

CC 1090396944 MICHAEL ALEXIS AVENDAÑO CHAVARRIAGA

## Datos del Registro de Autorización

### Fuente de Recursos

Recursos propios - Municipio VILLA DEL ROSARIO (MU-54874) - Contratc

### Causa Autorización

1. Primera Valoración

### Entidad Valoradora Asignada

IPS PROGRESANDO EN SALUD SAS Id: 6365

### Tipo Valoración

Consultorio 2025 (2025-01-01 a 2026-12-31) id:2460

### Observaciones

DX: F808- RECURSOS PROPIOS

Confirmación de Registro



Autorización registrada exitosamente con código: 939759



A. IDENTIFICACION DE INSTITUCIONES

PARA:

REMISION DE PACIENTES

DE:

H. Jorge Cristo

B. IDENTIFICACION DEL PACIENTE

1er. Apellido	2do. Apellido	Nombres		
Arendano	Chavarrúa	Michael Alexis		
EDAD	Días	Meses	Años	SEXO F: <input type="checkbox"/> M: <input checked="" type="checkbox"/>
Residencia actual del paciente(dirección, Barrio Municipio)				Teléfono:
Cra 8 Nro 25-05 6 (Colombia)				No. H.C:
Persona Responsable del paciente ( nombre y relación del parentesco)				
María Chavarrúa (Mamá)				

C. SOLICITUD DE ATENCION

Fecha de Remisión: Año: 04 Mes: 05 Día: 03	Médico que remite G. Requie	Servicio al cual se remite Terapia de lenguaje
Remitido por primera vez: SI: <input checked="" type="checkbox"/> NO: <input type="checkbox"/>	Por la misma patología SI: <input type="checkbox"/> NO: <input type="checkbox"/>	

D. ORDENAMIENTO

1. Resumen y anamnesis y exámen físico	5. Complicaciones
2. Fecha y resultado de exámenes de diagnóstico	6. Tratamientos aplicados
3. Resumen de la evaluación	7. Motivo de Remisión
4. Diagnóstico	8. Firma y código de la persona responsable

Pte de 15 años, con trastorno del lenguaje, se lo remite para Terapia de lenguaje. Al momento presenta dificultad al pronunciar las e, i, etc.

DR. SANDRA LUCIA  
CENTRO DE ATENCIÓN  
MENTAL Y PSICOLOGÍA

## REMISION DE PACIENTES

### A. IDENTIFICACION DE INSTITUCIONES

PARA:	DE: <b>Rector Salud Santa Barbara</b>
-------	---

### B. IDENTIFICACION DEL PACIENTE

1er. Apellido:	2do. Apellido:	Nombres
<b>Avendaño</b>		<b>Michael</b>
EDAD: 10 Días	Meses	Años
Residencia actual del paciente (Dirección, Barrio, Municipio)		SEXO F: <input type="checkbox"/> M: <input checked="" type="checkbox"/>
<b>Km 8 # 25 - 05 G Colombia</b>		Teléfono:
		No. H.C:
Persona Responsable del paciente (nombre y relación del parentesco): <b>Ramón Orfilio Vidalvez</b>		

### C. SOLICITUD DE ATENCION

Fecha de Remisión Año: 04 Mes: 12 Día: 01	Médico que remite P.B	Servicio al cual se remite <b>Tradicional Lenguaje</b>
Remitido por primera vez: Sí: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/>		Por la misma patología SI: <input type="checkbox"/> NO: <input type="checkbox"/>

### D. ORDENAMIENTO

- |   |   |
|---|---|
| 1. Resumen y anamnesis y examen físico          | 5. Complicaciones                           |
| 2. Fecha y resultado de exámenes de diagnóstico | 6. Tratamientos aplicados                   |
| 3. Resumen de la evaluación                     | 7. Motivo de Remisión                       |
| 4. Diagnóstico                                  | 8. Firma y código de la persona responsable |

Paciente con alteración del lenguaje desde los  
 5 años posterior al accidente de tránsito  
 actualmente con problemas para la aprendizaje  
 ya en tro x w institución

Se remite para terapia y manejo  
 Para realizar la terapia

*(Craica)*

*P.B 14d*

Doctora  
Angela Bautista

El niño Michel Avendaño ingreso en el programa de Salud Mental Infantil en el año 1994 durante el mes de Abril hasta Julio del mismo año en estos meses tuvo consulta con psiquiatría y Taller de aprendizaje.

Las actividades realizadas en taller eran con Terapia de Juego buscando conseguir en el niño mayor autoestima y una interacción social con los demás niños de la terapia.

Su mayor dificultad era de lenguaje debido a un bloqueo psicológico por un accidente que sufrió años atrás.

Cuando asistía a taller solo emitía algunos sonidos y conocía palabras como si, no, mío, nena, más, chao y gol, sin embargo, no realizaba oraciones por lo tanto su comunicación con los demás niños era muy limitada. En ese momento tenía 5 años, se realizó con el actividades de aprestamiento las cuales se le dificultaban un poco, su motricidad fina no era de acuerdo a su edad, su atención era dispersa, no era creativo en los juegos, no se mostró agresivo con los demás niños pero por sus limitaciones en el lenguaje no tenía una integración adecuada. El psiquiatra le pidió que se tomara un electroencefalograma y la conclusión de este examen dada por el Dr Juan Vargas fue: Trazado de sueño que puede considerarse

dentro de los límites normales, no demostrativo en la actualidad de actividad paroxística ni de asimetrías de importancia.

Espero que puedan ayudarlo a ingresar a una escuela especial en donde pueda progresar.



Carmen Elena Santaella C.

Fonoaudióloga Especialista  
En Estimulación, Voz, Audición y Lenguaje  
U. Rosario, Bogotá - U. Madrid, España

Fecha, Mayo. 30/96.

