

PROCESO PREVENCIÓN Y PREVENCIÓN										FILA 006/PP		000000							
FORMA DE CARACTERIZACIÓN CENTROS DE APOYO A LA INCLUSIÓN										Versión 1		Página 1 de 1							
PERSONA DE INTERVENCIMIENTO: Diciembre										NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE ELABORA: Katherine Sanchez		ROL DEL PROFESIONAL QUE ELABORA: Atención itinerante							
FAMILIA 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)		95001592025		OPERADOR (SI APLICA)				DIRECCIÓN				TELÉFONO				CELULAR			
NOMBRES Y APELLIDOS DEL COORDINADOR (SI APLICA)				CORREO ELECTRÓNICO															
2. INFORMACIÓN GENERAL FAMILIAR DE CONTACTO O CUIDADOR PRINCIPAL																			
NOMBRES Y APELLIDOS		Yolanda Velasquez		TIPO IDENTIFICACIÓN		C.C		NÚMERO DOCUMENTO		U0445413		PARENTESCO		Madre sustituta					
DIRECCIÓN				TELÉFONO FIJO / CELULAR		3203660814		CORREO ELECTRÓNICO		Nicomelisa10pau4@gmail.com									
3. IDENTIFICACIÓN DE LA O EL PARTICIPANTE																			
NOMBRES Y APELLIDOS		Maria Alejandra Rodriguez		TIPO IDENTIFICACIÓN		1123162015		NÚMERO DOCUMENTO		TI		FECHA INGRESO A LA ATENCIÓN		20-10-2025					
FECHA DE NACIMIENTO		20-10-2008		PAÍS DE NACIMIENTO		Colombia		NACIONALIDAD		Colombiana		DEPARTAMENTO DE NACIMIENTO		Miraflores Guaviare		MUNICIPIO DE NACIMIENTO		Miraflores	
DEPARTAMENTO DONDE RESIDE		Guaviare		MUNICIPIO DONDE RESIDE		SJ6		ZONA		URBANO ☒ RURAL DESPISO ☐ RURAL CENTRO POBLADO ☐		DIRECCIÓN DE LA VIVIENDA		Crr17#12-55		BARIO / VEREDA / CORREGIMIENTO		Modelo	
EDAD		17		SEXO		femenino		GÉNERO		Mujer		ORIENTACIÓN SEXUAL		heterosexual					
EMPRESA ADMINISTRADORA DE PLANES DE BIENESTAR (EAPB)				DIAGNÓSTICO MÉDICO		Petrajo mentalmente modificado		CATEGORÍA DE DISCAPACIDAD				CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD		SI ☐ NO ☒		CATEGORÍA SIBSEN (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 RESPUESTA ANTERIOR LA OPCIÓN ES OTRAS, FAVOR SEÑALAR ¿CUANTAS VECES EN EL DIA SE MANIFIESTA LA DOLENCIA?				LUGAR DONDE LO ATIENDE 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 COMUNIDAD PERTENECE		Kubea		SE RECONOCE COMO CAMPESINO		SI ☐ NO ☒		CUENTA CON PISO 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 ICSP		SI ☐ NO ☒		SI LA RESPUESTA ANTERIOR ES AFIRMATIVA, RELACIONAR EN CUAL PARTICIPA		hogar sustituto		LENGUA MATERNA O DE USO PREFERENTE				No							
3.1 ALIMENTACIÓN																			
CONSUME ALIMENTOS		SÓLIDOS ☒ SEMI SÓLIDOS ☒ LÍQUIDOS ☒ TODOS ☐		UTILIZA CUBIERTOS		SI ☒ NO ☐ A VECES ☐		¿CUALES?		Cuchara cuchillo tenedor		¿CÓMO LOS USA?		Bien		¿CUALES SON LOS ALIMENTOS PREFERIDOS?		Pescado moqueja	
¿CUALES SON LOS ALIMENTOS QUE PREFEREN NO COMER?		Come todo		¿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?		N/O					
¿HA TENIDO EN ALGUN MOMENTO SORDA (ALIMENTACIÓN)?		SI ☐		NO ☒		A VECES ☐		NO APLICA ☐		OBSERVACIONES									
¿BARRA LOS ALIMENTOS?		SI ☐		NO ☒		A VECES ☒		NO APLICA ☐		OBSERVACIONES									
¿HA PRESENTADO ATORAMIENTO AL COMER?		SI ☐		NO ☒		A VECES ☐		NO APLICA ☐		OBSERVACIONES									
¿CUANDO SE ATORA, ¿TOSE?		SI ☒		NO ☐		A VECES ☐		NO APLICA ☐		OBSERVACIONES									
¿MASTICA?		SI ☒		NO ☐		A VECES ☐		NO APLICA ☐		OBSERVACIONES									
¿TOMA LÍQUIDOS CON PITILLO?		SI ☐		NO ☒		A VECES ☐		NO APLICA ☐		OBSERVACIONES									
¿SE NECESARIO AMAMANTARLA PARA QUE DORMA?		SI ☐		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?		- Madre sustituta - Yolanda																	
¿A DÓNDE SALE USUALMENTE EL PARTICIPANTE? ¿CON QUE FRECUENCIA?		- Parque, a recoger la niña al jardín																	
¿A QUE JUEGA? ¿CUALES? ¿JUEGA? LE GUSTA MÁS?		- No ya no juega, con su hija a veces																	
¿TIENE AMIGOS QUE COMPARTIR CON EL O ELLA?		- No																	
¿TIENE ALGUN PASATIEMPO FAVORITO? ¿CUALES SON?																			

