

**17754 RV: R/2.023-0043**

Juzgado 12 Familia - Valle Del Cauca - Cali <j12fccali@cendoj.ramajudicial.gov.co>

Jue 24/08/2023 16:06

Para: Yonier Banguera Pinillo <ybanguerp@cendoj.ramajudicial.gov.co>

CC: Andrea Roldan Noreña <aroldann@cendoj.ramajudicial.gov.co>

 3 archivos adjuntos (3 MB)

R 2023 0043 LEIDAMISABEL MEJIA DE BARBOSA juzgado.doc; Anexo\_PDF\_RESPUESTA\_2023006034186634200002\_00002.pdf; Anexo\_INFORME\_DE\_VALORACION\_DE\_APOYO\_120230009000593122\_00001\_00001 (1).pdf;



**JUZGADO DOCE DE FAMILIA DE ORALIDAD DE CALI**

 (2) 8986868 Ext.2122/2123

 j12fccali@cendoj.ramajudicial.gov.co

 Cra. 10 No.12-15 Piso 8° Torre B Palacio de Justicia "Pedro Elías Serrano Abadía"

---

**De:** Patricia Suarez Ramirez <patysuarezr@icloud.com>

**Enviado:** jueves, 24 de agosto de 2023 16:03

**Para:** Juzgado 12 Familia - Valle Del Cauca - Cali <j12fccali@cendoj.ramajudicial.gov.co>

**Asunto:** Fwd: R/2.023-0043

Enviado desde mi iPhone

Inicio del mensaje reenviado:

**De:** Patricia Suarez Ramirez <patysuarezr@icloud.com>

**Fecha:** 24 de julio de 2023, 2:10:59 p.m. COT

**Para:** j12fccali@cendoj.ramajudicial.gov.co

**Asunto:** R/2.023-0043

Enviado desde mi iPhone



**Defensoría  
del Pueblo**  
COLOMBIA

Nos Unen Tus Derechos

# **INFORME DE VALORACIÓN DE APOYOS**

## **Ley 1996 de 2019**



## INFORME DE VALORACIÓN DE APOYOS

Dirigido a petición de: Aldemar Barbosa Mejía

Solicitado por:	Aldemar Barbosa Mejía Cedula. 16.262.840	Relación con la persona con discapacidad	Hijo
-----------------	---	--	------

Fecha de inicio de la Valoración de Apoyos	(26/06/2023)	Fecha de finalización de la valoración:	(26/06/2023)
Número de encuentros realizados:	1	Lugar y duración del encuentro:	Defensoría del Pueblo Cali. Duración: 1:30 Una hora y treinta minutos

### 1. Perfil de la persona con discapacidad en el primer

Identificación de la persona con discapacidad			
Nombres:	Leyda Isabel	Apellidos:	Mejía de Barbosa
Número de documento de identidad:	29.645.614	Tipo de documento de identidad:	Cedula.
Fecha de nacimiento:	(22/02/1929)	Lugar de nacimiento: (municipio, departamento)	Palmira (Valle)
Dirección de residencia:	Carrera 23b# -29-35 Barrio Prados de oriente	Municipio/ Distrito/ Departamento de residencia:	Cali
Teléfonos de contacto:	3104031523/6024002341	Correos electrónicos de contacto:	aldemarbarbosa@hotmail.com
Personas con quienes vive: El señor Aldemar Barbosa Mejía(hijo); manifiesta que la usuaria Leyda Isabel Mejía de Barbosa(titular) vive con Ofelia Liliana Barbosa(hija), en casa propia.			

### 2. Motivos de la Solicitud de valoración de apoyos



## INFORME DE VALORACIÓN DE APOYOS

MOTIVACIÓN PARA SOLICITAR LA VALORACIÓN DE APOYOS		
PREGUNTAS	SI	NO
¿Se solicita directamente por la persona con discapacidad?		X
¿Se ha seleccionado un mecanismo de formalización?		X
¿Se solicita en el marco de un proceso judicial?	El mecanismo seleccionado para la formalización es a través de: Adjudicación de Apoyos Transitorios.	
¿La persona con discapacidad acude directamente al proceso judicial?		X
En caso en que no acuda directamente, nombre de quien acude	<b>-Aldemar Barbosa Mejía</b> <b>Cedula. 16.262.840.</b> -Ofelia Liliana Barbosa Mejía. Cedula 31.161.529. -María Teresa Barbosa Mejía. Cedula 31.154.350.	
Relación con la persona con discapacidad	<b>Hijos</b>	
	<b>SI</b>	<b>NO</b>
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.	X	
¿Por qué está absolutamente imposibilitada?	De acuerdo a su patología conforme historia clínica del Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle, <b>la usuaria Leyda Isabel Mejía de Barbosa(titular)</b> es Diagnosticada con Enfermedad de Alzheimer comienzo tardío Dr. Alex Mauricio Benavides. Psiquiatra R.M 98400667 (12/05/2023) 17:37:28)  Estado del diagnóstico: Vigente con progresivo deterioro cognitivo	
¿Qué acciones se llevaron a cabo para establecer que no puede expresar su voluntad o preferencias por cualquier modo, medio o formato?	Se realiza proceso de Valoración de Apoyos a través de entrevista presencial la cual se inicia después de realizar las explicaciones correspondientes y la presentación del profesional del equipo psicosocial.  Se establece comunicación con <b>la usuaria Leyda Isabel Mejía de Barbosa(titular)</b> ; se realiza las preguntas sobre aspectos	



## INFORME DE VALORACIÓN DE APOYOS

	<p>de su vida como por ejemplo en donde vive, con quien vive, gustos, rutinas.</p> <p>También se realizaron preguntas referentes a sus actividades cotidianas-sobre sus intereses personales-al conocimiento del proceso que se está llevando a cabo; las respuestas son aportadas por <b>Aldemar Barbosa Mejía(hijo)</b>; Ofelia Liliana Barbosa Mejía(hija); María Teresa Barbosa Mejía(hija).</p>
--	--

