

 MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL FORMA DE CARACTERIZACIÓN CENTROS DE APOYO A LA INCLUSIÓN										PIELES PP Versión 1 Página 1 de 1	
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: Diciembre NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE DILIGENCIA: Katherine Sanchez NOL DEL PROFESIONAL QUE DILIGENCIA: Atención Itinerante										Clasificación de la Intervención: Clasificado	
PARTE I. CARACTERIZACIÓN DEL PARTICIPANTE											
1. INFORMACIÓN GENERAL SOBRE LA FORMA DE ATENCIÓN EN LA QUE PARTICIPA											
REGIONAL	Guaviare	CENTRO ZONAL	SJ6	MUNICIPIO	San José	URBANO / RURAL	Urbano	FORMA DE ATENCIÓN	Itinerante		
Nº CONTRATO (si aplica)	9500591025	OPERADOR (si aplica)		DIRECCIÓN					TELÉFONO		
NOMBRES Y APELLIDOS DEL COORDINADOR (si aplica)				CORREO ELECTRÓNICO				CELULAR			
2. INFORMACIÓN GENERAL FAMILIAR DE CONTACTO O CUIDADOR(A) PRINCIPAL											
NOMBRES Y APELLIDOS	Linda Mercedes Gaitan	TIPO IDENTIFICACIÓN	CC	NÚMERO DOCUMENTO	39455546	PARENTESCO	Abuela materna				
DIRECCIÓN	Calle 199 # 27 - 13 barrio Divino niño			TELÉFONO FIJO / CELULAR	3186571072	CORREO ELECTRÓNICO	No				
3. IDENTIFICACIÓN DE LA O EL PARTICIPANTE											
NOMBRES Y APELLIDOS	Jerónimo Timana	TIPO IDENTIFICACIÓN	RC	NÚMERO DOCUMENTO	1120454581	FECHA INGRESO A LA ATENCIÓN	02-11-2025				
FECHA DE NACIMIENTO	14-09-2021	PAÍS DE NACIMIENTO	Colombia	NACIONALIDAD	Colombiano	DEPARTAMENTO DE NACIMIENTO	Guaviare	MUNICIPIO DE NACIMIENTO	SJ6		
DEPARTAMENTO DONDE RESIDE	Guaviare	MUNICIPIO DONDE RESIDE	SJ6	ZONA	URBANO ☒ RURAL DESPERSO ☐ RURAL CENTRO POBLADO ☐	DIRECCIÓN DE LA VIVIENDA	Calle 199 # 27	BARRIO / VEREDA / CORREGIMIENTO	Divino niño		
EDAD	41 años	SEXO	Masculino	GÉNERO	Hombre	ORIENTACIÓN SEXUAL					
EMPRESA ADMINISTRADORA DE PLANES DE BENEFICIOS (EAPB)		DIAGNÓSTICO MÉDICO	Retardo en el desarrollo y posible autismo		CATEGORÍA DE DISCAPACIDAD	CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD	SI ☐ NO ☒	CATEGORÍA SISBEN (GRUPO)			
¿TIENE ALGUNA ENFERMEDAD A CONSIDERAR?	SI ☒ NO ☐	SI LA RESPUESTA ANTERIOR ES AFIRMATIVA, RELACIONAR CUAL ENFERMEDAD	Epilepsia		REQUIERE USO DE MEDICAMENTOS DE MANERA PERMANENTE	SI ☒ NO ☐	SI LA RESPUESTA ANTERIOR ES AFIRMATIVA, RELACIONAR CUALES MEDICAMENTOS	balpródico		CON QUE FRECUENCIA	DIARIO ☒ SEMANAL ☐ QUINCENAL ☐ MENSUAL ☐ NO APLICA ☐
