

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

Identificación de la persona con discapacidad:

Nombres y apellidos:	Cristian Andres Garzon Claujo		
Número de documento de identidad	1022369512	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 ☒ NO ☐

Firma de la persona con discapacidad:	Cristian
Nombres y apellidos de la persona con discapacidad:	Cristian Andres Garzon Claujo
Fecha y lugar de nacimiento: (DD/MM/AA)	25-Abril-1989 Bogotá
Cédula de ciudadanía y lugar de expedición:	1022369512 - Bogotá
Fecha de diligenciamiento: (DD/MM/AA)	14/Abril/2023
Dirección de residencia, incluyendo municipio, departamento y país:	Cra 13 #58-171 Soacha
Teléfono fijo y celular de contacto	3204193381
Huella digital del índice derecho:	

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:	Christian Garzon Clavijo		
Número de documento de identidad	1022367342	Tipo de documento de identidad	Cedula Ciudadanía

Identificación de la persona quien prestara el apoyo:

Nombres y apellidos:	Sandra Garzon Clavijo		
Número de documento de identidad	52310383	Tipo de documento de identidad	Cedula 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.

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	☒	NO	☐
----	-------------------------------------	----	--------------------------

Firma de la persona con discapacidad:	CRISTIAN
Nombres y apellidos de la persona con discapacidad:	Cristian Andres Garzon Clavijo
Fecha y lugar de nacimiento: (DD/MM/AA)	23/Abril/1989. Bogota
Cédula de ciudadanía y lugar de expedición:	1022367542
Fecha de diligenciamiento: (DD/MM/AA)	14/Abril/2023.
Dirección de residencia, incluyendo municipio, departamento y país:	Cra 13 #38-171 la Despensa.
Teléfono fijo y celular de contacto	3204193381.
Huella digital del índice derecho:	

ENTREVISTA DE VALORACIÓN DE APOYOS

1. INFORMACIÓN GENERAL

Fecha de visita: 14 ABRIL 2023
Fecha elaboración del informe: 14 ABRIL 2023
Numero de petición: 3605
Autoridad Judicial solicitante: USUARIO
Quien solicita el proceso (persona objeto de la red de apoyo o tercero):
SANDRA GARZÓN CLAVIJO
cuáles son las motivaciones o necesidades para hacer la solicitud? Para iniciar el
trámite de sucesión

2. DATOS DE LA PERSONA QUE ATIENDE LA DILIGENCIA

Nombre completo: Sandra Garzon Clavijo
Fecha de nacimiento: 15/01/1975 Edad: 47 Sexo: F Parentesco: Hermana
Tipo: CC No Documento de identidad: 52310683 Lugar y fecha Exp.: Bogotá - 20/Jun/91
Teléfonos: 3204193381 Correo: Sandragarzon53@gmail.com
Dirección de domicilio: Cra 13 #58-171 Soacha la dispensa

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

Nombre completo: Cristian Andres Garzon Clavijo
Fecha de nacimiento: 25/Abril/1989 Edad: 34 Sexo: M Estrato:
Tipo: CC No Documento de identidad: 1022367542 Lugar y fecha Exp.: Bogotá - 30/Mar/09
Nivel de Escolaridad: No Estado civil: Soltero Ocupación: Persona Objeto
Teléfonos: 3204193381 Correo: Sandragarzon53@gmail.com
Dirección de domicilio: Cra 13 #58-171 Soacha la dispensa

TIPO DE DISCAPACIDAD:	CUENTA CON CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD:
Física: ☐ Visual ☐ Auditiva ☐ Sordoceguera ☐ Mental ☒ Intelectual ☒ cognitiva ☒ psicosocial ☐ Múltiple ☐	SI: ☒ NO: ☐ ¿cual?: FECHA EXPEDICIÓN: <u>01/2022</u>
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: ☐	
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: ☐	

ENTREVISTA DE VALORACIÓN DE APOYOS

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

AFILIACIÓN AL SISTEMA DE SALUD SI: ☒ NO: ☐		EPS: Salud Total	SUBSIDIADO: ☐	¿TRABAJA, EN QUE? No.
		CONTRIBUTIVO: ☒		
LUGAR DONDE LE ATIENDEN EN CASO DE EMERGENCIAS: Salud Total - Terreros				
ESTA SIENDO ATENDIDO POR EL SECTOR SALUD: SI: ☒ NO: ☐		FRECUENCIA: Control mensual		
DIAGNOSTICO MEDICO: SI: ☒ NO: ☐		¿CUAL? Síndrome de down Hipertensión arterial Obesidad Dislipidemia Queratocorno		
ESTA SIENDO RECIBIENDO TERAPIAS: SI: ☐ NO: ☒		¿CUAL? Hipertensión Queratoplastia Penetrante		
ACTUALMENTE RECIBE TRATAMIENTO MEDICO POR ALGUNA ENFERMEDAD PARTICULAR: SI: ☒ NO: ☐		¿CUAL? Síndrome de down Hipertensión arterial Obesidad Dislipidemia Queratocorno		
ACTUALMENTE CONSUME MEDICAMENTOS: SI: ☒ NO: ☐		¿CUAL?, FRECUENCIA Y HORARIO Losartan 1 diaria Amlodipina 1 diaria Albunol 1 diaria Febuxostat 1 diaria		
CUENTA CON AYUDAS TÉCNICAS DE APOYO PARA FAVORECER SU MOVILIDAD. SI: ☐ NO: ☒		¿CUAL? No.		
COMUNICACIÓN E INDEPENDENCIA: La persona objeto es totalmente dependiente de su red de apoyo.				
FACTORES DE RIESGO: No se identifica ningún factor de riesgo.				

5. COMPOSICIÓN Y RED DE APOYO FAMILIAR

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

Como es la relación de la persona objeto de la red de apoyo y su familia: Se logra identificar vínculos fuertes entre la persona objeto y la red de apoyo.

Ingreso mensual (quien aporta, cuanto aporta, y la suma total de gasto: _____)

ENTREVISTA DE VALORACIÓN DE APOYOS

Los ingresos mensuales al hogar aproximadamente son de \$2.000.000 que se generan entre todo el núcleo familiar.

Responsables y origen de los recursos económicos para el sostenimiento del grupo familiar: _____

Sandra Garzon (Hermana) Luis Garzon (Hermana)
Viviana Uribe (Cuñada) Bryan Garzon (Sobrina).

6. DESCRIPCIÓN DINÁMICA FAMILIAR: Tipología familiar extensa con vínculos fuertes entre la persona objeto y todos los integrantes del núcleo familiar, además se evidencia comunicación asertiva.