### 3. Informe general de la mejor interpretación de la voluntad y las preferencias de la PcD:

<p>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 13 de la Ley 1996 de 2019.</p>	SI	NO
	X	
	<p>De acuerdo con el proceso de valoración que se lleva a la usuaria <b>Leyda Isabel Mejía de Barbosa(titular)</b>; en compañía de <b>Aldemar Barbosa Mejía(hijo)</b>; Ofelia Liliana Barbosa Mejía(hija); María Teresa Barbosa Mejía(hija);teniendo en cuenta su condición actual a raíz diagnóstico.</p> <p>Se evidencia imposibilidad de manifestación de la capacidad jurídica de la titular.</p>	
<p>Cuál es la posible amenaza a sus derechos?</p>	<p>No se observa.</p>	

#### a. ¿Por qué se optó por este informe?

<p>Ámbito Familiar: Las posibles decisiones a futuro que estén orientadas a suministrarle una mejor calidad de vida a la titular.</p> <p>Ámbito Salud: Las decisiones tendrán que ver con contrataciones y manejo de posibles hospitalizaciones, consentimientos informados para terapias, procedimientos quirúrgicos y tratamientos médicos.</p> <p>Ámbito de acceso a la justicia: Para que las partes puedan anexar este informe para Adjudicación de Apoyo Transitorios.</p>
--



## INFORME DE VALORACIÓN DE APOYOS

Patrimonio y manejo de dinero: Se incluye la administración de bienes que requiera admistracion por parte de la persona o personas de apoyo.

Trabajo y generacion de ingresos: apoyo en la toma de desiciones que sobre trabajo o habilidades que deba tener el tercero para generar un ingreso propio o aportar al sustento familiar.

b. ¿Fue posible entablar una comunicación directa con la PcD?

SI	NO
X	
La usuaria Leyda Isabel Mejía de Barbosa(titular); responde a preguntas básicas; por su condición cognitiva no tiene conciencia de tiempo y espacio.	

c. Describa brevemente la historia de vida de la PcD:

La señora Liliana Barbosa Mejia (hija) quien funge como apoyo de la usuaria Leyda Isabel Mejía de Barbosa(titular); manifiesta mi mama fue una persona muy activa; fue modista, hacia muchas manualiddes, casada con Rafael Barbosa, ellos se casaron en 1955, papa fallecio en el año 2018; durante 62 años estuvieron casados; tuvo 5 hijos que se llaman: Maria Teresa Barbosa Mejia , Yolanda Barbosa Mejia, Aldemar Barbosa Mejia, Ofelia Liliana Barbosa Mejia, Leidy Cristina Barbosa Mejia. Hay nietos, bisnietos y tataranietos, la enfermedad mental como de olvidos empieza a manifestarse en el año 2017; no recordaba si se habia tomado los medicamentos, dejaba prendida la estufa y de ahí para aca empieza tratamiento psiquiatrico, con las valoraciones se evidencia que cada vez más pierda la memoria. Esta en tratamiento psiquiatrico con medicación de tranquilizante; en la ultima etapa solo toma Levomeprazina (gotas), en la noche.

4. Informe general de la mejor interpretación de la voluntad y las preferencias de la PcD.



## INFORME DE VALORACIÓN DE APOYOS

A partir de la manifestación de sus familiares y de los aspectos observados en la entrevista, las profesionales del área social y salud interpretan de la siguiente manera la voluntad y las preferencias de la PcD:

**a. Proyecto de vida de la PcD.**

La señora Liliana Barbosa Mejia (hija) quien funge como apoyo de la usuaria **Leyda Isabel Mejía de Barbosa(titular)**; manifiesta que la rutina de la titular es su aseo personal; medicamentos; se saca a tomar el sol; dos veces a la semana le hacen terapias físicas.

No toma decisiones es totalmente dependiente.

<b>Ámbito Patrimonio y Manejo del dinero</b>	<p><u>Principales decisiones y preferencias previas identificadas</u></p> <p>la usuaria <b>Leyda Isabel Mejía de Barbosa(titular)</b>; no puede dar información en este ámbito de acuerdo a su diagnostico</p> <p>La señora Liliana Barbosa Mejia (hija) quien funge como apoyo de la usuaria <b>Leyda Isabel Mejía de Barbosa(titular)</b>; manifiesta que solo se administra la pension; con ese dinero se paga Emi como plan complementario; alimentación, cuidadora y citas medicas.</p>
	<p><u>Posibles deseos y decisiones futuras:</u></p> <p>la usuaria <b>Leyda Isabel Mejía de Barbosa(titular)</b>; no puede dar información en este ámbito de acuerdo a su diagnostico</p> <p>La señora Liliana Barbosa Mejia (hija) quien funge como apoyo de la usuaria <b>Leyda Isabel Mejía de Barbosa(titular)</b>; manifiesta que para un futuro la idea es continuar con los cuidados paliativos de la titular.</p>

<b>Familia y Cuidado</b>	<p><u>Principales decisiones y preferencias previas identificadas</u></p> <p>la usuaria <b>Leyda Isabel Mejía de Barbosa(titular)</b>; no puede dar información en este ámbito de acuerdo a su diagnostico</p>
--------------------------	--



## INFORME DE VALORACIÓN DE APOYOS

	<p>La señora Liliana Barbosa Mejía (hija) quien funge como apoyo de <b>la usuaria Leyda Isabel Mejía de Barbosa(titular)</b>; manifiesta que hay dependencia absoluta de la titular</p>
	<p><b><u>Posibles deseos y decisiones futuras:</u></b></p> <p><b>la usuaria Leyda Isabel Mejía de Barbosa(titular)</b>; no puede dar información en este ámbito de acuerdo a su diagnostico</p> <p>La señora Liliana Barbosa Mejía (hija) quien funge como apoyo de <b>la usuaria Leyda Isabel Mejía de Barbosa(titular)</b>; manifiesta seguir con el cuidado toda la atención que se requiera para el bienestar de la titular.</p>

