JUZGADO SEGUNDO DE FAMILIA DEL CIRCUITO DE SOACHA-CUNDINAMARCA

Rad. Adjudicación Judicial de Apoyos No. 25-754-31-10-002-2023-00710-00

Diecisiete (17) de noviembre de dos mil veintitrés (2023).

En atención al informe secretarial obrante en el documento No. 004 del expediente y teniendo en cuenta que la presente demanda reúne los requisitos formales acorde con lo previsto en los artículos 82, 84 y 90 del C.G.P., y art. 38 de la Ley 1996 de 2019, el Juzgado dispone:

1.- ADMITIR la demanda de ADJUDICACIÓN JUDICIAL DE APOYO, presentada por intermedio de Defensora Pública a solicitud de la señora FLOR ALBA ORDOÑEZ MARTÍNEZ en favor de su hijo JHONATAN STIVEN ESPINOSA ORDOÑEZ, titular del acto jurídico.

2.- TRAMITAR el presente proceso de conformidad con lo normado por el artículo 54 de la ley 1996 de 2019 en concordancia con el artículo 390 y siguientes del CGP.

3.- NOTIFICAR este auto a JHONATAN STIVEN ESPINOSA ORDOÑEZ de conformidad con el artículo 290, 291 y 292 del C.G.P., en concordancia con lo previsto en el artículo 8 de la Ley 2213 de 2022 y, de la demanda y sus anexos córrasele traslado por el término de diez (10) días, de acuerdo con el artículo 391 *ibídem.*

4.- NOTIFICAR y correr traslado de la demanda y sus anexos al hermano de JHONATAN STIVEN ESPINOSA ORDOÑEZ, el joven CRISTIAN CAMILO ESPINOSA ORDOÑEZ para que en el término de diez (10) días, se manifiesten sobre lo señalado en el literal a) del numeral 1° del artículo 396 del CGP., modificado por el artículo 38 de la Ley 1996 de 2019 y demás circunstancias que deban conocerse respecto JHONATAN STIVEN ESPINOSA ORDOÑEZ, conforme lo dispone el numeral 5 del artículo 38 de la Ley 1996 de 2019.

5.- CORRASE traslado del informe de valoración de apoyos elaborado por la Personería Municipal de Soacha que se anexa a la demanda, por el término de diez (10) días, de conformidad con lo establecido en el numeral 6 del artículo 396 del C.G.P.

La secretaría controle el término y una vez finalizado, ingresen las presentes diligencias al Despacho para seguir adelante con el trámite pertinente.

6.- NOTIFICAR al señor agente del Ministerio Público, para que intervenga en este asunto de conformidad con lo previsto en el art. 40 de la Ley 1996 de 2019.

7.- CONCEDER el amparo de pobreza solicitado por la demandante, conforme a lo cual queda exonerada del pago de cauciones y demás gastos que ocasione el proceso de conformidad con el artículo 154 del C.G.P.

8.- RECONOCER el interés que le asiste a la Dra. LUZ DARY VEGA SUAREZ como Defensora Pública, para ejercer la representación de la solicitante en el presente asunto, en los términos y para los fines del poder conferido.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

LA JUEZ,

MYRIAM CELIS PÉREZ

El anterior auto se notifica por estado No. 65 de fecha: 20 de noviembre de 2023

MERCY ALEJANDRA PARADA SANDOVAL
Secretaria

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:	Jhonatan Stiven Espinoza		
Número de documento de identidad	1073721110	Tipo de documento de identidad	Cedula ciudadania

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	X	NO	

Firma de la persona con discapacidad:	No Firma
Nombres y apellidos de la persona con discapacidad:	Jhonatan Stiven Espinoza Ordoñez.
Fecha y lugar de nacimiento: (DD/MM/AA)	24/Agosto/1999 Bogotá
Cédula de ciudadanía y lugar de expedición:	1073721110.- Soacha
Fecha de diligenciamiento: (DD/MM/AA)	13/Abril/2023
Dirección de residencia, incluyendo municipio, departamento y país:	Calle 12 # 5-34 Apto 205 Bloque 2 Edificio Torre
Teléfono fijo y celular de contacto	3204187052
Huella digital del índice derecho:	

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:	Jhonatan Stiven Espinoza Oidueñez		
Número de documento de identidad	1073721110	Tipo de documento de identidad	Cedula Ciudadania

identificación de la persona quien prestara el apoyo:

Nombres y apellidos:	Hercilia Oidueñez Martinez		
Número de documento de identidad	35466248O	Tipo de documento de identidad	Cedula Ciudadania

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

ENTREVISTA DE VALORACIÓN DE APOYOS

1. INFORMACIÓN GENERAL

Fecha de visita: 13 abril - 2023

Fecha elaboración del informe: 13 abril 2023

Numero de peticion: 3807

Autoridad Judicial solicitante: Usaquén

Quien solicita el proceso (persona objeto de la red de apoyo o tercero): Floalba Ordoñez Martinez.

Cuáles son las motivaciones o necesidades para hacer la solicitud? Solicitud de retroactiva pensional.

2. DATOS DE LA PERSONA QUE ATIENDE LA DILIGENCIA

Nombre completo: Floralba Ordoñez Martinez

Fecha de nacimiento: 30/Agosto/62 Edad: 60 Sexo: F Parentesco: Madre

Tipo: CC No Documento de identidad: 39 662 480 Lugar y fecha Exp.: Soacha - 28/Ene/83

Teléfonos: 3204187052 Correo: esty0426@hotmail.com

Dirección de domicilio: Calle 12 # 3-34 Edificio Loira Apto 205 Bloque 2

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

Nombre completo: Jhandan Stiven Espinosa Ordoñez

Fecha de nacimiento: 21/agosto/79 Edad: ____ Sexo: M Estrato: 3

Tipo: CC No Documento de identidad: 1073721110 Lugar y fecha Exp.: Soacha - 5/Sep/17