7. COMPOSICIÓN FAMILIAR ACTUAL:

NOMBRES Y APELLIDOS	PARENTESCO	EDAD	ESCOLARIDAD	ESTADO CIVIL	ACTIVIDAD	OCUPACIÓN
Cristian A. Garzon Clavijo	Persona Objeto	38.	Tercer Nivel.	Soltero	No	No.
Sandra Garzon Clavijo	Hermana	47.	Técnica.	Soltera	Trabaja	Independiente
Luis Garzon Clavijo	Hermano	54.	Bachiller.	Unión marital de hecho	Trabaja	Independiente
Viviana Uribe	Ayuda	30	Técnica.	Soltera	Trabaja	Independiente
Bryan Garzon	Sobrina	27	Bachiller.	Unión marital de hecho	Trabaja	Independiente
Dora Uribe	Cuñada.	51	Bachiller.	Unión marital de hecho	Hogar	No.
Deisy Ayala.	Cuñada	24.	Bachiller	Unión marital de hecho	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		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		SIN ACTIVIDAD	AYUDANTE CON REMUNERACIÓN
	VIUDO		

8. CONDICIONES HABITACIONALES Y ASPECTO SOCIOECONÓMICO:

TENENCIA DE	PROPI	FAMILIA	ARRENDADA	¿OTRA,	Casa:	Apto:	Propietario
-------------	-------	---------	-----------	--------	-------	-------	-------------

ENTREVISTA DE VALORACIÓN DE APOYOS

VIVIENDA	A	R	Familiar	CUAL?	X	
ZONA DE INVASIÓN	SI:	NO: X	¿POR QUE?:	ESTRATO: 2		
UBICACIÓN	URBANA: X	RURAL:	TIEMPO PERMANENCIA EN LA VIVIENDA: 38 años			
EQUIPAMIENTO DE SERVICIOS PÚBLICOS:	ACUEDUCTO Y ALCANTARILLADO: SI	ENERGÍA: SI	MANEJO DE BASURAS: SI	GAS DOMICILIARIO: SI		
DISTRIBUCIÓN DE ESPACIOS	# HABITACIONES: 5 habitaciones	# RESIDENTES EN EL MISMO TECHO: 9 personas	OTROS ESPACIOS (sala, comedor, baños) # 1 Baño 1 comedor 1 cocina 1 sala			
DESCRIPCIÓN DE LA VIVIENDA Y RIESGOS ESTRUCTURALES:	Casa de 1 piso con 5 habitaciones, 4 los espacios necesarios para la persona objeto.					
APROPIACIÓN DE RECURSOS ECONÓMICOS, INGRESO Y DISTRIBUCIÓN:	Los ingresos se generan entre la mayoría de los integrantes del núcleo familiar para gastos del hogar.					
OBSERVACIONES ADICIONALES:	No.					

9. OBJETIVO DE LA RED DE APOYO: El objetivo principal es iniciar el trámite correspondiente a la Solicitud de sus padres y el cuidado de la persona objeto.

10. DESARROLLO DE LA ENTREVISTA DE VALORACIÓN DE APOYOS: La entrevista fue respondida por la señora Sandra Garzon Chup. quien es la persona que presta el apoyo en presencia de la persona objeto.

11. REDES DE APOYO EN EL PROCESO
APRESTAMIENTO: Se logra evidenciar Comunicación asertiva por parte de la persona que presta el apoyo.

POR QUÉ CONSIDERA QUE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD ESTA IMPOSIBILITADA PARA EJERCER SU CAPACIDAD JURÍDICA: Por su diagnóstico médico

ENTREVISTA DE VALORACIÓN DE APOYOS

Imposibilita su rol jurídico.

ROLES EN PROCESOS JUDICIALES, ¿CUALES?: Ninguno.

PERSONAS QUIENES BRINDAN APOYO:

Nombre completo: Sandra Garzon Clavio
Fecha de nacimiento: 15/ octubre / 1973 Edad: 34 Sexo: F
Tipo: CC No Documento de identidad: 50310683 Lugar y fecha Exp.: Bogotá - 30/jun/94.
Nivel de Escolaridad: Tecnico Estado civil: Soltera Ocupación: Independiente
Parentesco: Hermana Teléfono: 3204193381 Estrato: 2
Correo: scindagaron33@gmail.com Dirección de domicilio: Cra 13 #58-11 Soacha
La Despensa.

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: A lo largo de su vida Siempre a
tenido que depender de su red de apoyo familiar,
ya que su diagnóstico médico limita sus acciones
de manera independiente.

PERSONAS QUIENES NO DEBEN BRINDAN APOYO, ¿POR QUÉ?: Javier Garzon
Clavio (Hermano), dado que no tiene ningún tipo
de comunicación directa, pero esta de acuerdo que
su hermana sea el apoyo de la persona objeto.

12. OBSERVACIONES ADICIONALES: No.

ENTREVISTA DE VALORACIÓN DE APOYOS

13. CONCEPTO: Se proporciona un concepto favorable,
ya que se identifica vínculos fuertes entre la persona
objeto y todos los integrantes de su núcleo familiar,
además se evidencia comunicación asertiva de
parte de la persona objeto con la persona que
presta el apoyo.

14. FIRMAS:

FIRMA:

Christian Andres Garzon Claujo
NOMBRE: Christian Andres Garzon Claujo
CEDULA 52310683

PERSONA OBJETO VALORACIÓN DE LA RED DE APOYO

FIRMA:

Sandra Garzon Claujo
NOMBRE: Sandra Garzon Claujo
CEDULA 52310683

PERSONA QUIEN ATIENDE LA DILIGENCIA

FIRMA:

NOMBRE:

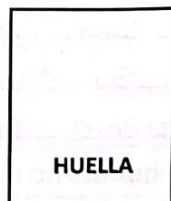
CEDULA

PERSONA QUIEN ATIENDE LA DILIGENCIA

FIRMA:

Ana M. Torres L.
NOMBRE: Ana M. Torres L.
CEDULA 4004238690

TRABAJADOR SOCIAL



ENTREVISTA DE VALORACIÓN DE APOYOS - ANEXO

1. DATOS DE LA PERSONA QUE ATIENDE LA DILIGENCIA

Nombre completo: Sandra Garzón Clavio
 Fecha de nacimiento: 13/oct/1975 Edad: 34 Sexo: F Parentesco: Hermana
 Tipo: CC No Documento de identidad: 02310683 Lugar y fecha Exp.: Bogotá-30/jun/04
 Teléfonos: 3204193381 Correo: sandragarzon53@gmail.com
 Dirección de domicilio: Cra 13 # 58-171 Soacha la Despensa

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

Nombre completo: Cristian Andres Garzon Clavio
 Fecha de nacimiento: 25/Abril/1989 Edad: 34 Sexo: M Estrato: 2
 Tipo: CC No Documento de identidad: 1022367542 Lugar y fecha Exp.: Bogotá-30/Mar/09
 Nivel de Escolaridad: No
 Teléfonos: 3204193381 Correo: sandragarzon53@gmail.com
 Dirección de domicilio: Cra 13 # 58-171 Soacha la Despensa

TIPO DE DISCAPACIDAD: Física: ☐ Visual: ☐ Auditiva: ☐ Sordoceguera: ☐ Mental: ☒ Intelectual: ☒ cognitiva: ☒ psicosocial: ☐ Múltiple: ☐	CUENTA CON CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD: SI: ☒ NO: ☐ ¿cual?: FECHA EXPEDICIÓN: <u>Oct/22</u>
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: ☐	
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: ☐	

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	☒	☐
Se evidencia disposición o colaboración por parte de las personas de la red de apoyo para el desarrollo de la valoración.	☒	☐
Se evidencia dificultad para establecer una comunicación directa y clara entre la persona con discapacidad y quien hace la valoración.	☒	☐
Se evidencia dificultad de quien hace la valoración para entender las respuestas y aportes de la persona con discapacidad.	☒	☐
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	☒	☐
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.	☐	☒
Se evidencia actitudes negativas de la familia o de la red de apoyo que nieguen u obstaculicen el	☐	☒

