



JUZGADO PRIMERO DE FAMILIA DEL CIRCUITO NEIVA – HUILA

Proceso **ADJUDICACIÓN DE APOYO – REVISIÓN**
Radicación **41001-31-10-001-2017-00091-00**
Demandante **LESLIE LEIVA ROMERO**
Discapacitada **SHARON RIOS LEIVA**
Actuación **Auto Corre Traslado/ A.S**

Neiva, Veinticuatro (24) de Mayo de dos mil Veintitrés (2023)

Del informe de valoración de apoyo allegado por la Defensoría del Pueblo, se **DISPONE** correr traslado del mismo por un término de diez (10) días a las partes, y al Ministerio Público¹, conforme al artículo 38 de la Ley 1996 de 2019, cuyo memorial deberá remitirse al correo electrónico del despacho fam01nei@cendoj.ramajudicial.gov.co

Ahora bien, en atención a que obra en el expediente el informe de valoración de apoyo y teniendo en cuenta que nos encontramos frente a un proceso de revisión de la sentencia proferida el 15 de diciembre de 2017, y en concordancia con la Ley 1996 de 2019, se **ORDENA:** que la Asistente social de este Despacho, lleve a cabo **VISITA SOCIO-FAMILIAR** al lugar de habitación de **SHARON RIOS LEIVA** y debe rendir un informe que permita corroborar la información suministrada por el demandante, así como las condiciones en las que se encuentra actualmente, si puede o no darse a entender por cualquier medio o formato posible, manifestar su voluntad, e verificar si advierte alguna situación que derive en vulneración o amenaza de sus derechos por parte de un tercero; así mismo, de ser posible, identifique el grado de confianza que existe entre éste y el aquí demandante, así como el estado en el que se encuentra actualmente la discapacitada, y si existen otras personas cercanas que eventualmente pueden servir de apoyo, y cualquier otra información que permita complementar el informe de valoración de apoyo aquí ordenado.

¹ hgaitan@procuraduria.gov.co



Rama Judicial
Consejo Superior de la Judicatura
República de Colombia

JUZGADO PRIMERO DE FAMILIA DEL CIRCUITO NEIVA – HUILA

Se advierte que las actuaciones pueden ser consultadas en el micrositio del despacho en la página de la Rama Judicial en el siguiente link <https://www.ramajudicial.gov.co/web/juzgado-01-familia-del-circuito-de-neiva>

Notifíquese.

DALIA ANDREA OTALORA GUARNIZO

Juez

DEFENSORIA DEL PUEBLO : Remision de comunicacion numero 20230060191698701

DEFENSORIA DEL PUEBLO <notificaciones_gd@defensoria.gov.co>

Lun 8/05/2023 3:43 PM

Para: Juzgado 01 Familia - Huila - Neiva <fam01nei@cendoj.ramajudicial.gov.co>



Señor(a)

fam01nei

Reciba un cordial saludo:

Usted ha recibido un correo electrónico seguro y certificado de parte de **DEFENSORIA DEL PUEBLO**, quien ha depositado su confianza en el servicio de correo electrónico certificado de SERVICIOS POSTALES NACIONALES S.A.S para hacer efectiva y oportuna la entrega de la presente notificación electrónica.

Con la recepción del presente mensaje de datos se entiende que el destinatario ha sido notificado para todos los efectos según las normas aplicables vigentes, especialmente los artículos 12 y 20 la Ley 527 de 1999 y sus normas reglamentarias.

Nota: Para leer el **contenido del mensaje** recibido, usted debe **hacer click** en el enlace que se muestra a continuación:



[Ver contenido del correo electrónico](#)
[Enviado por DEFENSORIA DEL PUEBLO](#)

Correo seguro y certificado.

Copyright © 2023

SERVICIOS POSTALES NACIONALES S.A.S.

Todos los derechos reservados.

[¿No desea recibir más correos certificados?](#)

IMPORTANTE: Por favor no responder este mensaje, este servicio es únicamente para notificación electrónica.



	CONSENTIMIENTO INFORMADO DE LAS PERSONAS DE LA RED DE APOYO DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD PARA EL PROCESO DE VALORACIÓN DE APOYOS LEY 1996 DE 2019 Por medio de la cual se establece el régimen para el ejercicio de la capacidad legal de las personas con discapacidad mayores de edad.	Código: SQ-F01
		Versión: 03
		Vigencia desde: 20/01/2016

IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD			
NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	SHARON RIOS LEIVA		
TIPO DE IDENTIFICACION	T.I. _____		
	C.C. 1075.285.187		
	R.C. _____		
	PASAPORTE _____		
	INDOCUMENTADO _____		
OTRO _____			
IDENTIFICACION DE LA PERSONA DE LA RED DE APOYO DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD			
NOMBRES APELLIDOS COMPLETO	LESLIE LEIVA ROMERO		
NUMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	<u>C.C. 51.854.167</u>		
TIPO DE VINCULO FAMILIAR	MADRE DE LA PERSONA EN SITUACION DE DISCAPACIDAD.		
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO	04/05/2023	Hora	9 A.M.
	DIA/MES/ AÑO		

Soy 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. Mis responsabilidades en la participación en el proceso de valoración de apoyos, como persona de la red de apoyo de la persona con discapacidad.
2. Mi principal interés, debe ser respetar el derecho a la capacidad jurídica y a la toma decisiones con apoyo a través del reconocimiento

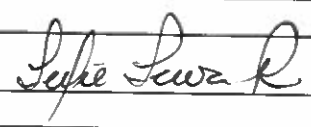
	CONSENTIMIENTO INFORMADO DE LAS PERSONAS DE LA RED DE APOYO DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD PARA EL PROCESO DE VALORACIÓN DE APOYOS LEY 1996 DE 2019 Por medio de la cual se establece el régimen para el ejercicio de la capacidad legal de las personas con discapacidad mayores de edad.	Código: SQ-F01
		Versión: 03
		Vigencia desde: 20/01/2016

de la voluntad y preferencias de la persona con discapacidad a la que se refiere este proceso valoración de apoyos.

3. Que este proceso, solo busca determinar los apoyos que requiere la persona con discapacidad y las personas que lo podemos prestar solo es para el ejercicio de la capacidad jurídica. Ese proceso se llama valoración de apoyos.
4. Que se debe indagar, acerca de las preferencias, deseos y proyecciones, así como los apoyos que requiere en diferentes ámbitos de su vida y en su cotidianidad, la persona con discapacidad.
5. Que, para avanzar en el proceso, 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, para definir la valoración de los apoyos que requiere y que debe utilizar cotidianamente.
6. Que 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. Que, si la persona con discapacidad no puede comunicarse directamente; 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. Que, siempre debo estar de acuerdo con las manifestaciones de la persona con discapacidad y que si en algún momento, solicita que me retire porque prefiere contestar algunas preguntas, sin mi presencia de inmediato lo hare y respetaré su voluntad.
9. Debo, conocer que no hay respuestas correctas o incorrectas, lo importante es contestar con total honestidad.
10. Debo, tener claridad; frente a que 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; y conocer que sólo es obligatoria en los procesos judiciales de adjudicación de apoyos.