SI LA PREGUNTA ANTERIOR LA OPCIÓN ES DIARIO, FAVOR SEÑALAR ¿CUANTAS VECES EN EL DIA SE SUMINISTRA LA DOSIS?	2	LUGAR DONDE LO ATIENDE EN CASO DE EMERGENCIA	Urgencia		TIENE CONDICIÓN DE MORANTE RETORNADO	SI ☐ NO ☒	SE RECONOCE COMO VÍCTIMA DEL CONFLICTO ARMADO	SI ☐ NO ☒	SI LA RESPUESTA ANTERIOR ES AFIRMATIVA, ¿CUAL FUE EL HECHO VICTIMIZANTE?		
PERTENENCIA ÉTNICA	SI ☐ NO ☒	SI LA RESPUESTA ANTERIOR ES AFIRMATIVA, RELACIONAR A CUAL COMUNIDAD PERTENECE			SE RECONOCE COMO CAMPESINO	SI ☐ NO ☒	CUENTA CON PARD ABIERTO	SI ☐ NO ☒	SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, RELACIONAR LA MEDIDA DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS EN LA QUE SE ENCUENTRA		
LA NIÑA, NIÑO O ADOLESCENTE CON DISCAPACIDAD PARTICIPA EN ALGUNA ATENCIÓN DEL ICAP?	SI ☒ NO ☐	SI LA RESPUESTA ANTERIOR ES AFIRMATIVA, RELACIONAR EN CUAL PARTICIPA	Somos familia y somos comunidad			LENGUA MATERNA O DE USO PREFERENTE	Castellano				
3.1 ALIMENTACIÓN											
CONSUME ALIMENTOS	SÓLIDOS ☒ SEMI SÓLIDOS ☒ LÍQUIDOS ☒ TODOS ☒	UTILIZA CUERTOS	SI ☒ NO ☐	¿CUAL(ES)?	Cuchara	¿CÓMO LOS USA?	bien	¿CUALES SON LOS ALIMENTOS PREFERIDOS?	huevos con atún		
¿CUALES SON LOS ALIMENTOS QUE PREFEREN NO COMER?	Arveja		¿TIENE ALGUNA RESTRICCIÓN ALIMENTARIA?	SI ☐ NO ☒	EN CASO QUE LA ANTERIOR RESPUESTA SEA AFIRMATIVA, MENCIONE LA RESTRICCIÓN ALIMENTARIA	¿CUALES SON LOS ALIMENTOS QUE NO TOLERA O LE GENERA ALERGIAS?					
¿HA TENIDO EN ALGUN MOMENTO SÍNDROME (ALIMENTACIÓN)?	SI ☐ NO ☒	NO ☒	A VECES ☐	NO APLICA ☐	OBSERVACIONES						
¿RASGA LOS ALIMENTOS?	SI ☐ NO ☒	NO ☒	A VECES ☒	NO APLICA ☐	OBSERVACIONES						
¿HA PRESENTADO ATORAMIENTO AL COMER?	SI ☐ NO ☒	NO ☒	A VECES ☐	NO APLICA ☐	OBSERVACIONES						
¿CUANDO SE ATORA, ¿TOME?	SI ☒ NO ☐	NO ☐	A VECES ☐	NO APLICA ☐	OBSERVACIONES						
¿MASTICA?	SI ☒ NO ☐	NO ☐	A VECES ☐	NO APLICA ☐	OBSERVACIONES						
¿TOMA LÍQUIDOS CON PTLLO?	SI ☐ NO ☒	NO ☒	A VECES ☐	NO APLICA ☐	OBSERVACIONES						
¿ES NECESARIO AMARLO(A) PARA QUE COMA?	SI ☐ NO ☒	NO ☒	A VECES ☐	NO APLICA ☐	OBSERVACIONES						
3.2. RELACIONES INTERPERSONALES (RELACIÓN CON LAS PERSONAS QUE LE RODEAN)											
¿QUÉNES SON LOS ADULTOS QUE MÁS QUIERE Y RECONOCE?		Abuela, tía, mamá y hermana.									
¿LA DÓNDE SALE USUALMENTE EL PARTICIPANTE? ¿CON QUE FRECUENCIA?		Al parque									
¿A QUE JUEGA? ¿CUAL(ES) JUEGO(S) LE GUSTA MÁS?		Juego con lo que encuentra y juguetes									
¿TIENE AMIGAS(OS) QUE COMPARTIR CON EL O ELLA?		Si									
¿TIENE ALGUN PASATIEMPO FAVORITO? ¿CUAL(ES) SON?		mirar TV									