ENTREVISTA DE VALORACIÓN DE APOYOS - ANEXO

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.		✓
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.		✓

4. Proyecto de vida de la persona con discapacidad.

¿Qué hace usted cotidianamente?	asiste a un Colegio especializada donde realiza actividades didácticas.
¿Qué decisiones toma en un día común y corriente?	No.
¿De qué se tratan esas decisiones?	No.
¿Qué decisiones toma de vez en cuando?	No.
¿De qué se tratan esas decisiones?	No.
¿Cuáles de esas actividades le generan mayor y menor satisfacción?	Teatro y labores del hogar.
¿Qué actividades quisiera realizar y aún no lo hace o ha dejado de hacerlo?	Ninguna.
QUIEN RESPONDE A ESTA ENCUESTA: Sandra Garzon	

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	Participación en actividades bajo un marco académico.
Manifestaciones previas de su voluntad, deseos y preferencias en diversos contextos y ámbitos.	No.
Preferencias, gustos e historia de decisión en otros momentos y frente a diferentes ámbitos de vida.	le gusta apoyar en las labores del hogar, teatro y actividades didácticas.
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)	Dora Unza (Cunada). Sandra Garzon (Hermana).
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).	Sandra Garzon (Hermana).

ENTREVISTA DE VALORACIÓN DE APOYOS - ANEXO

¿Cuáles eran las situaciones cotidianas en las que la persona tomaba decisiones de manera autónoma?	No.
¿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?	Cada una de sus decisiones son tomadas con el apoyo de su hermana
¿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: Sandra Garzon	

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? Ninguna.			
DESCRIPCIÓN	SI	NO	¿Cuales?
¿Hay personas con quien sienta desconfianza?	X		Javier Garzon.
¿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: Sandra Garzon			

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.
---	-----

ENTREVISTA DE VALORACIÓN DE APOYOS - ANEXO

¿Tiene propiedades a su nombre?	S I	NO X	CUALES
¿Hay propiedades familiares en las que usted aparezca como propietario junto con otros miembros de la familia?	S I X	NO	CUALES Vivienda actual
¿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?	S I	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: Sandra Garzon			

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	N O	¿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		
¿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,	X		

ENTREVISTA DE VALORACIÓN DE APOYOS - ANEXO

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?	Y		
¿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: <i>Sandra Garzon</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	N O	¿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)?	Y		
¿Necesita ayuda para gestionar y pagar los servicios públicos de su vivienda (agua, energía, alcantarillado, gas, internet, telefonía, entre otros)?	Y		
¿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		
¿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	X		

ENTREVISTA DE VALORACIÓN DE APOYOS - ANEXO

desacuerdos a otras personas con las que convive?	☒	
QUIEN RESPONDE A ESTA ENCUESTA:		
Sandra Garzon.		

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		
¿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	X		

ENTREVISTA DE VALORACIÓN DE APOYOS - ANEXO

tratamientos que son recomendables para usted?	X		
¿Requiere apoyo para tomar decisiones que le permitan iniciar, continuar, cambiar o abandonar los tratamientos de salud?	✓		
¿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?	✓		
¿Necesita ayuda para recordar y tomar los medicamentos que requiere para atender su salud?	✓		
¿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>Sandra Barzon</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	S	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?	✓		
¿Requiere algún tipo de apoyo para preparar las evaluaciones que hacen parte de su educación?	✓		
¿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>Sandra Barzon</i>			

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

ENTREVISTA DE VALORACIÓN DE APOYOS - ANEXO

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	N O	OBSERVACIÓN
¿Trabaja actualmente? ¿En qué lo hace?		X	
¿Ha trabajado? ¿En qué lo ha hecho?		✓	
¿Quisiera trabajar en el futuro?		X	
¿Cómo genera ingresos para sus necesidades personales y familiares?		✓	
¿Tiene ingresos que no sean su trabajo? ¿Cómo llegan esos ingresos?		✓	
¿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?		✓	
¿Requiere apoyo para decidir qué tipo de trabajo quiere hacer?	✓		
¿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?	✓		
¿Necesita ayuda para saber cómo hacer el trabajo que le corresponde y saber lo que los jefes esperan de usted?	✓		
¿Requiere algún apoyo para decidir si quiere cambiar de trabajo?	✓		
¿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?	✓		
¿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?	✓		
¿Necesita apoyo para comunicar con claridad las condiciones de pago, prestaciones sociales y la forma que recibirá el pago por su trabajo?	✓		
¿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: <i>Sandra Ochoa</i>			

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?

ENTREVISTA DE VALORACIÓN DE APOYOS - ANEXO

¿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?	Y		
¿Requiere ayuda para acordar honorarios, condiciones de representación y contratación y firmar contratos con quien le asesora o representa?	Y		
¿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?	Y		
¿Requiere ayuda para decidir si desea dejar de hacer parte de una organización social?	Y		
¿Requiere ayuda para decidir por quién votar en las elecciones populares (presidencia, gobernaciones, alcaldías, senado, cámara de representantes, entre otros)?	Y		
¿Requiere ayuda para votar?	X		
¿Requiere apoyo para identificar el lugar donde debe votar?	Y		
¿Necesita ayuda para desplazarse o acceder a los lugares de votación?	X		
QUIEN RESPONDE A ESTA ENCUESTA: <u>Sandra Garzon</u>			

14. FIRMAS:

FIRMA: en is+ian
NOMBRE: Cristian Andres Garzon
CEDULA: 1022367542

PERSONA OBJETO VALORACIÓN DE LA RED DE APOYO



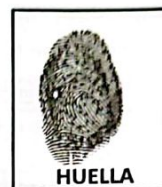
ENTREVISTA DE VALORACIÓN DE APOYOS - ANEXO

FIRMA: [Firma]

NOMBRE: Scindia Garzon Olamp

CEDULA 32310688

PERSONA QUIEN ATIENDE LA DILIGENCIA

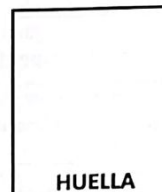


FIRMA: _____

NOMBRE: _____

CEDULA _____

PERSONA QUIEN ATIENDE LA DILIGENCIA

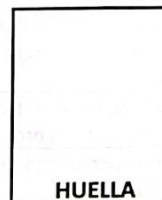


FIRMA: _____

NOMBRE: _____

CEDULA _____

PERSONA QUIEN ATIENDE LA DILIGENCIA



FIRMA: [Firma]

NOMBRE: Ana. A. Torres L.

