|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **AVISO DE PRIVACIDAD**  La Universidad de Santander, se permite informar a todos los interesados que, en cumplimiento de nuestra Política de Protección de Datos Personales, la información personal que obtengamos en virtud de las operaciones que usted solicite o celebre con nosotros, serán tratados conforme a los principios y deberes definidos en la Ley 1581 del 2012 y demás normas que traten y regulen esta materia.  Todos los datos suministrados por los usuarios voluntaria y libremente se encuentran incorporados en nuestras bases de datos y tienen por finalidad ser usados y tratados por la Universidad de Santander para el correcto y natural ejercicio de sus actividades de formación, administrativas, financieras, ofrecimiento de nuevos servicios.  Se recuerda a los usuarios que podrán ejercer los derechos a conocer, actualizar, rectificar y suprimir los datos personales que se encuentran en nuestros archivos, en cualquier momento y sin ningún costo, previa acreditación de su identidad.  En caso de tener reclamaciones y/o consultas, puede remitirlas al correo electrónico: [habeasdata@udes.edu.co](mailto:habeasdata@udes.edu.co) y/o a través del número telefónico 607 651 65 00 extensión 1653.  **POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES**  Informamos a los titulares de los datos personales que podrán consultar nuestra Política de tratamiento de datos personales, en nuestro sitio web [www.udes.edu.co](http://www.udes.edu.co).  Consiento y autorizo de manera expresa e inequívoca que mis datos personales sean tratados conforme a lo previsto en el presente documento." **SI** \_\_\_\_\_ **NO**\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | |
| **Datos generales** | | | | | | | | | | |
| **Fecha del acta** | DD/MM/AAAA | | | **Acta No.** | |  | | | | |
| **Asistencia presencial** |  | **Asistencia Virtual** | | |  | | | **Asistencia Mixta** | |  |
|  | | | | | | | | | | |
| **Cód. Registro solicitud de Conciliación** | | | **C0-** | | | | **Fecha solicitud** | | DD/MM/AAAA | |
| **Titular acto jurídico** | **Nombre completo**  **Tipo y número de identificación y lugar de expedición**  **Fecha de nacimiento**  **Estado civil**  **Dirección**  **Teléfono de contacto**  **Correo electrónico**  **(Si son más personas de titular acto jurídico, por favor incluirlas).** | | | | | | | | | |
| **Persona(s) de apoyo** | **Nombre completo**  **Tipo y número de identificación y lugar de expedición**  **Fecha de nacimiento**  **Estado civil**  **Dirección**  **Teléfono de contacto**  **Correo electrónico**  **(Si son más personas de titular acto jurídico, por favor incluirlas).** | | | | | | | | | |
| **Motivo o asunto del acuerdo de apoyo** |  | | | | | | | | | |
| **DETALLE DEL ACUERDO DE APOYO** | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |

En la ciudad de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ siendo los DD/MM/AA en las instalaciones del Centro de Conciliación UDES (Insertar dirección sede / ubicación que haya correspondido por las circunstancias particulares de la solicitud) se da inicio a la diligencia programada para el día de hoy a las hh:mm a.m. / p.m. en presencia del(la) conciliador(a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_identificado con C.C \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ y código de estudiante \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , designado(a) como Conciliador/a para tramitar la solicitud de acuerdo de apoyo instaurada por el(la) usuario(a)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ identificado(a) con (mencionar el tipo de documento de identidad) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ expedida en la fecha y municipio \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nacida en la fecha \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (En caso de haberse requerido) por medio del  mecanismo de comunicación aumentativa o alternativa que se ajuste para el acceso a la información quien desea designar como persona de apoyo según lo requerido en el art. 9 de la ley 1996 de 2019:

**PERSONA DE APOYO NÚMERO UNO:** (**en caso de ser personal natural) :**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ identificada/o con c.c. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ expedida en la fecha y municipio \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nacida en la fecha \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, domiciliado en la ciudad de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ quién podrá ser notificado en las direcciones de correo electrónico\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ y línea telefónica \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; localizado en la dirección (nomenclatura, barrio, ciudad).

**PERSONA DE APOYO NÚMERO DOS: (en caso de ser persona jurídica):** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ identificada/o con NIT \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ domiciliado en el municipio/ ciudad de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ y quién podrá ser notificado en las direcciones de correo electrónico\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ que se encuentran inscritas en el certificado de existencia y representación legal registrado en la Cámara de Comercio del círculo registral de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ y línea telefónica \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; localizado en la dirección (nomenclatura, barrio, ciudad), con número de registro mercantil \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**DEL REPRESENTANTE LEGAL DE ESTA PERSONA JURÍDICA:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ identificada/o con c.c. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ expedida en la fecha y municipio \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nacida en la fecha \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, domiciliado en la ciudad de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ quién podrá ser notificado en las direcciones de correo electrónico\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ y línea telefónica \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; localizado en la dirección (nomenclatura, barrio, ciudad), quién se encuentra registrado como tal en el CERL aportado en la documentación del presente trámite.