¿CUÁLES SON LAS ACTIVIDADES FAMILIARES O SOCIALES QUE MÁS LE GUSTAN?	- Ir al parque
¿CUÁLES ACTIVIDADES FAMILIARES O SOCIALES NO LE GUSTAN?	- Estar con muchas personas
¿CÓMO SE COMUNICA?	- Señalando, orientando.
¿QUÉ HACE CUANDO NO LOIRA COMUNICAR?	- Grita.
¿CÓMO SABEN QUE ALGO LE GUSTA? ¿CÓMO LO COMUNICA?	- Sonríe
¿CÓMO SABEN QUE ALGO LE DISGUSTA? ¿CÓMO LO COMUNICA?	- Se enoja
¿QUÉN LE COMPRENDE LO QUE DICE O COMUNICA?	- Abuela, mamá.
¿FUERA DE LA FAMILIA O FIGURA MÁS CERCANA, LE COMPRENDE LO QUE DICE O COMUNICA?	- Karina, (amiga de la familia)
¿CÓMO SABEN QUE ESTÁ COMPRENDIENDO LO QUE LE DICEN O COMUNICAN?	- lo hace
¿QUÉ SITUACIONES LE INCOMODAN?	- El ruido, que no logre algo.
¿QUÉ SITUACIONES LE PRODUCEN MIEDO? ¿SABEN POR QUÉ?	- Algo de sorpresa, polvorci.
¿QUÉ SITUACIONES LE PRODUCEN TRANQUILIDAD Y CALMA? ¿SABEN POR QUÉ?	- Ver muñecas y jugar con basos que tengan agua.
¿CUÁL ES EL ENTORNO QUE MÁS FRECUENTAN? ¿CUÁL LE GUSTA MÁS? ¿CUÁL LE DISGUSTA?	- Entornos familiares
¿CUÁL ES EL ENTORNO QUE MENOS FRECUENTAN? ¿POR QUÉ?	- Donde haya mucha gente.
3.3. GUSTOS, INTERESES Y PLANES DE VIDA	
ARTES Y CULTURAS	- SI
COMUNICACIÓN Y NARRATIVAS	- NO
JUEGO	- SI
CIENCIAS, CONOCIMIENTO PROPIO Y TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN (TIC)	- NO
DEPORTES Y RECREACIÓN	- NO.
3.4. ACCESIBILIDAD Y SEGURIDAD	
CONCEPTO TÉCNICO DEL ÍTEM	
4. INFORMACIÓN SOBRE ENTORNOS DE PARTICIPACIÓN	
4.1. EDUCATIVO	
¿(B,6A) PARTICIPANTE SE ENCUENTRA MATRICULADO EN UN ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO?	SI ☒ NO ☐
EN CASO QUE SEA AFIRMATIVA LA RESPUESTA, EL ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO ES	PÚBLICO ☐ PRIVADO ☐
EN CASO QUE LA RESPUESTA SEA NEGATIVA, RELACIONE LAS RAZONES DE DESEROLUCACIÓN	No tiene la edad.
NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO	DIRECCIÓN DEL ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO
TELÉFONO DEL ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO	CORREO ELECTRÓNICO DEL ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO
¿CADA CUÁNTO ASISTE?	JORNADA EN LA QUE ASISTE
MAÑANA ☐ TARDE ☐ COMPLETA ☐ NOCTURNO ☐	GRADO O CURSO EN EL QUE SE ENCUENTRA
NOMBRES Y APELLIDOS DE LA PERSONA PARA ARTICULACIÓN DESDE ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO	
CARGO DE LA PERSONA PARA ARTICULACIÓN DESDE EL ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO	TELÉFONO DE LA PERSONA PARA ARTICULACIÓN DESDE EL ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO
CORREO ELECTRÓNICO DE LA PERSONA PARA ARTICULACIÓN DESDE EL ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO	
EXPECTATIVAS DE LA FAMILIA DEL PARTICIPANTE SOBRE SU PROCESO DE EDUCACIÓN INCLUSIVA	EL ESTADO DEL PROCESO DE EDUCACIÓN INCLUSIVA ES
EFFECTIVO ☐ ALERTA ☐	
EN CASO QUE SE HAYA SEÑALADO LA OPCIÓN "ALERTA", SEÑALE CUÁLES SON LAS BARRERAS IDENTIFICADAS	Ajustes razonables - pedagógicos ☐
Ajustes razonables - comunicación ☐	Discurso de apoyo ☐
Familiares ☐	Ajustes razonables - infraestructura ☐
Manejo(s) de aula ☐	Riesgo y decisiones ☐
Flexibilización curricular (PEI - PIA) ☐	Transporte ☐
Decomposición de otros estudiantes ☐	Decomposición de demás actores del entorno educativo ☐
Tiempo de participación ☐	Otros ☐
¿Cuales?	
INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA SOBRE EL ENTORNO EDUCATIVO	
¿(B,6A) PARTICIPANTE CUENTA CON ATENCIÓN EN REHABILITACIÓN O REHABILITACIÓN EN SALUD?	SI ☐ NO ☒
¿CADA CUÁNTO ASISTE?	
ENTIDAD DE SALUD DONDE RECIBE LA ATENCIÓN	
¿QUÉ TIPO DE ATENCIÓN RECIBE?	