	CONSENTIMIENTO INFORMADO DE LAS PERSONAS DE LA RED DE APOYO DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD PARA EL PROCESO DE VALORACIÓN DE APOYOS LEY 1996 DE 2019 Por medio de la cual se establece el régimen para el ejercicio de la capacidad legal de las personas con discapacidad mayores de edad.	Código: SQ-F01
		Versión: 03
		Vigencia desde: 20/01/2016

Por todo lo anterior; manifiesto claramente, que he entendido la información que se me ha comunicado y acepto participar en el proceso de valoración de apoyos; y autorizo que mis respuestas sean grabadas, de ser necesario en audio para facilitar el desarrollo del proceso de valoración de apoyo y la elaboración del informe final:

SI x _____	NO _____
FIRMA DE LA PERSONA DE LA RED DE APOYO DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD	
NOMBRES Y APELLIDOS DE LA RED DE APOYO DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD	LESLIE LEIVA ROMERO
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO	(30/11/1966)
CÉDULA DE CIUDADANÍA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN	DE BOGOTA
DIRECCIÓN DE RESIDENCIA, INCLUYENDO MUNICIPIO, DEPARTAMENTO Y PAÍS	NOMENCLATURA: CARRERA 6 NRO 38-15 INTERIOR 15 VILLA DEL PRADO GRANJAS NEIVA DEPARTAMENTO: HUILA PAIS: COLOMBIA
TELÉFONO	CELULAR: 313 271 2888
HUELLA DIGITAL DEL ÍNDICE DERECHO	

IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD

	CONSENTIMIENTO INFORMADO DE LAS PERSONAS DE LA RED DE APOYO DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD PARA EL PROCESO DE VALORACIÓN DE APOYOS LEY 1996 DE 2019 Por medio de la cual se establece el régimen para el ejercicio de la capacidad legal de las personas con discapacidad mayores de edad.		Código: SQ-F01
			Versión: 03
			Vigencia desde: 20/01/2016

NOMBRE COMPLETO	SHARON		
APELLIDOS	RIOS LEIVA		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	T.I. _____ C.C. ☒ R.C. _____ PASAPORTE _____ INDOCUMENTADO OTRO _____		
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	1075.285.187		
FORMA DE COMUNICACIÓN	VERBAL ESCRITA _____ SEÑAS _____ VISUAL _____ INTERPRETE _____ OTRA		
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO	22/12/1994 DIA/MES/ AÑO	Hora	9 A.M.

Soy la persona suscrita previamente identificada y 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. Que tengo derecho a tomar decisiones, a que se respeten mi voluntad y mis preferencias.

	CONSENTIMIENTO INFORMADO DE LAS PERSONAS DE LA RED DE APOYO DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD PARA EL PROCESO DE VALORACIÓN DE APOYOS LEY 1996 DE 2019 Por medio de la cual se establece el régimen para el ejercicio de la capacidad legal de las personas con discapacidad mayores de edad.	Código: SQ-F01
		Versión: 03
		Vigencia desde: 20/01/2016

2. Que este proceso, es para buscar 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. Que me 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. Las preguntas serán dirigidas a mí, seré yo quien las responda.
4. Que, si requiero del apoyo de otras personas para comunicarme en caso de que lo necesite, lo debo manifestar.
5. Que 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.
6. Que puedo descansar en el momento que lo requiera y, si en algún momento siento malestar físico o en mi estado de ánimo, puedo solicitar la interrupción del encuentro y que estos pueden ser retomados posteriormente.
7. Que no hay respuestas correctas o incorrectas, lo importante es contestar con honestidad y puedo decidir no contestar si no lo deseo.
8. Que se pondrá en contacto con todas las personas que yo considere que pueden brindar los apoyos que requiero para el ejercicio de capacidad jurídica.
9. Que la información, que surja del proceso y a partir de las preguntas que me realice, constará en un informe de valoración.
10. Que este informe podrá ser utilizado 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 claramente y acepto participar en el proceso de valoración de apoyos y autorizo que mis respuestas sean grabadas en audio para facilitar el desarrollo del proceso de valoración de apoyo y la elaboración del informe final:

--	--

	CONSENTIMIENTO INFORMADO DE LAS PERSONAS DE LA RED DE APOYO DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD PARA EL PROCESO DE VALORACIÓN DE APOYOS LEY 1996 DE 2019 Por medio de la cual se establece el régimen para el ejercicio de la capacidad legal de las personas con discapacidad mayores de edad.	Código: SQ-F01
		Versión: 03
		Vigencia desde: 20/01/2016

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

FIRMA DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD	<i>Sharon Rios Leiva</i>
NOMBRES Y APELLIDOS DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD	SHARON RIOS LEIVA
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO	NEIVA, DICIEMBRE 22 DE 1994
CÉDULA DE CIUDADANÍA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN	No. 1075.285.187 EXPEDIDA EN: NEIVA (HUILA)
DIRECCIÓN DE RESIDENCIA, INCLUYENDO MUNICIPIO, DEPARTAMENTO Y PAÍS	NOMENCLATURA: CARRERA 6 NRO 38-15 INTERIOR 15 VILLA DEL PRADO GRANJAS NEIVA MUNICIPIO: NEIVA DEPARTAMENTO: _____ HUILA PAIS: _____ COLOMBIA
TELÉFONO	CELULAR: -----
HUELLA DIGITAL DEL ÍNDICE DERECHO	

OBSERVACIONES: (Si la persona con discapacidad usa una forma de comunicación no convencional o se usaron apoyos para el diligenciamiento del consentimiento informado se debe describir y registrar la forma de comunicación utilizada).

	INFORME DE VALORACIÓN DE APOYOS	Código: SQ-F01
		Versión: 03
		Vigencia desde: 20/01/2016

1

DIRIGIDO A:	JUZGADO PRIMERO DE FAMILIA DEL CIRCUITO DE NEIVA
RADICADO:	410011-31-10-001-2017-0009100
SOLICITADO POR: (Persona con parentesco de consanguinidad con la persona en situación de discapacidad)	JUZGADO PRIMERO DE FAMILIA DEL CIRCUITO DE NEIVA
RELACIÓN CON LA PERSONA EN CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD.	Esposo (a) Tío (a) Primo (a) Hermano: Padre Madre: X Abuelo Hija Otro:
ELABORADO POR:	MARIA CRISTINA CORDOBA BORRERO PROFESIONAL ESPECIALIZADO- DEFENSORIA DEL PUEBLO REGIONAL HUILA DIRECCION: CALLE 13 # 5- 120, B/ NEIVA HUILA, TELEFONO: 8710402; CORREO ELECTRONICO: huila@defensoria.gov.co
FIRMA DE QUIEN ELABORA EL INFORME	
FECHA DE INICIO DE LA VALORACIÓN	13 DE ABRIL DE 2023 – 9 A.M.

	INFORME DE VALORACIÓN DE APOYOS	Código: SQ-F01
		Versión: 03
		Vigencia desde: 20/01/2016

2

NUMERO DE ENCUENTROS REALIZADOS	(2)		
FECHA DE FINALIZACION DE LA VALORACION	MAYO CUATRO (4) DE 2023		
DURACIÓN DE LOS ENCUENTROS REALIZADOS	(4) CUATRO HORAS		
LUGAR DE LOS ENCUENTROS REALIZADO	PRIMER ENCUENTRO: INSTALACIONES DE LA DEFENSORIA DEL PUEBLO REGIONAL HUILA, Calle 13 # 5-120, NEIVA HUILA (13 DE ABRIL DE 2023). SEGUNDO ENCUENTRO: VIVIENDA FAMILIAR: CARRERA 6 NRO 38 – 15 CONJUNTO VILLA DEL PRADO CASA 15 BARRIO LAS GRANJAS NEIVA HUILA (04/05/2023)		
LUGAR DEL ENCUENTRO FINAL	CARRERA 6 NRO 38 – 15 CONJUNTO VILLA DEL PRADO CASA 15 BARRIO LAS GRANJAS NEIVA HUILA (04/05/2023)		
DURACIÓN DEL ENCUENTRO	Fecha: TRES (3) HORAS	HORA: 9 A.M.	DURACIÓN: (3) HORAS

1. PERFIL DE LA PERSONA EN SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD

IDENTIFICACION DE LA PERSONA EN SITUACION DE DISCAPACIDAD

NOMBRES Y APELLIDOS	SHARON RIOS LEIVA
TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	CEDULA DE CIUDADANIA
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1.075.285.187 DE NEIVA
FECHA DE NACIMIENTO	22/12/1994
LUGAR DE NACIMIENTO	BOGOTA D.C.