CEDULA 1004278690

TRABAJADOR SOCIAL



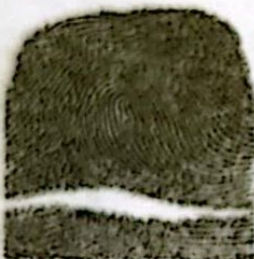
REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

1.022.887.542

GARZON CLAYNO

CRISTIAN ANDRES

1989 + 197



FECHA DE NACIMIENTO 25-ABR-1989

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.60 0+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO

30-MAR-2009 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ABEL RANCIBE TORRES



F-1500150-00157631-M-1022867542-20090527 0011816537A 1 29008641

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **52.310.683**

GARZON CLAVIJO

APELLIDOS
SANDRA

NOMBRES

Sandra Clavijo

REPUBLICA DE COLOMBIA



FECHA DE NACIMIENTO **15-OCT-1975**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.62 **O+** **F**
ESTATURA G.S. RH SEXO

30-JUN-1994 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO



A-1500150-00275959-F-0052310683-20110106 0025445893A 3 2191134515

Salud Total EPS-S

FORMATO DE INTERCONSULTA A EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO PARA CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Tipo de Documento: _____ CC _____
Nombre: CRISTIAN ANDRES GARZON CLAVIJO
Dirección: CR 13 N 58 171 SOACHA
Departamento: bogota
Teléfono Celular: 3204193381

Documento: 1022367542
Fecha Nacimiento: 04/25/1989
Edad: 32
Municipio: cundinamarca
Teléfono: 8409110

CATEGORÍA DE DISCAPACIDAD:

Psicosocial

RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO:

paciente con cuadro de furunculosis se da tto medico para dermatitis se expide certificado de discapacidad paciente no puede laboral por discapacidad multiple no lenguaje oral ant de sx down ,apnea del sueño ,cardiopatía congenita

DIAGNOSTICO PRINCIPAL (CIE-10)

Q90.9-SINDROME DE DOWN, NO ESPECIFICADO, INICIAL (CONSULTA)

DIAGNÓSTICOS RELACIONADOS (CIE-10):

1. síndrome down
2. apnea del sueño
3. cardiopatía congenita

SERVICIO SOLICITADO:

VALORACIÓN POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO PARA CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD

Sugerencia de ajustes razonables:

paciente con sx down no puede relajar actividad laboral

PROFESIONAL DE REMITE:

Nombre: Andrea Del Pilar Orbegoso Lopez

Registro Profesional: 52907158

"Se remite a la Secretaría de Salud y a sea de orden distrital y municipal o las entidades que hagan sus veces del lugar del lugar de su residencia, para que se autorice el procedimiento de certificación de discapacidad por equipo multidisciplinario en la red prestadora que ellos defina en virtud de lo establecido en los Artículos 2 y 7 de la Resolución 113 de 2020. El presente documento es expedido a criterio médico profesional (Artículo 17, Ley 1751 de 2015)".



CENTRO POLICLINICO DEL OLAYA
NIT - 800149453 - 6
Todo Por La Salud y La Vida
Kr 19c 24 79 Sur - 3612888 - Bogotá - Colombia

Consulta Neumología CPO

8902710300 - CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN NEUMOLOGIA

DATOS HISTORIA CLINICA

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Tipo identificación: CC Número de identificación: 1022367542 Fecha nacimiento: 25/04/1989 Nombre paciente: CRISTIAN ANDRES GARZON CLAVIJO Edad: 33 Años/4 Meses/19 Días Género: Masculino Estado civil: Soltero Ocupación: No aplica Dirección: CR 13 N 58 171 SOACHA Teléfono domicilio: 8409110 Nombre cliente - EAPB: SALUD TOTAL EPS-S S.A Nombre convenio: CONTRIBUTIVO2020

RIPS CONSULTA

Fecha atención: 14/09/2022 09:32 Fecha registro: 14/09/2022 09:32 Ambito de atención: Ambulatorio Número de autorización: 00500-2212537199
Causa externa: Enfermedad General Finalidad de la consulta: No Aplica

ANAMNESIS Y REVISIÓN POR SISTEMAS

ANAMNESIS

CONSULTA

Motivo de la Consulta: NEUMOLOGIA
DX POST COVID Enfermedad Actual: ESTABLE SIN DETERIO

CAMINO 452 MTS SAT INICIAL 95 FINALIZO 92%

REVISIÓN POR SISTEMAS

Revisión Por Sistemas: ..

ANTECEDENTES

Patológicos: SÍNDROME DE DOWN, HIPERTENSIÓN ARTERIAL, OBESIDAD, DISLIPIDEMIA, QUERATOCONO AO, HIPERURICEMIA. Quirúrgicos: QUERATOPLASTIA PENETRANTE + IMPLANTE DE ANILLOS INTRAESTROMALES. Tóxicos: NIEGA. Transfusionales: NIEGA. Familiares: NIEGA.
Farmacológicos: Losartan 50 mg vo c/día, atorvastatina 40 mg vo c/noche, alopurinol 300 mg vo c/día Alérgicos: NIEGA.

RECONCILIACIÓN MEDICAMENTOSA

Toma medicamentos previo al ingreso? casa/servicio: Si El paciente o su familia conoce los medicamentos: Si Reconciliación de medicamentos: LOSARTÁN 50 MG DÍA, ATORVASTATINA 40 MG DÍA, ALOPURINOL 300 MG DÍA.

VACUNACIÓN COVID 19

¿Recibí inmunización por medio de la vacuna contra el Covid-19?: Si Nombre de la vacuna: Janssen Fecha primera Dosis: 08/2021 Fecha segunda Dosis: -

EXAMEN FÍSICO

SIGNOS VITALES Y DATOS CORPORALES

Tensión arterial sistólica: 120 Tensión arterial diastólica: 70 Tensión Media: 86.67 Frecuencia cardíaca: 70 Frecuencia respiratoria: 12
SAT O2: 92 Peso: 92.00 Kilogramos Talla: 1.68 Metros Índice de masa corporal: 32.60 Escala Visual Análoga Para El Dolor (EVA): 0
Estado: Bueno Cabeza y Cuello: PALPACIÓN, SIN SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL.
EXTREMIDADES: SIN EDEMA, LLENADO CAPILAR MENOR A 3 SEGUNDOS.
NEUROLÓGICO: ALERTA, SIN FOCALIZACIÓN AGUDA, NO SIGNOS MENÍNGEOS. Neurologico: Retardo psicomotor moderado, sin signos de imitación
menígea, glasgow 15/15, marcha normal, pares craneales sin alteración, fuerza 5/5, rot ++/+++ Cardiopulmonar: Torax: Normal Abdomen: Normal
Extremidades: Normal Piel y faneras: (.)

PARACLINICOS

Imágenes Diagnósticas: No trae Laboratorios: ..

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

Principal Ingreso: J988 - Otros trastornos respiratorios especificados Tipo principal: Confirmado Repetido,

DEMANDA INDUCIDA

Se remite a IPS de Primer Nivel de Atención?: No Programa de Crónicos: No aplica Programas De Promoción de la Salud y Prevención de la enfermedad: No aplica Cuales: ..

IDENTIFICACIÓN DE FACTORES DE RIESGO

Riesgos Transversales en consulta: No Aplica Cual:: Plan De Manejo Del Riesgo: no aplica

PLAN DE ESTUDIO Y MANEJO

Comentarios: . Plan de Estudio y Manejo: .. SE TRATA D EUN PACIENTE COVID RECUPERADO CON SINDROME DE DOWN SE DAN

RECOMENDACIONES

BAJAR DE PESO

VACUNACION COVID

INFLUENZA-

CITA EN UN AÑO Educación al paciente y la familia: ..

