

## Datos del Registro de Autorización

### Fuente de Recursos

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

### 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: Q909-Q212- RECURSOS PROPIOS



Confirmación de Registro

Autorización registrada exitosamente con código: 1416804



REGISTRADURÍA  
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL  
**REGISTRO CIVIL  
DE NACIMIENTO**

Indicativo  
Serial 62466622

NUIP 1091390055

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina															
Registraduría	<input type="checkbox"/>	Notaría	<input checked="" type="checkbox"/>	Número	<input type="checkbox"/>	Consulado	<input type="checkbox"/>	Corregimiento	<input type="checkbox"/>	Inspección de Policía	<input type="checkbox"/>	Código	N	3	C
País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía															
COLOMBIA - NORTE DE SANTANDER - CUCUTA NOTARIA 1 CUCUTA * * * * *															

Datos del inscrito															
Primer Apellido								Segundo Apellido							
GOMEZ * * * * *								MORENO * * * * *							
Nombre(s)															
ARANZA CAMILA * * * * *															
Fecha de nacimiento															
Año				Mes		Día		Sexo (en letras)				Grupo sanguíneo		Factor RH	
2022				OCT		05		FEMENINO				O		POSITIVO	
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)															
VENEZUELA - TACHIRA-SAN CRISTOBAL															

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos																Número certificado de nacido vivo															
REGISTRO DE NACIMIENTO EXTRANJERO * * * * *																* * * * *															

Datos de la madre o padre (para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)																															
Apellidos y nombres completos																															
MORENO MORENO GLADYS MARIOVI * * * * *																															
Documento de identificación (Clase y número)																Nacionalidad															
DE No. 19598223 * * * * *																VENEZUELA * * * * *															

Datos de la madre o padre (para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)																															
Apellidos y nombres completos																															
GOMEZ ROMAN YEISSON ANTONIO * * * * *																															
Documento de identificación (Clase y número)																Nacionalidad															
CC No. 1092394631 * * * * *																COLOMBIA * * * * *															

Datos del declarante																															
Apellidos y nombres completos																															
GOMEZ ROMAN YEISSON ANTONIO * * * * *																															
Documento de identificación (Clase y número)																Firma															
CC No. 1092394631 * * * * *																Yeison Gomez															

Datos primer testigo																															
Apellidos y nombres completos																															
* * * * *																															
Documento de identificación (Clase y número)																Firma															
* * * * *																* * * * *															

Datos segundo testigo																															
Apellidos y nombres completos																															
* * * * *																															
Documento de identificación (Clase y número)																Firma															
* * * * *																* * * * *															

Fecha de inscripción																Nombre y firma del funcionario que autoriza															
Año				Mes		Día		Nombre y firma																							
2022				DIC		20		MELBA YANETH RANGEL HERNANDEZ																							

Reconocimiento paterno																Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento															
Firma																Nombre y firma															

ESPACIO PARA NOTAS																															
OTRO:NE - INSCRIPCION DE CONFORMIDAD POR EL ART 96 DE LA CONSTITUCION POLITICA DE COLOMBIA SEGUN ACTA EXTRANJERA N° 3015 APOSTILLADA A SOLICITUD DE PARTRE INTERESADA DOY FE. SO:20/12/2022																															

LA NOTARIA PRIMERA DEL CIRCULO CUCUTA N. DE S. HACE CONSTAR QUE LA PRESENTE FOTOCOPIA COINCIDE CON EL ORIGINAL QUE REPOSA EN LOS ARCHIVOS DE REGISTRO CIVIL DE ESTA NOTARIA. ESTE REGISTRO TIENE VALIDEZ PERMANENTE

27/12/2022



Coatuna S.A.

