



I. Datos del trámite

1. Tipo de Trámite A. Afiliación <input type="checkbox"/> B. Reporte de Novedad <input checked="" type="checkbox"/>	2. Tipo de Afiliación A. Individual: - Cotizante o Cabeza de Familia <input checked="" type="checkbox"/> - Beneficiario o Afiliado Adicional <input type="checkbox"/> B. Colectiva <input type="checkbox"/> C. Institucional <input type="checkbox"/> D. De oficio <input type="checkbox"/>	3. Régimen A. Contributivo <input checked="" type="checkbox"/> B. Subsidiado <input type="checkbox"/>	4. Contribución Solidaria Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
5. Tipo de Afiliado A. Cotizante <input checked="" type="checkbox"/> B. Cabeza de Familia <input type="checkbox"/> C. Beneficiario <input type="checkbox"/> D. Afiliado adicional <input type="checkbox"/>	6. Tipo de Cotizante A. Dependiente <input type="checkbox"/> B. Independiente <input checked="" type="checkbox"/> C. Pensionado <input type="checkbox"/>	7. Código (a registrar por la EPS)	

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

8. Apellidos y Nombres HENAO PATINO	9. Tipo de Documento de Identidad CC	10. N° de Documento de Identidad 16725742	11. Sexo biológico Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/>	12. Sexo identificación F <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> NB <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Cuál _____	
13. Nacionalidad colombiano	País colombia	Departamento VALLE	Municipio CALI	14. Lugar de nacimiento VALLE	15. Fecha de nacimiento 10-06-66

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales	16. Etnia <input type="checkbox"/>	17. Comunidad <input type="checkbox"/>	18. Discapacidad Categoría de la discapacidad: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
19. Tiene encuesta SISBEN Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Nivel: <input type="checkbox"/>	20. Clasificación SISBEN Grupo: <input type="checkbox"/>	21. Grupo de Población Especial <input type="checkbox"/>
22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL APL SURA	23. Administradora de Pensión COLPENSIONES	24. Ingreso Base de Cotización-IBC 1750905	25. Tarifa contribución solidaria Zona Cabecera municipal <input checked="" type="checkbox"/> Rural disperso <input type="checkbox"/> Centro Poblado <input type="checkbox"/> Resto rural <input type="checkbox"/>
26. Residencia Calle 72A #4-108 CASA 30	Teléfono Fijo 13155976000	E-mail Jhonhenao@gmail.com	
VALLE	Col. 6	Localidad /Comuna	

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos Básicos de Identificación del Cónyuge o Compañero(a) Permanente Cotizante	27. Apellidos y Nombres Primer Apellido <input type="checkbox"/> Segundo Apellido <input type="checkbox"/> Primer Nombre <input type="checkbox"/> Segundo Nombre <input type="checkbox"/>	28. Tipo de Documento de Identidad <input type="checkbox"/> 29. N° de Documento de Identidad <input type="checkbox"/> 30. Sexo biológico Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	31. Sexo identificación F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> NB <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Cuál _____
32. Nacionalidad	País <input type="checkbox"/> Departamento <input type="checkbox"/> Municipio <input type="checkbox"/>	33. Lugar de nacimiento	34. Fecha de nacimiento

Datos Básicos de Identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

35. Apellidos y Nombres	B1 Primer Apellido <input type="checkbox"/> Segundo Apellido <input type="checkbox"/> Primer Nombre <input type="checkbox"/> Segundo Nombre <input type="checkbox"/>	B2 Primer Apellido <input type="checkbox"/> Segundo Apellido <input type="checkbox"/> Primer Nombre <input type="checkbox"/> Segundo Nombre <input type="checkbox"/>	B3 Primer Apellido <input type="checkbox"/> Segundo Apellido <input type="checkbox"/> Primer Nombre <input type="checkbox"/> Segundo Nombre <input type="checkbox"/>	B4 Primer Apellido <input type="checkbox"/> Segundo Apellido <input type="checkbox"/> Primer Nombre <input type="checkbox"/> Segundo Nombre <input type="checkbox"/>	B5 Primer Apellido <input type="checkbox"/> Segundo Apellido <input type="checkbox"/> Primer Nombre <input type="checkbox"/> Segundo Nombre <input type="checkbox"/>
36. Tipo de Documento	37. N° documento de identidad <input type="checkbox"/> 38. Nacionalidad <input type="checkbox"/>	39. Sexo biológico Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	40. Sexo identificación F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> NB <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Cuál _____	41. Lugar de nacimiento País <input type="checkbox"/> Departamento <input type="checkbox"/> Municipio <input type="checkbox"/>	42. Fecha de Nacimiento Primer Nombre <input type="checkbox"/> Segundo Nombre <input type="checkbox"/>
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