**PROFESIONAL INTERDISCIPLINARIO DE APOYO (en caso de haberse requerido) : (Médico / psicólogo/ fonoaudiólogo/ etc.) :** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ identificada/o con c.c. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ expedida en la fecha y municipio \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nacida en la fecha \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, domiciliado en la ciudad de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ quién podrá ser notificado en las direcciones de correo electrónico\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ y línea telefónica \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; localizado en la dirección (nomenclatura, barrio, ciudad), quién se encuentra registrado como tal en el \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ aportado en la documentación del presente trámite.

**ANTECEDENTES**

1. **RESULTADO DE CELEBRACIÓN DE ENTREVISTA PRIVADA A LAS PARTES PREVIA A ESTA DILIGENCIA (Art. 2.2.4.5.2.3 decreto regulador 1419 de 2020) :** Se encontró en la entrevista privada previa a la realización de esta audiencia celebrada en fecha \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ lugar \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, que la persona solicitante manifiesta de manera clara, expresa e inequívoca su voluntad de designar como persona de apoyo a la persona quién aspiró en la solicitud a ser dicho soporte; y que no se percibió por parte del/ la conciliadora encargada conflictos de interés entre la persona que aspira a ser apoyo en los actos jurídicos requeridos por el titular y el usuario solicitante; y tampoco se percibió alguna situación de   violencia, error, engaño o manipulación; según lo estipulado en el art. 2.2.4.53 Decreto regulado 1419 de 2020).
2. **NOTIFICACIONES:** Se elaboraron y remitieron las citaciones mediante ( manera física, correo electrónico) para \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ en calidad del titular del acto jurídico con número de guía de envío No. \_\_\_\_\_\_\_de la empresa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Resultado\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_: y para \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_en calidad de persona de apoyo, con número de guía de envío No. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de la empresa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; Resultado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**DE LA CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD DEL / LA SOLICITANTE**

Se acredita que el estado de discapacidad de la solicitante\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, sin embargo, su función cognitiva se ha preservado de acuerdo con la historia clínica que se aporta y la indagación de rigor en la entrevista realizada. Dadas sus circunstancias de salud actuales

requiere permanentemente la necesidad apoyo que le facilite el ejercicio de su capacidad

jurídica. Para este efecto, se adjunta fragmento de la historia clínica como paciente de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ desde la fecha de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, y que da a conocer de manera libre su condición de salud (Anexo 1, se extrajo de la solicitud allegada por el/la solicitante; historia clínica).

**VALORACIÓN DE LA NECESIDAD DE ACUERDO DE APOYO**

En este orden de ideas, de la documentación allegada como prueba y las entrevistas realizadas tanto al usuario que acude a esta figura jurídica, como a las personas ratificadas y solicitadas en calidad de apoyo, se acredita la siguiente situación de salud principal (diagnóstico) que afecta sustancialmente la cotidianidad del titular solicitante: (descripción pormenorizada circunstancias particulares del solicitante y los actos jurídicos en los cuales el usuario solicita acompañamiento de la persona o personas de acuerdos de apoyo).

**DESCRIPCIÓN DE LOS ACTOS QUE EL TITULAR SOLICITA PERSONA DE APOYO:**

**PRIMERO:**

**SEGUNDO:**

**TERCERO:**

**CUARTO:**

**DE LAS SALVAGUARDAS ACORDADAS POR LAS PARTES**

De acuerdo con lo dispuesto en el art. 5º de la Ley 1996 de 2019, numeral primero y subsiguientes, las partes acuerdan de manera libre y espontánea imponer las siguientes salvaguardas para el efectivo cumplimiento de la voluntad del titular de este acuerdo de apoyo:

**PRIMERO:** El necesario acompañamiento de la persona de apoyo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a EL / LA solicitante a **TODAS** las diligencias de salud, financieras, legales y/o demás trámites que requieran de su presencia

**SEGUNDO:** Si alguno de los actos jurídicos que realizare la persona o personas de apoyo, previaconsulta y discusión con la titular y el resto de su núcleo familiar (esposo e hijos)involucran bienes sujetos a registro, DEBERÁ contarse con una anotación de que el acto en cuestión fue realizado bajo los parámetros de este nuevo Acuerdo de Apoyo.

# TERCERO: DEL TÉRMINO DE DURACIÓN DEL ACUERDO DE APOYO Las partes se acogen al termino establecido por la ley 1996 de 2019 en su art. 18. “Ningún acuerdo de apoyo puede extenderse por un período superior a cinco (5) años, pasados los cuales se deberá agotar de nuevo alguno de los procedimientos previstos en la presente ley.” Es decir estos cinco (05) años se contarán a partir de la suscripción de este acuerdo de apoyo, en la fecha DD/MM/AA.