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -



NIT. 900542979-5

Av 11e No 4-09 Quinta Oriental, San Jose De Cúcuta  
Cel. 304 574 7807 - Tel. 5943310 - 5943311  
E-mail. ciade.especialistas@hotmail.com



## HISTORIA CLÍNICA DE CONSULTA EXTERNA POR ENFERMEDAD GENERAL

### DATOS PERSONALES

Atención N°: 375,550

Ciudad y Fecha: CÚCUTA (NORTE DE SANTANDER, COLOMBIA) 21/09/2025 - 08:15 A. M. Empresa: NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A.  
Tipo Evaluación Médica: CONSULTA DE GENÉTICA MÉDICA Cargo: N  
Nombres y Apellidos: GOMEZ MORENO ARANZA CAMILA RC: 1091390055 de CÚCUTA Fecha de Nacimiento: 05/10/2022  
Edad: 2 AÑOS 11 Lugar de Nacimiento: CÚCUTA (NORTE DE SANTANDER, COLOMBIA) Dir. Residencia: NA  
Estudios: SIN ESTUDIO Estado Civil: SOLTERO(A) E.P.S.: NUEVA EPS A.F.P.: NO REFIERE A.R.L.: NO REFIERE

### MOTIVO DE LA CONSULTA

HISTORIA CLÍNICA – VALORACIÓN POR GENÉTICA CLÍNICA CONTROL

#### SÍNDROME DE DOWN

Fecha de Nacimiento: 05 10 2022  
Edad: 2 años 11 meses  
Natural: San Cristóbal Venezuela  
Procedencia: San Cristóbal  
Escolaridad: Menor  
Estado civil: Menor  
Vive con: Padres  
Acompañante: Madre  
Ocupación: Menor  
Dirección: Táriba Cárdenas

MC: Síndrome de Down

Madre: Gladys Moreno Moreno Edad: 34 años Natural y Procedencia: San Cristóbal Escolaridad: Técnico Ocupación: Hogar

Padre: Yeison Gómez Román Edad: 35 años Natural y Procedencia: Cúcuta Escolaridad: Bachiller Ocupación: Comercio

Niega consanguinidad

### ENFERMEDAD ACTUAL

EA: Paciente con antecedente de diagnóstico prenatal de síndrome de Down con ecografía prenatal que evidenciaba canal AV en seguimiento con perinatología, posterior diagnóstico y confirmación clínica de su diagnóstico al nacer, por lo que solicitan valoración.

#### Antecedentes Personales:

Perinatales producto de segundo embarazo controles prenatales adecuados ecografía de tercer trimestre detecta cardiopatía congénita canal AV, parto por cesárea a las 34 semanas peso al nacer 2400 gr talla 46 cm, a los 5 meses hospitalización y remisión para corrección quirúrgica de canal AV con infección posquirúrgica, por 10 días.

Patológicos: Síndrome de Down con canal AV e hipotiroidismo

Enfermedades propias de la infancia: No

Historia laboral: No

Exposición a sustancias químicas: No

Exposición a Radiación: No

Hospitalización: No

Psiquiátricos: No

Farmacológicos: Levotiroxina, Enalapril, espironolactona, silfenafil, furosemida. Kitkal

Traumatológicos: No

Quirúrgicos: Corrección canal AV

Tóxico-alérgicos: No

Inmunizaciones: PAI completo

Alimentarios: Adecuado  
DSM: Sostén cefálico 4 meses, rolos 8 meses, gateo 15 meses, bípedo 17 meses. No camina  
Escolaridad: No  
Rendimiento escolar: NA  
Ginecológicos/ Urológicos: Vida sexual PNF  
  
Antecedentes Familiares: Niega  
Consanguinidad parental: Abuela materna HTA y Abuelo paterno DM2

Árbol genealógico  
Examen Físico: Talla: 82 cm P10 peso: 10.1 kg <p5 PC 44 cm P5-10 Curvas SD

Buen estado general, braquicefalia, facies aplanada, fisuras palpebrales de orientación inferior, puente nasal bajo, macroglosia. Pabellones auriculares de baja implantación. Boca: sin alteraciones. Cuello móvil, sin lesiones. Tórax simétrico, cicatriz de toracotomía mediana pectus excavatum, cardiopulmonar: ruidos cardíacos rítmicos soplo sistólico. murmullo vesicular audible en ambos campos pulmonares sin agregados. Abdomen: blando sin megalias, no hernias. Genitales: normoconfigurados. Extremidades: simétricas, eutróficas, sin lesiones. Neurológico: Hipotonía axial y apendicular.