Nivel de Escolaridad: Ap Estado civil: Soltero Ocupación: Persona Objeto

Teléfonos: 3204187052. Correo: esty0426@hotmail.com

Dirección de domicilio: Calle 12 # 3-34 Edificio Loira Apto 205 Bloque 2

TIPO DE DISCAPACIDAD:	CUENTA CON CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD:
Física: X Visual __ Auditiva __ Sordoceguera __ Mental X Intelectual X cognitiva X psicosocial X Múltiple X	SI: NO: X ¿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: X NO:	
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: X NO:	

ENTREVISTA DE VALORACIÓN DE APOYOS

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

AFILIACIÓN AL SISTEMA DE SALUD SI: X NO:	EPS: La Nueva EPS	SUBSIDIADO: CONTRIBUTIVO: X.	¿TRABAJA, EN QUE? No.
LUGAR DONDE LE ATIENDEN EN CASO DE EMERGENCIAS: Hospital Cardiovascular			
ESTA SIENDO ATENDIDO POR EL SECTOR SALUD: SI: X NO:	FRECUENCIA: • Control trimestral por psiquiatria		
DIAGNOSTICO MEDICO: SI: X NO:	¿CUAL? • Sindrome de down • Discapacidad intelectual grave con transtorno comportamental secundario • Hipotiroidismo		
ESTA SIENDO RECIBIENDO TERAPIAS: SI: X NO:	¿CUAL? • Terapia Fisica.		
ACTUALMENTE RECIBE TRATAMIENTO MEDICO POR ALGUNA ENFERMEDAD PARTICULAR: SI: X NO: X	¿CUAL? Ninguno		
ACTUALMENTE CONSUME MEDICAMENTOS: SI: X NO:	¿CUAL?, FRECUENCIA Y HORARIO • Carbamazepina 3. cada 24 h. • Risperidona 2 cada 24 h • Sertralina 1 cada 24h. • levomepromacina • Diaria • Tiroxina Diaria		
CUENTA CON AYUDAS TÉCNICAS DE APOYO PARA FAVORECER SU MOVILIDAD. SI: X. NO:	¿CUAL? • Silla de ruedas		
COMUNICACIÓN E INDEPENDENCIA: la persona objeto es totalmente dependiente de la red de apoyo			
FACTORES DE RIESGO: No se identifica factores de riesgo.			

5. COMPOSICIÓN Y RED DE APOYO FAMILIAR

¿La familia recibe algún subsidio o de alguna entidad o institución? ¿Cual?: Si, mercado mensual por la Alcaldia Municipal de Soacha

Como es la relación de la persona objeto de la red de apoyo y su familia: Se evidencian vinculos fuertes con cada uno de los integrantes de la familia.

Carrera 4 N° 28-10 C.C Unisur Local 1042 Soacha - Antigua Carrera 3 No.29ª-02
Teléfonos: 729 2366-726 2709-732 0202
www.personeria-soacha.gov.co
contactenos@personeria-soacha.gov.co

ENTREVISTA DE VALORACIÓN DE APOYOS

Ingreso mensual (quien aporta, cuanto aporta, y la suma total de gasto: los ingresos mensuales son: $1'160.000. Por persona de Sobreviviente y trabajos de manera independiente.

Responsables y origen de los recursos económicos para el sostenimiento del grupo familiar: los ingresos del hogar se generan a partir de la persona de Sobreviviente y los integrantes que laboran dentro del hogar de manera independiente.

6. **DESCRIPCIÓN DINÁMICA FAMILIAR:** la Familia es emprendedor se logra evidenciar comunicación asertiva, además de vínculos fuertes. con cada uno de los miembros de la familia

7. **COMPOSICIÓN FAMILIAR ACTUAL:**

NOMBRES Y APELLIDOS	PARENTESCO	EDAD	ESCOLARIDAD	ESTADO CIVIL	ACTIVIDAD	OCUPACIÓN
Jhonathan S. Pereira Espinosa Odisea	Objeto	23	No	No	No	No.
Cristian Camilo Espinosa Odisea	Hermano	21	Bachiller	Soltero	Estudiando	Estudiando
Floralba Odisea Espinosa	Madre	60	Bachiller.	Soltera	Trabaja	Independiente

*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	CASADO	BUSCANDO TRABAJO	EMPLEADO DEL ESTADO
SECUNDARIA INCOMPLETA	DIVORCIADO	ESTUDIANDO	EMPLEADOR
SECUNDARIA COMPLETA	UNIÓN MARITAL DE HECHO (UNIÓN LIBRE)	OFICIOS HOGAR	TRABAJADOR POR CUENTA PROPIA
TECNÓLOGO	VIUDO	RENTISTA	EMPLEADO DOMESTICO
UNIVERSITARIO		PENSIONADO	AYUDANTE SIN REMUNERACIÓN
POSGRADO INCOMPLETO		INCAPACIDAD PERMANENTE PARA TRABAJAR	JORNALERO
POSGRADO COMPLETO		SIN ACTIVIDAD	AYUDANTE CON REMUNERACIÓN

ENTREVISTA DE VALORACIÓN DE APOYOS

8. **CONDICIONES HABITACIONALES Y ASPECTO SOCIOECONÓMICO:**

TENENCIA DE VIVIENDA	PROPIA	FAMILIAR	ARRENDADA x.	¿OTRA, CUAL?	Casa:	Apto: x.	Propietario
ZONA DE INVASIÓN	SI:	NO: x	¿POR QUE?:		ESTRATO: 3.		
UBICACIÓN	URBANA: x.	RURAL:	TIEMPO PERMANENCIA EN LA VIVIENDA: 8 años.				
EQUIPAMIENTO DE SERVICIOS PÚBLICOS:	ACUEDUCTO Y ALCANTARILLADO: x	ENERGÍA: x	MANEJO DE BASURAS: x	GAS DOMICILIARIO: x			
DISTRIBUCIÓN DE ESPACIOS	# HABITACIONES: #3 habitaciones	# RESIDENTES EN EL MISMO TECHO: 3 Personas.	OTROS ESPACIOS (sala, comedor, baños) # 2 Baños, # 1 comedor. # 1 Sala				

DESCRIPCIÓN DE LA VIVIENDA Y RIESGOS ESTRUCTURALES:	El apartamento se encuentra en buenas condiciones, además de contar con espacios adecuados para la persona objeto.
APROPIACIÓN DE RECURSOS ECONÓMICOS, INGRESO Y DISTRIBUCIÓN:	todos los ingresos del hogar se distribuyen en alimentos, Servicios y Gastos de salud.
OBSERVACIONES ADICIONALES:	Ninguna

9. **OBJETIVO DE LA RED DE APOYO:** Solicitud de retroactivo pensional, teniendo en cuenta que la persona objeto tiene un diagnostico medico que requiere ingresos mas personalizados y por ende limita generar mas ingresos.

