

PROYECTO PROTECCIÓN Y PREVENCIÓN FORMACIÓN Y CARACTERIZACIÓN CENTROS DE APOYO A LA INCLUSIÓN										FIS-606-PP		ENCUESTA							
Versión 1										Página 1 de 1		Clasificación de la información							
Carácter de la información																			
FECHA DE ELABORACIÓN: Diciembre NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE ELABORA: Katherine Sánchez NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE DILIGENCIA: Atención itinerante																			
NOMBRE Y CARACTERIZACIÓN DEL PARTICIPANTE																			
1. INFORMACIÓN GENERAL SOBRE LA FORMA DE ATENCIÓN EN LA QUE PARTICIPA																			
MUNICIPIO		GUAYARE		CENTRO ZONAL		SJG		MUNICIPIO		San José		URBANO / RURAL		Urbano		FORMA DE ATENCIÓN		Itinerante	
NÚMERO Y APELLIDOS DEL COORDINADOR (O SU SUCE)		95001592025		OPERADOR (O SU SUCE)				DIRECCIÓN				TELÉFONO				CELULAR			
2. INFORMACIÓN GENERAL FAMILIAR DE CONTACTO O SUPERVISIÓN PRINCIPAL																			
NOMBRES Y APELLIDOS		Sara hostos		TIPO IDENTIFICACIÓN		CC		NÚMERO DOCUMENTO		1120550993		PARENTESCO		Madre sustituta					
DIRECCIÓN		Calle 21 19B 60 la granga		TELÉFONO Fijo / CELULAR		3163876632		CORREO ELECTRÓNICO		Saraderleyhm.78@gmail.com									
3. IDENTIFICACIÓN DE LA O EL PARTICIPANTE																			
NOMBRES Y APELLIDOS		Lucia Jhon de Chakende		TIPO IDENTIFICACIÓN		T.I		NÚMERO DOCUMENTO		1120589013		FECHA INGRESO A LA ATENCIÓN		20-10-2025					
FECHA DE NACIMIENTO		01-01-2017		PAÍS DE NACIMIENTO		Colombia		NACIONALIDAD		Colombiana		DEPARTAMENTO DE NACIMIENTO		Guayare		MUNICIPIO DE NACIMIENTO		SJG	
DEPARTAMENTO DONDE RESIDE		Guayare		MUNICIPIO DONDE RESIDE		SJG		ZONA		URBANO ☒ RURAL ☐ RURAL EXPEDIENTE ☐ RURAL CENTRO POBLADO ☐		DIRECCIÓN DE LA VIVIENDA		Calle 21 19B		BARIO / VEREDA / CORRENTAMENTO			
EDAD		8 años		SEXO		femenino		GÉNERO		Mujer		ORIENTACIÓN SEXUAL		heterosexual					
EMPRESA ADMINISTRADORA DE PLANES DE BENEFICIOS (EAPB)				DIAGNÓSTICO MÉDICO		Microcefalia leve		CATEGORÍA DE DISCAPACIDAD				CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD		SI ☐ NO ☒		CATEGORÍA ESEBEN (GRUPO)			