<b>Ámbito Salud</b>	<p><b><u>Principales decisiones y preferencias previas identificadas;</u></b></p> <p><b>la usuaria Leyda Isabel Mejía de Barbosa(titular)</b>; no puede dar información en este ámbito de acuerdo a su diagnostico</p> <p>La señora Liliana Barbosa Mejia (hija) quien funge como apoyo de <b>la usuaria Leyda Isabel Mejía de Barbosa(titular)</b>; manifiesta que la titular actualmente se encuentra afiliada a la Nueva EPS; régimen contributivo por pensión, en calidad de beneficiaria. También se le paga EMI; y tiene prestador domiciliario.</p> <p>Los médicos que frecuenta son:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Reumatología.</li><li>- Cardiología.</li><li>- Medicina interna.</li><li>- Electrofisiología.</li><li>- Oftalmología.</li><li>- Neurología</li></ul> <p>Los medicamentos que toma con frecuencia son:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Enapril.- Metopropol- Amtodazona- Apixaban- Rosubastatina- Tolterostina- Levomepraxina- Vitamina D3- Calcio y vitaminas- Clorferamida.</li></ul> <p>Asiste a terapias :</p>
---------------------	--



## INFORME DE VALORACIÓN DE APOYOS

	<p>Terapia respiratoria; Terapia física y Terapia ocupacional.</p> <hr/> <p><b><u>Posibles deseos y decisiones futuras:</u></b></p> <p>la usuaria Leyda Isabel Mejía de Barbosa(titular); no puede dar información en este ámbito de acuerdo a su diagnostico</p> <p>La señora Liliana Barbosa Mejia (hija) quien funge como apoyo de la usuaria Leyda Isabel Mejía de Barbosa(titular); manifiesta continuar con el proceso de asistencia en todo lo relacionado a temas de salud.</p>
<p>Ámbito del trabajo y generación de ingresos</p>	<p><b><u>Principales decisiones y preferencias previas identificadas:</u></b></p> <p>la usuaria Leyda Isabel Mejía de Barbosa(titular); no puede dar información en este ámbito de acuerdo a su diagnostico</p> <p>La señora Liliana Barbosa Mejia (hija) quien funge como apoyo de la usuaria Leyda Isabel Mejía de Barbosa(titular); manifiesta que solo se administra la pensión.</p> <p><b><u>Posibles deseos y decisiones futuras:</u></b></p> <p>la usuaria Leyda Isabel Mejía de Barbosa(titular); no puede dar información en este ámbito de acuerdo a su diagnostico</p> <p>La señora Liliana Barbosa Mejia (hija) quien funge como apoyo de la usuaria Leyda Isabel Mejía de Barbosa(titular); manifiesta que seguir administrando la pensión y lo que le corresponde por venta de la casa.</p>
<p>Ámbito de Acceso a la Justicia</p>	<p><b><u>Principales decisiones y preferencias previas identificadas:</u></b></p> <p>la usuaria Leyda Isabel Mejía de Barbosa(titular); no puede dar información en este ámbito de acuerdo a su diagnostico</p> <p>La señora Liliana Barbosa Mejia (hija) quien funge como apoyo de la usuaria Leyda Isabel Mejía de Barbosa(titular);</p>



## INFORME DE VALORACIÓN DE APOYOS

	<p>manifiesta que los que se postulan como Apoyo en este ámbito el señor <b>Aldemar Barbosa Mejía(hijo)</b>; María Teresa Barbosa Mejía(hija).</p>
	<p><b>Posibles deseos y decisiones futuras:</b></p> <p>la usuaria <b>Leyda Isabel Mejía de Barbosa(titular)</b>; no puede dar información en este ámbito de acuerdo a su diagnostico</p> <p>La señora <b>Liliana Barbosa Mejía (hija)</b> quien funge como apoyo de la usuaria <b>Leyda Isabel Mejía de Barbosa(titular)</b>; manifiesta que ella y el señor <b>Aldemar Barbosa Mejía(hijo)</b>; María Teresa Barbosa Mejía(hija);acatan la decisión del señor Juez y velaran por la representación Jurídica en beneficioso de la titular en cualquier acto legal que ella necesite representación.</p>

### 5. Decisiones o posibles actos jurídicos que requieren o que se sugieren deben ser formalizados a través de sentencia judicial

Ámbito	Decisión o ámbito jurídico que requiere apoyo	Tipo de apoyo	Persona de apoyo	Persona que no debería proveer apoyo
<b>Patrimonio y manejo del dinero</b>	Asistencia para la comprensión de actos jurídicos concernientes a la administración del dinero y patrimonio.	- Administrar bienes. Manejo de dinero y pensiones. Toma de Gestiones bancarias	Ofelia Liliana Barbosa Mejía. Cedula 31.161.529. (hija) -María Teresa Barbosa Mejía. Cedula 31.154.350. (hija)	No se identifica
<b>Familia, cuidado y vivienda</b>	Representación y asistencia con todo lo relacionado con el derecho a la familia Cuidado y protección.	- Contratar, gestionar y supervisar servicios de asistencia	Ofelia Liliana Barbosa Mejía. Cedula 31.161.529.	No se identifica



## INFORME DE VALORACIÓN DE APOYOS

Ámbito	Decisión o ámbito jurídico que requiere apoyo	Tipo de apoyo	Persona de apoyo	Persona que no debería proveer apoyo
		- Cuidado personal	(hija)	
Salud	Apoyo para el acceso al derecho a la salud y a la mejor calidad de vida posible.	Solicitar servicios de salud, cirugías y procedimientos médicos.	Ofelia Liliana Barbosa Mejía. Cedula 31.161.529. (hija) -María Teresa Barbosa Mejía. Cedula 31.154.350. (hija)	No se identifica
Trabajo y generación de ingresos	Representación y asistencia en lo relacionado con el trabajo y generación d ingresos	Trabajo no aplica/ Ingresos por pensión y venta de inmueble.	Ofelia Liliana Barbosa Mejía. Cedula 31.161.529. (hija) -María Teresa Barbosa Mejía. Cedula 31.154.350. (hija)	No se identifica
Acceso a la justicia, participación y ejercicio del voto	Facilitar la comprensión De los actos jurídicos.  Acompañamiento al ejercicio del derecho al voto	Facilitar la comprensión de los actos jurídicos y sus consecuencias por parte de la persona con discapacidad  Facilitar la manifestación de la voluntad y las preferencias por	-Aldemar Barbosa Mejía Cedula. 16.262.840. (hijo) -María Teresa Barbosa Mejía. Cedula 31.154.350. (hija)	No se identifica