ESTUDIOS PARACLÍNICOS:  
Cariotipo bandeó G 47, XX +21 20 metafases 50 bandas  
Hemograma 04 06 2024 Leu 11.32 Neu 37.6 Hb 12.6 Hto 36.8 Plt 331 000  
Extendido de sangre periférica normal  
Rx de columna cervical 05 06 2024 Normal  
Oftalmología 2024 Normal  
PEA 05 10 2024 Normal  
Rx de columna cervical 23 11 2024 Normal  
Hemograma 03 05 2025 Normal  
TSH 3.3 T4L 1.6

IDX:  
Síndrome de Down trisomía 21 libre universal.

Discusión:

Paciente femenino de 2 años 11 meses de edad con diagnóstico de síndrome de Down por trisomía 21 libre universal, con cardiopatía congénita tipo canal AV, con hipotiroidismo. Con bajo peso en seguimiento. Neurodesarrollo adecuado para la edad con su diagnóstico de base. En controles interdisciplinarios con terapias integrales. Estudios completos. Se cita a control en 3 meses.

#### Antecedentes Familiares

Ítem	Observación
HIPERTENSIÓN ARTERIAL	NO REFIERE
DIABETES	NO REFIERE
CÁNCER	NO REFIERE
OTROS	NO APLICA

#### Antecedentes Personales

Ítem	Observación
HTA	NO REFIERE
DIABETES	NO REFIERE
ENF RENAL	NO REFIERE
ENF ARTICULAR	NO REFIERE
TBC	NO REFIERE
VENEREAS	NO REFIERE
SIND CONVULSIVO	NO REFIERE
INMUNOLOGICOS	NO REFIERE
HOSPITALIZACIONES	NO REFIERE
TOXICOS ALERGICOS	NO REFIERE
TRAUMATICO	NO REFIERE
QUIRURGICOS	NO REFIERE
OTRO	NO APLICA

## Gineco Obstétricos

Item	Observación
MENARQUIA	NO REFIERE
CICLO MENSTRUAL	NO REFIERE
GESTACIONES	NO REFIERE
PARTOS	NO REFIERE
GEMELARES	NO REFIERE
ECTOPICOS	NO REFIERE
MOLAS	NO REFIERE
ABORTOS	NO REFIERE
CESAREAS	NO REFIERE
FUR	NO REFIERE
FUP	NO REFIERE
FUC	NO REFIERE
MENOPAUSIA	NO REFIERE

## REVISIÓN POR SISTEMAS

Nombre del Sistema	Hallazgo
PRESENTA EPILEPSIA O CONVULSIONES	NO
MANIFIESTA TENER DEFORMIDADES AMPL	NO
CARDIOVASCULAR	ASINTOMÁTICO
DERMATOLOGICO	ASINTOMÁTICO
DIGESTIVO	ASINTOMÁTICO
GENITOURINARIO	ASINTOMÁTICO
NEUROLOGICO	ASINTOMÁTICO
OCULAR	ASINTOMÁTICO
OTORRINOLARINGOLÓGICO	ASINTOMÁTICO
OSTEOMUSCULAR	ASINTOMÁTICO
RESPIRATORIO	ASINTOMÁTICO
OTROS SISTEMAS	
OBSERVACIONES	

## SIGNOS VITALES

Tension Arterial: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Frecuencia Cardiaca: \_\_\_\_\_ x minuto Frecuencia Respiratoria: \_\_\_\_\_ x minuto  
 Temperatura: \_\_\_\_\_ °C Peso: \_\_\_\_\_ kg Talla: \_\_\_\_\_ cm IMC: \_\_\_\_\_  
 Perimetro Abdominal: \_\_\_\_\_ cm Interpretación: \_\_\_\_\_ Lateralidad Dominante: \_\_\_\_\_ DIESTRO

## EXAMEN FÍSICO

Tegumentario	Hallazgo
OTRO	NO APLICA
Cabeza	Hallazgo
CUERO CABELLUDO	NORMAL
OTRO	NO APLICA
Ojos	Hallazgo
ESCLERAS COLOR	ANICTERICAS
ESTRABISMO	NO
HIPEREMIA CONJUNTIVAL	NO
OTRO	NO APLICA
Oídos	Hallazgo
PABELLÓN	NORMAL
OTRO	NO APLICA
Nariz	Hallazgo