¿TIENE ALGUNA ENFERMEDAD A CONSIDERAR?		SI ☐ NO ☒		SI LA RESPUESTA ANTERIOR ES AFIRMATIVA, RELACIONAR CUAL ENFERMEDAD				REQUIERE USO DE MEDICAMENTOS DE MANERA PERMANENTE		SI ☐ NO ☒		SI LA RESPUESTA ANTERIOR ES AFIRMATIVA, RELACIONAR CUALES MEDICAMENTOS				CON QUE FRECUENCIA		DIARIO ☐ SEMANAL ☐ QUINCENAL ☐ MENSUAL ☐ NO APLICA ☐	
SI LA PREGUNTA ANTERIOR LA OPCIÓN ES SI, FAVOR SEÑALAR ¿CUANTAS VECES EN EL DIA SE SUMINISTRA LA DOSE?				LUGAR DONDE LO ATIENDEN EN CASO DE EMERGENCIA		Urgencia		TIENE CONDICIÓN DE MIGRANTE 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 COMUNITAD PERTENECE		Nukak		SE RECONOCE COMO CAMPESINO		SI ☐ NO ☒		CUENTA CON PAGO ABIERTO		SI ☐ NO ☒		SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, RELACIONE LA MEDIDA DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS EN LA QUE SE ENCUENTRA			
LA NIÑA, NIÑO O ADOLESCENTE CON DISCAPACIDAD PARTICIPA EN ALGUNA ATENCIÓN DEL ICSP		SI ☐ NO ☒		SI LA RESPUESTA ANTERIOR ES AFIRMATIVA, RELACIONE EN CUAL PARTICIPA		hogar sustituto		LENGUA MATERNA O DE USO PREFERENTE											
3.1 ALIMENTACIÓN																			
CONSUME ALIMENTOS		SÓLIDOS ☒ SEMI SÓLIDOS ☒ LÍQUIDOS ☒ TODOS ☐		UTILIZA CUERTOS		SI ☐ NO ☒ A VECES ☐		¿CUAL(ES)?		Solo Cuchara		¿CÓMO LOS USA?		bien		¿CUALES SON LOS ALIMENTOS PREFERIDOS?		la carne	
¿CUALES SON LOS ALIMENTOS QUE PREFEREN NO COMER?		Come de todo		¿TIENE ALGUNA RESTRICCIÓN ALIMENTARIA?		SI ☐ NO ☒		EN CASO QUE LA ANTERIOR RESPUESTA SEA AFIRMATIVA, INDICAR LA RESTRICCIÓN ALIMENTARIA				¿CUALES SON LOS ALIMENTOS QUE NO TOLERA O LE GENERA ALERGIA?		N O					
¿HA TENIDO EN ALGUN MOMENTO SORDA (ALIMENTACIÓN)?		SI ☐ NO ☒		NO ☒		A VECES ☐		NO APLICA ☐		OBSERVACIONES									
¿HA TENIDO EN ALGUN MOMENTO SORDA (ALIMENTACIÓN)?		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 PITOLO?		SI ☐ NO ☒		NO ☒		A VECES ☐		NO APLICA ☐		OBSERVACIONES									
¿ES NECESARIO AMARILLO 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?		- las madres sustitutas (2)																	
¿A DÓNDE SALE USUALMENTE EL PARTICIPANTE? ¿CON QUE FRECUENCIA?		- Terapias de lenguaje, fonológicas.																	
¿A QUÉ JUEGA? ¿CUAL(ES) JUEGO(S) LE GUSTA MÁS?		- Juega a la pelota, arma todos.																	
¿TIENE AMIGADO(S) QUE COMPARTIR CON EL O ELLA?		- Los niños del hogar																	
¿TIENE ALGUN PASATIEMPO FAVORITO? ¿CUAL(ES) SON?		- Mira tv, sentarse a comer																	