## INFORME DE VALORACIÓN DE APOYOS

Ámbito	Decisión o ámbito jurídico que requiere apoyo	Tipo de apoyo	Persona de apoyo	Persona que no debería proveer apoyo
		parte de la persona con discapacidad.  Representar a la persona en determinados actos cuando ella o cuando el juez así lo decidan.  Interpretar la voluntad y las preferencias cuando la persona no pueda manifestar su voluntad.		

### 6. Características Generales de la Red Familiar y entorno físico:

La señora Lilibiana Barbosa Mejía (hija) quien funge como apoyo de la usuaria **Leyda Isabel Mejía de Barbosa(titular)**; manifiesta que la relación familiar es positiva todos se comunican.

Información aportada por **Aldemar Barbosa Mejía(hijo)**; **Ofelia Lilibiana Barbosa Mejía(hija)**; **María Teresa Barbosa Mejía(hija)**.

Los cuidados que requiere la usuaria **Leyda Isabel Mejía de Barbosa(titular)**; son extensos y/o generalizados por su condición cognitiva

Descripción del entorno: La señora Lilibiana Barbosa Mejía (hija) quien funge como apoyo de la usuaria **Leyda Isabel Mejía de Barbosa(titular)**; manifiesta que se garantizan sus cuidados paliativos

### 7. Sugerencias de ajustes razonables

No se evidencian

### 8. Sugerencias para promover la autonomía y la toma de decisiones de la persona con discapacidad

No se evidencian.

### 9. Dificultades y observaciones encontradas.



## INFORME DE VALORACIÓN DE APOYOS

No se evidencian.

Durante el proceso de la valoración de apoyos realizado a la titular del acto jurídico y a su familia, no se evidenciaron dificultades a considerar para el proceso, siendo su red primaria de apoyos garante de sus derechos.

Se propone que todos los hermanos deben de estar al conocimiento del proceso que se esta realizando con la usuaria **Leyda Isabel Mejía de Barbosa(titular)**

Se da por finalizado el informe, en la ciudad de Cali, el día 26 de junio de 2023.

Profesional que realizó el informe de valoración de apoyo.

Ancizar de Jesus Ortiz Escobar  
Profesional en Psicología  
Tarjeta profesional: 217193  
Regional Valle Del Cauca



**CONSENTIMIENTO INFORMADO  
PARA VALORACION DE APOYOS  
LEY 1996 DE 2019**

Nombre Completo de la Persona en Condición de Discapacidad	LEYDA ISABEL MEJIA DE BARBOSA
Número de Identificación	29645614

APOYO 1	Nombre del apoyo de la PcD	ALDENAR BARBOSA MEJIA
	Número de Identificación	16262840
	Relación de la PcD	HUJO
APOYO 2	Nombre del apoyo de la PcD	Maria Teresa Barbosa M
	Número de Identificación	21134350
	Relación de la PcD	Hija
APOYO 3	Nombre del apoyo de la PcD	Ofelia Liliana Barbosa
	Número de Identificación	31161529
	Relación de la PcD	HIJA
APOYO 4	Nombre del apoyo de la PcD	
	Número de Identificación	
	Relación de la PcD	

Con el diligenciamiento del siguiente formato se dan a conocer los términos para la realización de la entrevista de Valoración de Apoyos y la aceptación de los mismos.

La persona suscrita previamente informada, manifiesta de manera libre, espontánea y voluntaria que el Profesional Ancar Ortiz Escobar desarrollará la valoración de apoyos y que el mismo me informó y aclaró las dudas a los siguientes aspectos:

1. En qué consiste el proceso de Valoración de Apoyos en el marco de la Ley 1996 de 2019, porqué la Defensoría del Pueblo Regional Valle del Cauca lo va a realizar, en qué consiste la entrevista, cuánto dura la entrevista, qué paso sigue después del hacer el informe y los términos promedios para la entrega del informe y acta respectiva.
2. La responsabilidad de la Defensoría del Pueblo Regional Valle del Cauca en el proceso de valoración de apoyo y la responsabilidad del proceso judicial/notaria entre otras.
3. Cuál es la responsabilidad en la participación de los apoyos en el proceso de valoración.
4. Cuál es la responsabilidad de los apoyos una vez se adjudique a los apoyos para las garantías de los derechos de la PcD.
5. El proceso de la entrevista 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.



6. Para realizar el procedimiento, me harán varias preguntas sobre los gustos, preferencias, actividades y decisiones cotidianas que toma o tomaba la PcD (Teniendo en cuenta la mejor interpretación de la voluntad y preferencias de la persona en condición de discapacidad cinco ámbitos – patrimonio y manejo del dinero-familia y cuidado-salud-trabajo y generación de ingresos- acceso a la justicia). Esto, con el fin de obtener información sobre lo que es importante para él o ella, los apoyos que requiere y que deba utilizar cotidianamente.
7. Las preguntas estarán dirigidas a las PcD y la participación de los acompañantes estará limitada a brindarle apoyo para su comunicación. Si la PcD no puede bajo ningún medio, oral, gestual, señas o escrita, responder debido a la discapacidad, lo podrán realizar los acompañantes, los cuáles se postulan como posibles apoyos. En este caso el objetivo de ellos será de transmitir de manera objetiva, honesta y responsable la mayor cantidad de información posible acerca de las preferencias, la voluntad y las decisiones tomadas previamente.
8. Se hizo claridad que el principal interés es respetar el derecho a la capacidad jurídica y a la toma de decisiones con apoyo, a través del reconocimiento de la voluntad y preferencias de la persona en condición de discapacidad a la que se refiere el proceso de valoración de apoyos.
9. Si en algún momento la PcD, solicita quedarse solo con él o la profesional de la Defensoría del Pueblo, se respetará su voluntad.