	INFORME DE VALORACIÓN DE APOYOS	Código: SQ-F01
		Versión: 03
		Vigencia desde: 20/01/2016

3

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA	CARRERA 6 NRO 38 – 15 CONJUNTO VILLA DEL PRADO CASA 15 BARRIO LAS GRANJAS NEIVA HUILA
MUNICIPIO/DISTRITO/DEPARTAMENTO DE RESIDENCIA	NEIVA HUILA
TELÉFONOS DE CONTACTO	313 271 2888
CORREO ELECTRÓNICO DE CONTACTO	leslieleiva86@gmail.com
PERSONAS CON QUIENES VIVE BAJO EL MISMO TECHO.	1. LESLIE LEIVA ROMERO C.C. 51.854.167 DE BOGOTÁ EDAD: 56 AÑOS PROFESIÓN: EDUCADORA EN COLEGIO LICEO SANTA LIBRADA DE NEIVA. ESTADO CIVIL: SOLTERA NUMERO DE CONTACTO: 313 271 2888 CORREOELECTRONICO: leslieleiva86@gmail.com

2. MOTIVACIÓN PARA SOLICITAR LA VALORACIÓN DE APOYOS

¿SE SOLICITA DIRECTAMENTE POR LA PERSONA EN SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD?	SI () NO (X)
¿SE HA SELECCIONADO UN MECANISMO DE FORMALIZACIÓN?	SI () NO (X)
¿CUÁL?	N/A

	INFORME DE VALORACIÓN DE APOYOS	Código: SQ-F01
		Versión: 03
		Vigencia desde: 20/01/2016

4

¿SE SOLICITA EN EL MARCO DE UN PROCESO JUDICIAL?	SI (X) NO ()
¿LA PERSONA EN SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD ACUDE DIRECTAMENTE AL PROCESO JUDICIAL?	SI () NO (X)
SI ACUDE UN TERCERO, ¿QUIEN ES ESA PERSONA? ¿QUE RELACION LA UNE CON LA PERSONA CON DISCAPACIDAD?	MADRE
LA PERSONA EN SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD SE ENCUENTRA O NO “ABSOLUTAMENTE IMPOSIBILITADA PARA MANIFESTAR SU VOLUNTAD Y PREFERENCIAS POR CUALQUIER MODO, MEDIO O FORMATO POSIBLE” COMO LO ORDENA EL ARTÍCULO 38 DE LA LEY 1996 DE 2019	SI (X) NO ()
¿POR QUÉ ESTÁ EN DESARROLLO DE LA LEY 1996 DE 2019 POR MEDIO DE IMPOSIBILITADA PARA LA CUAL SE ESTABLECE EL REGIMEN PARA EL EJERCICIO DE EJERCER SU CAPACIDAD LA CAPACIDAD LEGAL DE LAS PERSONAS CON JURÍDICA?	LA CAPACIDAD LEGAL DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD MAYORES DE EDAD Y ORIENTADOS A LA VALORACION DE APOYOS SEGÚN REQUERIMIENTO DEL JUZGADO PRIMERO DE FAMILIA DEL CIRCUITO DE NEIVA,

	INFORME DE VALORACIÓN DE APOYOS	Código: SQ-F01
		Versión: 03
		Vigencia desde: 20/01/2016

5

	CONTENIDO EN EL AUTO DE FECHA 22 DE MARZO DE 2023 QUE DISPUSO LA REVISION DE LA SENTENCIA PROFERIDA EL 15 DE DICIEMBRE DE 2017, MEDIANTE LA CUAL LA SEÑORITA SHARON RIOS LEIVA, FUE DECLARADA INTERDICTA OTORGANDOLE LA CURADURIA A SU MADRE LESLIE LEIVA ROMERO, QUIEN LA TIENE BAJO SU CUIDADO Y RESPONSABILIDAD. POR TANTO SE INICIO PROCESO PARA ADELANTAR ACTIVIDADES Y ESTUDIAR LAS RELACIONES FAMILIARES MAS CERCANAS DE LA PERSONA EN SITUACION DE DISCAPACIDAD, OBSERVAR LA RED DE APOYO FAMILIAR PARA SU CUIDADO E INDAGAR SI EXISTE OTRA PERSONA QUE GARANTICE MEJORES CONDICIONES DE BIENESTAR INTEGRAL, ASI COMO VERIFICAR SU ESTADO MENTAL Y COGNITIVO EN RELACION A LA CAPACIDAD Y MEDIOS DE COMUNICACION, ANALISIS Y RECOLECCION DE DATOS UTILES PARA EL RECONOCIMIENTO DEL ENTORNO FAMILIAR, SOCIAL, ECONOMICO E IDENTIFICAR LAS CONDICIONES DE BIENESTAR Y DE SALUD INTEGRAL EN PRO DE GARANTIZAR EL MAXIMO DE CALIDAD DE VIDA POSIBLE PARA LA PERSONA EN SITUACION DE DISCAPACIDAD, PARA LO CUAL SE EFECTUARON LAS SIGUIENTES ACCIONES: 1.- EN PRIMER LUGAR: SE EFECTUO REVISION DE LA HISTORIA CLINICA APORTADA POR LA MADRE DE LA PACIENTE SHARON RIOS LEIVA, COMO PACIENTE DE NUEVA EPS SEGÚN LA CUAL SE DESCRIBE EL DIAGNOSTICO DADO POR EL PSIQUIATRA HERLINGTON SILVA GARZON COMO: “TRANSTORNO ESQUIZOAFECTIVO NO ESPECIFICADO- ESQUIZOFRENIA PARANOIDE”. “ PADECE ESQUIZOFRENIA PARANOIDE CON ESTADO DE INCAPACIDAD MENTAL DE ORIGEN ORGANICO-GENETICO CON LIMITACION TOTAL DE POR VIDA PARA SU AUTOCUIDADO, SOSTENIMIENTO ECONOMICO Y AUTOPROTECCION QUE REQUIERE CUIDADOR DE FORMA PERMANENTE”. “PACIENTE CON COMPROMISO DE LA MAYORIA DE SUS FUNCIONES MENTALES SUPERIORES, GENERANDO DE FORMA PARCIAL UN ESTADO DE DISCAPACIDAD MENTAL. EL CUAL OBLIGA
--	---

	INFORME DE VALORACIÓN DE APOYOS	Código: SQ-F01
		Versión: 03
		Vigencia desde: 20/01/2016

