



JUZGADO SEXTO DE FAMILIA DE ORALIDAD
CIRCUITO JUDICIAL DE CALI

j06fccali@cendoj.ramajudicial.gov.co

Auto de sustanciación

Cali, veintitrés (23) de octubre de dos mil veintitrés (2023)

Revisado el expediente, se observa que, la Defensoría envió formato para diligenciar al correo electrónico del Juzgado y requiere los datos y firmas de los interesados que debe aportar la parte actora para la realización de la valoración de apoyo, se le corre traslado a la demandante para lo de su cargo.

[41DefensoriaPuebloAcusaRecibo.pdf](#)

En consecuencia, el Juzgado,

RESUELVE

REQUERIR a la parte demandante para que, en el improrrogable término de tres (3) días envíe al correo de la Defensoría del Pueblo (valle@defensoria.gov.co) el formato diligenciado. Proceda de conformidad la parte actora.

Notifíquese y cúmplase,

JOSE WILLIAM SALAZAR COBO

JUEZ

	PROCESO: ATENCIÓN Y TRÁMITE	Código:AT-P04- F43
	FORMATO DE SOLICITUD DEL SERVICIO DE VALORACIÓN DE APOYOS	Versión: Vigente desde: 13/09/2023

Fecha de solicitud:
Nombre Dependencia:

Solicito a la Defensoría del Pueblo elaborar informe de valoración de apoyos en el marco de la Ley 1996 de 2019, Decreto Reglamentario 487 de 2022 y la Resolución 774 de 2023, para lo cual remito la siguiente información:

Datos de la persona con discapacidad y datos del solicitante

NOMBRE DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD			
IDENTIFICACIÓN		ESTADO CIVIL	
DIRECCION			
LOCALIDAD			
MUNICIPIO			
DEPARTAMENTO			
NÚMERO DE TELEFONO FIJO O CELULAR			
CORREO ELECTRÓNICO			
ESCOLARIDAD			

Si es un tercero quien solicita el servicio, favor diligenciar:

NOMBRE DEL SOLICITANTE			
IDENTIFICACIÓN		ESTADO CIVIL	
DIRECCION			
NÚMERO DE TELEFONO FIJO O CELULAR			
CORREO ELECTRÓNICO			
ESCOLARIDAD			

Motivaciones, Actuaciones y actos jurídicos para los cuales se solicita la valoración de apoyos: (Describir cada uno de ellos específicamente, es decir que actos jurídicos requiere hacer la persona con discapacidad, por ejemplo: procesos judiciales, reclamación de subsidios, pensiones, trámites administrativos, ante entidades públicas o privadas, trámites bancarios, compra venta de propiedades o cualquier otro acto o negocio jurídico, etc.)

Datos de las personas identificadas como parte de la red de apoyo de la Persona con Discapacidad (puede ser una o varias, es decir las personas que podrán asistir a las personas con discapacidad). Nota: Agregue los cuales que requiere según el número de personas.

NOMBRES Y APELLIDOS			
PARENTESCO			
IDENTIFICACIÓN		ESTADO CIVIL	
DIRECCION			
NUMERO DE TELEFONO FIJO O CELULAR			
CORREO ELECTRÓNICO			
NOMBRES Y APELLIDOS			
PARENTESCO			
IDENTIFICACIÓN		ESTADO CIVIL	
DIRECCION			
NUMERO DE TELEFONO FIJO O CELULAR			
CORREO ELECTRÓNICO			

NOMBRES Y APELLIDOS			
PARENTESCO			
IDENTIFICACIÓN		ESTADO CIVIL	
DIRECCION			
NUMERO DE TELEFONO FIJO O CELULAR			
CORREO ELECTRÓNICO			
NOMBRES Y APELLIDOS			
PARENTESCO			
IDENTIFICACIÓN		ESTADO CIVIL	
DIRECCION			
NUMERO DE TELEFONO FIJO O CELULAR			
CORREO ELECTRÓNICO			

Personas jurídicas identificadas como posibles apoyos (Puede ser una o varias, de ser el caso)

RAZON SOCIAL			
NIT			
DIRECCION			
NUMERO DE CONTACTO			
CORREO ELECTRÓNICO			

Describa cómo se comunica la persona con discapacidad en su cotidianidad.