TABIQUE	NORMAL
RINCRREA	NO
OTRO	NO APLICA
Boca	
Hallazgo	
MUCOSA ORAL	HÚMEDA
DENTADURA	COMPLETA
OTRO	NO APLICA
Cuello	
Hallazgo	
MOVILIDAD	NORMAL
MASAS	NO
INGURGITACION YUGULAR	NO
OTRO	NO APLICA
Tórax	
Hallazgo	
EXPANSIÓN TORÁCICA	SIMÉTRICA NORMAL
GANGLIOS AXILARES	NEGATIVO
MAMAS Y PEZÓN	NORMALES
OTRO	NO APLICA
Cardio Pulmonar	
Hallazgo	
RUIDOS CARDIACOS	RITMICOS, BIEN TIMBRADOS, SIN SOPLOS
OTRO	NO APLICA
Abdomen	
Hallazgo	
INSPECCIÓN	NORMAL
PALPACIÓN	BLANDO, NO DOLOROSO, NO MASAS, NO MEGALIAS
Genitales	
Hallazgo	
GENITALES EXTERNOS	NORMAL
Neurológico	
Hallazgo	
FUERZA MUSCULAR	NORMAL
SENSIBILIDAD	CONSERVADA NORMAL
OTRO	NO APLICA

CONSULTAS REALIZADOS		
Examen Paraclínico y/o Procedimiento	Valor	Resultado
CONSULTA DE GENÉTICA MEDICA		NO APLICA

OBSERVACIONES PARACLINICOS
NO APLICA

CIE 10	DIAGNÓSTICO	ORIGEN	TIPO
Q909	SINDROME DE DOWN, NO ESPECIFICADO	Enfermedad general	PRINCIPAL
Q212	DEFECTO DEL TABIQUE AURICULOVENTRICULAR	Enfermedad general	RELACIONADO 1
E031	HIPOTIROIDISMO CONGENITO SIN BOCIO	Enfermedad general	RELACIONADO 2

ORDEN DE MEDICAMENTOS N° 0			
NOMBRE DEL MEDICAMENTO	POSOLOGÍA	CANT	FECHA CREACIÓN
NO APLICA	NO APLICA	0	NO APLICA

ORDEN A SERVICIOS N° 1			
NOMBRE DEL SERVICIO	OBSERVACIONES	CANT	FECHA CREACIÓN
RADIOGRAFIA DE COLUMNA CERVICAL CUPS 871010	AP, LATERAL Y ODONTOIDES	3	21/09/2025 09:54:48a. m.
RX AP DE CADERAS EN NEUTRO Y EN RANA		2	21/09/2025 09:55:05a. m.

ORDEN A SERVICIOS N° 2			
NOMBRE DEL SERVICIO	OBSERVACIONES	CANT	FECHA CREACIÓN
GENETICA HUMANA CONSULTA DE CONTROL	CONTROL EN 2 MESES	1	21/09/2025 09:55:20a. m

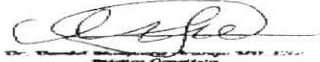
[890348]			
----------	--	--	--

ORDEN A SERVICIOS N° 3			
NOMBRE DEL SERVICIO	OBSERVACIONES	CANT	FECHA CREACIÓN
VALORAR POR DERMATOLOGIA		1	21/09/2025 10:01:48a. m.

ORDEN DE REMISION A ESPECIALISTA N° 0		
NOMBRE DE LA ESPECIALIDAD	MOTIVO DE LA REMISIÓN	FECHA CREACIÓN
NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA

ORDEN DE INCAPACIDAD N° 0			
MOTIVO DE LA INCAPACIDAD	DIAS	TIPO	FECHA CREACIÓN
NO APLICA	0	NO APLICA	NO APLICA

MÉDICO



Dr. Daniel Mosquera Soto S.A.  
Médico Generalista  
Especialista en Genética Humana  
W.M. ESPECIALIZADO

Firma: \_\_\_\_\_  
Nombre: CC: 1020723511 - DANIEL MOSQUERA  
R. M.: 542532-2013      Especialidad: GENETICA HUMANA

PACIENTE

Firma: \_\_\_\_\_  
Nombre: GOMEZ MORENO ARANZA CAMILA  
RC: 1091390055

**HISTORIA CLINICA  
RESUMEN DE EXAMEN FISICO**

Sucursal: PRINCIPAL

Fecha: Junio 11 de 2025 - Junio 11 de 2025

**DATOS DEL USUARIO**

Nombre y Apellidos : ARANZA CAMILA GOMEZ MORENO

Identificación : 1091390055

Sexo : F

Edad : 2Años

Tipo Documento : RC

Dirección: CENTRO

Fecha de Nacimiento :

Ocupación : SIN OCUPACION

Teléfono: 3102554845

Tipo de Usuario : Subsidiado

Estado Civil : SOLTERO(A)

Contrato : NUEVA EPSS

Tipo de Afiliación : BENEFICIARIO

Entidad : NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A.