6

	A LA PRESENCIA DE SU MADRE PARA SER ASISTIDA DE FORMA PERMANENTE”. REFIERE LA MADRE QUE SU HIJA ERA INDEPENDIENTE NORMALMENTE, PERO PERDIO A LOS 18 AÑOS, SUS FACULTADES MENTALES COGNITIVAS. QUE EN EL AÑO 2009 SE FUE DE LA CASA SU PADRE EFRAIN RIOS HERRERA Y LA AUSENCIA DEL MISMO, LE AFECTO, YA QUE DICHO SEÑOR SE FUE CON OTRA MUJER. A LA FECHA LE DEBE CATORCE (14) MESES DE ALIMENTOS, MAS O MENOS \$ 7.000.000, DESDE ENERO DE 2022. ESTA PENDIENTE DE PRESENTAR DEMANDA EJECUTIVA EN SU CONTRA. MANIFIESTA LA MADRE ASI MISMO, QUE EL NOVIO QUE TENIA SU HIJA, LE HIZO UNA JUGADA Y TAMBIEN LA DEJO. ENTRE LOS 18, 19 Y 20 AÑOS, QUEDO EN POSICION FETAL PESANDO 40 KILOS, SE FUE APAGANDO Y PARA REVIVIRLA TOCO CON MEDICINA PSIQUIATRICA. TAMBIEN REPOSAN LAS EPICRISIS DE LAS DIFERENTES CONSULTAS MEDICAS EFECTUADAS A TRAVES DE SU EPS PARA CONTROL DE SU ENFERMEDAD Y ORDENES DE TRATAMIENTO Y MEDICAMENTOS FORMULADOS. ESTA CONDICION LE IMPIDE DESARROLLAR SUS CAPACIDADES MENTALES. NO SE EXPRESA DE MANERA CLARA EN EL LENGUAJE Y NO TIENE DISPOSICION DE PODER EXPRESAR DE MANERA OBJETIVA SU VOLUNTAD. 2.- EN SEGUNDO LUGAR: ENTREVISTAS A LA POSIBLE RED DE APOYO Y NUCLEO FAMILIAR: SE PRETENDE REALIZAR ACCIONES PARA VERIFICAR EL ESTADO DE LAS RELACIONES FAMILIARES MAS CERCANAS DE SHARON RIOS LEIVA, PERSONA EN SITUACION DE DISCAPACIDAD.
--	--

	INFORME DE VALORACIÓN DE APOYOS	Código: SQ-F01
		Versión: 03
		Vigencia desde: 20/01/2016

7

	IGUALMENTE IDENTIFICAR LA RED DE APOYO FAMILIAR, DE SHARON RIOS LEIVA, INDAGAR, SI EXISTE OTRA PERSONA QUE GARANTICE MEJORES CONDICIONES DE BIENESTAR INTEGRAL DE LA MISMA. CONTRASTAR EL ESTADO MENTAL Y COGNITIVO DE SHARON RIOS LEIVA, EN RELACION A LA CAPACIDAD Y MEDIOS DE COMUNICACIÓN. PARA EL LOGRO DE LOS OBJETIVOS ANTERIORES SE REALIZARON LAS SIGUIENTES ACCIONES: ENTREVISTA AL NUCLEO FAMILIAR: ENTREVISTA INICIAL: SE EFECTUA ENTREVISTA EL DIA 13 DE ABRIL DE 2023 PREVIA NOTIFICACION TELEFONICA A LA SEÑORA LESLIE LEIVA ROMERO Y ADEMAS MEDIANTE OFICIO 20230060191302321 DEL 11 DE ABRIL DE 2023. A DICHA CITACION ACUDIO LA SEÑORA LESLIE LEIVA ROMERO MADRE DE LA SEÑORA SHARON RIOS LEIVA, CON EL FIN DE OFRECER LA INFORMACION CORRESPONDIENTE A SU FAMILIAR, PARA ELABORAR EL PRESENTE INFORME DE VALORACION DE APOYO. PREVIAMENTE A COMENZAR EL DIALOGO, LA PROFESIONAL ADSCRITA A ESTA REGIONAL DE LA DEFENSORIA DEL PUEBLO, LE COMUNICA EN QUE CONSISTE EL INFORME DE VALORACION DE APOYOS, LOS PASOS PARA ELABORAR EL MISMO, EL ALCANCE DE ESTE, DE CONFORMIDAD A LO ESTABLECIDO EN LA LEY 1996 DE 2019 Y DECRETO 487 DE 2022. SE LE INFORMA TAMBIEN LOS DERECHOS Y OBLIGACIONES, CON LOS QUE SE PRETENDE ESTABLECER LA RED DE APOYO A SU HIJA SHARON RIOS LEIVA, LOS CUALES SERAN PLASMADOS DENTRO DEL DOCUMENTO QUE SE PRESENTE ANTE EL JUEZ DE FAMILIA, QUIEN TOMA LA DECISION FINAL.
--	---

	INFORME DE VALORACIÓN DE APOYOS	Código: SQ-F01
		Versión: 03
		Vigencia desde: 20/01/2016

8

	TAMBIEN SE LE SOLICITA QUE INFORME EL ORIGEN DE LA DISCAPACIDAD DE SU FAMILIAR, ES DECIR SI OBEDECIO A LA NATURALEZA O SE GENERO POR ENFERMEDAD GENERAL, ACCIDENTE LABORAL Y/O DE TRANSITO O DEMAS. A LOS ANTERIORES INTERROGANTES LA SEÑORA LESLIE RIOS LEIVA, MANIFESTO LO SIGUIENTE: INFORMO NO CONTAR CON ALGUNOS DE LOS DATOS GENERALES Y PERSONALES DE SUS FAMILIARES. POR OTRA PARTE, LA PROFESIONAL REQUIERE A LA ENTREVISTADA LESLIE LEIVA ROMERO, DE DOCUMENTACION RELACIONADA CON SU HIJA SHARON RIOS LEIVA, COMO SON: DATOS Y DOCUMENTACION PERTINENTE DEL SEÑOR EFRAIN RIOS HERRERA, PADRE DE SHARON RIOS LEIVA, Y HERMANO BRIAN MARIO RIOS LEIVA, IGUALMENTE, DE LAS PERSONAS QUE CONVIVEN BAJO EL MISMO TECHO DE LA MISMA, A FIN DE QUE REPOSEN DENTRO DEL PRESENTE INFORME DE VALORACION DE APOYOS Y TODO LO QUE SEA NECESARIO PARA DAR TRAMITE CORRESPONDIENTE. MEDIANTE CORREO DEL DIA 14 DE ABRIL DE 2023, APORTA DOCUMENTACION FALTANTE. EN CUANTO AL GRUPO FAMILIAR TENEMOS: GRUPO FAMILIAR HERMANO: 1.- BRIAN MARIO RIOS LEIVA C.C. NRO: 1075.250.747 NACIDO: BOGOTA EDAD: 32 AÑOS ESTADO CIVIL: CASADO HIJOS: UN (1) SAMUEL RIOS BLANCO (1 MES) DOMICILIO: CALLE 70 NRO 2 W- 02 NEIVA BALCONES DE LOS HAYUELOS. PROFESION: INGENIERO MECANICO
--	--

	INFORME DE VALORACIÓN DE APOYOS	Código: SQ-F01
		Versión: 03
		Vigencia desde: 20/01/2016

9

	EMPRESA: SERVICIOS Y MONTAJES METALMECANICOS INDUSTRIALES SAS. CELULAR: 316 382 8248 CORREO ELECTRONICO: brian.rios.leiva@gmail.com ESPOSA: MILEYDY BLANCO PROFESION:HOGAR EDAD: 26 AÑOS 2.- PADRE EFRAIN RIOS HERRERA C.C. NRO: 79.366.342 SAMANA CALDAS NACIDO: BOGOTA EDAD: 57 AÑOS ESTADO CIVIL: CASADO DOMICILIO: DESCONOCIDO PROFESION: COMERCIANTE EMPRESA: VENDE VERDURAS EN SURABASTOS CELULAR: 300 887 4069 CORREO ELECTRONICO: DESCONOCIDO SEGUNDO ENCUENTRO: ENTREVISTA DOMICILIARIA: LA FUNCIONARIA DE LA DEFENSORIA DEL PUEBLO, PREVIA REVISION Y ANALISIS DE LOS SOPORTES PROCEDIO A EFECTUAR VISITA A LA RESIDENCIA UBICADA EN LA CARRERA 6 NRO 38-15 CONJUNTO VILLA DEL PRADO CASA 15 BARRIO LAS GRANJAS DE LA CIUDAD DE NEIVA, EL DIA 04 DE MAYO DE 2023. PREVIAMENTE SE LES HABIA SOLICITADO QUE TODOS LOS OCUPANTES Y MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR ESTUVIERAN PRESENTES. SE INICIA LA DILIGENCIA AVERIGUANDO POR LOS ASISTENTES PRESENTES DEL COMPONENTE FAMILIAR DE LA SEÑORA SHARON RIOS LEIVA EN EL MOMENTO DE LA VISITA, EL CUAL ES EL SIGUIENTE: 1.- LESLIE LEIVA ROMERO MADRE Y CURADORA C.C. NRO 36.176.874 DE NEIVA
--	---