Nombre. Michell Avendaño.

Dra. Angela Bautista.  
Jefe de Educación. Especial.

Cordial Saludo. Agradezco toda su amabilidad  
con el caso de Michell, remitido por el ISS.  
Presenta Diagnóstico de:

"Trastorno de Aprendizaje Roderado a Severo  
por Retardo del lenguaje Severo (compre-  
sión aprox. 3 años y Medio) (Expresión de:  
2 años - 2 meses). En la Valoración adecuado

observe: ① → Audición Normal (oído derecho  
límite). Colaboró en Audiometría

② → Órganos del habla fisiológicos.

Dentadura dañada

Consultorio: Av. QE No. 7-13  
2do. Piso Barrio La Riviera

Teléfono 7526657

Buscapersonas 217,

Teléfono 762222 Cúcuta

③ → Pensamiento: Muy

Bajo para Edad.

Aprox. 2-4 años. Pensamiento Perceptual.  
(enumeraciones.) No Elabora frases sin de  
2 palabras ó 3, que no se Entienden.

④ Pronunciación severamente afectada.  
No Modula. Casi ningún fonema lo dice bien  
Ocasionalmente severas por el TRAUMA,

El niño es Colaborador pero desatento  
e Inquieto en la silla. Aprecio que el traumatismo es la causa del trastorno del  
lenguaje y observo Ret. Mental leve.

Le solicito su Apreciación del caso, y  
decidir si puede integrarse un año en  
una Escuela con Aula Especial (el niño  
desea mucho aprender) y más adelante  
observar su Evolución y/o Remisión  
al Instituto "La Esperanza" de R. H.

Agradezco toda su Ayuda,  
Darleen Elena Santaelor



CARMEN ELENA SANTAELLA G.  
Laringofoniatra Lic. en C.  
U. Rosario - Clínica Foniatrica  
REGISTRO No. 52

NOTAS  
DE  
EVOLUCION

NUMERO  
DE AFILIACION: 43067050

CALIDAD

A	B	P	O
---	---	---	---

NOMBRE: Michel Cuendanó -  
UNIDAD: Fonoaudiología.

FECHA

TODA NOTA DE EVOLUCION LLEVA FIRMA Y CODIGO DEL MEDICO.

Julio  
96

Sesiones: 15 Del 17 Mayo/96 al 16 julio/96.

Edad: 7 años 10 meses

Resumen de Consulta.

Paciente con Antecedentes de Embarazo-Parto Normal. Buen desarrollo Motor. Retardo del lenguaje notorio, que aumentó con el accidente a los 2 años 1/2 → Cuando se fue prendido a una cuerdón 5 cuadras y no se soltó. El trauma fue severo y la madre observaba el retardo del lenguaje, pero no le remitían. Este año la reúnto psicología al observar que aún habla muy mal. Come - Sueña Bien. Sueo.

Entró a Primero a los 6 años y no pudo lograr aprendizajes. Este año cursa Preescolar Grado 6. Tiene 3 hermanos. Madre Embarazada.

Valoración. ① Test. de lenguaje: Comprensión y Expresión no acorde a Edad. Varios años por debajo de su Edad. Comprensión 4 años Expresión 3 años aprox

② Test. de Pronunciación → Muy afectado. Distalías múltiples severas

③ Órganos del Habla lento - hipotónicos.

④ Pensamiento intuitivo (no acorde Edad) corresponde a una etapa de 3-6 años).

⑤ Audición → Normal 8.120 / Límite Derecho

DIGNOSTICO → Retardo moderado del lenguaje, con distalías por Retardo Mental aparente.

## Evolución del Tratamiento.

Positiva pero lenta. Su atención es mínima, muy deficitaria y no mira a la cara de quien habla.

Deveramente Desatento; para  $\rightarrow$  observar; repetir; mirar detalles; voltear a mirar si se le llama ó habla; etc.

{ Progresó un poco en su sintaxis de frase, en su vocabulario y en su pronunciación.

Se recomienda:

① Control en 3 meses de  
lenguaje para observar si  
se requieren más terapias, pues las necesita  
urgente.

② Si al final del año no  
progresa en su Escuela Normal, (no lee-escritura)  
se debe remitir al Instituto La Esperanza  
para escolaridad.

{ ③ Terapia Ocupacional  
por trastorno de concentración.

CARMEN ELENA SANTAELLA C.

Fonoaudióloga Especialista

Un Rosario - Clínica Fonoaudiológica

REGISTRO N° 29

Carmen Elena Santaella C.

## REFERENCIA

Nº

SEGURO SOCIAL  
Para Siempre

REMISION	1	INTERCONSULTA	2	ORDEN DE SERVICIO	3	SEVERIDAD	Año	Mes	Dia					
SECCIONAL o UPNE.		N de S.		COD.		PRIORITARIO	1	ORDINARIO	2					
CENTRO DE ATENCION					DESTINO DE LA REFERENCIA									
CAB <input checked="" type="checkbox"/>	UA I <input type="checkbox"/>	UPI <input checked="" type="checkbox"/>	OTRO <input type="checkbox"/>	COD.	SECCIONAL o UPNE.					CENTRO DE ATENCION				
NOMBRE DEL CENTRO:					CAB <input type="checkbox"/>					UA I <input type="checkbox"/>	UPI <input type="checkbox"/>	OTRO <input type="checkbox"/>	COD.	
SERVICIO SOLICITADO					ESPECIALIDAD:					COD.	CITA OTORGADA PARA	HORA	CONSULT.	
1 Psicología											Año	Mes	Día	Nº
2														
3														

Nº AFILIACION	TIPO VINCULACION	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES	SEXO	EDAD	CLASE SEGURO	
43097090	1 2 3 4	Avendano	Michell	M.	1	812	1 2 3 4	
CENTRO ADSCRIPCION DEL BENEFICIARIO								
SECCIONAL	UPNE	COD.	CAB	Guionad	COD.	DIRECCION RESIDENCIA	TEL.	
Nº PATRONAL				NOMBRE DE LA EMPRESA		TEL.	OCCUPACION DEL BENEFICIARIO	COD.