DESTINO DEL PACIENTE

Destino del Paciente:: Control

ORDEN DE CONSULTA:

14/09/2022 09:37 - ORDEN DE CONSULTA - NEUMOLOGIA - RUBEN DARIO CONTRERAS PAEZ

8903710200 CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN NEUMOLOGIA

Cantidad

1

RUBEN DARIO CONTRERAS PAEZ RC 79464712

N° de registro: 79464712

Ruben Dario Contreras
R.M. 2235/95
Médico Internista Neumólogo

Centro
Policlínico del OlayaCENTRO POLICLINICO DEL OLAYA
NIT - 800149453 - 6
Todo Por La Salud y La Vida
Kr 19c 24 79 Sur - 3612888 - Bogotá - Colombia

Consulta Oftalmología CPO

8902760200 - CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA

DATOS HISTORIA CLINICA

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Tipo identificación: CC Número de identificación: 1022367542 Fecha nacimiento: 25/04/1989 Nombre paciente: CRISTIAN ANDRES GARZON CLAVIJO Edad: 33 Años/10 Meses/12 Días Género: Masculino Ocupación: No aplica Estado civil: Soltero Dirección: CR 13 N 58 171 SOACHA Teléfono domicilio: 8409110 Nombre cliente - EAPB: SALUD TOTAL EPS-S S.A Nombre convenio: CONTRIBUTIVO 2022

RIPS CONSULTA

Fecha atención: 07/03/2023 09:13 Fecha registro: 07/03/2023 09:13 Ambito de atención: Ambulatorio Número de autorización: 00500-2251533276
Causa externa: Enfermedad General Finalidad de la consulta: Detección de Alteraciones de Agudeza Visual

ANAMNESIS

MOTIVO DE CONSULTA

ANAMNESIS

Motivo de la Consulta: CONTROL PARA DILATAR Enfermedad Actual: PACIENTE DE 33 AÑOS CON DIAGNOSTICO DE QUERATOCONO, ASISTE PARA DILATAR, EN MANEJO CON CARBOXIMETILCELULOSA CADA 8 HORAS, TRAE RESULTADO DE :

1. PENTACAM: 2/11/22: OJO DERECHO: 53.4/56.7 *42.5, ASTIGMATISMOS: 3.2, PAQUIMETRIA: 421, TKC: KK 3-4, KMAX: 63.1, EWLEVACION FRONTAL: 45, POSTERIOR: 78, OJO IZQUIERDO: 47.6/53.6*118.1, ASTIGMATISMO: 6, PAQUIMETRIA: 437, TKC: KK3, KMAX: 62.9, ELEVACION FRONTAL: 31, POSTERIOR: 54

REVISION POR SISTEMAS

Cabeza:: 0 Cardiorespiratorio: 0 Genitourinario:: 0 Gastrointestinal:: 0 Psiquiátrico:: 0 Piel y Anexos: 0 Neuromuscular:: 0

ANTECEDENTES

Patológicos: SÍNDROME DE DOWN, HIPERTENSIÓN ARTERIAL, OBESIDAD, DISLIPIDEMIA, QUERATOCONO AO, HIPERURIGEMIA. Familiares: NIEGA. Quirúrgicos: IMPLANTE DE ANILLOS INTRAESTROMALES AMBOS OJOS Inmunológicos: Completa. Tóxicos: NIEGA. Alérgicos: NIEGA.

RECONCILIACIÓN MEDICAMENTOSA

El paciente o su familia conoce los medicamentos.: Si Toma medicamentos previo al ingreso? casa/servicio: Si Reconciliación de medicamentos: ATORVASTATINA 40 MG DÍA, ALOPURINOL 300-MG DÍA, LOSARTAN

EXAMEN FÍSICO

SIGNOS VITALES

Tensión arterial sistólica: 30 Tensión arterial diastólica: 29 Tensión Media: 29.33 Frecuencia cardíaca: 1 Frecuencia respiratoria: 1
Peso: 92.00 Kilogramos Talla: 1.68 Metros Índice de masa corporal: 32.60 Escala Visual Análoga Para El Dolor (EVA): 0

EVALUACIÓN OFTALMOLÓGICA

Inspección General: EPICANTO

AGUDEZA VISUAL

Ojo Derecho:: DILATADO Ojo Izquierdo:: DILATADO

QUERATOMETRIA

Ojo izquierdo: No Aplica. Ojo Derecho: No Aplica. Refracción: No aplica. Estado Pupilar:: MIDRIASIS FARMACOLOGICA (REACTIVAS)
Posición Ocular: ORTOFORIA Motilidad Ocular: SIN LIMITACION Tonometría: - Biomicroscopia ojo derecho: CAMARA ANTERIOR FORMADA, CORNEA CLARA, CON DOS SEGMENTOS DE ANILLOS INTRAESTROMALES EN ADECUADA POSICION Y PRODUNDIDAD, CRISTALINO TRANSPARENTE, MIDRIASIS FARMACOLOGICA Biomicroscopia ojo izquierdo: CAMARA ANTERIOR FORMADA, CORNEA CLARA, CON DOS SEGMENTOS DE ANILLOS INTRAESTROMALES EN ADECUADA POSICION Y PRODUNDIDAD, CRISTALINO TRANSPARENTE, MIDRIASIS FARMACOLOGICA Fondo de ojo derecho: RETINA APLICADA, EXCAVACION 0.3, MACULA SAN, NO DEFECTOS PERIFERICOS EN EL MOMENTO Fondo de ojo izquierdo: RETINA APLICADA, EXCAVACION 0.3, MACULA SAN, NO DEFECTOS PERIFERICOS EN EL MOMENTO

PARACLINICOS

Imágenes Diagnósticas: No trae Laboratorios: .

DIAGNÓSTICOS

Principal Ingreso: H186 - Queratocono Tipo principal: Confirmado Repetido,

DEMANDA INDUCIDA

Se remite a IPS de Primer Nivel de Atención?: No Programa de Crónicos: No aplica Programas De Promoción de la Salud y Prevención de la enfermedad: No aplica Cuaes::

VACUNACIÓN COVID 19

¿Recibio inmunización por medio de la vacuna contra el Covid-19?: Si Nombre de la vacuna: Janssen Fecha primera Dosis: 08/2021 Fecha segunda Dosis: -

IDENTIFICACIÓN DE FACTORES DE RIESGO

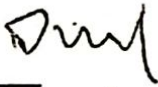
Riesgos Transversales en consulta: No Aplica Cual:: Plan De Manejo Del Riesgo: no aplica

PLAN DE ESTUDIO Y MANEJO

Comentarios: PACIENTE CON QUERATOCONO AMBOS OJOS Plan de Estudio y Manejo: SE EXPLICAN HALLAZGOS, INDICACIONES, CONTINUAR CARBOXIMETILCELULOSA CADA 8 HORAS, SOLICITO OPTOMETRIA Y VALORACION CORNEA Educación al paciente y la familia: +

DESTINO DEL PACIENTE

Destino del Paciente:: Salida


INGRID JOHANNA MELO CASTRO CC 52259793

N° de registro:

OFTALMOLOGIA OFTALMOLOGIA

JOHANNA MELO
Oftalmología U. El Bosque
C.C. 52259793
R.M. 2221371000



















INFORME DE VALORACIÓN DE APOYOS JUDICIALES.