Si es un tercero quien solicita el servicio, favor responder:

¿La Persona con discapacidad puede tomar decisiones por sí misma?

SI _____ NO _____

Si la respuesta a la anterior pregunta fue SI, describa como la persona con discapacidad comunica sus decisiones.

¿La persona requiere algún ajuste razonable como Intérprete de lenguaje de señas, formatos en lenguaje braille, tarjetas para comunicación, Imágenes o medios tecnológicos para poder establecer una comunicación y expresar su voluntad?

SI:

NO:

Si la respuesta a la anterior pregunta fue SI, ¿Cuáles ajustes razonables requiere?

Por favor indique si la persona en con discapacidad necesite que la valoración se lleve a cabo a través de algún medio o herramienta tecnológica.

Por favor indique si cuenta con una valoración previa, en caso afirmativo anexarla a la presente solicitud.

SI _____ NO _____

Por favor indicar si cuenta con una valoración que hubiera sido terminado de manera incompleta, en caso afirmativo anexarla, e indicar las razones que motivan una nueva valoración.

SI _____ NO _____

Por favor indicar si la persona con discapacidad, cuenta con acuerdo de apoyos celebrado por notaria o centro de conciliación.

SI _____ NO _____

Anexos:

Anexo los siguientes documentos anexos indispensables para realizar el informe de valoración de apoyos:

Nº	Nombre de los documentos	SI	NO
1	Documento de identificación de la persona con discapacidad		
2	Documentos de identificación de las personas de la red de apoyo		
3	Proyección de demanda en caso que la tenga, proceso judicial en curso u oficio de remisión de solicitud de valoración de apoyo.		
4	Informe de Valoración de Apoyos realizados previamente		

**Cantidad
Folios**

AUTORIZACIÓN DEL TRATAMIENTO DE SUS DATOS PERSONALES

Señor(a) usuario(a), autoriza a la Defensoría del Pueblo, para la recolección, consulta, almacenamiento, uso, traslado o eliminación de sus datos personales, con el fin de adelantar las gestiones, actuaciones e intervenciones que permitan el restablecimiento y goce de sus derechos, invitar a eventos de participación ciudadana u organizados por la entidad, caracterizar usuarios con fines estadísticos, enviar información a entidades autorizadas, evaluar la calidad del servicio y contactar al titular en los casos que se considere necesario dentro del marco de las funciones legales de la Entidad.

Recuerde que no es obligatorio para la prestación del servicio, suministrar los datos personales de carácter sensible o de niños, niñas y adolescentes que le sean solicitados. Se exime el tratamiento de datos de niños, niñas y adolescentes, salvo aquellos datos que sean de naturaleza pública.

Como titular de la información tiene derecho a conocer, actualizar, rectificar sus datos personales y en los casos en que sea procedente, suprimir o revocar la autorización otorgada para su tratamiento, solicitar prueba de la autorización otorgada al responsable del tratamiento y ser informado sobre el uso que le han dado a los mismos, presentar quejas ante la SIC por infracción a la ley y acceder en forma gratuita a sus datos personales.

Defensoría del Pueblo. Calle 55 # 10 32 Conmutador (57) (601) 314 73 00 <https://www.defensoria.gov.co> .

SI

NO

Si la persona que solicita la valoración de apoyos no es la persona con discapacidad como titular, por favor diligencie:

Por medio del documento EL (LA) USUARIO(A) autoriza a la Defensoría del Pueblo a realizar la notificación electrónica de todos los actos proferidos por la misma, a la dirección electrónica aportada. SI ____ NO ____

FIRMA

NOMBRE:

Nº DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:

CORREO ELECTRÓNICO:

Nº DE TELEFONO:

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA

Firmado Por:
Jose William Salazar Cobo
Juez
Juzgado De Circuito
Familia 006
Cali - Valle Del Cauca

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

Código de verificación: **6459551f85d4ef6ed0ccd7e0c029af9c9faeb0f55f7076511866e5f5ee280da**

Documento generado en 23/10/2023 02:27:14 PM

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