10. **DESARROLLO DE LA ENTREVISTA DE VALORACIÓN DE APOYOS:** La entrevista fue realizada por la Señora Floralba Ordeñez Martinez, Debido al diagnostico Medico de su hijo.

11. **REDES DE APOYO EN EL PROCESO**

APRESTAMIENTO: Se evidencia Comunicación asertiva por parte de la persona que brinda el apoyo (Madre)

ENTREVISTA DE VALORACIÓN DE APOYOS

POR QUÉ CONSIDERA QUE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD ESTA IMPOSIBILITADA PARA EJERCER SU CAPACIDAD JURÍDICA: Por su discapacidad mental.

ROLES EN PROCESOS JUDICIALES, ¿CUALES?: Ninguno

PERSONAS QUIENES BRINDAN APOYO:

Nombre completo: Floralba Ordoñez Martinez

Fecha de nacimiento: 30/Agosto/1962 **Edad:** 62 **Sexo:** F

Tipo: C **No Documento de identidad:** 39662480 **Lugar y fecha Exp.:** Soacha-28/Ene/83

Nivel de Escolaridad: Bachiller **Estado civil:** Soltera **Ocupación:** Independiente

Parentesco: Madre **Teléfono:** 3209189052 **Estrato:** 3

Correo: eolyo496@hotmail.com **Dirección de domicilio:** Calle 12 # 3-34. Edificio. Loma Apto 205 Bloque 2

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:**

ROL EN PROYECTO DE VIDA: Todo su proyecto de vida se a gestado de manera dependiente, ya que siempre a tenido que apoyarse en su red familiar.

PERSONAS QUIENES NO DEBEN BRINDAN APOYO, ¿POR QUÉ?: Ninguno

ENTREVISTA DE VALORACIÓN DE APOYOS

12. OBSERVACIONES ADICIONALES: Alexander Ordoñez. - Hermano de la madre que manifiesta apoyo en el cuidado de la persona objeto.

13. CONCEPTO: Se Proporciona concepto favorable, ya que se logra evidenciar Vinculos fuertes y Comunicación asertiva entre todos los integrantes del grupo familiar, ademas las condiciones habitacionales son las idoneas para la persona Objeto

14. FIRMAS:

FIRMA: No Firma
NOMBRE: Jhonatan Steven Espinosa
CEDULA 1073721110
PERSONA OBJETO VALORACIÓN DE LA RED DE APOYO

HUELLA

FIRMA:
NOMBRE: Floralba Ordoñez
CEDULA 39662490
PERSONA QUIEN ATIENDE LA DILIGENCIA

HUELLA

FIRMA:
NOMBRE:
CEDULA
PERSONA QUIEN ATIENDE LA DILIGENCIA

HUELLA

FIRMA:
NOMBRE: Amy M. Torres C.
CEDULA 1014278690
TRABAJADOR SOCIAL

PERSONERIA MUNICIPAL DE SOACHA
CIUDAD INCLUYENTE
Con Derechos y Deberes

ENTREVISTA DE VALORACIÓN DE APOYOS - ANEXO

1. DATOS DE LA PERSONA QUE ATIENDE LA DILIGENCIA

Nombre completo: Maralba Ordoñez Martinez

Fecha de nacimiento: 30/Ago/62 Edad: 60 Sexo: F Parentesco: Madre

Tipo: CC No Documento de identidad: 39662480 Lugar y fecha Exp.: Soacha-26/Ene/83

Teléfonos: 3204187052 Correo: Fatly476@hotmail.com

Dirección de domicilio: Calle 12 #3-34 Edificio Loira Apto 205 Bloque 2

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

Nombre completo: Jhonatan Stiven Espinosa Ordoñez

Fecha de nacimiento: 24/Ago/99 Edad: 23 Sexo: M Estrato: 3

Tipo: CC No Documento de identidad: 1073721110 Lugar y fecha Exp.: Soacha-5/Sep/17

Nivel de Escolaridad: Ninguno

Teléfonos: 3204187052 Correo: Fatly476@hotmail.com

Dirección de domicilio: Calle 12 #3-34 Edificio Loaira Apto 205 Bloque 2

TIPO DE DISCAPACIDAD:	CUENTA CON CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD:
Física: X Visual __ Auditiva __ Sordoceguera __ Mental X Intelectual X cognitiva X psicosocial X Múltiple X	SI: NO: X ¿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: X NO:	
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: X NO:	

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	X	
Se evidencia disposición o colaboración por parte de las personas de la red de apoyo para el desarrollo de la valoración.	X	
Se evidencia dificultad para establecer una comunicación directa y clara entre la persona con discapacidad y quien hace la valoración.	X	
Se evidencia dificultad de quien hace la valoración para entender las respuestas y aportes de la persona con discapacidad.	X	
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		X
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.		X

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?	Actividades Ludicas
¿Qué decisiones toma en un día común y corriente?	Ninguna
¿De qué se tratan esas decisiones?	Ninguna
¿Qué decisiones toma de vez en cuando?	Ninguna
¿De qué se tratan esas decisiones?	Ninguna
¿Cuáles de esas actividades le generan mayor y menor satisfacción?	Jugar con fichas.
¿Qué actividades quisiera realizar y aún no lo hace o ha dejado de hacerlo?	Ninguna
QUIEN RESPONDE A ESTA ENCUESTA:	

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	Dependiente total. de la red de apoyo
Manifestaciones previas de su voluntad, deseos y preferencias en diversos contextos y ámbitos.	Ninguna
Preferencias, gustos e historia de decisión en otros momentos y frente a diferentes ámbitos de vida.	Ninguna
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)	Floralba Ordoñez (Madre)