¿CUALES SON LAS ACTIVIDADES FAMILIARES O SOCIALES QUE MAS LE GUSTAN?	→ Andar en la moto, le gustan las fiestas.
¿CUALES ACTIVIDADES FAMILIARES O SOCIALES NO LE GUSTAN?	→ Todo le gusta.
¿CÓMO SE COMUNICA?	→ Señalando, gageando
¿HA HECHO CUANDO NO HABIA COMUNICACIÓN?	→ Pedirle o decirle que explique mas.
¿CÓMO SABEN QUE ALGO LE GUSTA? ¿CÓMO LO COMUNICA?	→ Sonríe.
¿CÓMO SABEN QUE ALGO LE DISGUSTA? ¿CÓMO LO COMUNICA?	→ Se pone brava
¿CUÁN LE COMPRENDE LO QUE DICE O COMUNICA?	→ las madres sustitutas
¿FUERA DE LA FAMILIA O FUERA MÁS CERCA, LE COMPRENDE LO QUE DICE O COMUNICA?	→ Todos.
¿CÓMO SABEN QUE ESTÁ COMPRENDIENDO LO QUE LE DICEN O COMUNICA?	→ lo manifiesta o hace
¿HA SITUACIONES LE DISGUSTAN?	→ que lo pongan a caminar
¿HA SITUACIONES LE PRODUCEN DISGUSTO? ¿SABEN POR QUÉ?	→ Cuando se va la luz
¿HA SITUACIONES LE PRODUCEN TRANQUILIDAD Y CALMA? ¿SABEN POR QUÉ?	→ Jugar
¿CUÁL ES EL ENTORNO QUE MAS FRECUENTAN? ¿CUÁL LE GUSTA MÁS? ¿CUÁL LE DISGUSTA?	→ Sonrisas.
¿CUÁL ES EL ENTORNO QUE MENOS FRECUENTAN? ¿POR QUÉ?	→ Paseos.
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
REPORTES Y REGISTRO	NO
3.4. ACCESIBILIDAD Y SEGURIDAD	
CONCEPTO TÉCNICO DEL ÍTEM	
4. INFORMACIÓN SOBRE ENTORNOS DE PARTICIPACIÓN	
4.1. EDUCATIVO	
¿(E)LA PARTICIPANTE SE ENCUENTRA MATRICULADA 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 DESEROLARIZACIÓN	→ Por su discapacidad.
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 EL ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO	CORREO ELECTRÓNICO DE LA PERSONA PARA ARTICULACIÓN DESDE EL ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO
CARGO DE LA PERSONA PARA ARTICULACIÓN DESDE EL ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO	TELÉFONO 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 CUALES SON LAS BARRERAS IDENTIFICADAS	En atención integral en salud
Ayudas razonables - pedagógicas ☐	Ayudas razonables - comunicación ☐
Ocupación de apoyo ☐	Familiares ☐
Ayudas razonables - infraestructura ☐	Maestros de aula ☐
Rector y directivos ☐	Facilitación curricular (PEI - PAU) ☐
Transporte ☐	
Discriminación de otros estudiantes ☐	Discriminación de demás actores del entorno educativo ☐
Tiempo de participación ☐	Otros ☐
¿Cuáles?	
INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA SOBRE EL ENTORNO EDUCATIVO	
4.2. SALUD (INSTITUCIONAL)	
¿(E)LA PARTICIPANTE REQUIERE DE ATENCIÓN EN REHABILITACIÓN O REHABILITACIÓN EN SALUD?	SI ☒ NO ☐
¿(E)LA PARTICIPANTE CUENTA CON ATENCIÓN EN REHABILITACIÓN O REHABILITACIÓN EN SALUD?	SI ☒ NO ☐
¿CADA CUÁNTO ASISTE?	Todas las días
ENTIDAD DE SALUD DONDE RECIBE LA ATENCIÓN	Sonrisas
¿QUÉ TIPO DE ATENCIÓN RECIBE?	terapias