PROFESIONAL QUE SOLICITA LA REFERENCIA			AUTORIZADO POR		
NOMBRE	CODIGO		NOMBRE		
<i>Jda Ribero Sorbello</i>					
FIRMA Y SELLO			FIRMA Y SELLO		

- PROCESO ESTADISTICO INFORMATICA -

SS-20.001

## REFERENCIA

Nº

REMISION	INTERCONSULTA	ORDEN DE SERVICIO	SEVERIDAD	Año	Mes	Dia								
SECCIONAL o UPNE.		N de S.		COD.		PRIORITARIO	1	ORDINARIO	2					
CENTRO DE ATENCION					DESTINO DE LA REFERENCIA									
CAB <input type="checkbox"/>	UA I <input type="checkbox"/>	UPI <input checked="" type="checkbox"/>	OTRO <input type="checkbox"/>	COD.	SECCIONAL o UPNE.					CENTRO DE ATENCION				
NOMBRE DEL CENTRO:					CAB <input type="checkbox"/>					UA I <input type="checkbox"/>	UPI <input type="checkbox"/>	OTRO <input type="checkbox"/>	COD.	
SERVICIO SOLICITADO					ESPECIALIDAD:					COD.	CITA OTORGADA PARA	HORA	CONSULT.	
1 Psicología											Año	Mes	Día	Nº
2														
3														

Nº AFILIACION	TIPO VINCULACION	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES	SEXO	EDAD	CLASE SEGURO	
43067050	A D P NV	Avendano	Michell	M.	812	EM AT EP		
CENTRO ADSCRIPCION DEL BENEFICIARIO								
SECCIONAL	UPNE	COD.	CAB	Guionad	COD.	DIRECCION RESIDENCIA	TEL.	
Nº PATRONAL				NOMBRE DE LA EMPRESA		TEL.	OCCUPACION DEL BENEFICIARIO	COD.

PROFESIONAL QUE SOLICITA LA REFERENCIA			AUTORIZADO POR		
NOMBRE	CODIGO		NOMBRE		
<i>Jda Ribero Sorbello</i>					
FIRMA Y SELLO			FIRMA Y SELLO		

- CONTRALORIA GENERAL DE LA REPUBLICA -

SS-20.001

## REFERENCIA

Nº

SEGURIDAD  
Social  
Para Siempre

REMISION

INTERCONSULTA

ORDEN DE SERVICIO

SEVERIDAD  
PRIORITYARIO ORDINARIO

Año Mes Dia

## ORIGEN DE LA REFERENCIA

SECCIONAL o UPNE.	N D S.	COD.
CENTRO DE ATENCION		COD.
CAB <input type="radio"/>	UAI <input type="radio"/>	UPI <input checked="" type="checkbox"/> OTRO <input type="radio"/>
NOMBRE DEL CENTRO:		

## SERVICIO SOLICITADO

- 1 *Pedología*  
 2  
 3

## DESTINO DE LA REFERENCIA

SECCIONAL o UPNE.	COD.			
CENTRO DE ATENCION				
CAB <input type="radio"/>	UAI <input type="radio"/>	UPI <input type="radio"/>	OTRO <input type="radio"/>	COD.
NOMBRE DEL CENTRO:				
ESPECIALIDAD:	COD.	CITA OTORGADA PARA	HORA	CONSULT. N°
		Año Mes Dia	AM <input type="radio"/>	PM <input type="radio"/>

## IDENTIFICACION DEL BENEFICIARIO

Nº AFILIACION <b>413067050</b>	TIPO VINCULACION <b>A D P NV</b>	PRIMER APELLIDO <b>González</b>	SEGUNDO APELLIDO <b>Michell</b>	NOMBRES	SEXO <b>M.</b>	EDAD en años <b>12</b>	CLASE SEGURO EST M AT EP
CENTRO ADSCRIPCION DEL BENEFICIARIO <b>S E N I A L . U P N E</b>			DIRECCION RESIDENCIA			TEL. <b>703104.</b>	
Nº PATRONAL	NOMBRE DE LA EMPRESA		TEL.	OCCUPACION DEL BENEFICIARIO <b>Jefe Comunidades</b>		COD.	

## PROFESIONAL QUE SOLICITA LA REFERENCIA

NOMBRE <b>Dra. Blanca Gilbelo</b>	CODIGO	AUTORIZADO POR		
FIRMA Y SELLO	ECM/o	FIRMA Y SELLO		

## RESUMEN HISTORIA CLINICA

ANAMNESIS: Paciente de 8 años y medio, remitido por Templa del tiempo para Urología, por presentar Reiterosis del hombro y codo. Diagnóstico: Reiterosis. Durante la evolución se observó obesidad difundida en los órganos genitales, óvulos, fina, lechosa eructación. Actividad física 1 lumbar con bajo rendimiento académico. Madre muy preocupada; diera señales de ansiedad para definir conducta de Escolanidad y hábitos.

TA: T: 37.5°C P: 100 R: 20 C: 10 Kg: 30

HALLAZOS DEL EXAMEN FÍSICO: Obesidad difundida en los órganos genitales, óvulos, fina, lechosa eructación. Actividad física 1 lumbar con bajo rendimiento académico. Madre muy preocupada; diera señales de ansiedad para definir conducta de Escolanidad y hábitos.