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).	Floralba Ordoñez (Hermana)
¿Cuáles eran las situaciones cotidianas en las que la persona tomaba decisiones de manera autónoma?	Ninguna
¿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?	Ninguna.
¿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: Floralba Ordoñez	

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: Floralba Ordoñez			

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?	No		
¿Tiene propiedades a su nombre?	SI	NO X	CUALES
¿Hay propiedades familiares en las que usted aparezca como propietario junto con otros miembros de la familia?	SI	NO X	CUALES
¿Cómo administra los bienes de los que es propietario?	No		
¿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	NO X	CUALES
¿Para qué usa los productos bancarios?	No		
¿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?	No		
QUIEN RESPONDE A ESTA ENCUESTA: Horalba Ordoñez			

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		

ENTREVISTA DE VALORACIÓN DE APOYOS - ANEXO

¿Necesita ayuda para tomar decisiones relacionadas con la compra de bienes?	X		
¿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?	X		
¿Necesita apoyo de alguna persona para utilizar cajeros automáticos?	X		
¿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?	X		
¿Necesita apoyo para definir el objetivo y uso de sus ahorros?	X		

QUIEN RESPONDE A ESTA ENCUESTA:

Floralba Ordoñez

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		

ENTREVISTA DE VALORACIÓN DE APOYOS - ANEXO

¿Necesita apoyo para tomar decisiones sobre conformar o no una pareja?	X		
¿Necesita apoyo para decidir si desea o no tener hijos y en qué momento?	X		
¿Necesita apoyo para dar a conocer su opinión, preferencias o desacuerdos a otras personas con las que convive?	X		

QUIEN RESPONDE A ESTA ENCUESTA:

Floralba Ordoñez

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?	X		
¿Requiere apoyo para la realización de pagos relativos a los servicios de salud?	X		
¿Necesita apoyo para la solicitud de servicios de salud como citas de control, exámenes médicos o terapias?	X		
¿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?	X		
¿Requiere asistencia para desplazarse y asistir a los servicios de salud?	X		
¿Requiere apoyo para tomar decisiones que le permitan continuar, cambiar o abandonar los tratamientos médicos?	X		
¿Requiere apoyo para solicitar, reclamar, comprar o verificar la entrega de medicamentos?	X		
¿Requiere apoyo para definir horarios para tomar sus medicamentos?	X		
¿Necesita apoyo para comprender, analizar y tomar decisiones sobre los alcances y efectos secundarios de los tratamientos médicos?	X		
¿Necesita apoyo para dar a conocer sus desacuerdos, preferencias o deseos al personal de salud?	X		
¿Necesita apoyo para el manejo de documentos que tienen que ver con su salud? Por ejemplo: historia clínica o resultados de exámenes	X		
¿Necesita apoyos 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 por el personal de salud en caso de hospitalización?	X		
¿Necesita apoyo para dar a conocer sus desacuerdos, preferencias o deseos al personal de salud en caso de hospitalización?	X		
¿Necesita apoyo para la solicitud de servicios de salud mental como citas de control, psicoterapia o seguimiento al tratamiento farmacológico?	X		
¿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?	X		
¿Requiere acompañamiento para desplazarse y asistir a los lugares en que recibe los servicios de salud?	X		

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:

Floralba Ordóñez

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:

Floralba Ordóñez

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	
¿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:

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: Flaviber Ordoñez

14. FIRMAS:

FIRMA: _____
NOMBRE: Jhonalan Steven Espinosa
CEDULA 1073 721110
PERSONA OBJETO VALORACIÓN DE LA RED DE APOYO

HUELLA

FIRMA: _____
NOMBRE: Floralba Ordoñez
CEDULA 39 662 480
PERSONA QUIEN ATIENDE LA DILIGENCIA

HUELLA

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

HUELLA

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

HUELLA

FIRMA: _____
NOMBRE: Ana M. Torres L.
CEDULA 1004728690
TRABAJADOR SOCIAL

INFORME DE VALORACIÓN DE APOYOS JUDICIALES.

De fecha veinte (21) de marzo de 2023, la señora **FLORALBA ORDOÑEZ MARTÍNEZ**, remite derecho de petición con radicado No. 3807, solicitando a la Personería Municipal de Soacha, se realice informe Valoración de Apoyos Judiciales a favor del joven **JHONATAN STIVEN ESPINOZA ORDOÑEZ,** 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:	
FLORALBA ORDOÑEZ MARTINEZ Mediante derecho de petición con radicado No. 3807 de fecha Marzo 21 de 2023	
2.ENTIDAD SOLICITANTE.	
N/A	
3. OBJETIVO DE LA VALORACIÓN DE APOYOS JUDICIALES.	
Determinar cuál es la posible adjudicación de Apoyos que requiere el joven **JHONATAN STIVEN ESPINOZA ORDOÑEZ,** 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:	Jhonatan Stiven Espinoza Ordoñez
Fecha de nacimiento	24 de agosto de 1999
Edad	23 años
Sexo	Masculino
Estrato	3
Tipo documento	Cedula de Ciudadanía
No. documento:	1073721110
Lugar y fecha expedición	Soacha - 05 de septiembre de 2017
Nivel de Escolaridad:	ninguno
Teléfono:	3204187052
Dirección:	Calle 12 # 3-34 Edificio Loira, apto 205
Correo Electrónico:	Paty0476@hotmail.com
Estado Civil:	soltero
Ocupación:	Ninguna
5. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS APOYOS JUDICIALES	
Nombre:	Floralba Ordoñez Martínez
Fecha de nacimiento	30 de Agosto de 1962
Edad	60
Sexo	Femenino
Estrato	3
Tipo documento	Cedula Ciudadanía
No. documento:	39662480
Lugar y fecha expedición	Soacha - 28 de enero de 1983
Nivel de Escolaridad:	Bachiller
Teléfono:	3204187052
Dirección:	Calle 12 # 3-34 Edificio Loira, apto 205
Correo Electrónico:	paty0476@hotmail.com
Parentesco:	Progenitora
Ocupación:	Independiente

