación de la voluntad y preferencias de la persona titular del acto jurídico que deberá tener en consideración, entre otros aspectos, el proyecto de vida de la persona, sus actitudes, argumentos, actuaciones anteriores, opiniones, creencias y las formas de comunicación verbales y no verbales de la persona titular del acto jurídico”.**

Así las cosas, conforme lo predica el artículo 132 del C.G.P., se efectuará el respectivo control de legalidad, y se ordenará que se oficie a la Personería Municipal de Soacha - Cundinamarca, para que dentro del término de quince (15) días, procedan a efectuar la valoración de Apoyos en el que se consigne lo anteriormente reseñado. para lo cual debe tenerse en cuenta la dirección de residencia informada por la señora Luz Elena Osman Osorio, en el documento 23 del expediente digital, página 25 y se reitera que dicho informe debe contar con los parámetros que la norma referida en líneas atrás exige. **Oficiese en tal sentido.**

NOTIFÍQUESE

LA JUEZ,



MYRIAM CELIS PÉREZ

El anterior auto se notifica por estado No. 25 de

fecha: 5 de septiembre de 2023

MERCY ALEJANDRA PARADA SANDOVAL

MERCY ALEJANDRA PARADA SANDOVAL
Secretaria

REPUBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO



JUZGADO SEGUNDO DE FAMILIA DEL CIRCUITO
TRANS 12. No. 35-24 PISO 2°
j02fctosoacha@cendoj.ramajudicial.gov.co
SOACHA, CUNDINAMARCA

Oficio No. 234
18 de octubre de 2023

Señor:
PERSONERO MUNICIPAL
Carrera 4 #38-80, Soacha
contactenos@personeria-soacha.gov.co.
Soacha – Cundinamarca

Rad. J.02 Adjudicación de Apoyos No. 25-754-3110-002-2023-00172-00
Rad. J.01 Adjudicación de Apoyos No. 25-753-1100-001-2022-00668-00

Dando cumplimiento a lo dispuesto en proveído de cuatro (04) de septiembre de dos mil veintitrés (2023), dictado dentro del proceso de la referencia, este despacho ordenó **requerirles** para que dentro del término judicial de quince (15) días, proceda a efectuar la valoración de Apoyos en el que se consigne lo reseñado, para lo cual debe tenerse en cuenta la dirección de residencia informada por la señora Luz Elena Osman Osorio, en el documento 23 del expediente digital, página 25, transversal 7C # 30b-25, interior 35, etapa 3. Se reitera que dicho informe debe contar con los parámetros que la norma exige.

Para efectos de lo anterior remítase copia del proveído citado en precedencia, documento 23 del expediente digital, página 25, para que proceda de conformidad.

Sírvase proceder de conformidad dando respuesta al correo institucional que se encuentra relacionado en el encabezado del presente oficio, citando la referencia completa.

“NOTA: Si observa tachones o enmendaduras en el presente documento por favor abstenerse de dar trámite”.

Atentamente,

MERCY ALEJANDRA PARADA SANDOVAL.

**MERCY ALEJANDRA PARADA SANDOVAL
SECRETARIA**

Firmado Por:

Mercy Alejandra Parada Sandoval

Secretaria

Juzgado De Circuito

Familia 002

Soacha - Cundinamarca

Este documento fue generado con firma electrónica y cuenta con plena validez jurídica,
conforme a lo dispuesto en la Ley 527/99 y el decreto reglamentario 2364/12

Código de verificación: **ca7d64e9127f1cf9739ae796784aed501d5213ea0f4aa3069021f408c74c712e**

Documento generado en 24/10/2023 11:51:45 AM

**Descargue el archivo y valide éste documento electrónico en la siguiente URL:
<https://procesojudicial.ramajudicial.gov.co/FirmaElectronica>**