De fecha quince (15) de marzo de 2023, la señora **SANDRA GARZÓN CLAVIJO**, remite derecho de petición con radicado No. 3605, en el cual el **JUZGADO DE FAMILIA OCTAVO DE BOGOTÁ** ordena mediante auto No. 2073 de fecha 13 de diciembre de 2021, solicitando a la Personería Municipal de Soacha, se realice informe Valoración Apoyos Judiciales a favor del Señor **CRISTIAN ANDRÉS GARZÓN CLAVIJO**, 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:	
SANDRA GARZÓN CLAVIJO Mediante derecho de petición con radicado No. 2164 del 15 de marzo de 2023	
2.ENTIDAD SOLICITANTE.	
el JUZGADO DE FAMILIA OCTAVO DE BOGOTÁ Mediante auto No. 2073 de fecha 13 de diciembre de 2021	
3. OBJETIVO DE LA VALORACIÓN DE APOYOS JUDICIALES.	
Determinar cuál es la posible adjudicación de Apoyos que requiere el señor CRISTIAN ANDRÉS GARZON CLAVIJO , 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:	Cristian Andrés Garzón Clavijo
Fecha de nacimiento	25 de abril de 1989
Edad	34 años
Sexo	Masculino
Estrato	2
Tipo documento	Cedula de Ciudadanía
No. documento:	1022367542
Lugar y fecha expedición	Bogotá - 30 de marzo de 2009
Nivel de Escolaridad:	Primaria incompleta
Teléfono:	3204193381
Dirección:	Carrera 13 #58-171
Correo Electrónico:	sandragrarzon53@gmail.com
Estado Civil:	soltero
Ocupación:	Ninguna
5. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS APOYOS JUDICIALES	
Nombre:	Sandra Garzón Clavijo
Fecha de nacimiento	15 de octubre de 1975
Edad	47 años
Sexo	Femenino
Estrato	2
Tipo documento	Cedula Ciudadanía
No. documento:	52310683
Lugar y fecha expedición	Bogotá - 30 de junio de 1994
Nivel de Escolaridad:	Técnica
Teléfono:	3204193381
Dirección:	Carrera 13 #58-171
Correo Electrónico:	sandragrarzon53@gmail.com
Parentesco:	Hermana
Ocupación:	Independiente

6. ANTECEDENTE DEL CASO.

De fecha quince (15) de marzo de 2023, la señora **SANDRA GARZÓN CLAVIJO**, remite derecho de petición con radicado No. 3605, en el cual el **JUZGADO DE FAMILIA OCTAVO DE BOGOTÁ** ordena mediante auto No. 2073 de fecha 13 de diciembre de 2021, solicitando a la Personería Municipal de Soacha, se realice informe Valoración Apoyos Judiciales a favor del Señor **CRISTIAN ANDRÉS GARZÓN CLAVIJO**, 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:

(...) “Comunico a usted que en auto de fecha diecinueve (19) de noviembre de dos mil veintiuno (2021) se ordena la valoración de apoyos de que trata el artículo 11 de la ley 1996 de 2019 que reza ARTICULO 11: Valoración de apoyos. La valoración de apoyos podrá ser realizada por entes públicos o privados, siempre y cuando sigan los lineamientos y protocolos establecidos para este fin por el ente rector de la Política Nacional de Discapacidad. Cualquier persona podrá solicitar de manera gratuita el servicio de valoración de apoyos ante los entes públicos que presten dicho servicio. En todo caso, el servicio de valoración de apoyos deberán prestarlo, como mínimo, la Defensoría del Pueblo, la Personería, los entes territoriales a través de las gobernaciones y de las alcaldías en el caso de los distritos

SOLICITANTE: SANDRA GARZON CLAVIJO identificada con cedula de ciudadanía 52310683 en la carrera 13 No. 58-171 la despensa Bogotá.” (...)

Solicitud que busca designar como red de apoyo principal del señor **CRISTIAN ANDRÉS GARZON CLAVIJO**, a la señora **SANDRA GARZON CLAVIJO (progenitora)**, identificada con número de cedula 52310653 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:	Cognitiva		
certificado discapacidad	Si		
¿Se encuentra imposibilitado para manifestar su voluntad?	Si	¿Se encuentra imposibilitado para ejercer su capacidad jurídica?	Si
Afiliación al sistema de salud	Salud total- Contributivo		
Diagnostico medico	Síndrome de down, Hipertensión arterial, Obesidad, Dislipidemia, Queratocono, Hiperuricemia, Queratoplastia penetrante.		
Recibe terapias	No		
Comunicación en independencia	La persona objeto de valoración de apoyos, el joven CRISTIAN ANDRÉS GARZON CLAVIJO , 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 señor **CRISTIAN ANDRÉS GARZON CLAVIJO**, posee una tipología de familia extensa con vínculos fuertes, que lo apoyan permanentemente en el cuidado y toma de decisiones, Convive con la señora **SANDRA GARZON CLAVIJO (Hermana)**, el señor **LUIS GARZON CLAVIJO (Hermano)**, la señora **VIVIANA URIZA (Hijastra)**, el señor **BRAYAN GARZON (sobrino)**, la señora **DORA URIZTA (cuñada)** y la señora **DEISY AYALA (Cuñada)** la familia no recibe ningún tipo de subsidio y los ingresos que percibe la familia son por parte del trabajo de los señores **SANDRA GARZON (Hermana)**, **LUIS GARZON (Hermano)**, **VIVIANA URIZA (Cuñada)** **BRAYAN GARZON (Sobrino)**.

NOMBRES APELLIDOS	PARENTESCO	EDAD	ESCOLARIDAD	ESTADO CIVIL	ACTIVIDAD	OCUPACIÓN
Cristian Andrés Garzón Clavijo	Persona objeto de valoración de apoyos	33	Primaria Incompleto	soltero	Sin actividad	Sin actividad
Sandra Garzón Clavijo	Hermana	47	Técnica	Soltera	Trabajando	Independiente
Luis Garzón Clavijo	Hermano	54	Bachiller	Unión marital de hecho	Trabajando	Independiente
Viviana Uriza	Hijastra	30	Técnica	Soltera	Trabajando	Independiente
Brayan Garzón	Sobrino	27	Bachiller	Unión marital de hecho	Trabajando	Independiente
Dora Urizta	Cuñada	51	Bachiller	Unión marital de hecho	Hogar	Hogar
Deisy Ayala	Cuñada	24	Bachiller	Unión marital de hecho	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 **SANDRA GARZON CLAVIJO**, se establece que es una familia de tipología Extensa, que tiene un vínculo fuerte con su núcleo familiar, conformado por el señor **CRISTIAN ANDRÉS GARZON CLAVIJO** y los señores **SANDRA GARZON**, **LUIS GARZON**, **VIVIANA URIZA**, **BRAYAN GARZON**, **DORA URIZTA** y **DEISY AYALA**.