6. ANTECEDENTE DEL CASO.

De fecha veinte (21) de marzo de 2023, la señora **FLORALBA ORDOÑEZ MARTÍNEZ,** remite derecho de petición con radicado No. 3807, solicitando a la Personería Municipal de Soacha, se realice informe Valoración de Apoyos Judiciales a favor del joven **JHONATAN STIVEN ESPINOZA ORDOÑEZ,** 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:

(...) "Yo, FLORALBA ORDOÑEZ MARTÍNEZ, mayor de edad identificada con cedula de ciudadanía No. 39.662.480 de Soacha, actuando en calidad de madre del joven JHONATAN STIVEN ESPINOZA ORDOÑEZ, identificado con cedula de ciudadanía No.1.073.721.110, de Soacha, con domicilio y residencia permanente en la calle 12 # 3-34 edificio Loira, apto 205,bloque 2, barrio san Bernandino del municipio de Soacha, Cundinamarca, quien a la fecha presenta una discapacidad diagnosticada como síndrome de DOWN, solicito a ustedes la valoración de apoyos para mi hijo, pus mi hijo ya tiene un proceso de interdicción en el juzgado de familia de Soacha bajo el radicado No. 2018-803,hago esta solicitud para el trámite de la UGPP, para mantener la pensión de la cual mi hijo es beneficiario en este momento " (...)

Solicitud que busca designar como red de apoyo principal del joven **JHONATAN STIVEN ESPINOZA ORDOÑEZ,** a la señora **FLORALBA ORDOÑEZ MARTÍNEZ (progenitora)**, identificada con número de cedula 39662480 de Soacha.

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:	Múltiple		
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	La nueva eps - Contributivo		
Diagnostico medico	Síndrome de down, Discapacidad intelectual grave con trastomó comportamental secundario, Hipotiroidismo.		
Recibe terapias	Si		
Comunicación en independencia	La persona objeto de valoración de apoyos, el joven **JHONATAN STIVEN ESPINOZA ORDOÑEZ,** No se logra comunicar de manera espontánea, e independiente y para la toma de decisiones y realizar actividades específicas requiere de apoyo.		

9. COMPOSICIÓN Y RED DE APOYO FAMILIAR.

Durante la entrevista se evidencia que el joven **JHONATAN STIVEN ESPINOZA ORDOÑEZ,** posee una tipología de familia monoparental con vínculos fuertes, que lo apoya permanentemente en el cuidado y toma de decisiones, convive con su progenitora la señora **FLORALBA ORDOÑEZ MARTÍNEZ** y su hermano **CRISTIAN CAMILO ESPINOZA ORDOÑEZ,** la familia recibe mercado mensual por parte de la Alcaldía Municipal de Soacha y los ingresos que percibe la familia son por parte de la pensión de sobrevivientes y el trabajo como independiente que a veces puede ejercer la señora Floralba.

NOMBRES APELLIDOS	PARENTESCO	EDAD	ESCOLARIDAD	ESTADO CIVIL	ACTIVIDAD	OCUPACIÓN
Jhonatan Stiven Espinoza Ordoñez	Persona objeto de valoración de apoyos	23	Ninguna	soltero	Sin actividad	Sin actividad
Cristian Camilo Espinoza Ordoñez	Hermano	21	Bachiller	Soltero	Estudiando	Estudiante
Floralba Ordoñez Martínez	Madre	60	Bachiller	Soltera	Trabajando	Independiente

10. DESCRIPCIÓN DE LA DINÁMICA FAMILIAR.

Durante el proceso de la entrevista en la narración efectuada por el equipo interdisciplinario, y la señora **FLORALBA ORDOÑEZ MARTÍNEZ,** se establece que es una familia de tipología monoparental, que tiene un vínculo fuerte con su núcleo familiar, conformado por el joven **JHONATAN STIVEN ESPINOZA ORDOÑEZ**, la señora **FLORALBA ORDOÑEZ MARTÍNEZ y CRISTIAN CAMILO ESPINOZA ORDOÑEZ (hermano).**

Se evidencia una buena relación interpersonal, donde la señora **FLORALBA ORDOÑEZ MARTÍNEZ** (madre), es aquella que asume el cuidado del joven **JHONATAN STIVEN ESPINOZA ORDOÑEZ** así mismo se evidencia que la señora **FLORALBA ORDOÑEZ MARTÍNEZ** contribuye con los gastos económicos de la familia, esto debido a que, por la discapacidad del Joven Jhonatan, actualmente no realiza ninguna actividad laboral.

En cuanto a la vivienda presenta condiciones adecuadas para el cuidado ya que tiene delimitadas sus condiciones habitacionales, se evidencia una comunicación asertiva y frecuente entre los miembros de la familia.

11. CONDICIONES LABORALES SOCIOECONÓMICAS.

Dentro de la narración efectuada por el equipo interdisciplinario a la señora **FLORALBA ORDOÑEZ MARTÍNEZ,** indica que el joven **JHONATAN STIVEN ESPINOZA ORDOÑEZ,** por su condición de síndrome de Down, Discapacidad intelectual grave con trastornó comportamental secundario, no realiza ningún tipo de labor de trabajo, así mismo que por este motivo no pudo estudiar.

Adicionalmente se logra evidenciar según lo reportado, que los ingresos que se perciben a nivel familiar son por parte de la pensión de sobrevivientes del progenitor del joven Jhonatan y trabajos de manera Independiente por parte de la señora **FLORALBA ORDOÑEZ MARTÍNEZ** (progenitora), quien contribuyen para el pago de servicios públicos, costos en salud, alimentación y recreación.

Durante el proceso se logra concluir que el joven **JHONATAN STIVEN ESPINOZA ORDOÑEZ,** 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 adelantar el proceso de solicitud de retroactivo pensional de sobreviviente, por la pensión que percibe por su progenitor.

