1. **DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PARTICIPANTE**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombres y Apellidos** | | **Tipo y número identificación:** | | |
|  | |  | |  |
| ***Fecha de Nacimiento*** | ***DD/MM/AAAA*** | ***Edad*** | |  |
| ***Fecha de Elaboración PAIF*** | ***DD/MM/AAAA*** | ***Fecha de Seguimiento*** | ***DD/MM/AAAA*** | |
| ***Diagnóstico*** | |  | | |
| ***Categoría de Discapacidad*** | |  | | |

1. **PLAN DE ATENCIÓN INDIVIDUAL PARA EL FORTALECIMIENTO DE CAPACIDADES Y HABILIDADES**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DIMENSIONES** | **OBJETIVO** | **APOYO REQUERIDO PARA EL DESARROLLO DE ESTA ACTIVIDAD** | **AVANCES** |
| **COMUNICATIVA** |  |  | **Describa si:**   * **Se cumplió con el objetivo u objetivos propuestos en el tiempo establecido.** * **Mencione los avances en el cumplimiento de los objetivos propuestos en el plan de atención.** * **Refiera actividades o situaciones en las que se podría evidenciar estos avances.** * **Refiera las posibles barreras, situaciones o factores que pudieron haber afectado el cumplimiento del objetivo. Mencione si se realizaron ajustes metodológicos (tiempo, actividades) o de carácter sustancial como el objetivo.** |
| **COGNITIVA** |  |  |  |
| **PERSONAL, SOCIAL y AFECTIVA** |  |  |  |
| **DIMENSIÓN SEXUALIDAD** |  |  |  |
| **FÍSICO CORPORAL** |  |  |  |

1. **ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA COTIDIANA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **COMPONENTES** | **OBJETIVO** | **APOYO REQUERIDO PARA EL DESARROLLO DE ESTA ACTIVIDAD** | **AVANCES** |
| **MOVILIDAD-DESPLAZAMIENTO** |  |  |  |
| **ALIMENTACIÓN** |  |  |  |
| **HIGIENE PERSONAL** |  |  |  |
| **CONTROL DE ESFÍNTERES** |  |  |  |

1. **ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **COMPONENTES** | **OBJETIVO** | **APOYO REQUERIDO PARA EL DESARROLLO DE ESTA ACTIVIDAD** | **AVANCES** |
| **USO DE TECNOLOGÍA (TELÉFONO-COMPUTADOR)** |  |  |  |
| **TAREAS BÁSICAS DEL HOGAR** |  |  |  |
| **MANEJO Y USO DEL DINERO** |  |  |  |
| **USO Y MANEJO DE MEDICINAS** |  |  |  |
| **ELABORACIÓN- PREPARACIÓN DE ALIMENTOS** |  |  |  |
| **MOVILIDAD (USO DE TRANSPORTE PÚBLICO)** |  |  |  |

1. **DESCRIBIR LOS AVANCES Y LAS ACCIONES REALIZADAS PARA MITIGAR BARRERAS ENCONTRADAS EN EL PROCESO DE INCLUSIÓN SOCIAL Y PARTICIPACIÓN**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ENTORNO** | **FÍSICAS** | **ACTITUDINALES** | **COMUNICATIVAS** | **OTRAS** |
| **FAMILIAR/HOGAR** |  |  |  |  |
| **EDUCATIVO** |  |  |  |  |
| **COMUNITARIO Y ESPACIO PÚBLICO** |  |  |  |  |
| **VIRTUAL/DIGITAL** |  |  |  |  |
| **SALUD** |  |  |  |  |
| **LABORAL/OCUPACIONAL/EMPRENDIMIENTO (si aplica)** |  |  |  |  |

1. **SEGUIMIENTO AL CONCEPTO TÉCNICO**

|  |
| --- |
| **Teniendo en cuenta el objetivo propuesto en el concepto técnico de la caracterización y el tiempo para el cumplimiento del mismo, refiera los avances y explicite si:**   * **Se mantiene el tiempo inicialmente proyectado** * **Se mantiene el objetivo general** * **Se ajusta tiempo y objetivo general en qué término y si esto incidirá en el Plan de atención propuesto.** |

1. **FIRMAS**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Cargo** | **Nombre** | **Firma** |
| Coordinador de la Modalidad |  |  |
| Profesional en Psicología |  |  |
| Profesional en Trabajo Social |  |  |
| Profesional en Nutrición |  |  |
| Profesional de área |  |  |
| Familia/cuidador |  | |
| Participante |  | |