Manifiesto que he entendido la información, que me ha comunicado y acepto participar en el proceso de Valoración de Apoyos de manera libre, espontanea voluntaria. SI

NO

¿Autorizo que si es necesario la entrevista sea grabada en audio para facilitar el desarrollo del proceso de valoraciones de apoyo y la elaboración del informe final? Igualmente, me informo que para garantizar que los resultados del Instrumento de Valoración de Apoyos se adecuen a la realidad, es preciso responder a todas las preguntas verazmente, por lo cual, me permito indicar que las afirmaciones que realice se entenderán realizadas bajo la gravedad de juramento (de conformidad con lo establecido por el artículo 10 del Decreto – Ley 0019 de 2012). SI

NO



Firmas Apoyos

ALDENISA BARBOSA M. *Aldenisa Barbosa M.*

Nombre

cc 16262840

Nombre

cc 31154350

*Ofelia D. Barrios Barbosa M.*

Nombre

cc 91.161529

Nombre

cc

Firma de la PcD: (solo si es el caso y lo permite su condición de discapacidad)

Nota: Si el titular no puede registrar su firma, se tomara huella como constancia de su asistencia durante el informe de Valoración de Apoyo.



Nombre

cc

REPUBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **16.262.840**

**BARBOSA MEJIA**

APELLIDOS  
**ALDEMAR**

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **25-NOV-1959**

**PALMIRA**  
(VALLE)

LUGAR DE NACIMIENTO

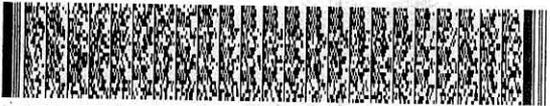
**1.67**      **O+**      **M**  
ESTATURA      G.S. RH      SEXO

**27-DIC-1978 PALMIRA**

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL  
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



A-3103100-00039361-M-0016262840-20080805      0001817364A 1      3130004253

REPUBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO: **31.154.350**  
**BARBOSA MEJIA**

APELLIDOS  
**MARIA TERESA**

NOMBRES  
*Maria Teresa Mejia*

PIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **30-ENE-1957**  
**CALI**  
(VALLE)  
LUGAR DE NACIMIENTO

**1.50**      **A+**      **F**  
ESTATURA      G.S. RH      SEXO

**29-DIC-1978 PALMIRA**  
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

*Carl Os Arel Sanchez Torres*  
REGISTRADOR NACIONAL  
CARL OS AREL SANCHEZ TORRES



A-3100150-00074282-F-0031154350-20080919      0003535154A 1      2740015301

REPUBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **31.161.529**

**BARBOSA MEJIA**  
APELLIDOS

**OFELIA LILIANA**  
NOMBRES

*Ofelia Liliana Barbosa Mejia*  
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **12-SEP-1962**

**PALMIRA**  
(VALLE)

LUGAR DE NACIMIENTO

**1.50**

ESTATURA

**O+**

G.S. RH

**F**

SEXO

**27-NOV-1980 PALMIRA**

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

*Alba Beatriz Rengifo López*  
REGISTRADORA NACIONAL  
ALBA BEATRIZ RENGIFO LOPEZ



A-3100103-65147993-F-0031161529-20060719

03110 06198B 02 175082994

REPUBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 29.645.614

MEJIA De BARBOSA

APELLIDOS

LEYDA ISABEL

NOMBRES

*Leyda Isabel Mejia*

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 22-FEB-1929

PALMIRA  
(VALLE)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.50

ESTATURA

O+

G.S. RH

F

SEXO

07-SEP-1961 PALMIRA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

*Carlos Ariel Sanchez Torres*  
REGISTRADOR NACIONAL  
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



A-3100150-00125641-F-0029645614-20081107

0005426199A 1

2740015304



HOSPITAL DEPARTAMENTAL PSIQUIATRICO UNIVERSITARIO DEL VALLE

890304155

CALLE 5 # 80-00

SEDE DE ATENCION :HOSP DEPTAL PSIQUIAT DEL VALLE

CODIGO DE HABILITACIÓN 760010360901

ARHSclxFoPdf2

Pag: 1 de 3

Fecha: 12/05/23

G.etaeo: 0

\*29645614\*

HISTORIA CLINICA No. CC 29645614 -- LEYDA ISABEL MEJIA DE BARBOSA

Empresa: (CONSULTA) NUEVA EMPRESA PROMOTORA D Afiliado: COTIZANTE 1

Fec. Nacimiento: 22/02/1929 Edad actual:94 AÑOS Sexo: F Grupo Sanguineo: Estado Civil: Soltero(a)

Teléfono: 316 8532886

Dirección: CRA 23 B # 29-35 B/ PRADOS DE ORIENTE

Barrio: CENTRO

Departamento: VALLE

Municipio: CALI (SANTIAGO DE CALI)

Grupo Etnico: Ninguno de los anteriores

Etnia: Ninguno de los Anteriores

Atención Especial: NO APLICA

Nivel Educativo:NO DEFINIDO

Grupo Poblacional: NO APLICA

Discapacidad: NO APLICA

Ubicación: Ambulatorio - /

Ocupación: No Aplica

Responsable: LEYDA ISABEL MEJIA DE BARBOSA

Teléfono:

Parentesco: Otro

SEDE DE ATENCIÓN	A	Cod.Habilitación	Edad 94 AÑOS
------------------	---	------------------	--------------

FOLIO 13 FECHA 12/05/2023 17:37:28 TIPO DE ATENCION : AMBULATORIO

SUBJETIVO

MOTIVO DE CONSULTA

CONTROL

ENFERMEDAD ACTUAL

SE EVALÚA PACIENTE CON ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL DADOS POR EL HOSPITAL PACIENTE ASISTE EN COMPAÑÍA DE HIJA LILIANA BARBOSA PROCEDENTE DE CALI REFIERE LA HIJA QUE PRESENTÓ RESPUESTA PARADOJAL CON HALOPERIDOL POR ESO VOLVIERON A LEVOMEPROMAZINA 5 GOTAS QUE LA COMPRAN PORQUE EN LA EPS LE DICEN QUE ESTA EN FALTA. SE HA VUELTO A ESTABILIZAR LA CONDUCTA. ESTA EN SEGUIMIENTO POR NEUROLOGIA POR BLEFAROSPASMO.