	INFORME DE VALORACIÓN DE APOYOS	Código: SQ-F01
		Versión: 03
		Vigencia desde: 20/01/2016

10

	EDAD: 58 AÑOS NUMERO DE CONTACTO: 317 502 9306 2.- BRIAN MARIO RIOS LEIVA HERMANO C.C. NRO 13.802.935 NACIDO: BOGOTA EDAD: 31 AÑOS PROFESION: INGENIERO MECANICO DOMICILIO: CALLE 70 NRO 2 W-02 NEIVA CELULAR: 316 382 8248 CORREO: brian.rios.leiva@gmail.com UNA VEZ IDENTIFICADA LA RED DE APOYO Y CONFORME LO ESTABLECEN LOS LINEAMIENTOS Y PROTOCOLOS ESTABLECIDOS POR LA CONSEJERIA PRESIDENCIAL PARA LA PARTICIPACION DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD, EN SU CALIDAD DE INSTANCIA RECTORA DEL SISTEMA NACIONAL DE DISCAPACIDAD, ME PERMITO CONSIGNAR EN EL PRESENTE ESCRITO LO SIGUIENTE: EN ENTREVISTA REALIZADA A LA SEÑORA SHARON RIOS LEIVA REFIRIO LO SIGUIENTE: QUE CONFIRMA EN SU TOTALIDAD LOS ANTECEDENTES MEDICOS DE SALUD DE SU HIJA SHARON RIOS LEIVA. SE CONSTATO EN EL INMUEBLE LO SIGUIENTE: PROPIEDAD DEL INMUEBLE: SUCESION DE SU MADRE DIRECCION: CARRERA 6 NRO 38-15 CONJUNTO VILLA DEL PRADO CASA 15 BARRIO LAS GRANJAS DE LA CIUDAD DE NEIVA. ALCOBAS: 3 SERVICIOS PUBLICOS: AGUA, ENERGIA ELECTRICA, GAS SANITARIOS: (3) PATIO: UNO (1) SALA: UNA (1)
--	---

	INFORME DE VALORACIÓN DE APOYOS	Código: SQ-F01
		Versión: 03
		Vigencia desde: 20/01/2016

11

	COMEDOR: UNO (1) GARAJE: UNO (1) BUENAS CONDICIONES DE HIGIENE Y SALUBRIDAD. LA FUNCIONARIA ENTABLA CONVERSACION DIRECTA CON LA SEÑORA SHARON RIOS LEIVA, CON EL PROPÓSITO DE EVALUAR ESTADO DE LA FLUIDEZ, COMPRESIÓN, EMISIÓN DE LA COMUNICACIÓN VERBAL Y SE LE PREGUNTÓ LO SIGUIENTE: 1.- ¿BUENAS TARDES, USTED CÓMO SE LLAMA? RESPONDIÓ: SHARON 2.- ¿CUÁNTOS AÑOS TIENE? RESPUESTA: NO SE 3.- ¿SABE SU NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DE CEDULA DE CIUDADANÍA? RESPUESTA: 1075 285 187 4.- ¿SABE QUE DÍA ES HOY? RESPONDE: NO SE 5.- ¿TIENE HIJOS? RESPUESTA: NO 6. ¿SABE CON QUIÉN VIVE? RESPUESTA: NO SE 7. ¿QUIÉN ES LESLIE? RESPUESTA: MADRE 8 ¿RECUERDA QUE TIEMPO LLEVA VIVIENDO CON LESLIE? RESPUESTA: NO SE 9. ¿LE GUSTA VIVIR CON LESLIE?
--	--

	INFORME DE VALORACIÓN DE APOYOS	Código: SQ-F01
		Versión: 03
		Vigencia desde: 20/01/2016

12

	RESPUESTA: MMM 10.- CONSIDERA QUE ES NECESARIO UN APOYO FAMILIAR PARA EL DESARROLLO DE SU VIDA DIARIA Y SUS DILIGENCIAS PERSONALES? RESPUESTA: NO COMPRENDE 11.- ¿EN EL ENTENDIDO DE QUE EN LA LEY 1996 ¿DE 2019 SE PROTEGE EL DERECHO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN CONDICIONES DE IGUALDAD, USTED REQUIERE APOYOS PARA EL EJERCICIO DE SU CAPACIDAD JURIDICA? RESPUESTA: NO COMPRENDE 12.- ¿REQUIERE ASISTENCIA PARA FACILITAR LA COMPRENSION DE ACTOS JURIDICOS, FACILITAR SU MANIFESTACION DE VOLUNTAD Y SUS PREFERENCIAS? RESPUESTA: NO COMPRENDE 14.- QUE DECISIONES TOMA EN UN DIA COMUN Y CORRIENTE ¿QUE HACE USTED COTIDIANAMENTE? RESPUESTA: NO COMPRENDE 15.- QUE DECISIONES TOMA CON SU PATRIMONIO Y MANEJO DEL DINERO? RESPUESTA: NO COMPRENDE 16.- ¿QUE DECISIONES LE GUSTARIA TOMAR EN EL AMBITO DEL TRABAJO, ¿GENERACION DE INGRESOS? RESPUESTA: NO COMPRENDE 17.- ¿NECESITA A POYOS PARA DECIDIR Y GESTIONAR SERVICIOS DE SALUD, PAGOS, ENTREGA DE MEDICAMENTOS, CITAS, ¿TERAPIAS ETC? RESPUESTA: NO COMPRENDE 18.- REQUIERE APOYOS PARA PAGO DE IMPUESTOS O DERECHOS SOBRE LOS BIENES FAMILIARES Y
--	--

	INFORME DE VALORACIÓN DE APOYOS	Código: SQ-F01
		Versión: 03
		Vigencia desde: 20/01/2016

13

	PARTICIPACION SOBRE DECISIONES DEL PATRIMONIO FAMILIAR? RESPUESTA: NO COMPRENDE 19.- COMPRENDIO LO QUE HABLAMOS? RESPUESTA: QUE ES? 20.- REQUIERE PROFUNDIZACION SOBRE ALGUN TEMA? RESPUESTA: NO RUTINA DE SHARON RIOS LEIVA: DUERME SOLA. SE LEVANTA A LAS 9 Y MEDIA SE TOMA LA MEDICINA DIARIA QUE FUE ORDENADA POR EL MEDICO TRATANTE. LA MADRE LA LLEVA AL BAÑO, DESAYUNA CALDO, HUEVOS, VE TELEVISION PERO NO COMPRENDE. EL ALMUERZO SE PIDE A DOMICILIO. LA COMIDA LA HACE LA MADRE , COME SANDWICH. LA MADRE LESLIE LEIVA ROMERO SALE A TRABAJAR FALTANDO 20 PARA LAS DOCE Y ENTRA A LAS 12 A.M. HASTA LAS 6.10 PM. ES DOCENTE DE INGLES Y LENGUA CASTELLANA EN GRADOS 5 Y 6 DEL LICEO SANTA LIBRADA DE NEIVA. EN LAS TARDES A SHARON RIOS LEIVA, LA CUIDA UNA SEÑORA LOS LUNES MIERCOLES Y VIERNES. POR LAS TARDES DUERME. SALEN A CAMINAR LOS MARTES O JUEVES PARA HACER EJERCICIO FISICO. A VECES VAN A UN CENTRO COMERCIAL. VA A LAS TERAPIAS DE FONOAUDIOLOGIA Y TERAPIA OCUPACIONAL CON EL SEÑOR JAIRO ALVIRA LOS DIAS LUNES MIERCOLES Y VIERNES A LAS 10 A 11 A.M. EN FIDISOHOME, PERO LA MADRE CONSIDERA QUE NO HA PROGRESADO. EL HERMANO LA VISITA 4 VECES A LA SEMANA Y ADEMAS ACUDEN A LA IGLESIA CRISTIANA LOS DOMINGOS.
--	--