Se evidencia una buena relación interpersonal, donde la señora **SANDRA GARZON CLAVIJO (Hermana)**, es aquella que asume el cuidado del señor **CRISTIAN ANDRÉS GARZON CLAVIJO**, así mismo se evidencia que los señores **SANDRA GARZON**, **LUIS GARZON**, **VIVIANA URIZA**, **BRAYAN GARZON**, contribuyen con los gastos económicos de la familia, esto debido a que, por la discapacidad del señor **CRISTIAN**, actualmente no realiza ninguna actividad laboral y quienes conocen del proceso de adjudicación de apoyos y están de acuerdo, con que sea designada la señora **SANDRA GARZON CLAVIJO (Hermana)**.

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 **SANDRA GARZON CLAVIJO**, indica que el señor **CRISTIAN ANDRÉS GARZON CLAVIJO**, por su condición de Síndrome de down, Hipertensión arterial, Obesidad, Dislipidemia, Queratocono, Hiperuricemia y Queratoplastia penetrante, no realiza ningún tipo de labor de trabajo, así mismo que por este motivo no culmino con su nivel de estudios el cual llego hasta la primaria incompleta.

Adicionalmente se logra evidenciar según lo reportado, que los ingresos que se perciben a nivel familiar son por parte del trabajo que desempeñan los señores **SANDRA GARZON (Hermana)**, **LUIS GARZON (Hermano)**, **VIVIANA URIZA (Cuñada)**, **BRAYAN GARZON (Sobrino)**, quienes contribuyen para el pago de servicios públicos, costos en salud, alimentación y recreación.

Durante el proceso se logra concluir que el señor **CRISTIAN ANDRÉS GARZON CLAVIJO**, 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 sucesión de sus progenitores.

12. CONTEXTO HABITACIONAL.

En el contexto físico, se evidencia que el señor **CRISTIAN ANDRÉS GARZON CLAVIJO**, tiene su residencia actual de carácter familiar, estrato 2, ubicada en zona urbana en la Carrera 13# 58-171 la despensa del Municipio de Soacha Cundinamarca, la cual cuenta con cinco (05) habitaciones, así mismo cuenta con cocina, sala, comedor y baño, para su núcleo familiar conformado por el señor **CRISTIAN ANDRÉS GARZON CLAVIJO** y los señores **SANDRA GARZON**, **LUIS GARZON**, **VIVIANA URIZA**, **BRAYAN GARZON**, **DORA URIZTA** y **DEISY AYALA**.

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

13. FACTORES PROTECTORES.

Durante la entrevista se pudo establecer que el señor **CRISTIAN ANDRÉS GARZON CLAVIJO**, Cuenta con condiciones familiares, habitacionales y económicas estables, así mismo que cuenta con apoyo de su red de familia Extensa, los señores **SANDRA GARZON**, **LUIS GARZON**, **VIVIANA URIZA**, **BRAYAN GARZON**, **DORA URIZTA** y **DEISY AYALA** quienes son su único apoyo y con las que tiene vínculos familiares fuertes.

14. FACTORES DE RIESGO.

Durante la entrevista se pudo establecer que el señor **CRISTIAN ANDRÉS GARZON CLAVIJO**, presenta riesgo de tipo familiar por parte de su hermano el señor **JAVIER GARZON CLAVIJO**, con quien no tiene una buena relación interpersonal de tipo económico

15. REDES DE APOYO EN EL PROCESO.	
Durante la entrevista la señora SANDRA GARZON CLAVIJO 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 señor CRISTIAN ANDRÉS GARZON CLAVIJO, 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 adelantar el proceso de sucesión de sus padres.	Durante la entrevista la señora SANDRA GARZON CLAVIJO 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 señor CRISTIAN ANDRÉS GARZON CLAVIJO, 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 es la señora SANDRA GARZON CLAVIJO, se realiza la verificación de documentos de identidad de la persona en condición de discapacidad (Cognitiva), 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 SANDRA GARZON CLAVIJO, informa que el señor CRISTIAN ANDRÉS GARZON CLAVIJO, 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 SANDRA GARZON CLAVIJO manifiesta que el señor CRISTIAN ANDRÉS GARZON CLAVIJO se siente feliz de su núcleo familiar. Dadas las condiciones de discapacidad del señor CRISTIAN ANDRÉS GARZON CLAVIJO, la señora SANDRA GARZON CLAVIJO, desempeña actualmente y de manera provisional el rol de apoyo para la toma las decisiones y garantizar la capacidad jurídica, del señor CRISTIAN ANDRÉS GARZON CLAVIJO debido a la limitación para manifestar su voluntad, por sus condiciones médicas. Igualmente, y dadas las condiciones de discapacidad del señor CRISTIAN ANDRÉS GARZON CLAVIJO, la señora SANDRA GARZÓN CLAVIJO (Hermana), 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 SANDRA GARZÓN (Hermana), LUIS GARZÓN (Hermano), VIVIANA URIZA (Cuñada), BRAYAN GARZÓN (Sobrino), Son las únicas personas con quien cuenta como red de apoyo familiar, quienes le asisten en la toma de decisiones de aseo, comportamiento salud recreación entre otros, al señor CRISTIAN ANDRÉS GARZÓN CLAVIJO, igualmente fuera de su red de apoyo familiar las únicas personas con quien cuenta, y con quien tiene más confianza y cercanía son las señoras DORA URIZTA (Cuñada) y DEISY AYALA (Cuñada).
Lineamiento 4. (Identifique a las personas en la familia o en la comunidad que no deben prestar apoyos).	Se logra evidenciar que, si hay algún tipo de riesgo en contexto familiar, que ponen en riesgo al señor CRISTIAN ANDRÉS GARZÓN CLAVIJO por parte de su hermano el señor JAVIER GARZÓN CLAVIJO, con quien no tiene una buena relación interpersonal de tipo económico
Lineamiento 5 (patrimonio y manejo de dinero).	Durante la entrevista informa la señora SANDRA GARZÓN CLAVIJO, que al señor CRISTIAN ANDRÉS GARZÓN CLAVIJO, es necesario asistirlo para efectos administrativos y judiciales, administración de bienes y dinero, lo anterior debido a que por su condición médica (Cognitiva), 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 del trabajo que desempeñan los señores SANDRA GARZÓN (Hermana), LUIS GARZÓN (Hermano), VIVIANA URIZA (Cuñada), BRAYAN GARZÓN (Sobrino), quienes contribuyen para el pago de servicios públicos, costos en salud, alimentación y recreación.
Lineamiento 6. (Familia, cuidado personal y vivienda),	Se evidencia que el señor CRISTIAN ADRES GARZÓN CLAVIJO tiene su residencia actual en la Carrera 13# 58-171 del municipio de Soacha, convive con los señores SANDRA GARZÓN, LUIS GARZÓN, VIVIANA URIZA, BRAYAN GARZÓN, DORA URIZTA y DEISY AYALA. Con quienes tiene un vínculo familiar fuerte, ya que él requiere de apoyo permanente para el cuidado y toma de decisiones. El cuidado del señor CRISTIAN ANDRÉS GARZÓN CLAVIJO, dadas las condiciones de discapacidad es apoyado por la señora SANDRA GARZÓN CLAVIJO 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 SANDRA GARZÓN CLAVIJO, refiere que el señor CRISTIAN ANDRÉS GARZÓN CLAVIJO, desde su niñez padece síndrome de Down y con el paso del tiempo a adquirido otras patologías como son: Hipertensión arterial, Obesidad, Dislipidemia, Queratocono, Hiperuricemia y Queratoplastia penetrante por lo cual requiere estar en acompañamiento permanente por la señora SANDRA GARZÓN CLAVIJO (Hermana).
Lineamiento 8. Trabajo y generación de ingresos	Durante la entrevista informa la señora SANDRA GARZÓN CLAVIJO, que al señor CRISTIAN ANDRÉS GARZÓN CLAVIJO , por su condición de discapacidad (Cognitiva), 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 del trabajo que desempeñan los señores SANDRA GARZÓN (Hermana), LUIS GARZÓN (Hermano), VIVIANA URIZA (Cuñada), BRAYAN GARZÓN (Sobrino), , quienes contribuyen 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 señor CRISTIAN ANDRÉS GARZÓN CLAVIJO 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 sucesión de sus progenitores.
17. SITUACIÓN ACTUAL.	
Se evidencia durante la entrevista, que la red de apoyo principal del señor CRISTIAN ANDRÉS GARZÓN CLAVIJO Son los señores SANDRA GARZÓN (Hermana), LUIS GARZÓN (Hermano), VIVIANA URIZA (Cuñada), BRAYAN GARZÓN (Sobrino), 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 señor CRISTIAN ANDRÉS GARZÓN CLAVIJO, pues dicha propiedad cuenta con servicios básicos luz, agua, gas, cocina, sala, comedor, cinco (05) alcobas, baño, para la comodidad y satisfacción de sus necesidades y de la familia. Así mismo la señora SANDRA GARZÓN CLAVIJO, reporta que es su cuidadora principal, quien apoya al señor CRISTIAN ANDRÉS GARZÓN CLAVIJO, 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 señor **CRISTIAN ANDRÉS GARZÓN CLAVIJO** 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 **SANDRA GARZÓN CLAVIJO (Hermana)** del señor **CRISTIAN ANDRÉS GARZÓN CLAVIJO**, 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 **SANDRA GARZÓN CLAVIJO (Hermana)** del señor **CRISTIAN ANDRÉS GARZÓN CLAVIJO** 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 **SANDRA GARZÓN CLAVIJO (Hermana)**, del señor **CRISTIAN ANDRÉS GARZÓN CLAVIJO** en la actualidad de manera provisional viene ejerciendo esa condición y 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.