OBJETIVO

SIGNOS VITALES

Fecha/Hora Toma: 12/05/2023 17:44

<b>SIGNOS BÁSICOS.</b>				
Presión Arterial			Frecuencia Cardíaca (Pulsaciones/Minuto)	80
Sistólica (mmHg)	140	Diastólica (mmHg)	70	Media
Temperatura (Grados Centígrados)			Frecuencia Respiratoria (Respiraciones/Minuto)	16
Pulso (Pulsaciones/Minuto)			Vía de Toma de la Temperatura	
Saturación de Oxígeno (%)			Estado de Conciencia	
<b>MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS</b>				
Peso	37.20 Kg	Talla (cm)	135	Índice de Masa Corporal (I. M. C.)
Perímetro Cefálico (cm)		Perímetro Abdominal (cm)		Área de Superficie Corporal
Perímetro Braquial (cm)		Perímetro Torácico (cm)		1,22
<b>ESCALAS</b>				
Escala de Dolor	0	Tipo Escala	ADULTO	Gleason
Otras Escalas (Analogas)				
Indicadores de Pronóstico				
Glasgow	Richmond Rass	Ramsay	Riesgo Cardiovascular (%)	
TFG	Estadío Renal			
<b>OTROS</b>				
Presión Intracraneal (mmHg)	Presión de Perfusión Cerebral (mmHg)		Presión Intra Abdominal (mmHg)	
Tamaño Pupilar Ojo Derecho (mm)	Tamaño Pupilar Ojo Izquierdo (mm)		Modo Ventilatorio	
Glucometría (mg/dl)	Presión Venosa Central (mmHg)		Estado Hidratación	
Reacción a la Luz			Presión Arterial Pulmonar	
Ojo Derecho	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Ojo Izquierdo	Si <input type="checkbox"/>
				No <input type="checkbox"/>
Sistólica (mmHg)			Diastólica (mmHg)	Media



HOSPITAL DEPARTAMENTAL PSIQUIATRICO UNIVERSITARIO DEL VALLE

890304155

CALLE 5 # 80-00

SEDE DE ATENCION :HOSP DEPTAL PSIQUIAT DEL VALLE

CODIGO DE HABILITACION 760010360901

ARHScIxFoPdf2

Pag: 2 de 3

Fecha: 12/05/23

G.etareo: 0

\*29645614\*

HISTORIA CLINICA No. CC 29645614 -- LEYDA ISABEL MEJIA DE BARBOSA

Empresa: (CONSULTA) NUEVA EMPRESA PROMOTORA D Afiliado: COTIZANTE 1

Fec. Nacimiento: 22/02/1929 Edad actual: 94 AÑOS Sexo: F Grupo Sanguineo: Estado Civil: Soltero(a)

Teléfono: 316 8532886

Dirección: CRA 23 B # 29-35 B/ PRADOS DE ORIENTE

Barrio: CENTRO

Departamento: VALLE

Municipio: CALI (SANTIAGO DE CALI)

Grupo Etnico: Ninguno de los anteriores

Etnia: Ninguno de los Anteriores

Atención Especial: NO APLICA

Nivel Educativo: NO DEFINIDO

Grupo Poblacional: NO APLICA

Discapacidad: NO APLICA

Ubicación: Ambulatorio - /

Ocupación: No Aplica

Responsable: LEYDA ISABEL MEJIA DE BARBOSA

Teléfono:

Parentesco: Otro

EXAMEN FISICO

EXAMEN MENTAL: PACIENTE CON BUENA PRESENTACION PERSONAL, VIGIL, ABRE LOS OJOS CON DIFICULTAD Y LOGRA MANTENERLOS ABIERTOS SIN BLEFARO ESPASMO, DESORIENTADA GLOBALMENTE, ANOSOGNOSIA, FALLAS EVIDENTES EN MEMORIA DE FIJACION Y EVOCACION, APLANAMIENTO AFECTIVO, NO IMPRESIONA ALUCINADA, NO AGRESIVA, SUEÑO CONSERVADO, JUICIO DEBILITADO

ANÁLISIS Y PLAN

DIAGNÓSTICO

G301 ENFERMEDAD DE ALZHEIMER COMIENZO TARDIO Tipo: PRINCIPAL

ANALISIS

PACIENTE CON DEMENCIA PROGRESIVA CON COMPROMISO CONDUCTUAL CON RESPUESTA PARADOJAL CON QUETIAPINA, OLANZAPINA, RISPERIDONA Y CON HALOPERIDOL. REFIERE LA FAMILIA QUE LE ESTA COMPRANDO LA LEVOMEPRMAZINA PORQUE DICEN QUE LA EPS NO SE LA DESPACHA. EN EL MOMENTO PACIENTE ESTABILIZADA CON EL TRATAMIENTO ACTUAL SIN RIESGO PARA SI O TERCEROS. SE CONSIDERA CONTINUAR TRATAMIENTO ACTUAL. SE CONSIDERA QUE ES RESPONSABILIDAD DE LA EPS PROVEER LOS MEDICAMENTOS INDICADOS POR LA ESPECIALIDAD PARA EVITAR DESCOMPENSACIONES QUE PONGAN EN RIESGO A SI MISMA O A TERCEROS. CONTROL 3 MESES.