¿(EL/LA) PARTICIPANTE REQUIERE TECNOLOGÍAS DE APOYO?	SI ☐ NO ☒	¿QUÉ TIPO DE TECNOLOGÍAS DE ASISTENCIA REQUIERE? (señale con una X)	Servicios ☐	¿Cuáles?	Sistemas ☐	¿Cuáles?	Aplicación de programas ☐	¿Cuáles?	Habilidades personalizadas ☐	¿Cuáles?
¿QUÉ PRODUCTOS DE APOYO REQUIERE? (señale 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 ALGUN PROGRAMA, ENTORNO O ESPACIO DE 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?		
¿(EL/LA) PARTICIPANTE REQUIERE TECNOLOGÍAS DE APOYO?	SI ☐ NO ☒	¿QUÉ TIPO DE TECNOLOGÍAS DE ASISTENCIA REQUIERE? (señale con una X)	Servicios ☐	¿Cuáles?	Sistemas ☐	¿Cuáles?	Aplicación de programas ☐	¿Cuáles?	Habilidades personalizadas ☐	¿Cuáles?
¿QUÉ PRODUCTOS DE APOYO REQUIERE? (señale con una X)	Depositos ☐	¿Cuáles?		Software ☐	¿Cuáles?	Equipos ☐	¿Cuáles?		Instrumentos ☐	¿Cuáles?
INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA SOBRE EL ENTORNO COMUNITARIO (RECREACIÓN Y DEPORTE)										
No está en nada de deportes.										
4.4. PARTICIPACIÓN POLÍTICA Y CIUDADANA (COMUNITARIO Y ESPACIO PÚBLICO)										
¿LA NIÑA, EL NIÑO O EL ADOLESCENTE PARTICIPA EN ALGUNA INSTANCIA, ASOCIACIÓN U 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?			¿CUAL ES EL ROL QUE DESEMPEÑA EN ESE ESPACIO?		
¿(EL/LA) PARTICIPANTE REQUIERE TECNOLOGÍAS DE APOYO?	SI ☐ NO ☒	¿QUÉ TIPO DE TECNOLOGÍAS DE ASISTENCIA REQUIERE? (señale con una X)	Servicios ☐	¿Cuáles?	Sistemas ☐	¿Cuáles?	Aplicación de programas ☐	¿Cuáles?	Habilidades personalizadas ☐	¿Cuáles?
¿QUÉ PRODUCTOS DE APOYO REQUIERE? (señale con una X)	Depositos ☐	¿Cuáles?		Software ☐	¿Cuáles?	Equipos ☐	¿Cuáles?		Instrumentos ☐	¿Cuáles?
INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA SOBRE EL ENTORNO COMUNITARIO (PARTICIPACIÓN Y CIUDADANÍA)										
No participa										
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 ☒	¿Cuales?				
¿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 ESPLENDOR SI ☐ NO ☒	ORGANIZACIÓN DE ROL Y RESPONSABILIDADES SI ☐ NO ☒	OTROS SI ☐ NO ☒	¿Cuales?				
¿(EL/LA) PARTICIPANTE REQUIERE DE ALGUNA PERSONA DE APOYO PARA LA TOMA DE DECISIONES?	SI ☐ NO ☒	EN CASO QUE LA RESPUESTA ANTERIOR SEA AFIRMATIVA, ¿CUAL ES LA FRECUENCIA DE ESTE APOYO? (señale con una X)		Intermittente ☐	Limitada ☐	Extensa ☒	Generalizada ☐			
INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA SOBRE EL ENTORNO FAMILIAR										
la madre sustituta siempre la esta apoyando.										
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?					
¿(EL/LA) PARTICIPANTE REQUIERE TECNOLOGÍAS DE APOYO?	SI ☐ NO ☒	¿QUÉ TIPO DE TECNOLOGÍAS DE ASISTENCIA REQUIERE? (señale con una X)	Servicios ☐	¿Cuáles?	Sistemas ☐	¿Cuáles?	Aplicación de programas ☐	¿Cuáles?	Habilidades personalizadas ☐	¿Cuáles?
¿QUÉ PRODUCTOS DE APOYO REQUIERE? (señale con una X)	Depositos ☐	¿Cuáles?		Software ☐	¿Cuáles?	Equipos ☐	¿Cuáles?		Instrumentos ☐	¿Cuáles?
INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA SOBRE EL ENTORNO VIRTUAL										
No utiliza celular y muy poco TV										