RESULTADOS PRUEBAS DIAGNOSTICAS (ANEXAS):

TRATAMIENTOS INSTAURADOS:

## DIAGNOSTICOS PRESUNTIVOS

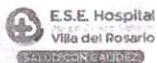
CODIGO INCAPACIDAD

1	FECHA INICIAZION	TOTAL DIAS
2	AÑO MES DIA	
3		

## CRITERIO Y/O JUSTIFICACION DE LA REFERENCIA

*Urología - Reiter Conducta*

## ESE HOSPITAL JORGE CRISTO SAHIUM



## ATENCIÓN AL ADULTO

Consulta Externa

FECHA : 20/08/2025 09:29

INGRESO : 2053391

## AVENDAÑO CHAVARRIAGA MICHAEL ALEXIS

CC - 1090396944

Edad : 36 Años 10 Meses 28 Días

Sexo : Masculino

Nacimiento : 23/09/1988

Teléfono : 313362089

Dirección : CRA 8 # 25-05 GRAN COLOMBIA

Empresa : COOSALUD EPS SA REGIMEN SUBSIDIADO

## DATOS BÁSICOS

OCCUPACIÓN :	9999 - NO SE TIENE INFORMACION		
NIVEL EDUCATIVO :	Doctorado	PERFENCIJA ÉTNICA :	Ninguna de las Anteriores
ESTADO CIVIL :	Soltero(a)	NIVEL SOCIECONÓMICO :	2. Bajo
PROCEDENCIA :	VILLA DEL ROSARIO		
ACOMPAÑANTE :	MARIA ORFILIA CHAVARRIGA	PARENTESCO :	
DIRECCIÓN :	CRA 8 # 25-05 GRAN COLOMBIA	TELÉFONO :	313362089

## MOTIVO DE LA CONSULTA

MOTIVO DE LA CONSULTA : "VALORACION MEDICA"

SE TRATA DE PACIENTE MASCULINO DE 36 AÑOS QUIEN ACUDE A SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA POR VALORACION MEDICA PACIENTE CON TRASTORNO DE LENGUAJE DE LARGA DATA MOTIVO POR EL CUAL SE VALORA Y SE DECIDE CONDUCTA

## ANTECEDENTES PERSONALES

## ANTECEDENTES MÉDICO PERSONALES

ANTECEDENTES METABOLICOS :  Diabetes Sobre peso Dislipidemias o HiperlipidemiasANTECEDENTES CÁNCER :  Próstata Colo RectalENFERMEDADES MENTALES O DEL COMPORTAMIENTO :  Demencia Depresión Esquizofrenia Transtorno Afectivo Bipolar Estomago Sustancias Psicoactivas Conducta Suicida Consumo Alcohol Asma TuberculosisANTECEDENTES PULMONARES :  EPOC Glaucoma EstrabismoANTECEDENTES SENSORIAL :  Defecto Refractivos Hipertensión InfartosANTECEDENTES CARDIOVASCULAR :  Cerebrovascular Física Cognitiva     PsiquicaDISCAPACIDAD :  SensorialCual : **TRASTORNO DEL HABLA** Otra Alergias Enfermedad Musculo-Esquelético Enfermedad Ginecológica Accidentes Laborales Enfermedad Neurológica Enfermedad Urológica

Oírúraicos :

Hospitализación :

**APENDICECTOMIA**

NIEGA.

Traumáticos :

Transfusionales :

NIEGA.

Farmacológico :

Gineco Obstetrico :

NIEGA.

OBSERVACIONES :

## ATENCIÓN AL ADULTO

Consulta Externa

FECHA : 20/08/2025 09:29

INGRESO : 2053391

AVENDAÑO CHAVARRIAGA MICHAEL ALEXIS

CC - 1090396944

Edad : 36 Años 10 Meses 28 Días

Sexo : Masculino

Nacimiento : 23/09/1988

Teléfono : 313362089

Dirección : CRA 8 # 25-05 GRAN COLOMBIA

Empresa : COOSALUD EPS SA REGIMEN SUBSIDIADO

## PRÁCTICAS Y HÁBITOS SALUDABLES

## PRÁCTICAS Y HÁBITOS

Actividad Física :  Sí  No

Frecuencia : \_\_\_\_\_

Horas de sueño al día : 8

Cuál práctica? :

Número de veces de higiene Oral al día : 3

Frecuencia de higiene general (Baño) :

CONTINUO

Hábito intestinal

CONTINUO

Hábito urinario

CONTINUO

Medidas de fotoprotección :

NIEGA

Autoexamen de testículo :

ADECUADO

Autoexamen de seno :

NO

Actividades realizadas en el tiempo libre :

VENDE PASTELES

Prevención de accidentes :

NO

Exposición a violencias :

NO

Actividades para manejo de estrés :

NO

Exposición a factores de riesgo derivados del trabajo :

 Físicos  Químicos Ergonómicos  Mecánicos Esquizofrenia Ambientales Psicosociales Exposición al humo de leña o carbón Ex Fumador

Antecedentes toxicológicos :

 Alcohol Tabaco SPA Fumador

Número de cigarrillos diarios :

 0

No. Paquetes / año : 0

 0

## HÁBITOS ALIMENTARIOS, ACTIVIDAD LABORAL

## CONSUMOS Y HÁBITOS

 Grasas saturadas Verduras Sodio Calcio Azúcar Hierro Fibra Otros Frutas

Consumo de dietas específicas :

## OBSERVACIONES :

NIEGA

## DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

## DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

Orientación sexual :

HETERISEXUAL

Identidad de género

MASCULINO

Inicio de relaciones sexuales (Años) :

 0

Dificultades durante relaciones sexuales :