	INFORME DE VALORACIÓN DE APOYOS	Código: SQ-F01
		Versión: 03
		Vigencia desde: 20/01/2016

14

	SE DEJA CONSTANCIA, QUE LA SEÑORITA SHARON RIOS LEIVA AL MOMENTO DE BRINDAR CONTESTACIÓN, A LAS MENCIONADAS PREGUNTAS, SE ENCONTRÓ QUE ES TRANQUILA, TIMIDA PERO NO LAS COMPRENDE. ALIMENTACION: DEPENDIENTE. ASEO E HIGIENE PERSONAL: DEPENDIENTE. DESPLAZAMIENTOS FUERA DEL LUGAR DE RESIDENCIA: DEPENDIENTE. EN LA VISITA Y ENTREVISTA EFECTUADA AL SITIO DE LA RESIDENCIA DE LA SEÑORITA SHARON RIOS LEIVA, SE EVIDENCIO FAMILIARIDAD Y CONFIANZA CON SU MADRE Y HERMANO. EN RESUMEN, LA PROFESIONAL ADSCRITA A ESTA REGIONAL INDICA LO SIGUIENTE: 1.- EL GRUPO FAMILIAR SHARON RIOS LEIVA, TIENE CONOCIMIENTO DE LA SOLICITUD DEL PROCESO DE ADJUDICACION DE APOYO A FAVOR DE ELLA, EL CUAL ES TRAMITADO POR EL JUZGADO 1 DE FAMILIA DE NEIVA. 2.- SE CONFIRMA QUE LA INFORMACION SUMINISTRADA POR LESLIE LEIVA ROMERO, DE LAS CONDICIONES DE SALUD Y FLIAR DE SHARON RIOS LEIVA, LAS CUALES, CORRESPONDEN A LA REALIDAD. TAL COMO YA SE SEÑALO EN EL PRESENTE INFORME, EN LA VISITA Y ENTREVISTA A SU GRUPO FAMILIAR, SE PUDO CONSTATAR POR PARTE DE LA FUNCIONARIA DE LA DEFENSORA DEL PUEBLO QUE EN EL REGISTRO MEDICO DADO POR LOS PROFESIONALES DE LA SALUD, LA USUARIA FUE DIAGNOSTICADA CON ESQUIZOFRENIA PARANOIDE, SEGÚN LO SEÑALADO EN SU HISTORIA CLINICA Y CERTIFICACION MEDICA RESPECTIVA. SE EVALUO MEDIANTE VISITA DOMICILIARIA Y ENTREVISTA A SUS FAMILIARES QUE EXISTEN VINCULOS AFECTIVOS SANOS Y APOYO CONSTANTE, FRATERNIDAD, Y
--	--

	INFORME DE VALORACIÓN DE APOYOS	Código: SQ-F01
		Versión: 03
		Vigencia desde: 20/01/2016

15

	DSIPOSICION DE AYUDAR A LA SEÑORITA SHARON RIOS LEIVA. <u>INDIVIDUALIZACION DEL APOYO PARA EL EJERCICIO DE LA CAPACIDAD JURIDICA DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD</u> A LA MADRE Y HERMANO PRESENTES SE LES EXPLICO EL ACTUAL PROCESO DE VALORACIÓN DE APOYO JUDICIAL EN EL MARCO DE LA LEY 1996 ADELANTADO EN RELACION A LA SEÑORA SHARON RIOS LEIVA. <u>Actividad laboral y tiempo libre.</u> VAN A RIVERA AL PUEBLO Y DONDE UN AMIGA CON CASA DE CAMPO. LOS DOMINGOS A LA IGLESIA
¿Qué ACCIONES SE LLEVARON A CABO PARA ESTABLECER QUE NO PUEDE EXPRESAR SU VOLUNTAD O PREFERENCIAS POR CUALQUIER MODO, MEDIO O FORMATO?	N/A
LA PERSONA CON DISCAPACIDAD SE ENCUENTRA O NO "IMPOSIBILITADA PARA EJERCER SU CAPACIDAD JURIDICA Y ESTO CONLLEVE A LA VULNERACION O AMENAZA DE SUS DERECHOS POR PARTE DE UN TERCERO" COMO LO ORDENA EL ARTICULO 13 DE LA LEY 1996 DEL 2019	SI ____ NO __X__
¿POR QUE ESTA IMPOSIBILITADA PARA EJERCER SU CAPACIDAD JURIDICA?	TAL COMO YA SE SEÑALO EN EL PRESENTE INFORME, EN LA REVISION DE LA DOCUMENTACION CLINICA, LA VISITA Y ENTREVISTAS A SU GRUPO FAMILIAR, SE PUDO CONSTATAR POR PARTE DE LA FUNCIONARIA DE LA DEFENSORIA DEL PUEBLO QUE EL DIGNOSTICO MEDICO DADO POR LOS PROFESIONALES ES DE ESQUIZOFRENIA

	INFORME DE VALORACIÓN DE APOYOS	Código: SQ-F01
		Versión: 03
		Vigencia desde: 20/01/2016

16

	PARANOIDE, QUE LE LIMITA EL DESARROLLO DE SUS CAPACIDADES FISICAS Y MENTALES, YA QUE NO PUEDE EXPRESARSE DE MANERA CLARA NI PUEDE MANIFESTAR DE MANERA OBJETIVA SU VOLUNTAD.
¿CUÁL ES LA POSIBLE AMENAZA A SUS DERECHOS?	N/A

3.- INFORME GENERAL DEL PROYECTO DE VIDA O MEJOR INTERPRETACIÓN DE LA VOLUNTAD Y LAS PREFERENCIAS DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD

3.1 EN CASO DE QUE SEA POSIBLE ENTABLAR UNA COMUNICACIÓN DIRECTA CON LA PERSONA EN SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD

INFORME GENERAL DEL PROYECTO DE VIDA	
ÁMBITO	PRINCIPALES DECISIONES Y LOGROS - LA SEÑORITA SHARON RIOS LEIVA, FUE DIAGNOSTICADA COMO PACIENTE CON ESQUIZOFRENIA PARANOIDE CONDICIÓN SEÑALADA EN LA HISTORIA CLÍNICA Y CERTIFICACIONES MEDICAS RESPECTIVAS. - ACTUALMENTE SE ADELANTA REVISION DE PROCESO DE ADJUDICACIÓN DE APOYO JUDICIAL EN EL MARCO DE LA LEY 1996/2019, ANTE EL JUZGADO PRIMERO DE FAMILIA DEL CIRCUITO DE NEIVA, SIENDO RESPONSABLE DIRECTA DEL CUIDADO Y TENENCIA DE LA CITADA A SU MADRE LESLIE LEIVA ROMERO.

	INFORME DE VALORACIÓN DE APOYOS	Código: SQ-F01
		Versión: 03
		Vigencia desde: 20/01/2016

17

	PRINCIPALES DESEOS Y PROYECTOS EN EL FUTURO N/A
--	---

3.2 EN CASO DE QUE NO SEA POSIBLE ENTABLAR UNA COMUNICACIÓN DIRECTA CON LA PERSONA CON DISCAPACIDAD: N/A

INFORME GENERAL DE LA MEJOR INTERPRETACIÓN DE LA VOLUNTAD Y DE LAS PREFERENCIAS DE LA PERSONA.