Datos Complementarios del beneficiario

43. Parentesco <input type="checkbox"/> 44. Etnia <input type="checkbox"/> 45. Comunidad <input type="checkbox"/>	46. Grupo de población especial <input type="checkbox"/>	47. Tiene encuesta SISBEN Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Nivel <input type="checkbox"/> Grupo <input type="checkbox"/>	48. Clasificación SISBEN Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Categoría de discapacidad <input type="checkbox"/>	49. Discapacidad Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	50. Incapacidad permanente Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

51. Datos de Residencia

Departamento <input type="checkbox"/> Municipio / Distrito <input type="checkbox"/>	Zona Cabecera Municipal <input type="checkbox"/> Centro poblado <input type="checkbox"/> Rural disperso <input type="checkbox"/> Resto rural <input type="checkbox"/>	Teléfono fijo y/o celular <input type="checkbox"/>	52. Valor de la UPC del afiliado adicional <input type="checkbox"/>
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

Dirección

Localidad /Comuna

Correo electrónico

B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

53. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS C	54. Código de la IPS (a registrar por la EPS) Jhonhenao1966@gmail.com
B1	
B2	
B3	
B4	
B5	

55. Nombre o Razón Social JOHN HENAO PATINO	56. Tipo de Documento de Identidad CC	57. Número de Identificación 16725742	58. Tipo de Aportante o Pagador de pensiones (A Registrar por la EPS) Municipio/Distrito CA LI
59. Ubicación Calle 72A #4-108 CASA 30			

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad			
<input type="checkbox"/> 1. Modificación de datos básicos de Identificación.	<input type="checkbox"/> 12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.		
<input type="checkbox"/> 2. Corrección de datos básicos de Identificación.	<input type="checkbox"/> 13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.		
<input type="checkbox"/> 3. Actualización del documento de identidad.	<input type="checkbox"/> 14. Movilidad: A. Régimen Contributivo <input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> 4. Actualización y corrección de datos complementarios.	<input type="checkbox"/> B. Régimen Subsidiado <input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 15. Traslado: A. Mismo Régimen <input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> 6. Reporte de pago a través de un tercero Código <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> B. Diferente Régimen <input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.	<input type="checkbox"/> 16. Reporte de Fallecimiento del Cotizante o Cabeza de familia		
<input type="checkbox"/> 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.	<input type="checkbox"/> 17. Reporte del trámite de protección al cesante.		
<input type="checkbox"/> 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.	<input type="checkbox"/> 18. Reporte de la calidad de pre-pensionado.		
<input type="checkbox"/> 10. Terminación de relación laboral o perdida de condiciones para seguir cotizando.	<input type="checkbox"/> 19. Reporte de la calidad de pensionado.		
<input type="checkbox"/> 11. Inscripción EPS retorno al país	<input type="checkbox"/> 20. Ingreso a Contribución Solidaria.		
	<input type="checkbox"/> 21. Retiro de Contribución Solidaria		

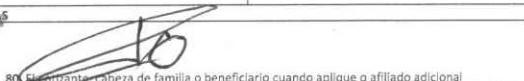
VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGUN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos Básicos de Identificación			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Tipo de Documento de Identidad <input type="text"/>	Número de documento de Identidad <input type="text"/>	62. Sexo biológico Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	63. Sexo Identificación F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> NB <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Cuál <input type="checkbox"/>
65. EPS anterior	66. Fecha de novedad <input type="text"/>	67. Motivo de traslado Código: <input type="text"/>	68. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES	
<input type="checkbox"/> 69. Declaraciones de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales	
<input type="checkbox"/> 70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción	
<input type="checkbox"/> 71. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios	
<input checked="" type="checkbox"/> 72. Declaración de no Internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud	
<input checked="" type="checkbox"/> 73. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales	
<input checked="" type="checkbox"/> 74. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieren.	
<input checked="" type="checkbox"/> 75. 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.	
<input type="checkbox"/> 76. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.	
<input type="checkbox"/> 77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes.	
<input type="checkbox"/> 78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta del Sisbén vigente	