12. CONTEXTO HABITACIONAL.

En el contexto físico, se evidencia que el joven **JHONATAN STIVEN ESPINOZA ORDOÑEZ**, tiene su residencia en la Calle 12 No 3-34 apto 205 torre 2 ubicada en zona urbana del Municipio de Soacha Cundinamarca, estrato 3, en calidad de arrendatarios, la cual cuenta con tres (03) habitaciones, así mismo cuenta con cocina, sala, comedor y baño, para su núcleo familiar conformado por el joven **JHONATAN STIVEN ESPINOZA ORDOÑEZ,** la señora **FLORALBA ORDOÑEZ MARTÍNEZ y CRISTIAN CAMILO ESPINOZA ORDOÑEZ.**

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

13. FACTORES PROTECTORES.	
Durante la entrevista se puedo establecer que el joven **JHONATAN STIVEN ESPINOZA ORDOÑEZ,** Cuenta con condiciones familiares, habitacionales y económicas estables, así mismo que cuenta con apoyo de su red de familia monoparental, los señores **FLORALBA ORDOÑEZ MARTÍNEZ y CRISTIAN CAMILO ESPINOSA ORDOÑEZ** quienes son su único apoyo y con las que tiene vínculos familiares fuertes.	
14. FACTORES DE RIESGO.	
Durante la entrevista se puedo establecer que el joven **JHONATAN STIVEN ESPINOZA ORDOÑEZ,** no presenta ningún tipo de riesgo social, económico y/o familiar.	
15. REDES DE APOYO EN EL PROCESO.	
Durante la entrevista la señora **FLORALBA ORDOÑEZ MARTÍNEZ** informa que ella, desempeña actualmente y de manera provisional el rol de apoyo para la toma las decisiones, garantizar su capacidad jurídica, y administrar el dinero del joven **JHONATAN STIVEN ESPINOZA ORDOÑEZ**, 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 en la UGPP que se requieran, especialmente para la pensión de sobrevivientes de su padre.	Durante la entrevista la señora **FLORALBA ORDOÑEZ MARTÍNEZ** informa que ella, desempeña actualmente y de manera provisional el rol de apoyo para el cuidado personal, vivienda, salud, vestuario, traslado a citas médicas del joven **JHONANTAN STIVEN ESPINOZA ORDOÑEZ,** cumpliendo con los requisitos para ser nombrada apoyo judicial principal según la Ley 1996 de 2019.
16. LINEAMIENTOS.	
Lineamiento 1. (Aprestamiento).	Se evidencia en el desarrollo la visita, que quien atiende y responde las preguntas fue la señora **FLORALBA ORDOÑEZ MARTÍNEZ,** se realiza la verificación de documentos de identidad de la persona en condición de discapacidad (Múltiple), e identificación de las personas que solicitan la Valoración de Apoyos Judiciales, y se les da a conocer del consentimiento informado y la valoración a realizar. La señora **FLORALBA ORDOÑEZ MARTÍNEZ,** informa que el joven **JHONATAN STIVEN ESPINOZA ORDOÑEZ,** requiere de apoyos permanentes, lo cuales ha venido desempeñando actualmente y de manera provisional.
Lineamiento 2. (Indagar por el rol en el proceso judicial y por el proyecto de vida de la persona con discapacidad).	Durante la entrevista la señora **FLORALBA ORDOÑEZ MARTÍNEZ,** manifiesta que el joven **JHONATAN STIVEN ESPINOZA ORDOÑEZ** se siente feliz de su núcleo familiar. Dadas las condiciones de discapacidad del joven **JHONATAN STIVEN ESPINOZA ORDOÑEZ,** la señora **FLORALBA ORDOÑEZ MARTÍNEZ,** desempeña actualmente y de manera provisional el rol de apoyo para la toma las decisiones y garantizar la capacidad jurídica, del joven **JHONATAN STIVEN ESPINOZA ORDOÑEZ** debido a la limitación para manifestar su voluntad, por sus condiciones médicas. Igualmente, y dadas las condiciones de discapacidad del joven **JHONATAN STIVEN ESPINOZA ORDOÑEZ,** la señora **FLORALBA ORDOÑEZ MARTÍNEZ,** desempeña actualmente y de manera provisional 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.

Lineamiento 3. (Identifique las personas que prestan o podrían prestar el apoyo a la persona con discapacidad).	Se identifica que los señores **FLORALBA ORDOÑEZ MARTÍNEZ (madre)** y **CRISTIAN CAMILO ESPINOZA ORDOÑEZ** (hermano) son las únicas personas con que cuenta como red de apoyo familiar, quienes le asisten en la toma de decisiones de aseo, comportamiento salud recreación entre otros, al joven **JHONATAN STIVEN ESPINOZA ORDOÑEZ,** igualmente fuera de su red de apoyo familiar la única persona con quien cuenta, y con quien tiene más confianza y cercanía es el hermano de la madre.
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, económico, conflicto, violencia en contexto familiar, injerencia indebida que pongan en riesgo al joven **JHONATAN STIVEN ESPINOZA ORDOÑEZ**
Lineamiento 5 (patrimonio y manejo de dinero).	Durante la entrevista informa la señora **FLORALBA ORDOÑEZ MARTÍNEZ**, que al joven **JHONATAN STIVEN ESPINOZA ORDOÑEZ**, es necesario asistirlo para efectos administrativos y judiciales, administración de bienes y dinero, lo anterior debido a que por su condición médica **(Múltiple)**, no realiza ningún tipo de labor de trabajo, adicionalmente se logra evidenciar según lo reportado que los ingresos que se perciben a nivel familiar son por parte de la pensión de sobrevivientes de su padre y el trabajo que desempeña la señora **FLORALBA ORDOÑEZ MARTÍNEZ** como independiente, quien contribuye para el pago de servicios públicos, costos en salud, alimentación y recreación.
Lineamiento 6. (Familia, cuidado personal y vivienda),	Se evidencia que el joven **JHONATAN STIVEN ESPINOZA ORDOÑEZ**, tiene su residencia actual en la Calle 12 No 3-34 apto 205 torre 2, edificio Loira del municipio de Soacha, convive con los señores **FLORALBA ORDOÑEZ MARTÍNEZ** (madre) y el señor **CRISTIAN CAMILO ESPINOZA ORDOÑEZ** (hermano), con quien tiene un vínculo familiar fuerte, ya que él requiere de apoyo permanente para el cuidado y toma de decisiones. El cuidado del joven **JHONATAN STIVEN ESPINOZA ORDOÑEZ**, dadas las condiciones de discapacidad es apoyado por la señora **FLORALBA ORDOÑEZ MARTÍNEZ** quien desempeña actualmente y de manera provisional 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.
Lineamiento 7. Salud (general, mental y sexual y reproductiva)	La señora **FLORALBA ORDOÑEZ MARTÍNEZ,** refiere que el joven **JHONATAN STIVEN ESPINOZA ORDOÑEZ**, presenta su discapacidad desde su niñez y que por lo anterior depende totalmente de un tercero para realizar diferentes actividades por lo que se encuentra en acompañamiento permanente por la señora **FLORALBA ORDOÑEZ MARTÍNEZ** (progenitora).