CONSULTAS

Cantidad	Descripción	
1	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA	Pendiente
	CONTROL 3 MESES EN ESTE NIVEL	

FORMULA MEDICA ESTANDAR

Cantidad	Descripción			
4.00	LEVOMEPRMAZINA 4 MG/ML (0.4%) SOLUCION ORAL GOTAS 4%			
Dosis:	1,00 FRASCO	Vía	ORAL	Frecuencia
				30 Días
				Estado:
				NUEVO

Esquema

Observación: 5 GOTAS EN LA NOCHE 4 MESES

PLAN - TERAPEUTICO

LEVOMEPRMAZINA 4%, DAR 3 A 5 GOTAS EN LA NOCHE CONTROL 3 MESES

FORMATOS

INDICADOR DE ADHERENCIA

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

- ADHERENCIA SI
- MOTIVO DE NO ADHERENCIA AL TRATAMIENTO
- EFECTO ADVERSO
- AUTOMEDICACION
- FALTA RED DE APOYO
- NO CONCIENCIA DE ENFERMEDAD
- FALLA EN LA ENTREGA DE LOS MEDICAMENTOS
- FALTA DE RECURSOS ECONÓMICOS
- SIN DATO



HOSPITAL DEPARTAMENTAL PSIQUIATRICO UNIVERSITARIO DEL VALLE

890304155

CALLE 5 # 80-00

SEDE DE ATENCION :HOSP DEPTAL PSIQUIAT DEL VALLE

CODIGO DE HABILITACIÓN 760010360901

ARHScIxFoPdf2

Pag: 3 de 3

Fecha: 12/05/23

G.etareo: 0

\*29645614\*

**HISTORIA CLINICA No. CC 29645614 -- LEYDA ISABEL MEJIA DE BARBOSA**

**Empresa:** (CONSULTA) NUEVA EMPRESA PROMOTORA D **Afiliado:** COTIZANTE 1

**Fec. Nacimiento:** 22/02/1929 **Edad actual:**94 AÑOS **Sexo:** F **Grupo Sanguineo:** **Estado Civil:** Soltero(a)

**Teléfono:** 316 8532886 **Dirección:** CRA 23 B # 29-35 B/ PRADOS DE ORIENTE

**Barrio:** CENTRO **Departamento:** VALLE

**Municipio:** CALI (SANTIAGO DE CALI)

**Etnia:** Ninguno de los Anteriores

**Nivel Educativo:**NO DEFINIDO

**Discapacidad:** NO APLICA

**Ubicación:** Ambulatorio - /

**Ocupación:** No Aplica

**Grupo Etnico:** Ninguno de los anteriores

**Atención Especial:** NO APLICA

**Grupo Poblacional:** NO APLICA

**Responsable:** LEYDA ISABEL MEJIA DE BARBOSA

**Teléfono:**

**Parentesco:** Otro

OTRA ESPECIFIQUE  
MEJORÍA BUENA

ALEX MAURICIO BENAVIDES

Reg. 98400667

PSIQUIATRIA



# ANEXO TÉCNICO 3 MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL



SOLICITUD DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO DE SOLICITUD 97348 FECHA 2023- 05 -12 HORA 17 :56

### INFORMACION DEL PRESTADOR

**Nombre**  
HOSP DEPTAL PSIQUIAT DEL VALLE  
**Codigo** 760010360901  
**Teléfono** 2 3223232

**Dir. Prestador** CALLE 5 # 80-00  
**Departamento** VALLE

**NIT**  890304155 -  
**CC**  **Número** DV

**76 Municipio** CALI (SANTIAGO DE CALI)

1

**ENTIDAD A LA QUE SE LE INFORMA (PAGADOR)(CONSULTA)** NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE S **Codigo** EPSS17

### DATOS DEL USUARIO (COMO APARECE EN LA BASE DE DATOS)

MEJIA	DE BARBOSA	LEYDA	ISABEL
-------	------------	-------	--------

1er Apellido

2do Apellido

1er Nombre

2do Nombre

#### Tipo Documento De Identificación

<input type="checkbox"/> Registro Civil	<input type="checkbox"/> Pasaporte
<input type="checkbox"/> Tarjeta De Identidad	<input type="checkbox"/> Adulto Sin Identificación
<input checked="" type="checkbox"/> Cédula De Ciudadanía	<input type="checkbox"/> Menor Sin Identificación
<input type="checkbox"/> Cédula De Extranjería	

29645614

**Número Documento De Identificación**

**Fecha De Nacimiento** 1929- 02 -22

**Dirección Residencia Habitual** CRA 23 B # 29-35 B/ PRADOS DE ORIENTE  
**Departamento** VALLE  
**Celular** 4002341

**Telefono** 316 8532886  
**76 Municipio** CALI (SANTIAGO DE CALI) 1  
**Correo E-Mail** no tiene

#### Cobertura En Salud

<input checked="" type="checkbox"/> Reg. Contributivo	<input type="checkbox"/> Reg. Subsidiado - Parcial	<input type="checkbox"/> Pobl. Pobre No Asegurada Sin SISBEN	<input type="checkbox"/> Plan Adicional De Salud
<input type="checkbox"/> Reg. Subsidiado - Total	<input type="checkbox"/> Pobl. Pobre No Asegurada Con SISBEN	<input type="checkbox"/> Desplazado	<input type="checkbox"/> Otro

### INFORMACIÓN DE LA ATENCIÓN Y SERVICIOS SOLICITADOS

**Origen De La Atención**

**Tipo De Servicios S**

**Prioridad De La A**

<input checked="" type="checkbox"/> Enfermedad General	<input type="checkbox"/> Accidente De Trabajo	<input type="checkbox"/> Evento Catastrofico	<input type="checkbox"/> Post. Atención inicial Urogen.	<input type="checkbox"/> Prioritaria
<input type="checkbox"/> Enfermedad Profesional	<input type="checkbox"/> Accidente De Transito		<input checked="" type="checkbox"/> Servicios Electivos	<input checked="" type="checkbox"/> No Prioritaria