 Excitación Lubricación Orgasmo Erección Evaculación Dolor Otro

Número de compañeros sexuales :

 0

Métodos de anticoncepción :

 Preservativo

Dificultades durante relaciones sexuales :

 Autonomía Maternidad planeada IVE Paternidad planeada

OBSERVACIONES :

## ATENCIÓN AL ADULTO

Consulta Externa

FECHA : 20/08/2025 09:29

INGRESO : 2053391

AVENDAÑO CHAVARRIAGA MICHAEL ALEXIS

CC - 1090396944

Edad : 36 Años 10 Meses 28 Días

Sexo : Masculino

Nacimiento : 23/09/1988

Teléfono : 313362089

Dirección : CRA 8 # 25-05 GRAN COLOMBIA

Empresa : COOSALUD EPS SA REGIMEN SUBSIDIADO

## VALORACIÓN MENTAL

Apariencia :

ADECUADO

Comportamiento :

ADECUADO

Pensamiento :

ADECUADO

Afecto :

ADECUADO

Estado de ánimo :

ADECUADO

Funcionamiento cognoscitivo :

ADECUADO

Funcionamiento Sensorial :

ADECUADO

Funcionamiento motor :

ADECUADO

Afrontamiento sucesos vitales :  Normativo  No Normativos

ADECUADO

## EXÁMEN FÍSICO

Peso (Kg): 105

Cintura (cm) : 90

Cintura (cm) : 36

Presión Arterial Sístole Diástole

Sentado : 120 80

Talla (cms) : 165

Cadera (cm) : 100

Frecuencia Cardíaca : 90

IMC (kg/m<sup>2</sup>) : 38.57

ICC : 0.9

Frecuencia Respiratoria : 18

De pie : 120 80

Muñeca (cm) : 25

Decúbito : 120 80

## Examen por Zonas

Craneo (Anormal). NORMOCEFALO SIN PROTUBERANCIA

Ojos (Anormal). SIMETRICA SIN DESVIACION

Abdomen (Anormal). GLOBOZO A EXPENSAS DE PANICULO ADIPOSICO

Cardio Pulmonar (Anormal). ESTABLE

Oídos (Normal). 34tNariz (Normal). 34tBoca (Normal). 34tCuello (Normal). 34tTórax (Normal). 34tGenitourinario (Normal). 34tOsteoarticular (Normal). 34tSistema Nervioso (Normal). 34tPiel (Normal). 34tMÚSCULO ESQUELETICO (Normal). 34tNeurológia - Esfera mental (Normal). 34t

## PATRONES ANTROPOMÉTRICOS

Indice de Masa Corporal IMC (Kg/m<sup>2</sup>)

Parámetros

IMC (kg/m<sup>2</sup>) : 38.57

Puntos de Corte

- > = 40
- >=35 a <40
- >=30 a <35
- >=25 a <30
- >= 18.5 a < 25
- < 18.5

Edad : 36 Años 10 Meses 28 Días

Sexo : Masculino

Clasificación Antropométrica

- Obesidad Grado III
- Obesidad Grado II
- Obesidad Grado I
- Sobrepeso
- Normal
- Delgadez

Talla para la Edad (T/E)

Parámetros

Cintura 90

Edad : 36 Años 10 Meses 28 Días

Sexo : Masculino

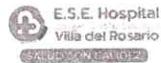
Puntos de Corte

 > = 80

Clasificación Antropométrica

- Obesidad Abdominal

## ESE HOSPITAL JORGE CRISTO SAHIUM



## ATENCIÓN AL ADULTO

Consulta Externa

FECHA : 20/08/2025 09:29

INGRESO : 2053391

## AVENDAÑO CHAVARRIAGA MICHAEL ALEXIS

CC - 1090396944

Edad : 36 Años 10 Meses 28 Días

Sexo : Masculino

Nacimiento : 23/09/1988

Teléfono : 313362089

Dirección : CRA 8 # 25-05 GRAN COLOMBIA

Empresa : COOSALUD EPS SA REGIMEN SUBSIDIADO

## VALORAR LA SALUD

## Salud Bucal

## Funcionalidad

- Masticación :  Normal  Anormal  No Evalua  
 Deglución :  Normal  Anormal  No Evalua  
 Habla :  Normal  Anormal  No Evalua  
 Fonación :  Normal  Anormal  No Evalua  
 Socialización :  Normal  Anormal  No Evalua  
 Afecto v Autoestima :  Normal  Anormal  No Evalua

## Estructuras Dentomaxilofaciales

- |  |  |                                  |                                    |
|--|--|----------------------------------|------------------------------------|
| Cara :                                 | <input type="checkbox"/> Normal            | <input type="checkbox"/> Anormal | <input type="checkbox"/> No Evalua |
| Maxilar v Mandíbula :                  | <input type="checkbox"/> Normal            | <input type="checkbox"/> Anormal | <input type="checkbox"/> No Evalua |
| Labios v Comisura Labiales :           | <input type="checkbox"/> Normal            | <input type="checkbox"/> Anormal | <input type="checkbox"/> No Evalua |
| Lengua :                               | <input checked="" type="checkbox"/> Normal | <input type="checkbox"/> Anormal | <input type="checkbox"/> No Evalua |
| Paladar Duro v Blando :                | <input checked="" type="checkbox"/> Normal | <input type="checkbox"/> Anormal | <input type="checkbox"/> No Evalua |
| Orofarindeg :                          | <input checked="" type="checkbox"/> Normal | <input type="checkbox"/> Anormal | <input type="checkbox"/> No Evalua |
| Estructuras Dentales :                 | <input type="checkbox"/> Normal            | <input type="checkbox"/> Anormal | <input type="checkbox"/> No Evalua |
| Articulación Temporomandibular (ATM) : | <input type="checkbox"/> Normal            | <input type="checkbox"/> Anormal | <input type="checkbox"/> No Evalua |