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

79. En caso de ausencia o fallecimiento del cabeza de familia reporte la persona de su grupo familiar que se hará cargo del pago de la Contribución Solidaria			
Apellidos y nombres Primer Apellido <input type="text"/> Segundo Apellido <input type="text"/>	Primer Nombre <input type="text"/> Segundo Nombre <input type="text"/>		
Tipo de Documento de Identidad: <input type="text"/>	Número del documento de identidad: <input type="text"/>		

IX. FIRMAS	
	80. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional
81. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio	

X. ANEXOS	
82. Anexo copia del documento de identidad: cantidad de documento de identidad anexos CN <input type="checkbox"/> RC <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> CC <input checked="" type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/> SC <input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/>	83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
84. Copia del registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital	85. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
86. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.	87. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
88. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres	89. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud numeral 4 y 5 del artículo 2.1.7.3 del Decreto 780 de 2016.
90. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.	91. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.
Total Anexos <input type="text"/>	

XI. DATOS DE LA ENTIDAD TERRITORIAL y/o INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL	
92. Identificación de la Entidad Territorial Código del Municipio <input type="text"/> Código del Departamento <input type="text"/>	93. Nombre de la Institución

XII. DATOS DEL FUNCIONARIO DE LA ENTIDAD TERRITORIAL O DE LA INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL	
94. Apellidos y nombres Primer Apellido <input type="text"/> Segunda Apellido <input type="text"/>	Primer Nombre <input type="text"/> Segundo Nombre <input type="text"/>
Tipo de Documento de Identidad <input type="text"/>	95. Firma del funcionario <input type="text"/>
96. Fecha de radicación <input type="text"/>	97. Fecha de validación <input type="text"/>

OBSERVACIONES:	
-----------------------	--

Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario



I. Datos del trámite

1. Tipo de Trámite A. Afiliación <input type="checkbox"/> B. Reporte de Novedad <input checked="" type="checkbox"/>	2. Tipo de Afiliación A. Individual: - Cotizante o Cabeza de Familia <input checked="" type="checkbox"/> - Beneficiario o Afiliado Adicional <input type="checkbox"/> B. Colectiva <input type="checkbox"/> C. Institucional <input type="checkbox"/> D. De oficio <input type="checkbox"/>	3. Régimen A. Contributivo <input checked="" type="checkbox"/> B. Subsidiado <input type="checkbox"/>	4. Contribución Solidaria Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
5. Tipo de Afiliado A. Cotizante <input checked="" type="checkbox"/> B. Cabeza de Familia <input type="checkbox"/> C. Beneficiario <input type="checkbox"/> D. Afiliado adicional <input type="checkbox"/>	6. Tipo de Cotizante A. Dependiente <input type="checkbox"/> B. Independiente <input checked="" type="checkbox"/> C. Pensionado <input type="checkbox"/>	7. Código (a registrar por la EPS)	

A. AFILIACION

II. DATOS BASICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional)	8. Apellidos y Nombres HENAO PATIÑO	9. Tipo de Documento de Identidad CC	10. N° de Documento de Identidad 16725742	11. Sexo biológico Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/>	12. Sexo identificación F <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> NB <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Cuál _____	14. Lugar de nacimiento País colombia Departamento VALLE Municipio CALI	15. Fecha de nacimiento 10-06-66
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------	------------------------------------------------	-----------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales	16. Etnia <input type="checkbox"/>	17. Comunidad <input type="checkbox"/>	18. Discapacidad Categoría de la discapacidad: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
19. Tiene encuesta SISBEN Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Nivel: <input type="checkbox"/>	20. Clasificación SISBEN Grupo: <input type="checkbox"/>	21. Grupo de Población Especial <input type="checkbox"/>
22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL APL SURA	23. Administradora de Pensión colpensiones	24. Ingreso Base de Cotización-IBC 1750905	25. Tarifa contribución solidaria <input type="checkbox"/>
26. Residencia CNE 72A 24-108 CASA VALLE	Teléfono fijo 13155976000	Locality /Comuna 6	Zona Cabecera municipal <input checked="" type="checkbox"/> Rural disperso <input type="checkbox"/> Centro Poblado <input type="checkbox"/> Resto rural <input type="checkbox"/>