#### Ubicación del Paciente al momento de la solicitud de autorización:

Consulta EXterna  Hospitalización **Servicio** Ambulatorio **Cama**

Urgencias

#### Manejo integral según Guía de :

Codigo CUPS	Cantidad	Descripción
890384	1,00	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALI

#### Justificación Clínica

Solicitada por Dr. ALEX MAURICIO BENAVIDES, Observaciones: CONTROL 3 MESES EN ESTE NIVEL

Impresion Diagnostica	Codigo CIE10	Descripción
Diagnostico Principal	G301	ENFERMEDAD DE ALZHEIMER COMIENZO TARDIO
Diagnostico Relacionado		
Diagnostico Relacionado		

### INFORMACIÓN DE LA PERSONA QUE REPORTA

<b>Nombre De Quien Reporta</b>	<b>Teléfono</b>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3223232"/>	
ALEX MAURICIO BENAVIDES		Indicativo	Número	Extensión
<b>Cargo O Actividad</b> PSIQUIATRIA	<b>Tel. Celular</b>	<input type="text"/>		



# HOSPITAL DEPARTAMENTAL PSIQUIATRICO UNIVERSITARIO DEL VALLE

[AROrmed1]

890304155  
CALLE 5 # 80-00

Fecha: 12/05/23  
Hora: 17:56:35  
Página: 1

## ORDENES MEDICAS AMBULATORIAS CONSULTAS

Fecha Ord. Medica: 12/05/2023 17:37:28

Paciente : CC 29645614 LEYDA ISABEL MEJIA DE BARBOSA  
Fecha de nacimiento: 22/02/29 Edad : 94 AÑOS Sexo: FEMENINO Folio: 13  
Sede: HOSP DEPTAL PSIQUIAT DEL VALLE  
Empresa: (CONSULTA) NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD CONTR  
Pabellon: Ambulatorio Cama:  
Diagnóstico : G301 ENFERMEDAD DE ALZHEIMER COMIENZO TARDIO

Procedimiento	Descripción	Cant.
890384 OBSERVACIÓN	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA CONTROL 3 MESES EN ESTE NIVEL	1

ALEX MAURICIO BENAIDES

Nombre / Firma del médico

C.C N° 98400667

Reg. MD. 98400667

Especialidad: PSIQUIATRIA

Doctora  
ANDREA ROLDAN NOREÑA  
JUEZ DOCE DE FAMILIA DE ORALIDAD DE CALI  
E. S. D.

PROCESO:	ADJUDICACIÓN DE APOYOS TRANSITORIO
DEMANDANTES:	MARIA TERESA BARBOSA MEJIA, YOLANDA BARBOSA MEJIA, ALDEMAR BARBOSA MEJIA, OFELIA LILIANA BARBOSA MEJIA Y LEIDY CRISTINA BARBOSA MEJIA
TITULAR ACTO JURÍDICO:	LEYDA ISABEL MEJIA DE BARBOSA
R/	760013110012-2023-00043-00.

Señora Juez:

Obrando en mi calidad de apoderada de la parte demandante, presento el INFORME DE VALORACIÓN DE APOYOS, efectuado a la señora LEYDA ISABEL MEJIA DE BARBOSA el 26 de junio de 2.023, por la Defensoría del Pueblo.

Con el debido respeto, de la Señora Juez,

Atentamente

  
PATRICIA SUÁREZ RAMÍREZ  
C.C.# 31.996.841 de Cali (V)



Defensoría del Pueblo

COLOMBIA

Nos Unen Tus Derechos

DEFENSORIA DEL PUEBLO  
Radicado: 20230060342472451



Fecha radicado: 2023-06-20

**Santiago De Cali**

Señora  
Patricia Suarez Ramirez

Santiago De Cali, Valle Del Cauca

Referencia: Se remite citación para realizar valoración de apoyo según lo solicitado.

De conformidad con nuestra normatividad vigente, es función de la Defensoría tramitar de oficio o a petición de parte las solicitudes o quejas y abogar por una oportuna solución a las inquietudes presentadas y en tal virtud en aras de garantizar la protección de los Derechos Humanos, me permito informar que ante la petición realizada a ESTA ENTIDAD ME PERMITO CITARLO VIA CORREO ELECTRONICO A LAS INSTALACIONES DE LA DEFENSORIA DEL PUEBLO EN CALI.

DIRECCIÓN: Carrera 3 # 9 - 47

FECHA: 26 de junio del 2023

HORA: 11:00 am

CORREO ELECTRONICO: ancortiz@defensoria.gov.co

**El informe de Valoración de Apoyo estará a cargo del Contratista: Psicólogo Ancizar de Jesús Ortiz Escobar. T.P 217193, adscrito a la Defensoria del Pueblo Regional Valle del Cauca.**

EN RAZON A LO EXPUESTO DEBERÁN PRESENTARSE TANTO LA PERSONA TITULAR DEL ACTO COMO LA PERSONA QUIEN BRINDARA EL APOYO, CON SUS RESPECTIVAS CEDULAS Y EL DIAGNOSTICO MEDICO ACTUALIZADO DE LA PERSONA QUIEN REQUIERE LA VALORACIÓN.

**Esta defensoría esta presta a atenderle todos los temas que frente a vulneración de derechos humanos le asista. Con sentimiento de Colaboración y aprecio**

Cordialmente,

GERSON ALEJANDRO VERGARA TRUJILLO  
DEFENSOR REGIONAL DE VALLE DEL CAUCA

Copia:

Anexo:

Tramitado y proyectado por: ANCIZAR DE JESUS ORTIZ ESCOBAR – Fecha 19/06/2023

Revisado para firma por: GERSON ALEJANDRO VERGARA TRUJILLO

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



Fecha : Junio 20 2023, a las 9:02:52 am  
Codigo de Seguridad : 9d98c59f580f1e5a90c653104ce6ceaa  
Para verificar se debe abrir con Adobe Acrobat PDF





**Defensoría del Pueblo**

COLOMBIA

Nos Unen Tus Derechos

---

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

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

