

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES
AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

compensar eps
salud

No. de Radicación: 09042021 Fecha de Radicación: 09/04/2021

I. DATOS DEL TRÁMITE (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo)

1. Tipo de trámite: A. Afiliación ☒ B. Reporte de novedades ☒ 2. Tipo de Afiliación: A. Individuo ☒ B. Colectiva ☐ 3. Régimen: A. Contributivo ☒ B. Subsidio ☐ 4. Tipo de afiliado: A. Cotizante ☒ B. Cabeza de familia ☐ C. Beneficiario ☐ 5. Tipo de cotizante: A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐ Código (a registrar por la EPS): 01

A. AFILIACIÓN II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

6. Apellidos y nombres: Díaz Ríos Wilmer Yesid

7. Tipo de documento de identidad: CC 8. Número de documento de identidad: 1.123.513.371 9. Sexo: Masculino 10. Fecha de nacimiento: 27/01/1996

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia: Indígena 12. Discapacidad: No 13. Puntaje IBREM: 12 A 14. Grupo de población especial: 161 95 15. Administradora de riesgos laborales - ARL: POSITIVA 16. Administradora de pensiones: POVENIR 17. Ingreso base de cotización - IBC: 906.326 18. Residencia: Bogoté 19. Correo electrónico: yesiddiaz38@gmail.com 20. Zona: Urbana 21. Usagen: Bogoté D.C.

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR (Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante)

22. Apellidos y nombres: Pena Julia 23. Tipo de documento de identidad: CC 24. Número de documento de identidad: 1.123.510.409 25. Sexo: Femenino 26. Fecha de nacimiento: 27/11/1987

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

27. Apellidos y nombres: Díaz Ríos Julia 28. Tipo de documento de identidad: CC 29. Número de documento de identidad: 1.123.510.409 30. Sexo: Femenino 31. Fecha de nacimiento: 27/11/1987

32. Datos de residencia

33. Fecha de nacimiento: 27/11/1987 34. Tipo de documento de identidad: CC 35. Número de documento de identidad: 1.123.510.409 36. Sexo: Femenino 37. Fecha de nacimiento: 27/11/1987

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

38. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS: Capital Salud 39. Código de la IPS: 00166 40. Nombre o razón social: GYH Soluciones Integrales SAS 41. Tipo de documento de identificación: CC 42. Número de documento de identificación: 900.348.249-6 43. Tipo de aportante o pagador pensiones: Dependiente 44. Ubicación: Cr 44A No 21 45. Correo electrónico: gyhsolucionesintegrales@gmail.com 46. Teléfono: 322024355 47. Dirección: Bogoté D.C.

8. REPORTE DE NOVEDADES

48. Tipo de novedad: 1. Modificación datos básicos de identificación ☐ 2. Corrección datos básicos de identificación ☐ 3. Actualización documento de identidad ☐ 4. Actualización y corrección de datos complementarios ☐ 5. Terminación de la inscripción en la EPS ☐ 6. Reinscripción en la EPS ☐ 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales ☐ 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales ☐ 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar ☒ 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando ☐ 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas ☐ 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas ☐ 13. Movilidad: A. Régimen Contributivo ☐ B. Régimen Subsidio ☐ 14. Traslado: A. Mismo Régimen ☒ B. Diferente Régimen ☐ 15. Reporte por fallecimiento ☐ 16. Reporte del trámite de protección al cesante ☐ 17. Reporte de la calidad de Pro-pensionado ☐ 18. Reporte de la calidad de Pensionado ☐

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

49. Datos básicos de identificación: 50. Tipo de documento de identidad: CC 51. Número de documento de identidad: 1.123.513.371 52. Sexo: Masculino 53. Fecha de nacimiento: 27/01/1996 54. Fecha: 09/04/2021 55. EPS anterior: Capital Salud 56. Motivo de traslado: Compensar 57. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones: Compensar

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

58. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales. ☐ 59. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción. ☐ 60. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios. ☐ 61. Declaración de no información del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud. ☐ 62. Autorización para que la EPS solicite y entregue datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales. ☒ 63. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran. ☒ 64. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013. ☒ 65. Autorización para que la EPS envíe mensajes de texto. ☒

VIII. FIRMAS

66. Firma del afiliado: [Firma] 67. Firma del empleador: [Firma] 68. Firma del representante legal: [Firma] 69. Firma del representante de la EPS: [Firma]

IX. ANEXOS

70. Anexo copia del documento de identidad: ☐ 71. Copia del documento de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente. ☐ 72. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital. ☐ 73. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y eventual public. acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital. ☐ 74. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor. ☐ 75. Copia de la orden judicial o del acta de reconocimiento de paternidad. ☐ 76. Documento en que conste la pérdida de la capacidad o el certificado de declaración de los padres o la declaración sustrayendo el soporte sobre la ausencia de los dos padres. ☐ 77. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia de Salud. ☐ 78. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. ☐ 79. Copia del acta administrativo o preconstituido de las autoridades competentes en la EPS sobre la calidad de beneficiario o de orden de inscripción de afiliados. ☐

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

80. Identificación de la entidad territorial: Capital Salud 81. Datos del IBREM: 12 A 82. Fecha de radicación: 09/04/2021 83. Fecha de validación: 09/04/2021 84. Tipo de documento de identidad: CC 85. Número de documento de identidad: 1.123.513.371 86. Firma del funcionario: [Firma]

RECUERDE QUE CON LA FIRMA DEL FORMULARIO, EL AFILIADO MANIFIESTA LA VERDAD DE LA INFORMACIÓN REGISTRADA Y DE LAS DECLARACIONES CONTENIDAS EN EL CAPÍTULO VII DEL FORMULARIO.