¿(E)LA PARTICIPANTE REQUIERE TECNOLOGÍAS DE APOYO?	SI ☒ NO ☐	¿QUÉ TIPO DE TECNOLOGÍAS DE ASISTENCIA REQUIERE? (puede con una X)	Servicios ☐	¿Cuáles?	Sistemas ☐	¿Cuáles?	Aplicación de contenidos ☐	¿Cuáles?	Habilidades personal salud ☐	¿Cuáles?
¿QUÉ PRODUCTOS DE APOYO REQUIERE? (puede con una X)	Depositos ☒	¿Cuáles?		Software ☐	¿Cuáles?	Equipos ☐	¿Cuáles?		Instrumentos ☐	¿Cuáles?
INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA SOBRE EL ENTORNO SALUD										
No tiene certificado de discapacidad										
4.3. DEPORTES Y RECREACIÓN (COMUNITARIO Y ESPACIO PÚBLICO)										
¿LA NIÑA, EL NIÑO O EL ADOLESCENTE PARTICIPA EN ALGUNA PROGRAMACIÓN, ESTRATEGIA O SERVICIO EN RECREACIÓN Y DEPORTE?	SI ☐ NO ☒	EN CASO QUE LA RESPUESTA ANTERIOR SEA AFIRMATIVA, MENCIONE EL NOMBRE DE LA INSTANCIA, ORGANIZACIÓN O ASOCIACIÓN EN LA QUE PARTICIPA		¿CADA CUÁNTO PARTICIPA?		¿QUÉ TIPO DE ATENCIÓN RECIBE?				
¿(E)LA PARTICIPANTE REQUIERE TECNOLOGÍAS DE APOYO?	SI ☒ NO ☐	¿QUÉ TIPO DE TECNOLOGÍAS DE ASISTENCIA REQUIERE? (puede con una X)	Servicios ☐	¿Cuáles?	Sistemas ☐	¿Cuáles?	Aplicación de contenidos ☐	¿Cuáles?	Habilidades personal salud ☐	¿Cuáles?
¿QUÉ PRODUCTOS DE APOYO REQUIERE? (puede con una X)	Depositos ☐	¿Cuáles?		Software ☐	¿Cuáles?	Equipos ☐	¿Cuáles?		Instrumentos ☐	¿Cuáles?
INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA SOBRE EL ENTORNO COMUNITARIO (RECREACIÓN Y DEPORTE)										
No esta en nada de deporte.										
4.4. PARTICIPACIÓN POLÍTICA Y CIUDADANA (COMUNITARIO Y ESPACIO PÚBLICO)										
¿LA NIÑA, EL NIÑO O EL ADOLESCENTE PARTICIPA EN ALGUNA INSTANCIA, ASOCIACIÓN O ORGANIZACIÓN?	SI ☐ NO ☒	EN CASO QUE LA RESPUESTA ANTERIOR SEA AFIRMATIVA, MENCIONE EL NOMBRE DE LA INSTANCIA, ORGANIZACIÓN O ASOCIACIÓN EN LA QUE PARTICIPA		¿CADA CUÁNTO PARTICIPA?		¿CÓMO ES EL ROL QUE DESARROLLA EN ESE ESPACIO?				
¿(E)LA PARTICIPANTE REQUIERE TECNOLOGÍAS DE APOYO?	SI ☒ NO ☐	¿QUÉ TIPO DE TECNOLOGÍAS DE ASISTENCIA REQUIERE? (puede con una X)	Servicios ☐	¿Cuáles?	Sistemas ☐	¿Cuáles?	Aplicación de contenidos ☐	¿Cuáles?	Habilidades personal salud ☐	¿Cuáles?