Nro Carnet :

**DATOS SOBRE LA ATENCIÓN MEDICA AL USUARIO**

FECHA	HORA	T. ART.	FREC. CARD.	FREC. RESP.	TEMP.	PESO	TALLA
11/06/2025	10:46		105	25	36	9.5	83

**Motivo:**

PRIMERA VEZ

VIEEN CON LA MADRE

PROCEDENTE DE VENEZUELA

TIENE CORRECCION DE CANAL AV COMPLETO Y SINDROME DE DOWN

**Enfermedad Actual:**

PACIENTE DE 2 AÑOS DE EDAD CON DIAGNOSTICO DE:

-SINDROME DE DOWN

-CANAL AV COMPLETO RASTELLI TIPO B , DAP E HIPERTENSION PULMONAR MODERADO

-ESTADIO POP SATISFACTORIO Y TARDIOD E CORRECCION DE CANAL AV COMPLETO TIP B (CIV DE ENTRADA Y CIA TIPO OP AMPLIA) CON HAP Y CAP. NO SE RALIZA CATETEIRSMO CARDIACO

FUE LLEVADA A CORRECCION QUIRURGICO DEL DEFECTO CANAL AV COMLETO Y CAP EN MARZO 2023 EN LA FCI. REQUIRIO ECMO DURANTE 3 IAS, CON COMPLIACION TUVO TROMBO DEL DISPOSITIVO DE ASISTENCIA VENTRICULAR Y 2 PÁROS CARDIOVSAUCLARES ASISTIDOS REQUIRIO DIALISIS PERITONEAL PERMANECIO 24 DIAS EN UCIP EN HOSPITALIZACION PRESENTO INFECCION NOSOCOMIAL

ESTA EN MANEJO CON

-FUROSEMIDA 8 MG VO CADA DIA (0.84 MG/KG/DIA)

-ENALAPRIL 0.5 MG VO CADA DIA (0.05 MG/KG/DIA)

HA ESTADO BIEN, NO CIANOSIS, NO SIGNOPE, NO FATIGA CON LA ALIMENTACION

HA AUMENTADO DE PESO LENTAMENTE

**Antecedentes:**

\*\*ECOCARDIOGRMA INSTITUCIONAL 11.06.2025

1. ESTADIO POP SATISFACTORIO Y TARDÍO DE CORRECCIÓN DE CANAL AURICULOVENTRICULAR COMPLETO RASTELLI TIPO C, EN FCI A LOS 5 MESES DE VIDA (MARZO 2022).

2. ECTASIA DE LA RAÍZ AÓRTICA LEVE.

3. SE OBSERVA VÁLVULA AV IZQUIERDA MIXOMATOSA CON INSUFICIENCIA TRIVIAL, SIN PROLAPSO VALVULAR EN EL MOMENTO.

4. FUNCIÓN SISTÓLICA Y DIASTÓLICA ADECUADA.

5. NO HAY SIGNOS INDIRECTOS DE HIPERTENSIÓN PULMONAR EN EL MOMENTO.

**Exámen General:**

OXIMETRIA 95% AL MEDIO AMBIENTE, FASCIES DOWN

TORAX SIMETRICO CON CICATRIA LINEAL EN BUEN ESTADO. RUIDOS CARDIACOS RITMICOS CON SOPLO SISTOLICO GRADO II EN FOCO MITRAL, LLENADO CAPILAR NORMAL PULSOS OK NO HEPATOMEGALIA

**Impresión Diagnóstica:**Diagnóstico: **Q212- DEFECTO DEL TABIQUE AURICULOVENTRICULAR**

--SINDROME DE DOWN

-CANAL AV COMPLETO RASTELLI TIPO B , DAP E HIPERTENSION PULMONAR MODERADO

-ESTADIO POP SATISFACTORIO Y TARDIOD E CORRECCION DE CANAL AV COMPLETO TIP B (CIV DE ENTRADA Y CIA TIPO OP AMPLIA) CON HAP Y CAP.