¿CUALES SON LAS ACTIVIDADES FAMILIARES O SOCIALES QUE MÁS LE GUSTAN?	Salir al parque o piscina										
¿CUALES ACTIVIDADES FAMILIARES O SOCIALES NO LE GUSTAN?	- Contacto con muchas personas										
¿CÓMO SE COMUNICA?	- Hablando										
¿QUÉ HACE CUANDO NO LE HAN COMUNICADO?	- Siempre logra										
¿CÓMO SABEN QUE ALGO LE GUSTA? ¿CÓMO LO COMUNICA?	- lo dice										
¿CÓMO SABEN QUE ALGO LE DISGUSTA? ¿CÓMO LO COMUNICA?	- Sus gestos										
¿CÓMO LE COMPRENDE LO QUE DICE O COMUNICA?	- Toda										
¿FUERA DE LA FAMILIA O FUERA MÁS CERCA, LE COMPRENDE LO QUE DICE O COMUNICA?	- Si										
¿CÓMO SABEN QUE ESTÁ COMPRENDIENDO LO QUE LE DICEN O COMUNICAN?	- lo responde										
¿QUE SITUACIONES LE DISGUSTAN?	- La convivencia con personas extrañas										
¿QUE SITUACIONES LE PRODUCEN MIEDO? ¿DASEN POR QUÉ?	- los sapos										
¿QUE SITUACIONES LE PRODUCEN TRANQUILIDAD Y CALMA? ¿DASEN POR QUÉ?	- Estar en su cuarto										
¿CUAL ES EL ENTORNO QUE MÁS FRECUENTAN? ¿CUAL LE GUSTA MÁS? ¿CUAL LE DISGUSTA?	- hogar										
¿CUAL ES EL ENTORNO QUE MENOS FRECUENTAN? ¿POR QUÉ?	- No le gusta salir										
3.3. GUSTOS, INTERESES Y PLANES DE VIDA											
ARTES Y CULTURAS	No										
COMUNICACIÓN Y NARRATIVAS	No										
LIBROS	a veces con su hija										
CIENCIA, CONOCIMIENTO PROPIO Y TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN (TIC)	en el colegio										
DEPORTES Y RECREACIÓN	No										
3.4. ACCESIBILIDAD Y SEGURIDAD											
CONCEPTO TÉCNICO DEL ITEM	No sabe dibujar, ni pintar										
4. INFORMACIÓN SOBRE ENTORNIOS DE PARTICIPACIÓN											
4.1. EDUCATIVO											
¿(S)U(A) 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 DESEMBOLNARACIÓN					
NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO		Cafam - Colegio Santander			DIRECCIÓN DEL ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO		TELÉFONO DEL ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO		CORREO ELECTRÓNICO DEL ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO		
¿CADA CUÁNTO ASISTE?		Cada 8 días		JORNADA EN LA QUE ASISTE	MAYORÍA TARDE COMPLETA NOCTURNO ☐	GRADO O CURSO EN EL QUE SE ENCUENTRA	Primero		NOMBRES Y APELLIDOS DE LA PERSONA PARA ARTICULACIÓN DESDE ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO		
CORREO 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		EFECTIVO ☐ ALERTA ☐		
EN CASO QUE SE HAYA MENCIONADO LA OPCIÓN "ALERTA", SEÑALE CUALES SON LAS BARRERAS IDENTIFICADAS		En atención riesgo en salud		Ajustes razonables - pedagógicos ☐		Ajustes razonables - comunicacionales ☐		Ocultos de apoyo ☐		Familiars ☐	
		Discriminación de otros estudiantes ☐		Discriminación de demás actores del entorno educativo ☐		Tiempo de participación ☐		Otras ☐		¿Cuales?	
INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA SOBRE EL ENTORNO EDUCATIVO											
4.2. SALUD (INSTITUCIONAL)											
¿(S)U(A) PARTICIPANTE REQUIERE DE ATENCIÓN O HABILITACIÓN O REHABILITACIÓN EN SALUD?		SI ☐ NO ☐	¿(S)U(A) PARTICIPANTE CUENTA CON ATENCIÓN O HABILITACIÓN O REHABILITACIÓN EN SALUD?		SI ☐ NO ☐	¿CADA CUÁNTO ASISTE?		ENTIDAD DE SALUD DONDE RECIBE LA ATENCIÓN		¿QUÉ TIPO DE ATENCIÓN RECIBE?	