¿QUÉ PRODUCTOS DE APOYO REQUIERE? (puede con una X)	Depositos ☐	¿Cuáles?		Software ☐	¿Cuáles?	Equipos ☐	¿Cuáles?		Instrumentos ☐	¿Cuáles?
INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA SOBRE EL ENTORNO COMUNITARIO (PARTICIPACIÓN Y CIUDADANÍA)										
No esta en nada										
4.5. FAMILIAR										
LA NIÑA, EL NIÑO O EL ADOLESCENTE TOMA DECISIONES PERSONALES EN LOS SIGUIENTES ASPECTOS:	VESTUARIO SI ☒ NO ☐	ALIMENTACIÓN SI ☒ NO ☐	SALIDAS PERSONALES SI ☒ NO ☐	RUTINAS SI ☒ NO ☐	OTROS SI ☒ NO ☐	¿CÓMO ES?				
¿LA NIÑA, EL NIÑO O EL ADOLESCENTE PARTICIPA EN LA TOMA DE DECISIONES FAMILIARES EN LOS SIGUIENTES ASPECTOS?	RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS SI ☒ NO ☐	ASPECTOS ECONÓMICOS SI ☒ NO ☐	ACTIVIDADES DE DIVERSIÓN O ESPLENDIMIENTO SI ☒ NO ☐	ORGANIZACIÓN DE ROL Y RESPONSABILIDADES SI ☒ NO ☐	OTROS SI ☒ NO ☐	¿CÓMO ES?				
¿(E)LA PARTICIPANTE REQUIERE DE ALGUNA PERSONA DE APOYO PARA LA TOMA DE DECISIONES?	SI ☒ NO ☐	EN CASO QUE LA RESPUESTA ANTERIOR SEA AFIRMATIVA, ¿CÓMO ES LA FRECUENCIA DE ESTE APOYO? (puede con una X)	Interventista ☐	Limitado ☐	Extremo ☐	Generalizado ☒				
INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA SOBRE EL ENTORNO FAMILIAR										
- Apoyo constante con la familia.										
4.6. VIRTUAL										
¿LA NIÑA, EL NIÑO O EL ADOLESCENTE INTERACTUA DE MANERA CONSTANTE EN EL ENTORNO VIRTUAL?	SI ☒ NO ☐	EN CASO QUE LA RESPUESTA ANTERIOR SEA AFIRMATIVA, ¿CADA CUÁNTO LO REALIZA?		¿QUÉ TIPO DE ACTIVIDAD REALIZA EN EL ENTORNO VIRTUAL?						
¿(E)LA PARTICIPANTE REQUIERE TECNOLOGÍAS DE APOYO?	SI ☒ NO ☐	¿QUÉ TIPO DE TECNOLOGÍAS DE ASISTENCIA REQUIERE? (puede con una X)	Servicios ☐	¿Cuáles?	Sistemas ☐	¿Cuáles?	Aplicación de contenidos ☐	¿Cuáles?	Habilidades personal salud ☐	¿Cuáles?
¿QUÉ PRODUCTOS DE APOYO REQUIERE? (puede con una X)	Depositos ☒	¿Cuáles?		Software ☐	¿Cuáles?	Equipos ☐	¿Cuáles?		Instrumentos ☐	¿Cuáles?
INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA SOBRE EL ENTORNO VIRTUAL										
No utilizacelular pero si TV.										