**Tratamiento:**

-SE SUSPENDE FUROSEMIDA

-SE CONTINUA ENALAPRIL UNICAMENTE

-CITA DE CONTROL POR CARDIOLOGIA PEDIATRICA EN 6 MESES CON ECOCARDIOGRAMA DE CONTROL - DIC 2025 -

-CONTINUAR MANEJO MULTIDISCIPLIARIO CON LAS DEMAS ESPECIALIDADES

## HISTORIA CLINICA RESUMEN DE EXAMEN FISICO

Sucursal: PRINCIPAL

Fecha: Junio 11 de 2025 - Junio 11 de 2025

### DATOS DEL USUARIO

Nombre y Apellidos : ARANZA CAMILA GOMEZ MORENO

Identificación : 1091390055

Sexo : F

Edad : 2Años

Tipo Documento : RC

Fecha de Nacimiento :

Dirección: CENTRO

Teléfono: 3102554845

Ocupación : SIN OCUPACION

Estado Civil : SOLTERO(A)

Tipo de Usuario : Subsidiado

Tipo de Afiliación : BENEFICIARIO

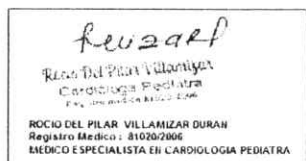
Contrato : NUEVA EPSS

Nro Carnet :

Entidad : NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A.

### DATOS SOBRE LA ATENCIÓN MEDICA AL USUARIO

FECHA	HORA	T. ART.	FREC. CARD.	FREC. RESP.	TEMP.	PESO	TALLA
-------	------	---------	-------------	-------------	-------	------	-------



Atendido por: ROCIO DEL PILAR VILLAMIZAR DURAN

## 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	RC
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	1091390055
NOMBRES	ARANZA CAMILA
APELLIDOS	GOMEZ MORENO
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	NUEVA EPS S.A.	SUBSIDIADO	01/12/2022	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión: 11/18/2025 07:32:15 Estación de origen: 192.168.70.220

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**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la base de datos, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

**Esta información se debe utilizar por parte de las EPS y los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.**

Si necesita retirarse, trasladarse, modificar sus datos o su estado de afiliación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, se aclara que estas actualizaciones dependen netamente de las EPS y no de la ADRES, por lo cual la solicitud de actualización debe ser escalada a la EPS donde se presenta la afiliación.

[IMPRIMIR](#) [CERRAR VENTANA](#)

Registro válido

Fecha de consulta:

18/11/2025

Ficha:

54874368969600002824

**A3**

**Pobreza extrema**

**DATOS PERSONALES**

**Nombres:** ARANZA CAMILA

**Apellidos:** GOMEZ MORENO

**Tipo de documento:** Registro civil

**Número de documento:** 1091390055

**Municipio:** Villa del Rosario

**Departamento:** Norte de Santander

**INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA**

**Encuesta vigente:**

17/03/2025

**Última actualización ciudadano:**

07/05/2025

**Última actualización via registros administrativos:**

25/11/2023

\*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:**

Carrera 7 No. 4-71 Barrio Centro

**Teléfono:**

5701220 - 5700873 - 5700317

**Correo Electrónico:**

sisben@villarosario.gov.co

¡Hemos actualizado tu información! Este proceso se realiza en los siguientes casos:

1. Por validación de información en otros registros administrativos.
2. Cuando exista nueva información reportada por Registro Social de Hogares (RSH) en fechas superiores a la última actualización de tu encuesta.

Para actualizar tu ficha utilizamos información de las siguientes entidades:

- DPS - Departamento para la prosperidad social
- MinEducación - Ministerio de Educación
- ICFES - Instituto Colombiano para la Evaluación de la Educación
- ICETEX

Consejos para  
ahorrar energía



Planifica una vez  
por semana



No seques la ropa  
humeda con el ventilador

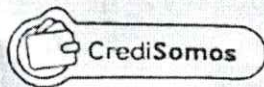
Reemplaza los electrodomésticos  
por ahorradores o LED

Resolución CREG 123 de 2014 "Ahorro y uso eficiente de la energía eléctrica"

**somos**  
parte de tu historia

Preparamos la receta que  
hará tus sueños realidad

Nuestra línea de crédito



- Un crédito con el que podrás comprar los electrodomésticos que sueñas, desde un celular hasta una moto eléctrica.
- Y lo mejor, las cuotas las podrás pagar hasta en 50 meses en tu factura de energía.