Masticacion (Normal).Deglucion (Normal).Habla

Articulación Temporomandibular (ATM) :

¿Presenta factores de riesgo o alteraciones que afectan la salud bucal? :  Si  No

## DINÁMICA FAMILIAR Y COMUNITARIA

## APGAR FAMILIAR

Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad.	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Casi nunca	<input type="checkbox"/> Algunas veces	<input type="checkbox"/> Casi siempre	<input checked="" type="checkbox"/> Siempre
Me satisface como en mi familia hablamos y compartimos nuestros problemas.	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Casi nunca	<input type="checkbox"/> Algunas veces	<input type="checkbox"/> Casi siempre	<input checked="" type="checkbox"/> Siempre
Me satisface como mi familia acepta y apoya mi deseo de emprender nuevas actividades.	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Casi nunca	<input type="checkbox"/> Algunas veces	<input type="checkbox"/> Casi siempre	<input checked="" type="checkbox"/> Siempre
Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones tales como rabia, tristeza, amor.	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Casi nunca	<input type="checkbox"/> Algunas veces	<input type="checkbox"/> Casi siempre	<input checked="" type="checkbox"/> Siempre
Me satisface como compartimos en mi familia: a) El tiempo de estar juntos b) Los espacios en casa c) El dinero	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Casi nunca	<input type="checkbox"/> Algunas veces	<input type="checkbox"/> Casi siempre	<input checked="" type="checkbox"/> Siempre

Puntaje : 20 | Funcionalidad normal

## Salud Auditiva v Comunicativa

Valoración del estado del oído por :

Inspección Visual :  Normal  Anormal  No EvaluaOtoscopia :  Normal  Anormal  No EvaluaFunciones de la articulación, voz, habla y desempeño comunicativo :  Normal  Anormal  No Evalua¿Tiene usted o ha tenido algún problema en el oído? :  Si  No¿Cree usted que escucha bien? :  Si  No

Observación : \_\_\_\_\_

¿Presenta factores de riesgo o alteraciones de la salud visual? :  Si  No

## Salud Visual

Examen Oftalmológico : <input checked="" type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Anormal	<input type="checkbox"/> No Evalua
Valoración Auditiva Visual : <input checked="" type="checkbox"/> Sin Alteraciones	<input type="checkbox"/> Con Alteraciones	

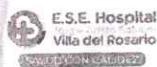
OD : 0 / 0

OI : 0 / 0

AO : 0 / 0

Observación : \_\_\_\_\_

¿Presenta factores de riesgo o alteraciones de la salud visual? :  Si  No

**SE HOSPITAL JORGE CRISTO SAHUM****ATENCIÓN AL ADULTO**

Consulta Externa

FECHA : 20/08/2025 09:29

INGRESO : 2053391

**AVENDAÑO CHAVARRIAGA MICHAEL ALEXIS**

CC - 1090396944

Edad : 36 Años 10 Meses 28 Días

Sexo : Masculino

Nacimiento : 23/09/1988

Teléfono : 313362089

Dirección : CRA 8 # 25-05 GRAN COLOMBIA

Empresa : COOSALUD EPS SA REGIMEN SUBSIDIADO

**Salud Sexual**

Identificar condiciones médicas que afectan la salud sexual :  Aspecto Nutricional  EPOC  Diabetes  Enfermedad Cardiaca  
 Enfermedad Cerebrovascular  Otra

Identificar condiciones médicas que afectan la salud sexual :  Funcionalidad Sexual  Orientación Sexual  Deseo  
 Excitación  Lubricación  Orgasmo  
 Satisfacción  Erección  Ejaculación  
 Dolor  Ejaculación

Observación : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

¿Presenta factores de riesgo que afectan su salud sexual y reproductiva ?  Si  No

**RESULTADOS LABORATORIOS**

Resultado : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Concepto Profesional : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**DIAGNÓSTICO**

Finalidad de la Consulta : VALORACION INTEGRAL PARA LA PROMOCION Y MANTENIMIENTO

Causa Externa Consulta : Promoción y mantenimiento de la salud – intervenciones individuales

Diagnóstico Principal : Z008 OTROS EXAMENES GENERALES

Tipo Diagnóstico Principal : Impresión Diagnóstica

Diagnóstico Relacionado 1 : F808 DESARROLLO DEL HABLA Y

Diagnóstico Relacionado 2 : E669 OBESIDAD NO ESPECIFICADA

Diagnóstico Relacionado 3 : \_\_\_\_\_

Diagnóstico Médico :

IDX:TRASTORNO DEL LENGUA

GONZALEZ SANCHEZ ANGEL DAVID  
C.C. 6112782  
MEDICINA GENERAL



## ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

### Resultados de la consulta

#### Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1090396944
NOMBRES	MICHAEL ALEXIS
APELLIDOS	AVENDAÑO CHAVARRIAGA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	NORTE DE SANTANDER
MUNICIPIO	VILLA DEL ROSARIO

#### Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	COOSALUD EPS S.A.	SUBSIDIADO	01/01/2020	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión: 08/22/2025 19:12:43 | Estación de origen: 2801:12:c800:2070::1

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**,

Registro válido

Fecha de consulta:

22/08/2025

Ficha:

54874353547700001348

B1

Pobreza moderada

#### DATOS PERSONALES

Nombres: MICHAEL ALEXIS

Apellidos: AVENDAÑO CHAVARRIAGA

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 1090396944

Municipio: Villa del Rosario

Departamento: Norte de Santander

#### INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:

16/04/2023

Última actualización ciudadano:

16/04/2023

Última actualización vía registros administrativos:

\*Si encuentra alguna inconsistencia o desea actualizar su información por favor acérquese a la oficina del Sisbén del municipio donde reside actualmente

## Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador:

Astrid María Mendoza Cuentas

Dirección:

Carrerra 7 No. 4-71 Barrio Centro

Teléfono:

5701220 - 5700873 - 5700317

Correo Electrónico:

sisben@villarosario.gov.co



El hurto reiterado de Infraestructura eléctrica atenta contra la disponibilidad permanente del servicio y te puede dejar sin energía por un término indeterminado.