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

Proyectó: Katherine Joya – Abogada Apoyo Delgada de Familia

Fwd: EXPEDIENTE 2017-00981

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

Mié 31/05/2023 10:55

Para: Julian Andres Cepeda Roza <jcepedar@cendoj.ramajudicial.gov.co>

 3 archivos adjuntos (12 MB)

EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS CRISTIAN ANDRES GARZON CLAVIJO.pdf; INFORME DE VALORACIÓN DE APOYOS JUDICIALES COMPLETO CRISTIAN ANDRES GARZON CLAVIJO.pdf; ENTREVISTA VALORACION DE APOYOS CRISTIAN ANDRES GARZON CLAVIJO.pdf;

**Al contestar citar la referencia
PMS-5000-2023**

PMS-DFIA-685-2023

Soacha, mayo 31 de 2023

Doctores

JUZGADO 8 DE FAMILIA DE BOGOTA

Soacha Cundinamarca.

REF.: Informe de Valoración de Apoyos Judiciales Proceso RAD. No. 3605.

La Suscrita Personera Delegada 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:

- Entrevista realizada a la residencia del joven **CRISTIAN ANDRES GARZON CLAVIJO**, con anexos y Consentimiento informado
- Informe de Valoración de Apoyos Judiciales.
- Evidencia Fotográfica

Agradezco su atención a la presente.

Atentamente.

KATHERINE QUIROGA PINZON

Personero Delegado de Familia

Personería Soacha

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

Teléfono: 7320202 Extensión 111

Proyectó: Katherine Joya Guiral – Abogada Delegada Familia.

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

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

Date: mar, 16 may 2023 a las 16:29

Subject: Fwd: Informe de Valoración de Apoyos Judiciales Proceso RAD. No. 3605

To: <sandragarzon53@gmail.com>

**Al contestar citar la referencia
PMS-4327-2023**

PMS-DFIA-602-2023

Soacha, mayo 16 de 2023

Señora

SANDRA GARZON CLAVIJO

Soacha Cundinamarca.

REF.: Informe de Valoración de Apoyos Judiciales Proceso RAD. No. 3605.

La Suscrita Personera Delegada 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:

- Entrevista realizada a la residencia del joven **CRISTIAN ANDRES GARZON CLAVIJO**, con anexos y Consentimiento informado
- Informe de Valoración de Apoyos Judiciales.
- Evidencia Fotográfica

Agradezco su atención a la presente.

Atentamente.

KATHERINE QUIROGA PINZON

Personero Delegado de Familia

Personería Soacha

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

Teléfono: 7320202 Extensión 111

Proyectó: Katherine Joya Guiral – Abogada Delegada Familia.

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

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

Date: mar, 4 abr 2023 a las 16:53

Subject: Fwd: Informe de Valoración de Apoyos Judiciales Proceso RAD. No. 3605

To: sandragarzon53@gmail.com <sandragarzon53@gmail.com>

PMS-DFIA-384-2023

Soacha, abril 04 de 2023

Señora

SANDRA GARZON CLAVIJO

Soacha Cundinamarca.

REF.: Informe de Valoración de Apoyos Judiciales Proceso RAD. No. 3605.

El Suscrito Personero Delegado de Familia (A), 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 lo anterior es de nuestro deber informar que el día 14 de abril de 2023, se realizará la Valoración de apoyo al joven **CRISTIAN ANDRES GARZON CLAVIJO**, dentro del horario de 08:00 A 12:00 PM, por lo anterior solicitamos respetuosamente de su asistencia en la dirección aportada **CRA 13 NO 58 - 171 LA DESPENSA**, 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.

FIDEL ERNESTO CAICEDO

Personero Delegado 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: **Julian Andres Cepeda Roza** <jcepedar@cendoj.ramajudicial.gov.co>

Date: vie, 19 may 2023 a las 11:11

Subject: EXPEDIENTE 2017-00981

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

 [2017-00981 INTERDICCIÓN CRISTIAN ANDRES GARZON](#)

Buenas tardes

contactenos@personeria-soacha.gov.co

RADICADO	2017-00981
CLASE	ADJUDICACION DE APOYOS
DEMANDANTE	CRISTIAN ANDRES GARZON CLAVIJO
DEMANDADO	SIN

En cumplimiento a lo ordenado en auto de fecha dos (02) de mayo de Dos Mil Veintitrés (2023) en el asunto de la referencia, me permito informarle que, se ORDENÓ solicitarles la realización de la valoración de apoyos, toda vez que el señor CRISTIAN ANDRES GARZON CLAVIJO tiene su residencia en dicho municipio, en la dirección Kr 13 No 58-171

Para los fines a que haya lugar, se adjunta link del expediente digital

Igualmente le indico que, las manifestaciones y solicitudes deben ser enviadas al correo electrónico flia08bt@cendoj.ramajudicial.gov.co

JULIAN ANDRES CEPEDA ROZO

Escribiente

Juzgado 8 de Familia de Bogotá 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.