Conoce nuestros aliados comerciales en:  
[www.somosgrupoepm.com](http://www.somosgrupoepm.com)  
o escríbenos al 316 894 8035

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

Agrégalala al WhatsApp  
**323 231 5115**



CUDE: 5f542efdc5ef5810bbe80dd0430c7f19adad7d43828ed04ca26df896eb86f8b1d0ec94c242e2b838f37b7abdc249a5

#### Compensación Calidad del Servicio

Indicadores	Periodo Actual			Periodo Retroactivo		
	Mes 1	Mes 2	Mes 3	Mes 1	Mes 2	Mes 3
C transformador	1T02424-De la Empresa					
DIUG	33.392					
DIU	1.974					
HC	0					
V/R Compensar \$	0					
DI	293.9868					
Grp Calidad	21					
FIUG	12					
FIU	5					
VC	0					
CEC	0					
%	2					

#### Información de tu instalación

Medidor Activa: 14412396740  
Medidor Reactiva:  
Alimentador: ELSC69  
Nivel de tensión: 1  
Carga instalada: 1.5  
Constante de medida: 1

El presente documento equivalente a  
factura presta mérito ejecutivo en  
virtud del artículo 130 de la ley 142 de  
1994 modificado por el artículo 18  
de la ley 689 de 2001.

De conformidad con el Decreto 2150  
de 1995, la firma mecánica que  
aparece a continuación, tiene plena  
validez para todos los efectos  
legales.

José Miguel González  
Representante Legal



QR DIAN



Grupo-epm

#### Tu Información

Nombre: María Del Carmen Gomez Diaz  
Dirección: Cra 7 10-69-2  
Barrio: La Palmita  
Ciudad: Villa Del Rosario  
Clase de Servicio: Residencial  
Estrato 2  
Ruta: 105 01512251120  
Tarifa: Generica

Tu número de cliente: **417408**

Documento equivalente electrónico  
**1086247882**

Fecha y hora de generación: 2025-11-08 12:42:50  
Fecha y hora de expedición: 2025-11-08 18:39:00

Último pago: 30/OCT/2025  
Pagaste: \$304,371

Periodo facturado 04/OCT/2025 a 03/NOV/2025



¡Escanea y paga!

#### Fecha de vencimiento

Pago oportuno hasta:  
**25/NOV/2025**

Pago con recargo hasta:  
**02/DIC/2025**

Días  
Facturados  
**31**

#### Servicios Facturados



**\$244,908**  
**\$25,817**  
**\$31,109**



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 - Ilnorte Bancolombia - Davivienda - Efecty - PTM - Banco de Bogotá - Banco Caja Social - Banco Popular - Red Multicolor - Baloto - Banco Agrario - Cajeros y Dálafonos ATH - SuperGIROS (sur del Cesar y sur de Bolívar)

Contáctanos 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)

Virillado SuperServicios NUIR 254001.003 7823-272

NUIP 1.092.394.631



Apellidos  
GOMEZ ROMAN

Nombres  
YEISSON ANTONIO

Nacionalidad	Estatura	Sexo
COL	1.80	M

Fecha de nacimiento

04 NOV 1986

Lugar de nacimiento  
CUCUTA (NORTE DE SANTANDER)

Fecha y lugar de expedición  
24 OCT 2018, VILLA DEL ROSARIO

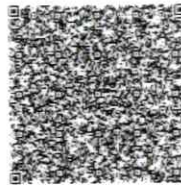
Fecha de expiración  
02 NOV 2032

Firma José Antonio Gómez R.

007200014 88



REGISTRADOR NACIONAL  
Alexander Vega Rocha



ICCOL007200014825100<<<<<<<<<  
8611046M3211027COL1092394631<6  
GOMEZ<ROMAN<<YEISSON<ANTONIO<<