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR	Datos Básicos de Identificación del Cónyuge o Compañero(a) Permanente Cotizante		
27. Apellidos y Nombres Primer Apellido <input type="checkbox"/> Segundo Apellido <input type="checkbox"/>	28. Tipo de Documento de Identidad 29. N° de Documento de Identidad	30. Sexo biológico Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	31. Sexo identificación F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> NB <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Cuál _____
32. Nacionalidad País <input type="checkbox"/> Departamento <input type="checkbox"/> Municipio <input type="checkbox"/>	33. Lugar de nacimiento	34. Fecha de nacimiento	

Datos Básicos de Identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales	35. Apellidos y Nombres B1 Primer Apellido <input type="checkbox"/> Segundo Apellido <input type="checkbox"/> B2 Primer Apellido <input type="checkbox"/> Segundo Apellido <input type="checkbox"/> B3 Primer Apellido <input type="checkbox"/> Segundo Apellido <input type="checkbox"/> B4 Primer Apellido <input type="checkbox"/> Segundo Apellido <input type="checkbox"/> B5 Primer Apellido <input type="checkbox"/> Segundo Apellido <input type="checkbox"/>	36. Tipo de Documento Documento <input type="checkbox"/> 37. N° documento de identidad <input type="checkbox"/> 38. Nacionalidad <input type="checkbox"/>	39. Sexo biológico Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	40. Sexo identificación F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> NB <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Cuál _____	41. Lugar de nacimiento País <input type="checkbox"/> Departamento <input type="checkbox"/> Municipio <input type="checkbox"/>	42. Fecha de Nacimiento <input type="checkbox"/>
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						

Datos Complementarios del beneficiario	43. Parentesco <input type="checkbox"/> 44. Etnia <input type="checkbox"/> 45. Comunidad <input type="checkbox"/>	46. Grupo de población especial Cabeecera Municipal <input type="checkbox"/> Centro poblado <input type="checkbox"/> Rural disperso <input type="checkbox"/> Resto rural <input type="checkbox"/>	47. Tiene encuesta SISBEN Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Nivel <input type="checkbox"/>	48. Clasificación SISBEN Grupo <input type="checkbox"/>	49. Discapacidad Categoría de discapacidad <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	50. Incapacidad permanente <input type="checkbox"/>
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						

51. Datos de Residencia Departamento <input type="checkbox"/> Municipio / Distrito <input type="checkbox"/>	Zona Cabeecera Municipal <input type="checkbox"/> Centro poblado <input type="checkbox"/> Rural disperso <input type="checkbox"/> Resto rural <input type="checkbox"/>	Teléfono fijo y/o celular <input type="checkbox"/>	52. Valor de la UPC del afiliado adicional <input type="checkbox"/>
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

Dirección <input type="checkbox"/>	Localidad /Comuna <input type="checkbox"/>	Correo electrónico <input type="checkbox"/>
B1		
B2		
B3		
B4		
B5		

53. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS C	54. Código de la IPS (a registrar por la EPS) <input type="checkbox"/>
B1	
B2	
B3	
B4	
B5	

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL APORTANTE, DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA O RESPONSABLES DE PAGO			
55. Nombre o Razón Social JOHN HENAO PATIÑO	56. Tipo de Documento de Identidad CC	57. Número de Identificación 16725742	58. Tipo de Aportante o Pagador de pensiones (A Registrar por la EPS) <input type="checkbox"/>
59. Ubicación CNE 72A 24-108 CASA 30			Municipio/Distrito CX 11



Medellín, 16 de enero de 2026

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN – ARL SURA

La Administradora de Riesgos Laborales, SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.NIT 890.903.790 - 5, certifica:

Que JOHN HENAO PATIÑO identificado(a) con C16725742 se encuentra afiliado(a) a Riesgos Laborales y está en estado activo.

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: C167257422601662875