Lineamiento 8. Trabajo y generación de ingresos	Durante la entrevista informa la señora **FLORALBA ORDOÑEZ MARTÍNEZ**, que al joven **JHONATAN STIVEN ESPINOZA ORDOÑEZ**, por su condición de discapacidad, actualmente no realiza ningún tipo de labor de trabajo, adicionalmente se logra evidenciar según lo reportado que los ingresos que se perciben a nivel familiar son por parte de la pensión de sobrevivientes de su padre y el trabajo de manera independiente que desempeña en ocasiones la señora **FLORALBA ORDOÑEZ MARTÍNEZ**, quien contribuye para el pago de servicios públicos, costos en salud, alimentación y recreación
Lineamiento 9. Acceso a la justicia, participación ciudadana y ejercicio del voto	Durante el proceso se logra concluir que el joven **JHONATAN STIVEN ESPINOZA ORDOÑEZ**, debido a condición de discapacidad, 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 adelantar el proceso de solicitud de retroactivo pensional de sobreviviente, por la pensión que percibe por su progenitor.

17. SITUACIÓN ACTUAL.

Se evidencia durante la entrevista, que la red de apoyo principal de del joven **JHONATAN STIVEN ESPINOZA ORDOÑEZ**, es su progenitora la señora **FLORALBA ORDOÑEZ MARTÍNEZ**, y su hermano el señor **CRISTIAN CAMILO ESPINOZA ORDOÑEZ**, con quienes tiene un vínculo familiar fuerte, quienes lo han cuidado y apoyado tanto personal como económicamente, y han estado supliendo sus necesidades básicas.

Se evidencia a nivel general que la vivienda no representa ningún riesgo físico para el joven **JHONATAN STIVEN ESPINOZA ORDOÑEZ**, pues dicha propiedad cuenta con servicios básicos luz, agua, gas, cocina, sala, comedor, tres (03) alcobas, baño, para la comodidad y satisfacción de sus necesidades y de la familia.

Así mismo la señora **FLORALBA ORDOÑEZ MARTÍNEZ**, reporta que es su cuidadora principal, quien apoya al joven **CRISTIAN CAMILO ESPINOZA ORDOÑEZ** en la toma las decisiones, económicamente, efectos administrativos y judiciales, el ejercicio de su capacidad jurídica, así mismo es su cuidadora principal a nivel de cuidado personal, vivienda, salud, vestuario y traslado para citas médicas.

18. RECOMENDACIONES.

Desde el equipo interdisciplinario de la Personería Municipal de Soacha, de acuerdo a lo obtenido durante la entrevista, se sugiere que el Joven **JHONATAN STIVEN ESPINOZA ORDOÑEZ** 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, conforme a la ley 1996 de 2019

19. CONCLUSIONES.

Esta delegada en Asuntos de Familia de la Personería Municipal de Soacha, informa que la señora **FLORALBA ORDOÑEZ MARTÍNEZ** (progenitora) del joven **JHONATAN STIVEN ESPINOZA ORDOÑEZ**, cumple 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 **FLORALBA ORDOÑEZ MARTÍNEZ** (progenitora) del joven **JHONATAN STIVEN ESPINOZA ORDOÑEZ** cumple con las condiciones y calidad para ser reconocida 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 **FLORALBA ORDOÑEZ MARTÍNEZ** (progenitora) del joven **JHONATAN STIVEN ESPINOZA ORDOÑEZ** en la actualidad de manera provisional viene ejerciendo esa condición y garantizando su calidad de vida, de esta manera y dando cumpliendo al artículo 11 de la Ley 1996 de 2019, remito informe de valoración de apoyos judiciales para su conocimiento y tramite pertinente.

FIDEL ERNESTO CAICEDO
Personero Delegado de Familia (A).
Personería Municipal de Soacha- Cundinamarca

Proyectó: Katerine Joya – Abogada Delgada de Familia

CLINICA DE NUESTRA SE?ORA DE LA PAZ

HISTORIA CLINICA CONSULTA EXTERNA

NOMBRE:	JONATHAN ESTEVEN ESPINOSA ORDO?EZ	MEDICO TRATANTE:	PAOLA ANDREA RAM?REZ LUNA
IDENTIFICACION:	1073721110	TIPO USUARIO:	CONTRIBUTIVO
TIPO IDENTIFICACION:	CEDULA DE CIUDADANIA	TIPO PACIENTE:	AGUDO
FECHA NACIMIENTO:	1999-08-24 (21 AÑOS)	ENTIDAD:	NUEVA EPS S.A.
DIRECCION:	CL 12 3 34	TIPO AFILIACION:	COTIZANTE
FECHA INGRESO:	2021-06-24 F721	NIVEL USUARIO:	NO APLICA
FECHA EGRESO:	2021-06-24	NUM HC:	99082400164