¿(R)LA PARTICIPANTE REQUIERE TECNOLOGÍAS DE APOYO?	SI ☐ NO ☐	¿QUÉ TIPO DE TECNOLOGÍAS DE ASISTENCIA REQUIERE? (puede ser una X)	Servicios ☐	¿Cubren?	Sistemas ☐	¿Cubren?	Aplicación de software ☐	¿Cubren?	Habilidades personales salud ☐	¿Cubren?
¿QUÉ PRODUCTOS DE APOYO REQUIERE? (puede ser una X)	Depositos ☐	¿Cubren?	Software ☐	¿Cubren?	Equipos ☐	¿Cubren?			Instrumentos ☐	¿Cubren?
INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA SOBRE EL ENTORNO SALUD										
4.3. DEPORTES Y RECREACIÓN (COMUNITARIO Y ESPACIO PÚBLICO)										
¿LA NIÑA, EL NIÑO O EL ADOLESCENTE PARTICIPA EN ALGÚN PROGRAMA, ESTRATEGIA O SERVICIO EN RECREACIÓN Y DEPORTE?	SI ☐ NO ☒	EN CASO QUE LA RESPUESTA ANTERIOR SEA AFIRMATIVA, MENCIONE EN DONDE RECIBE LA ATENCIÓN		¿CADA CUÁNTO PARTICIPA?		¿QUÉ TIPO DE ATENCIÓN RECIBE?				
¿(R)LA PARTICIPANTE REQUIERE TECNOLOGÍAS DE APOYO?	SI ☐ NO ☒	¿QUÉ TIPO DE TECNOLOGÍAS DE ASISTENCIA REQUIERE? (puede ser una X)	Servicios ☐	¿Cubren?	Sistemas ☐	¿Cubren?	Aplicación de software ☐	¿Cubren?	Habilidades personales salud ☐	¿Cubren?
¿QUÉ PRODUCTOS DE APOYO REQUIERE? (puede ser una X)	Depositos ☐	¿Cubren?	Software ☐	¿Cubren?	Equipos ☐	¿Cubren?			Instrumentos ☐	¿Cubren?
INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA SOBRE EL ENTORNO COMUNITARIO (RECREACIÓN Y DEPORTE)										
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?				
¿(R)LA PARTICIPANTE REQUIERE TECNOLOGÍAS DE APOYO?	SI ☐ NO ☐	¿QUÉ TIPO DE TECNOLOGÍAS DE ASISTENCIA REQUIERE? (puede ser una X)	Servicios ☐	¿Cubren?	Sistemas ☐	¿Cubren?	Aplicación de software ☐	¿Cubren?	Habilidades personales salud ☐	¿Cubren?
¿QUÉ PRODUCTOS DE APOYO REQUIERE? (puede ser una X)	Depositos ☐	¿Cubren?	Software ☐	¿Cubren?	Equipos ☐	¿Cubren?			Instrumentos ☐	¿Cubren?
INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA SOBRE EL ENTORNO COMUNITARIO (PARTICIPACIÓN Y CIUDADANÍA)										
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 ☐	OTROS ☒ SI ☐ NO ☐	¿CUAL 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 ESPARCIMIENTO ☐ SI ☐ NO ☐	ORGANIZACIÓN DE ROL Y RESPONSABILIDADES ☐ SI ☐ NO ☐	OTROS ☐ SI ☐ NO ☐	¿CUAL ES?				
¿(R)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? (puede ser una X)	Intermittente ☐	Limitada ☐	Extensa ☐	Generalizada ☐				
INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA SOBRE EL ENTORNO FAMILIAR										
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?						
¿(R)LA PARTICIPANTE REQUIERE TECNOLOGÍAS DE APOYO?	SI ☐ NO ☐	¿QUÉ TIPO DE TECNOLOGÍAS DE ASISTENCIA REQUIERE? (puede ser una X)	Servicios ☐	¿Cubren?	Sistemas ☐	¿Cubren?	Aplicación de software ☐	¿Cubren?	Habilidades personales salud ☐	¿Cubren?
¿QUÉ PRODUCTOS DE APOYO REQUIERE? (puede ser una X)	Depositos ☐	¿Cubren?	Software ☐	¿Cubren?	Equipos ☐	¿Cubren?			Instrumentos ☐	¿Cubren?
INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA SOBRE EL ENTORNO VIRTUAL										