Constitutivamente de delito, el hurto de la Infraestructura eléctrica se tipifica en el artículo 439 del Código Penal Colombiano. El hurto de la Infraestructura eléctrica es delito sancionado con pena de prisión de 10 años al 20 años y multa de \$100.000.000 a \$200.000.000.

**SOMOS**  
Grupo EPM



Participa y celebra con nosotros el aniversario **Somos** en septiembre, deberás:

1. Con este programa puedes comprar tus electrodomésticos y pagarlos con la factura de energía.
2. Cuida el medio ambiente comprando este producto en uno de nuestros aliados de movilidad eléctrica.
3. Así se llama uno de los aliados comerciales de CREDITOSOMOS que está ubicado en el centro de Cúcuta.
4. Programa de CENS que te entrega beneficios gracias a nuestras alianzas comerciales.
5. En este documento conoces el valor de la cuota que pagas por la compra de tus electrodomésticos.

Para participar y celebrar con nosotros el **Aniversario Somos** en septiembre, deberás:

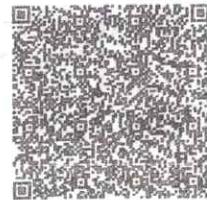
1. Solucionar la sopa de letras y enviar fotografía al **WhatsApp 3102474033**
2. Inscríbete en [www.somosgrupoepm.com](http://www.somosgrupoepm.com)

Con **Lucia** puedes reportar daños en el servicio de energía

CUDE: 28ae8d8b37cb2f5aa880855b30590e7a9e19743a30fdcb275e3cb2507d8e0496ae8cbc04da60df09fa984b0a6f747d84

#### Compensación Calidad del Servicio

Indicadores	Período Actual			Período Retroactivo		
	Mes 1	Mes 2	Mes 3	Mes 1	Mes 2	Mes 3
C transformador	1T07180-De la Empresa					
DIU6	33.392					
DIU	19.658					
HC	0					
V/R Compensar \$	0					
Dt	295.961					
Grp.Calidad	21					
FIU6	12					
FIU	17					
VC	0					
CEC	0					
%	2					



QR DIAN



Grupo epm

#### Tu Información

Nombre: María Ofelia Chavarriaga Vidales

Dirección: Cra 8 25-05

Barrio: Gran Colombia

Clase de Servicio: Residencial

Ruta: 105 01512193599

Ciudad: Villa Del Rosario

Estrato 1

Tarifa: Icbf bienestar familiar

#### Tu número de cliente:

321420

Documento equivalente electrónico

1084183378

Fecha y hora de generación: 2025-08-08 12:19:33

Fecha y hora de expedición: 2025-08-09 08:04:00

Último pago: 16/JUL/2025

Pagaste: \$69,559

Periodo facturado 05/JUL/2025 a 04/AGO/2025



¡Escanea y paga!

#### Fecha de vencimiento

Pago oportuno hasta:  
27/AGO/2025

Pago con recargo hasta:  
02/SEP/2025

Días Facturados

31

#### Servicios Facturados



Contactanos a través de la línea de atención 01 8000 414115

Reporte de daños en Norte de Santander al 115 - #515 Sur de Cesar y de Bolívar

Síguenos en nuestras redes sociales

Descarga la app CENS [www.cens.com.co](http://www.cens.com.co)

#### Puntos y medios de pago

Estimado cliente, recuerda que tienes la posibilidad de pagar en efectivo, cheque o medio electrónico ingresando a [www.cens.com.co](http://www.cens.com.co)  
Apuestas Cúcuta 75 - BBVA - Coguasimales - Almacenes Éxito - Ilinorte Bancolombia - Davivienda - Efecty - PTM - Banco de Bogotá - Banco Caja Social - Banco Popular - Red Multicolor - Baloto - Banco Agrario - Cajeros y Datafonos ATH - SuperGIROS (sur del Cesar y sur de Bolívar)



Grup... epm

# Centrales Eléctricas del Norte de Santander S.A. E.S.P.

NIT: 890500514-9. Somos Autoretenedores a título de Renta: Resolución 547 del 25 de Enero de 2002.  
Grandes Contribuyentes: Resolución No. 000200 del 27 de diciembre de 2024 / Agentes Retenedores IVA.

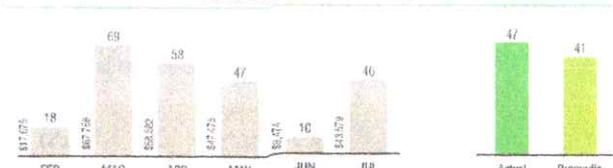
## Servicio de energía

Componentes del costo unitario (\$/kWh)

Generación (G): 265.3452  
Transmisión (T): 54.6881  
Distribución (D): 310.9990  
Costo Unitario \$/kWh: 871.8147

CONSUMO SUBSISTENCIA: 173 kWh

### Histórico de consumo \$/kWh



### Información de consumo / Detalle del servicio de energía

Activa	Lectura	kWh	Reactiva	Lectura	kVArh
Actual	56051	47	Actual		
Anterior	56004		Anterior		

### Concepto

Concepto	Valor Mes
CONSUMO ACTIVA	\$ 40,975
SUBSIDIO	\$ -21,322

### Total de energía

\$ 19,653

### Estado Financiaciones / CredISOMOS

Nº de convenio	Deuda inicial	Tasa Interés	Cuotas Pend.	Deuda actual	Cuotas Fact.