LO HA REQUERIDO LA **LEVOMEPROMAZINA EXTRA.**

OBJETIVO

EXAMEN MENTAL

PACIENTE DE 20 A?OS,

AFECTO PUERIL,

SONIDOS GUTURALES. **NO AGRESIVIDAD, NI AUTOLESIONES**

ALERTA

CONCRETO

JUICIO DE REALIDAD **COMPROMETIDO.**

AN?LISIS

PACIENTE CON MEJORIA **DEL PATRON DEL COMPORTAMIENTO, SIN AGRESIVIDAD, BUEN CONTROL DE LOS CICLOS BIOLOGICOS, DECIDO CONTINUAR CON IGUAL MANEJO MEDICO BUSCANDO EVITAR NUEVAS CRISIS Y CITO A CONTROL EN 4 MESES. ENVIO ORDENES A CORREO:**

cristian14estrellasmillos@gmail.com

DIAGNOSTICO

F721***Q909***F069F721 - **RETRASO MENTAL GRAVE: DETERIORO DEL COMPORTAMIENTO SIGNIFICATIVO, QUE REQUIERE ATENCION O TRATAMIENTO**

Q909 - **SINDROME DE DOWN, NO ESPECIFICADO**

F069 - **TRASTORNO MENTAL NO ESPECIFICADO DEBIDO A LESION Y DISFUNCION CEREBRAL Y A ENFERMEDAD FISICA**

PLAN DE TRATAMIENTO

CARBAMAZEPINA **TAB POR 200MG. 1 TAB VO CADA 8 HORAS**

RISPERIDONA TAB **POR 2 MG. 1 TAB VO CADA 12 HORAS. MIPRES POR 4 MESES 20200511164018924007**

SERTRALINA TAB **POR 50 MG. 1TAB VO DESPUES DEL DESAYUNO**

LEVOMEPROMAZINA **GOTAS 4%. 10-0-10 , DAR ENTRE 3 A 5 GOTAS ADICIONALES SOLO EN CASO DE INQUIETUD MOTORA. DISMINUIR LA DOSIS DE LA MA?ANA EN CASO DE MUCHA SOMNOLENCIA.**

CONTROL EN 4 **MESES O ANTES SI LO REQUIERE**

INFORMACI?N AL **PACIENTE Y A LA FAMILIA**

Pautas de higiene del **sue?o:**

1. No tomar caf?, t?, alcohol, tabaco, etc., durante la tarde o al final del d?a.
2. Tomar una cena ligera y esperar una o dos horas para acostarse.
3. Realizar ejercicio f?sico pero evitar hacerlo a ?ltima hora del d?a.
4. Evitar siestas prolongadas (no m?s de 20-30 minutos) y nunca por la tardenoche.
5. Mantener horarios de sue?o regulares, acost?ndose y levant?ndose siempre a la misma hora. Si no se consigue conciliar el sue?o en unos 15 minutos salir de la cama y relajarse en otro lugar para volver a la cama cuando aparezca el sue?o.
6. Evitar la exposici?n a luz brillante a ?ltima hora de la tarde y por la noche.
7. No realizar en la cama tareas que impliquen actividad mental (leer, ver tv, usar ordenador, etc.).
8. Se debe procurar tener una temperatura adecuada, evitar ruidos, usar colores relajantes, una cama confortable .

CLINICA DE NUESTRA SE?ORA DE LA PAZ

HISTORIA CLINICA CONSULTA EXTERNA

NOMBRE:	JONATHAN ESTEVEN ESPINOSA ORDO?EZ	MEDICO TRATANTE:	PAOLA ANDREA RAM?REZ LUNA
IDENTIFICACION:	1073721110	TIPO USUARIO:	CONTRIBUTIVO
TIPO IDENTIFICACION:	CEDULA DE CIUDADANIA	TIPO PACIENTE:	AGUDO
FECHA NACIMIENTO:	1999-08-24 (22 AÑOS)	ENTIDAD:	NUEVA EPS S.A.
DIRECCION:	CL 12 N 3 34 EO LOIRA	TIPO AFILIACION:	COTIZANTE
FECHA INGRESO:	2021-12-22 F721	NIVEL USUARIO:	NO APLICA
FECHA EGRESO:	2021-12-22	NUM HC:	99082400164

TELEPSIQUIATRIA EVOLUCI?N

PAOLA ANDREA RAM?REZ LUNA - M?DICO PSIQUIATRA 2021-06-24 13:34:47

R.M. 786638

EVOLUCI?N DE CONTROL

SUBJETIVO

ESPINOSA ORDO?EZ JONATHAN ESTEVEN - 1073721110

CONSULTA EN MODALIDAD DE TELEPSIQUIATRIA

PRESENTAN LA C?DULA DEL PACIENTE, CUYO N?MERO ES EL MISMO AL DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL PACIENTE AGENDADO EN LA CITA M?DICA.

SE HA EXPLICADO QUE ESTA VALORACI?N NO VA A SER GRABADA DE NINGUNA FORMA, AFIRMAN ENTENDER Y LO ACEPTAN.

FECHA DE ULTIMA VALORACION:

2021-01-21

ASISTE CON LA MADRE. FLORALBA ORDO?EZ

DIAGNOSTICO:

1. S. DE DOWN
2. DISCAPACIDAD INTELECTUAL GRAVE CON TRASTORNO COMPORTAMENTAL SECUNDARIO
3. HIPOTIROIDISMO

TRATAMIENTO:

CARBAMAZEPINA TAB POR 200MG. 1 TAB VO CADA 8 HORAS (REFIERE QUE TIENE CARBA-MAZEPINA FORMULA PARA ESTE MES POR MEDICINA GENERAL)

RISPERIDONA TAB POR 2 MG. 1 TAB VO CADA 12 HORAS.

SERTRALINA TAB POR 50 MG. 1TAB VO DESPUES DEL DESAYUNO

LEVOMEPROMAZINA GOTAS 4%. 10-0-10 , DAR ENTRE 3 A 5 GOTAS ADICIONALES SOLO EN CASO DE INQUIETUD MOTORA.

CONTROL EN 3 MESES O ANTES SI LO REQUIERE

REFIEREN QUE HA ESTADO ? BIEN?

CON BUEN PATRON DEL SUE?O Y DE LA ALIMENTACION.

NO ALUCINACIONES, NO DELRIIOS, NO IDEAS SUICIDAS

NO AGRESIVIDAD. NO AUTOLESIONES.

INTERPRETACI?N DE PARACL?NICOS

28 ABRIL DEL 2021:

HEMOGRAMA::