¿POR QUÉ SE OPTO POR ESTE INFORME? ¿PORQUÉ NO FUE POSIBLE ENTABLAR UNA COMUNICACIÓN DIRECTA CON LA PERSONA CON DISCAPACIDAD?

EN ENTREVISTA Y VISITA AL SITIO DE RESIDENCIA DE SHARON RIOS LEIVA SE PUDO EVIDENCIAR QUE ACTUALMENTE NO PUEDE EXPRESAR DE MANERA CLARA Y OBJETIVA SU VOLUNTAD.

ÁMBITO	PRINCIPALES DECISIONES Y PREFERENCIAS PREVIAS CONSEQUENTE A LO EVIDENCIADO EN LA VISITA Y ENTREVISTAS Y A LO INFORMADO POR FAMILIARES CERCANOS DE LA PERSONA EN CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD, SE PUEDE CONCLUIR QUE LA SEÑORITA SHARON RIOS LEIVA, PERSONA EN SITUACION DE DISCAPACIDAD NO PUEDE TOMAR SUS PROPIAS DECISIONES.
	POSIBLES DESEOS Y DECISIONES FUTURAS: N/A
ÁMBITO	ASPECTOS NO CLAROS PARA LA RED DE APOYO N/A

	INFORME DE VALORACIÓN DE APOYOS	Código: SQ-F01
		Versión: 03
		Vigencia desde: 20/01/2016

18

CONTEXTO FAMILIAR Y SOCIO-CULTURAL.	<u>Contexto Familiar:</u>
	LA CONFORMACIÓN DEL GRUPO FAMILIAR DE LA SEÑORITA SHARON RIOS LEIVA, SE MENCIONÓ EN EL PUNTO ENTREVISTAS A LA POSIBLE RED DE APOYO Y NÚCLEO FAMILIAR, SE EVALUO MEDIANTE VISITA DOMICILIARIA, ENTREVISTAS Y OBSERVACION DIRECTA DE LAS INTERACCIONES ENTRE LOS MIEMBROS. REFLEJAN VINCULOS AFECTIVOS SANOS Y APOYO CONSTANTE, FRATERNIDAD, DSIPOSIVION DE AYUDA A LA PERSONA EN SITUACION DE DISCAPACIDAD. <u>INDIVIDUALIZACION DEL APOYO PARA EL EJERCICIO DE LA CAPACIDAD JURIDICA DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD</u> AL HERMANO DE SHARON RIOS LEIVA, SE LE REALIZAN LAS SIGUIENTES PREGUNTAS: ¿USTED CONOCE DEL ACTUAL PROCESO DE VALORACIÓN DE APOYO JUDICIAL EN EL MARCO DE LA LEY 1996 ADELANTADO POR SU MADRE LESLIE LEIVA ROMERO, REFERENTE A LA RED DE APOYO JUDICIAL DE HERMANA SHARON RIOS LEIVA, DADA SU CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD? RESPUESTA : SI ¿CONSIDERA USTED QUE SU MADRE LESLIE LEIVA ROMERO ES LA PERSONA MÁS INDICADA RESPECTO A SER NOMBRADA COMO APOYO JUDICIAL DE SU HERMANA SHARON RIOS LEIVA? RESPUESTA: SI EXISTE ALGUNA OPOSICIÓN RESPECTO A ESTA PRETENSIÓN? RESPUESTA: EL HERMANO REFIRIO ESTAR DE ACUERDO Y SEÑALO QUE SU MADRE, ES LA PERSONA MÁS INDICADA COMO APOYO JUDICIAL DE SHARON RIOS, DADO QUE ES QUIEN SIEMPRE HA VELADO POR SU CUIDADO Y MANUTENCIÓN DE LA MISMA.

	INFORME DE VALORACIÓN DE APOYOS	Código: SQ-F01
		Versión: 03
		Vigencia desde: 20/01/2016

19

	AL REALIZAR UN BALANCE DE TODA LA ENTREVISTA, SE ESTABLECE QUE HAY MUY BUEN CONCEPTO DEL GRUPO FAMILIAR (HERMANO) RESPECTO AL CUIDADO DE SU HERMANA SHARON RIOS LEIVA, DADA SU ACTUAL CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD
	<u>Actividad laboral y tiempo libre.</u> . DADA SU CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD FÍSICA Y MENTAL, NO SE EVIDENCIA ALGUNA ACTIVIDAD LABORAL.

	INFORME DE VALORACIÓN DE APOYOS	Código: SQ-F01
		Versión: 03
		Vigencia desde: 20/01/2016

20

4.- DECISIONES O POSIBLES ACTOS JURÍDICOS QUE REQUIEREN O QUE SE SUGIEREN DEBEN SER FORMALIZADOS A TRAVÉS DE SENTENCIA JUDICIAL

ÁMBITO	DECISIÓN O ACTO JURÍDICO QUE SE REQUIERE	TIPO DE APOYO	PERSONA DE APOYO	PERSONA QUE NO DEBE PROVEER EL APOYO
		Facilitar la comprensión de los actos jurídicos y sus consecuencias por parte de la persona con discapacidad.	LESLIE LEIVA ROMERO	N/A
		Facilitar la manifestación de la voluntad y las preferencias por parte de la persona con discapacidad.	LESLIE LEIVA ROMERO	N/A
		Representar a la persona en determinados actos cuando ella o cuando el juez así lo decidan.	LESLIE LEIVA ROMERO	N/A
		Interpretar la voluntad y las preferencias cuando la persona no pueda manifestar su voluntad.	LESLIE LEIVA ROMERO	N/A
		Honrar y hacer valer la voluntad de la persona en decisiones establecidas en directivas anticipadas.	LESLIE LEIVA ROMERO	N/A
		Otro. ¿Cuál?: Administrar sus recursos pensionales, sus bienes y representarla en temas de índole contractual y judicial.	LESLIE LEIVA ROMERO	N/A

	INFORME DE VALORACIÓN DE APOYOS	Código: SQ-F01
		Versión: 03
		Vigencia desde: 20/01/2016

21

5.- SUGERENCIAS DE AJUSTES RAZONABLES

AJUSTES RAZONABLES

SEGÚN MANIFESTACION DE LA SEÑORA LESLIE LEIVA ROMERO, LA PERSONA EN SITUACION DE DISCAPACIDAD NO PUEDE MANIFIESTAR SU VOLUNTAD Y DESARROLLAR SU VIDA DE MANERA AUTONOMA.

6.-SUGERENCIAS PARA PROMOVER LA AUTONOMIA Y LA TOMA DE DECISIONES DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD.

SITUACIÓN ACTUAL DE LA AUTONOMÍA EN LA TOMA DE DECISIONES

N/A

MEDIDAS QUE DEBE TOMAR LA PERSONA PARA PROMOVER SU AUTONOMÍA EN LA TOMA DE DECISIONES

N/A

MEDIDAS QUE DEBE TOMAR LA FAMILIA O LA RED DE APOYO PARA PROMOVEER AL AUTONOMIA EN LA TOMA DE DECISIONES DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD

N/A

7.-DIFICULTADES Y OBSERVACIONES ENCONTRADAS

DIFICULTADES Y OBSERVACIONES

NO SE ENCONTRARON DIFICULTADES O DECISIONES INADECUADAS EN EL CONTEXTO FAMILIAR QUE PUEDAN AFECTAR EL BIENESTAR INTEGRAL DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD.

8.-VERSIÓN DE FÁCIL LECTURA DEL INFORME

TÍTULO / SUBTÍTULO

JUSTIFICACION RED DE APOYO EN EL MARCO DE LA LEY 1996/2019.