Plano 9. Descripción de actividades

9. ACTIVIDADES PARA LA AUTONOMÍA E INDEPENDENCIA

9.1. Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD)

ACTIVIDAD	NOMBRE PRODUCTO DE APOYO	FECHA	INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA SOBRE LAS ABVD		
			LÍMITE PRODUCTO	ACOMPANIAMIENTO	APOYO ORAL
Control de estímulos	Depende sólo 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	Depende sólo 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
Movilidad	Depende sólo 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
Higiene personal y aseo	Depende sólo 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

9.2. Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AVID)

ACTIVIDAD	NOMBRE PRODUCTO DE APOYO	FECHA	INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA SOBRE LAS AVID		
			LÍMITE PRODUCTO	ACOMPANIAMIENTO	APOYO ORAL
Uso de sistemas de comunicación	Depende sólo 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 tecnología (teléfono-computador)	Depende sólo 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
Tránsito seguro del hogar	Depende sólo 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
Manejo y uso del dinero	Depende sólo 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 y manejo de medicinas	Depende sólo 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
Elaboración/preparación de alimentos	Depende sólo 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
Movilidad (uso de transporte público)	Depende sólo 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

9.3. Habilidades comunicativas

PROCESO	NOMBRE PRODUCTO DE APOYO	FECHA	INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA SOBRE HABILIDADES COMUNICATIVAS		
			LÍMITE PRODUCTO	ACOMPANIAMIENTO	APOYO ORAL
Lenguaje receptivo	Depende sólo 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	Depende sólo 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	Depende sólo 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	Disponible sólo si se requiere el producto para el desarrollo de la actividad	No aplica INTERMITENTE LIMITADO EXTENSO GENERALIZADO NO REQUIERE	No aplica INTERMITENTE LIMITADO EXTENSO GENERALIZADO NO REQUIERE	No aplica INTERMITENTE LIMITADO EXTENSO GENERALIZADO NO REQUIERE
8.4. Habilidades para la vida (personales, sociales y cognitivas) Habilidades que le permite enfrentar mejores situaciones cotidianas, con el otro y con el mundo que lo rodea, de tal, que le permite resolver situaciones o conflictos de manera autónoma e independiente				
PROCESO	NOMBRE PRODUCTO DE APOYO	FECHA	INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA SOBRE HABILIDADES PARA LA VIDA	
Razonar intencionalmente	Disponible sólo si se requiere el producto para el desarrollo de la actividad	USO PRODUCTO	ACOMPANIAMIENTO	APORTACIÓN
		INTERMITENTE LIMITADO EXTENSO GENERALIZADO NO REQUIERE	INTERMITENTE LIMITADO EXTENSO GENERALIZADO NO REQUIERE	INTERMITENTE LIMITADO EXTENSO GENERALIZADO NO REQUIERE
Diferenciar lenguajes sociales	Disponible sólo si se requiere el producto para el desarrollo de la actividad	INTERMITENTE LIMITADO EXTENSO GENERALIZADO NO REQUIERE	INTERMITENTE LIMITADO EXTENSO GENERALIZADO NO REQUIERE	INTERMITENTE LIMITADO EXTENSO GENERALIZADO NO REQUIERE
		INTERMITENTE LIMITADO EXTENSO GENERALIZADO NO REQUIERE	INTERMITENTE LIMITADO EXTENSO GENERALIZADO NO REQUIERE	INTERMITENTE LIMITADO EXTENSO GENERALIZADO NO REQUIERE
Autodeterminación	Disponible sólo si se requiere el producto para el desarrollo de la actividad	INTERMITENTE LIMITADO EXTENSO GENERALIZADO NO REQUIERE	INTERMITENTE LIMITADO EXTENSO GENERALIZADO NO REQUIERE	INTERMITENTE LIMITADO EXTENSO GENERALIZADO NO REQUIERE
		INTERMITENTE LIMITADO EXTENSO GENERALIZADO NO REQUIERE	INTERMITENTE LIMITADO EXTENSO GENERALIZADO NO REQUIERE	INTERMITENTE LIMITADO EXTENSO GENERALIZADO NO REQUIERE
Seguridad	Disponible sólo si se requiere el producto para el desarrollo de la actividad	INTERMITENTE LIMITADO EXTENSO GENERALIZADO NO REQUIERE	INTERMITENTE LIMITADO EXTENSO GENERALIZADO NO REQUIERE	INTERMITENTE LIMITADO EXTENSO GENERALIZADO NO REQUIERE
		INTERMITENTE LIMITADO EXTENSO GENERALIZADO NO REQUIERE	INTERMITENTE LIMITADO EXTENSO GENERALIZADO NO REQUIERE	INTERMITENTE LIMITADO EXTENSO GENERALIZADO NO REQUIERE
7. IDENTIFICACIÓN BARRERAS PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL Y PARTICIPACIÓN 7.1. BARRERAS IDENTIFICADAS Y SEGUIMIENTO POR ENTORNO DE PARTICIPACIÓN				
ENTORNO	BARRERAS	INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA		
EDUCATIVO	FÍSICAS	No está estudiando		
	ACTITUDINALES			
	COMUNICATIVAS			
SALUD (INSTITUCIONAL)	FÍSICAS	No tiene certificado		
	ACTITUDINALES			
	COMUNICATIVAS			
RECREACIÓN Y DEPORTE (COMUNITARIO Y ESPACIO PÚBLICO)	FÍSICAS	No está en nada		
	ACTITUDINALES			
	COMUNICATIVAS			
PARTICIPACIÓN POLÍTICA Y CIUDADANA (COMUNITARIO Y ESPACIO PÚBLICO)	FÍSICAS	No está en nada		
	ACTITUDINALES			
	COMUNICATIVAS			
FAMILIAR	FÍSICAS	Apoyo constante		
	ACTITUDINALES			
	COMUNICATIVAS			
VIRTUAL	FÍSICAS	No utiliza		
	ACTITUDINALES			
	COMUNICATIVAS			
FASE II. DESCRIPCIÓN CUALITATIVA SOBRE EL CIERRE DEL PROCESO DE ATENCIÓN 8. DESARROLLO INTEGRAL (RMI)				
10. FIRMAS DEL TALENTO HUMANO Y DEL FAMILIAR O CUIDADOR(A)				
• Sara Hostos • Katherin Sanchez		NOMBRE Madre Sustituta Profesional Itinerante	CARGO / PARENTESCO Madre Sustituta Profesional Itinerante	FIRMA Sara Hostos KATHERIN AS.

*Autor de impresión este documento: poner en el medio ambiente!
 *Este documento es de propiedad de la institución y debe ser devuelto al momento de la entrega.
 *Este documento es de propiedad de la institución y debe ser devuelto al momento de la entrega.