Parte 2. Información de Atención

2. ACTIVIDADES PARA LA AUTONOMÍA Y DESARROLLO

2.1. Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD)

ACTIVIDAD	NOMBRE PRODUCTO DE APOYO	FECHA	INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA SOBRE LAS ABVD		
			USO PRODUCTO	ACOMPANIAMIENTO	APOYO GRAL
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
Vestimenta	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

2.2. Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD)

ACTIVIDAD	NOMBRE PRODUCTO DE APOYO	FECHA	INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA SOBRE LAS AIVD		
			USO PRODUCTO	ACOMPANIAMIENTO	APOYO GRAL
Uso 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
Trámites básicos 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 máquinas	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

2.3. Habilidades comunicativas

PROCESO	NOMBRE PRODUCTO DE APOYO	FECHA	INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA SOBRE HABILIDADES COMUNICATIVAS		
			USO PRODUCTO	ACOMPANIAMIENTO	APOYO GRAL
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

Procesos que permiten la comunicación: hablar, escuchar, escribir (no necesariamente hace referencia al código escrito, también hace referencia al dibujo y la pintura, en la cual refuerza, refuerza y aduce expresiones de intenciones y pensamientos)

Comunicación programada		No aplica		No aplica		No aplica	
Oligencia 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	
Habilidades que le permite realizar tareas relacionadas con el trabajo, con el otro y con el mundo que le rodea, es decir, que le permite resolver situaciones o conflictos de manera autónoma e independiente							
PROCESO	NOMBRE PRODUCTO DE APOYO	FECHA	USO PRODUCTO	ACOMPANIAMIENTO	APoyo GRal	INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA SOBRE HABILIDADES PARA LA VIDA	
Recursos Interpersonales	Oligencia 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		
Diversos lenguajes sociales	Oligencia 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		
Autodeterminación	Oligencia 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		
Seguridad	Oligencia 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		

7. IDENTIFICACIÓN BARRERAS PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL Y PARTICIPACIÓN		
7.1. BARRERAS IDENTIFICADAS Y SEGUIMIENTOS POR ENTORNO DE PARTICIPACIÓN		
ENTORNO	BARRERAS	INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA
EDUCATIVO	FÍSICAS	Estudia los sábados
	ACTIVIDADES	
	COMUNICATIVAS	
	OTRAS	
SALUD (INSTITUCIONAL)	FÍSICAS	Se encuentra afiliada, sin certificado de discapacidad
	ACTIVIDADES	
	COMUNICATIVAS	
	OTRAS	
RECREACIÓN Y DEPORTE (COMUNITARIO Y ESPACIO PÚBLICO)	FÍSICAS	NO
	ACTIVIDADES	
	COMUNICATIVAS	
	OTRAS	
PARTICIPACIÓN POLÍTICA Y CIUDADANA (COMUNITARIO Y ESPACIO PÚBLICO)	FÍSICAS	NO
	ACTIVIDADES	
	COMUNICATIVAS	
	OTRAS	
FAMILIAR	FÍSICAS	Hogar sustituto
	ACTIVIDADES	
	COMUNICATIVAS	
	OTRAS	
VIRTUAL	FÍSICAS	NO
	ACTIVIDADES	
	COMUNICATIVAS	
	OTRAS	

FASE II. DESCRIPCIÓN CUALITATIVA SOBRE EL CENSO DEL PROCESO DE ATENCIÓN		
8. DESARROLLO INTEGRAL (Riesgo)		

10. FIRMAS DEL TALENTO HUMANO Y DEL FAMILIAR O CIUDADANO(A)		
Nombre	CARGO / PARENTESCO	FIRMA
Yolanda Velázquez	4045513	KATHERIN AS
Katherin Sanchez	12585102	

Antes de imprimir este documento, presione en el medio ambiente!