## Servicio de aseo

Empresa: VEOLIA ASEO NORTE DE SANTANDER

Sítio Web: www.veolia.com.co/oriente

Correo: co.servicio@cliente.aseo.oriente@veolia.com

Clase de servicio: RESIDENCIAL - RE

Frecuencia de barido: 1

subs/cont (\$): -5304

NIT: 807005020

Teléfono: 018000950096

Dirección: AV AA 8N-57 ZONA INDUSTRIAL

Estrato: 1 Periodo: 07-2025

Frecuencia de recolección: 3 Puerta a puerta: Si

subs/cont (%): 20 Costos: 26.523

## Servicio de aseo

### Costo Unitario

VBA	174140.27	Mes	Consumo (Ton)	Tarifa (\$)
TRBL	.00137	JUN	0.0612	16.531
TRLU	.00223	MAY	0.0612	16.568
TRRA	.00002	ABR	0.0612	16.480
TRA	.00415	MAR	0.0612	16.283
CVNA	198802.77	FEB	0.0612	13.973
TAFA	55.014			
TRNA	.06123			
CIFT	13305			

VBA: Valor Base Aprovechamiento / TRBL: Tonelada Barro y Limpieza / TRLU: Toneladas Limpieza Urbana / TRRA: Tonelada Recub. de Aprovechamiento / TRA: Toneladas Efectivamente Aprovechadas / CVNA: Costos Residuos No Aprovechados / TAFA: Toneladas Residuos No Aprovechados Agrícolas / TRNA: Toneladas Residuos No Aprovechados / CIFT: Costo Fijo Total

### Concepto

### Valor Mes

SUBSIDIO ASEO	\$ -5,304
COMERCIALIZACIÓN POR SUSCRIP.	\$ 3.376
DESCUENTOS	\$ 4.783
COMERCIALIZAC. APROVECHAMIENTO	\$ 1.013
RECICLACION Y TRANSPORTE	\$ 9.096
BARRIDO Y LIMP. DE AREAS PUBL.	\$ 8.501
INCENTIVO AL APROVECHAMIENTO I	\$ 716
LIMPIEZA URBANA	\$ 415
TRATAMIENTO DE LIXIVIADOS	\$ 343
VALOR BASE APROVECHAMIENTO	\$ 722
DISPOSICIÓN FINAL	\$ 2.341

### Total de aseo

\$ 16,436

### Impuesto alumbrado público

Clausula CPSCCU: 25	Sujeto activo (Municipio): Villa Del Rosario
Sujeto pasivo (Contribuyente): María Ofelia Chavarriaga Vidales	Concesionario: Concesión American Lighting S.A.S. Tel 5644164
Norma municipal que aprueba: Acuerdo No. 025 de 2024_002 de 2025	
Para mayor información comuníquese con la alcaldía de su municipio y para mantenimiento al operador en la linea: 5644164 Concesión American Lighting S.A.S.	
Base Gravable: 40,975	Tarifa: 10

### Concepto

### Valor Mes

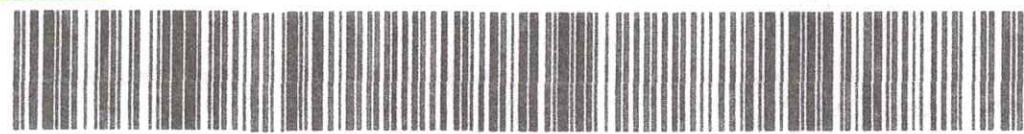
IMPUESTO ALUMBRADO PÚBLICO	\$ 5,894
----------------------------	----------

### Total alumbrado público

\$ 5,894

**Recuerda:** Las bahías de parqueo en las estaciones de carga son exclusivas para vehículos eléctricos.

**Evita hacer uso indebido de estos sitios.**



Con este número puedes hacer trámites y pagos

Reporta daños y emergencias marcando gratis



321420  
Número de cliente:

018000 414 115 ó al 115



7 DE AGOSTO  
Batalla de Boyacá

### Servicios Facturados



\$19,653



\$16,436



\$5,894

### Por tus servicios pagas

\$41,983

### Disfruta más tu tiempo

Pagando tu factura de CENS

Sin salir de casa y con total seguridad

Paga por PSE  
utilizando este código QR



Por tus servicios pagas



\$ 41,983

REPUBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **43.067.050**  
**CHAVARRIAGA VIDALE**

APELLIDOS  
**MARIA ORFILIA**

NOMBRES

*Maria Orfilia OV*

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO

**28-JUN-1964**

**BOLIVAR**  
(ANTIOQUIA)

LUGAR DE NACIMIENTO

**1.53**      **O+**

ESTATURA      G.S. RH

**F**

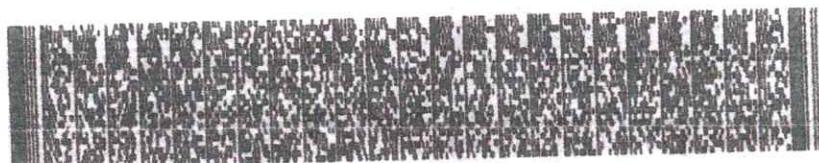
SEXO

**09-SEP-1982 MEDELLIN**

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

*Carlo Ariel Sanchez*  
REGISTRADOR NACIONAL  
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO



R-2510000-00654263-F-0043067050-20150103

0042164888A 2      43274814

*chakyra@gmail.com  
3133662089  
318424182*