PARTE 4. PROVEDOR DE ATENCIÓN

5. ACTIVIDADES PARA LA AUTONOMÍA E INDEPENDENCIA

5.1. Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD)

ACTIVIDAD	NOMBRE PRODUCTO DE APOYO	FECHA	INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA SOBRE LAS ABVD		
			LIBRO PRODUCTO	ACOMPAÑAMIENTO	APORTO GRAL
Cuidar de sí mismo	Cuidarse solo si se requiere el producto para el desarrollo de la actividad		INTERMITENTE	INTERMITENTE	INTERMITENTE
			LIMITADO	LIMITADO	LIMITADO
			EXTENSO	EXTENSO	EXTENSO
			GENERALIZADO	GENERALIZADO	GENERALIZADO
			NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE
Alimentación	Cuidarse solo si se requiere el producto para el desarrollo de la actividad		No aplica	No aplica	No aplica
			INTERMITENTE	INTERMITENTE	INTERMITENTE
			LIMITADO	LIMITADO	LIMITADO
			EXTENSO	EXTENSO	EXTENSO
			GENERALIZADO	GENERALIZADO	GENERALIZADO
Vestimenta	Cuidarse solo si se requiere el producto para el desarrollo de la actividad		NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE
			INTERMITENTE	INTERMITENTE	INTERMITENTE
			LIMITADO	LIMITADO	LIMITADO
			EXTENSO	EXTENSO	EXTENSO
			GENERALIZADO	GENERALIZADO	GENERALIZADO
Higiene personal y baño	Cuidarse solo si se requiere el producto para el desarrollo de la actividad		NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE
			INTERMITENTE	INTERMITENTE	INTERMITENTE
			LIMITADO	LIMITADO	LIMITADO
			EXTENSO	EXTENSO	EXTENSO
			GENERALIZADO	GENERALIZADO	GENERALIZADO

5.2. Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD)