	INFORME DE VALORACIÓN DE APOYOS	Código: SQ-F01
		Versión: 03
		Vigencia desde: 20/01/2016

22

PERSONA EN CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD FÍSICA Y COGNITIVA

IDEA: LA SRA SHARON RIOS LEIVA ESTÁ DIAGNOSTICADA COMO PACIENTE CON ESQUIZOFRENIA PARANOIDE, SEÑALADO EN LA HISTORIA CLÍNICA Y CERTIFICACIÓN MEDICA RESPECTIVA.

TIENE UN ESTADO DE DISCAPACIDAD MENTAL DE ORIGEN ORGANICO-GENETICO CON LIMITACION TOTAL Y DE POR VIDA PARA SU AUTOCUIDADO, SOSTENIMIENTO ECONOMICO Y AUTOPROTECCION, REQUIERIENDO CUIDADOR QUE CONVIVA CON ELLA DE FORMA PERMANENTE.

REQUIERE DE APOYO PARA RESOLUCION DE PROBLEMAS O RESPUESTAS A PREGUNTAS COTIDIANAS DE TIEMPO Y LUGAR, PARA REALIZAR ACTIVIDADES DE PROCESOS MENTALES SUPERIORES. REQUIERE MUCHO TIEMPO PARA EFECTUAR ALGUNA TAREA Y REQUIERE APOYO PARA RESPONDER PREGUNTAS DE LENGUAJE COMPRENSIVO.

NO DISPONE DE LA CAPACIDAD COGNITIVA REQUERIDA, NI HABILIDAD PARA PODER EXPRESAR DE MANERA OBJETIVA SU VOLUNTAD Y TOMA DE DECISIONES.



FORMULA MEDICA



Sede: NEIVA ESPECIALISTAS

Fecha de Atención: 20/10/2022

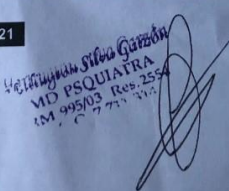
Paciente: SHARON RIOS LEIVA	ID: 1075285187	NIT: 900.156.264-2
Contrato: SUBS-INST DE DIAGNOS MEDI IDIME SA NEIVA	Plan: SUBSIDIADO	Semanas: 0
Tipo de Usuario: BENEFICIARIO	Sede Afiliado: IDIME IDIME SEDE NEIVA CENTRO	Rango: 1
Solicitada por: HERLINGTON SILVA GARZON	Dx: F200 - ESQUIZOFRENIA PARANOIDE	

Codigo	Medicamento / Presentación	Via	Dosificación	Dias	# Dosis	Cant Presen.	Indicaciones
603820	OLANZAPINA 5 MG (TABLETA ORODISPERSABLE) (H) TABLETA	ORAL	2 Tableta cada 24 Horas	30	30	60	2 tabletas/dia

Profesional: HERLINGTON SILVA GARZON - RM No. 41995 / 2003 - Firmado Electrónicamente.

Datos de impresión - Fecha: 20/10/2022 - Hora: 10:11 AM -

POSTFECHADO - Válida apartir del 2022-11-21



MD PSQUIATRA
RM 99503 Res. 2554

Nombre: _____

Cédula: _____

Teléfono: _____

Fecha: _____

IPS EXCLUSIVA PS-F23-V1

	INFORME DE VALORACIÓN DE APOYOS	Código: SQ-F01
		Versión: 03
		Vigencia desde: 20/01/2016

FORMULA MEDICA

nueva
eps
gente cuidando gente

Sede: IDIME IDIME SEDE NEIVA CENTRO

Paciente: SHARON RIOS LEIVA ID: 1075285187
 Contrato: SUBS-INST DE DIAGNOS MEDI IDIME SA NEIVA Plan: SUBSIDIADO
 Tipo de Usuario: BENEFICIARIO Sede Afiliado: IDIME IDIME SEDE NEIVA CENTRO
 Solicitada por: Gustavo Adolfo Cedeño Chacon Dx: F259 - TRASTORNO ESQUIZOAFECTIVO, NO ESPECIFICADO

Fecha de Atención: 15/03/2023
 Semanas: 0
 Rango: 1

Codigo	Medicamento / Presentación	Via	Dosificación	Dias	# Dosis	Cant Presen.	Indicaciones
603907	LACTULOSA 667MG/ML EQ.A 3335MG(3.335G)/5ML (SUSPENSION ORAL SOBRE*15ML) -(H) SOBRE*15ML	ORAL	1 Sobre cada 12 Horas	20	40	40	Diluir un sobre en un vaso de agua o jugo

Profesional: Gustavo Adolfo Cedeño Chacon - RM No. 1075263226 - Firmado Electrónicamente.

Datos de impresión - Fecha: 15/03/2023 - Hora: 19:50 PM -

SOLICITUD DE MEDICAMENTOS

nueva
eps
gente cuidando gente

SEDE: IDIME IDIME SEDE NEIVA CENTRO - Contratista de NUEVA EPS

Orden Nro. 7023752214

Paciente: SHARON RIOS LEIVA ID: 1075285187
 Contrato: SUBS-INST DE DIAGNOS MEDI IDIME SA NEIVA
 Dirección: CL 48A2WA
 Solicitado Por: Gustavo Adolfo Cedeño Chacon
 Expedida a: FARMACIA

Edad: 28 Años
 Plan: SUBSIDIADO
 Teléfono: 3132712888 / 3132712888
 Diagnóstico: F259 - TRASTORNO ESQUIZOAFECTIVO, NO ESPECIFICADO
 Dirección: FARMACIA

Tipo Usuario: BENEFICIARIO
 Sede Afiliado: IDIME IDIME SEDE NEIVA CENTRO

Semanas: 0
 Rango: 1

Codigo	Medicamentos	Dosificación	# Dosis	Cant. Pres.	Indicaciones	Tarifa
603907	LACTULOSA 667MG/ML EQ.A 3335MG(3.335G)/5ML (SUSPENSION ORAL SOBRE*15ML) -(H) // SOBRE*15ML	1 Sobre cada 12 Horas	40	40	Diluir un sobre en un vaso de agua o jugo	PACTADA
(MD014605)						
TOTAL						PACTADA

Cobrar COPAGO o CUOTA MODERADORA POR VALOR DE : \$ 0

Firmado Electrónicamente Por
Gustavo Adolfo Cedeño Chacon
 Registro Medico: 1075263226

NOTAS:

Fecha Ordenamiento: 2023-03-15 19:50:32 Desde: 2023-03-15 - Hasta: 2023-04-14
 Validez de la Orden: 30 Dias
 Estos servicios se deben facturar a: SUBS-INST DE DIAGNOS MEDI IDIME SA NEIVA
 Este afiliado, esta orden médica no requiere ningún trámite. Puede acceder a su servicio o medicamento directamente en la IPS o farmacia asignada.

Firma del Usuario

* 7 0 2 3 7 5 2 2 1 4 *

ORDEN 7023752214 - MEDICAMENTOS - 2023-03-15 19:50:32 - PAGINA 1 DE 1

		Código: SQ-F01
		Versión: 03
	INFORME DE VALORACIÓN DE APOYOS	Vigencia desde: 20/01/2016

REGISTROS FOTOGRÁFICOS



	INFORME DE VALORACIÓN DE APOYOS	Código: SQ-F01
		Versión: 03
		Vigencia desde: 20/01/2016



	INFORME DE VALORACIÓN DE APOYOS	Código: SQ-F01
		Versión: 03
		Vigencia desde: 20/01/2016

	INFORME DE VALORACIÓN DE APOYOS	Código: SQ-F01
		Versión: 03
		Vigencia desde: 20/01/2016

	INFORME DE VALORACIÓN DE APOYOS	Código: SQ-F01
		Versión: 03
		Vigencia desde: 20/01/2016