**CUARTO: DE LA CLÁUSULA REMISORIA A LA JURISDICCIÓN DE FAMILIA**:Las partes consideran necesario expresar que cualquiera de las personas de apoyo reconocidos en este acuerdo, acudirán a la jurisdicción de familia en caso de que \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_se encuentre imposibilitada de manera absoluta para ejercer su capacidad legal y se derive una situación que amenace sus derechos fundamentales, para PROMOVER ADJUDICACIÓN VÍA JUDICIAL

PARA LA TOMA DE APOYOS PROMOVIDA POR PERSONA DISTINTA AL TITULAR DEL ACTO JURÍDICO (Art. 38 y s.s. L.1996 de 2019). (y todas las demás salvaguardas que consideren las partes necesarias).

**QUINTO: MODIFICACIÓN ACUERDO DE APOYO:** El titular del acto jurídico y la persona de apoyo podrán modificar el acuerdo de apoyos, por consenso, mediante escritura pública o acta de conciliación, para cuyo efecto se agotará el mismo trámite establecido para su formalización, según establecido en el art. 2.2.4.5.2.6. del decreto 1429 de 2020

**SEXTO: TERMINACIÓN ACUERDO DE APOYO:** Además de las causales previstas por los parágrafos 10 y 20 del artículo 20 de la Ley 1996 de 2019, el acuerdo de apoyos podrá terminar por consenso de quienes participaron en su formalización o por decisión unilateral de cualquiera de las partes, según lo estipulado por el art. 2.2.4.5.2.5del decreto 1429 de 2020

En el caso que la terminación sea de manera consensuada entre ambas partes, se materializará esta terminación de la siguiente manera:

El titular del acto Jurídico y la persona de apoyo solicitarán ante cualquier Centro de Conciliación, que se formalice mediante acta su voluntad de dar por terminado el acuerdo.

En el caso que la terminación del acuerdo de apoyo sea de manera unilateral, se materializará la terminación según el siguiente procedimiento:

1. Si la terminación proviene de la persona titular del acto jurídico; éste podrá solicitar ante cualquier Centro de Conciliación, que se suscriba un acta en la que conste su voluntad. Esta decisión será comunicada por el conciliador a la persona de apoyo, a la dirección registrada en el acuerdo de apoyo.
2. Si la terminación proviene de la persona de apoyo, ésta comunicará su decisión a la persona titular del acto jurídico, consignando las circunstancias que fundamentan su determinación. Para ello se empleará el medio de comunicación establecido en el acuerdo de apoyos, y de esta actuación se presentará la correspondiente evidencia ante el conciliador.

**CONSTANCIA:** Una vez dado a conocer el contenido de esta acta a suscribir por parte del/la conciliadora a las partes de esta audiencia; (En caso de haberse requerido) por medio del  mecanismo de comunicación aumentativa o alternativa que se ajuste para el acceso a la información; y se deja constancia que la persona que solicitó y tramitó el apoyo actúa bajo la presunción de capacidad que la acompaña, según el art. 6 Ley 1996 de 2019, el/la suscrita conciliador/a certifica que en este Acuerdo modificatorio se plasman de manera fidedigna las preferencias de (titular acto jurídico acuerdo de apoyo), ya que considera a las personas que ha elegido como apoyo, parte de su red de apoyo y forman parte de sus relaciones interpersonales más confiables y cercanas.

Firman las partes en concordancia,

|  |  |
| --- | --- |
| **Solicitante**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Firma:**  **Nombre:**  **Cédula:** | **Persona de apoyo**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Firma:**  **Nombre:**  **Cédula:** |

(si aplica agregar firma de profesional de apoyo y/o Las necesarias EN CASO DE NO SABER LEER O ESCRIBIR, DEJAR CONSTANCIA, FIRMAR CON HUELLA DIGITAL)

|  |  |
| --- | --- |
| **Vto. Bo. Asesor (a)**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Firma:**  **Nombre:**  **Cédula:**  **T.P. N° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del C.S.J.** | **Conciliador**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Firma:**  **Nombre:**  **Cédula:** |

***Nota Aclaratoria:*** *Este formato es un modelo y/o referente, brindado por el Centro de conciliación de la universidad de Santander UDES a sus estudiantes Conciliadores para facilitar la elaboración de Acta de suscripción de acuerdos de apoyo, quien lo requiera lo complementará y/o modificará conforme a su consideración y norma vigente aplicable.*

**CONTROL DE CAMBIOS**

|  |  |
| --- | --- |
| **VERSIÓN**  00 | **DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO** |
| **FECHA DE APROBACIÓN.**  12/07/2024 | Versión de prueba |
| **RESPONSABLE**  Equipo facilitador CAF  Nydia Andrea Velandia Rey  Directora del centro de Conciliación Bucaramanga  Silvia Enith Serrato Cardozo  Directora del centro de Conciliación Valledupar  Lognis Cielo Peñaranda  Directora del centro de Conciliación Cúcuta  Gelmy Lorena Sánchez Baquero  Directora de Gestión Documental |