Actividades destinadas a la interacción con el medio					
ACTIVIDAD	NOMBRE PRODUCTO DE APOYO	FECHA	INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA SOBRE LAS AIVD		
			LIBRO PRODUCTO	ACOMPAÑAMIENTO	APORTO GRAL
Uso seguro de comunicación	Cuidarse solo si se requiere el producto para el desarrollo de la actividad		INTERMITENTE	INTERMITENTE	INTERMITENTE
			LIMITADO	LIMITADO	LIMITADO
			EXTENSO	EXTENSO	EXTENSO
			GENERALIZADO	GENERALIZADO	GENERALIZADO
			NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE
Uso de tecnologías (teléfono-computador)	Cuidarse solo si se requiere el producto para el desarrollo de la actividad		No aplica	No aplica	No aplica
			INTERMITENTE	INTERMITENTE	INTERMITENTE
			LIMITADO	LIMITADO	LIMITADO
			EXTENSO	EXTENSO	EXTENSO
			GENERALIZADO	GENERALIZADO	GENERALIZADO
Tareas básicas del hogar	Cuidarse solo si se requiere el producto para el desarrollo de la actividad		NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE
			INTERMITENTE	INTERMITENTE	INTERMITENTE
			LIMITADO	LIMITADO	LIMITADO
			EXTENSO	EXTENSO	EXTENSO
			GENERALIZADO	GENERALIZADO	GENERALIZADO
Manejo y uso del dinero	Cuidarse solo si se requiere el producto para el desarrollo de la actividad		NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE
			INTERMITENTE	INTERMITENTE	INTERMITENTE
			LIMITADO	LIMITADO	LIMITADO
			EXTENSO	EXTENSO	EXTENSO
			GENERALIZADO	GENERALIZADO	GENERALIZADO
Uso y manejo de medicinas	Cuidarse solo si se requiere el producto para el desarrollo de la actividad		No aplica	No aplica	No aplica
			INTERMITENTE	INTERMITENTE	INTERMITENTE
			LIMITADO	LIMITADO	LIMITADO
			EXTENSO	EXTENSO	EXTENSO
			GENERALIZADO	GENERALIZADO	GENERALIZADO
Entrenamiento: preparación de alimentos	Cuidarse solo si se requiere el producto para el desarrollo de la actividad		No aplica	No aplica	No aplica
			INTERMITENTE	INTERMITENTE	INTERMITENTE
			LIMITADO	LIMITADO	LIMITADO
			EXTENSO	EXTENSO	EXTENSO
			GENERALIZADO	GENERALIZADO	GENERALIZADO
Movilidad (uso de transporte público)	Cuidarse solo si se requiere el producto para el desarrollo de la actividad		No aplica	No aplica	No aplica
			INTERMITENTE	INTERMITENTE	INTERMITENTE
			LIMITADO	LIMITADO	LIMITADO
			EXTENSO	EXTENSO	EXTENSO
			GENERALIZADO	GENERALIZADO	GENERALIZADO

5.3. Habilidades comunicativas

Procesos que permiten la comunicación: hablar, escuchar, leer (se resalta en azul). También hace referencia al diálogo, la lectura, en la cual refuerza, refuerza y fortalece expresiones verbales de interacción y pensamiento.

PROCESO	NOMBRE PRODUCTO DE APOYO	FECHA	INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA SOBRE HABILIDADES COMUNICATIVAS		
			LIBRO PRODUCTO	ACOMPAÑAMIENTO	APORTO GRAL
Lenguaje receptivo	Cuidarse solo si se requiere el producto para el desarrollo de la actividad		INTERMITENTE	INTERMITENTE	INTERMITENTE
			LIMITADO	LIMITADO	LIMITADO
			EXTENSO	EXTENSO	EXTENSO
			GENERALIZADO	GENERALIZADO	GENERALIZADO
			NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE
Lenguaje expresivo	Cuidarse solo si se requiere el producto para el desarrollo de la actividad		INTERMITENTE	INTERMITENTE	INTERMITENTE
			LIMITADO	LIMITADO	LIMITADO
			EXTENSO	EXTENSO	EXTENSO
			GENERALIZADO	GENERALIZADO	GENERALIZADO
			NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE
Comunicación simbólica	Cuidarse solo si se requiere el producto para el desarrollo de la actividad		INTERMITENTE	INTERMITENTE	INTERMITENTE
			LIMITADO	LIMITADO	LIMITADO
			EXTENSO	EXTENSO	EXTENSO
			GENERALIZADO	GENERALIZADO	GENERALIZADO
			NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE

Comunicación programática		No aplica	No aplica	No aplica
Dependencia sobre el producto para el desarrollo de la actividad		INTERMITENTE	INTERMITENTE	INTERMITENTE
		LIMITADO	LIMITADO	LIMITADO
		EXTENSO	EXTENSO	EXTENSO
		GENERALIZADO	GENERALIZADO	GENERALIZADO
		NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE

8.4. Habilidades para la vida (personales, sociales y cognitivas)

Habilidades que le permiten construir mejores relaciones consigo mismo, con el otro y con el contexto que lo rodea, así como, que le permitan resolver situaciones o conflictos de manera autónoma e independiente

PROCESO	NOMBRE PRODUCTO DE APOYO	FECHA	INFO. PRODUCTO	ACOMPANAMIENTO	APORTE ORAL	INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA SOBRE HABILIDADES PARA LA VIDA
Recursos interpersonales	Dependencia sobre el producto para el desarrollo de la actividad		INTERMITENTE	INTERMITENTE	INTERMITENTE	
			LIMITADO	LIMITADO	LIMITADO	
			EXTENSO	EXTENSO	EXTENSO	
			GENERALIZADO	GENERALIZADO	GENERALIZADO	
			NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	
Diversos lenguajes sociales	Dependencia sobre el producto para el desarrollo de la actividad		INTERMITENTE	INTERMITENTE	INTERMITENTE	
			LIMITADO	LIMITADO	LIMITADO	
			EXTENSO	EXTENSO	EXTENSO	
			GENERALIZADO	GENERALIZADO	GENERALIZADO	
			NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	
Autodeterminación	Dependencia sobre el producto para el desarrollo de la actividad		INTERMITENTE	INTERMITENTE	INTERMITENTE	
			LIMITADO	LIMITADO	LIMITADO	
			EXTENSO	EXTENSO	EXTENSO	
			GENERALIZADO	GENERALIZADO	GENERALIZADO	
			NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	
Seguridad	Dependencia sobre el producto para el desarrollo de la actividad		INTERMITENTE	INTERMITENTE	INTERMITENTE	
			LIMITADO	LIMITADO	LIMITADO	
			EXTENSO	EXTENSO	EXTENSO	
			GENERALIZADO	GENERALIZADO	GENERALIZADO	
			NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	

7. IDENTIFICACIÓN BARRERAS PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL Y PARTICIPACIÓN

7.1. BARRERAS IDENTIFICADAS Y SEÑALAMIENTOS POR ENTORNO DE PARTICIPACIÓN

ENTORNO	BARRERAS	INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA
EDUCATIVO	FÍSICAS ACTIVIDADES COMUNICATIVAS OTRAS	No está estudiando
SALUD (INSTITUCIONAL)	FÍSICAS ACTIVIDADES COMUNICATIVAS OTRAS	No está en terapia ni tiene certificado de discapacidad
RECREACIÓN Y DEPORTE (COMUNITARIO Y ESPACIO PÚBLICO)	FÍSICAS ACTIVIDADES COMUNICATIVAS OTRAS	No
PARTICIPACIÓN POLÍTICA Y CIUDADANÍA (COMUNITARIO Y ESPACIO PÚBLICO)	FÍSICAS ACTIVIDADES COMUNICATIVAS OTRAS	No
FAMILIAR	FÍSICAS ACTIVIDADES COMUNICATIVAS OTRAS	Siempre está con su abuela materna
VIRTUAL	FÍSICAS ACTIVIDADES COMUNICATIVAS OTRAS	Uso del TV

FASE II. DESCRIPCIÓN CUALITATIVA SOBRE EL CRUCE DEL PROCESO DE ATENCIÓN

8. DESARROLLO INTEGRAL (Riesgo)

Es de primera infancia pero no está vinculado a ningún programa

16. FIRMAS DEL TALENTO HUMANO Y DEL FAMILIAR O CIUDADANO(A)

NOMBRE	CARGO / PARENTESCO	FIRMA
• Laura Mercedes Gaitan Sierra	Abuela materna	• Mercedes Gaitan Sierra
• Katherine Sanchez	Profesional inherente	• KATHERIN AS

(Antes de imprimir este documento, péguese en el medio ambiente)