



FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

No. De Radicado		Fecha de Radicado	
16-01-26			
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"/> C. Beneficiario <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)			
II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional)			
8. Apellidos y Nombres HENAO PATINO JOHN			
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 <input type="text"/>	
13. Nacionalidad colombiano		14. Lugar de nacimiento País: Colombia Departamento: VALLE Municipio: CALI	
15. Fecha de nacimiento 10-06-66			
III. DATOS COMPLEMENTARIOS			
16. Etnia <input type="text"/>			
17. Comunidad <input type="text"/>			
18. Discapacidad Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Categoría de la discapacidad: <input type="text"/>			
19. Tiene encuesta SISBEN Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Nivel: <input type="text"/>			
20. Clasificación SISBEN Grupo: <input type="text"/>			
21. Grupo de Población Especial <input type="text"/>			
22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL ARL SURA			
23. Administradora de Pensión colpensiones			
24. Ingreso Base de Cotización - IBC 1750905			
25. Tarifa contribución solidaria			
26. Residencia Calle 32A #4-108 Casa 30 Teléfono fijo 3155976000 Email jhonhenao@gmail.com			
27. Apellidos y Nombres VALLE CALI Local 6 Zona Cabecera municipal <input checked="" type="checkbox"/> Centro Poblado <input type="checkbox"/> Resto rural <input type="checkbox"/>			
IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR			
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 <input type="text"/>			
32. Nacionalidad			
33. Lugar de nacimiento País: <input type="text"/> Departamento: <input type="text"/> Municipio: <input type="text"/>			
34. Fecha de nacimiento			
Datos Básicos de Identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales			
35. Apellidos y Nombres			
36. Tipo Documento			
37. N° documento de identidad			
38. Nacionalidad			
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 <input type="text"/>			
41. Lugar de nacimiento País: <input type="text"/> Departamento: <input type="text"/> Municipio: <input type="text"/>			
42. Fecha de Nacimiento			
Datos Complementarios del beneficiario			
43. Parentesco			
44. Etnia			
45. Comunidad			
46. Grupo de población especial			
47. Tiene encuesta SISBEN Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
48. Clasificación SISBEN Nivel: <input type="text"/> Grupo: <input type="text"/>			
49. Discapacidad Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Categoría de discapacidad: <input type="text"/>			
50. Incapacidad permanente Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
51. Datos de Residencia			
Departamento: <input type="text"/> Municipio / Distrito: <input type="text"/>			
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="text"/>			
52. Valor de la UPC del afiliado adicional a registrar por la EPS			
Dirección: <input type="text"/>			
Localidad / Comuna: <input type="text"/>			
Correo electrónico: <input type="text"/>			
53. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS C			
54. Código de la IPS (a registrar por la EPS)			
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 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)			
59. Ubicación Calle 32A #4-108 Casa 30 Teléfono 3155976000 Email jhonhenao1966@gmail.com VALLE Municipio/Distrito Cali			

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. | 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"/> | 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 pérdida 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	Número de documento de Identidad	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"/> Cual <input type="checkbox"/>
65. EPS anterior	66. Fecha de novedad DD / MM / AAAA	67. Motivo de traslado Código: <input type="text"/>	68. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- ☐ 69. Declaraciones de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales
- ☐ 70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción
- ☐ 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
- ☒ 72. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud
- ☒ 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
- ☒ 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 requieran.
- ☒ 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.
- ☒ 76. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.
- ☐ 77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes.
- ☐ 78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta del Sisben 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	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Tipo de Documento de Identidad:	Número del documento de Identidad:			

IX. FIRMAS

80. Firmas del 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 ☐ RC ☐ TI ☐ CC ☒ PA ☐ CE ☐ CD ☐ SC ☐ PT ☐
- ☐ 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

1

XI. DATOS DE LA ENTIDAD TERRITORIAL y/o INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

92. Identificación de la Entidad Territorial Código del Municipio Código del Departamento	93. Nombre de la Institución
<input type="text"/>	<input type="text"/>

XII. DATOS DEL FUNCIONARIO DE LA ENTIDAD TERRITORIAL O DE LA INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

94. Apellidos y nombres	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Tipo de Documento de Identidad	Número de Documento de Identidad	95. Firma del funcionario		
96. Fecha de radicación DD / MM / AAAA	97. Fecha de validación DD / MM / AAAA			

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



FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

No. De Radicado		Fecha de Radicado	
16-01-26			
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"/> C. Beneficiario <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)			
II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional)			
8. Apellidos y Nombres HENAO PATINO JOHN			
9. Tipo de Documento de Identidad CC		10. N° de Documento de Identidad 16725342	
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"/>	
13. Nacionalidad colombiano		14. Lugar de nacimiento País: Colombia Departamento: VALLE Municipio: CALI	
15. Fecha de nacimiento 10-06-66			
III. DATOS COMPLEMENTARIOS			
16. Etnia		17. Comunidad	
18. Discapacidad Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Categoría de la discapacidad:		19. Tiene encuesta SISBEN Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Nivel: Grupo:	
20. Clasificación SISBEN		21. Grupo de Población Especial	
22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL ARL SURA		23. Administradora de Pensión colpensiones	
24. Ingreso Base de Cotización - IBC 1750905		25. Tarifa contribución solidaria	
26. Residencia CASA		27. Teléfono fijo 3155976000	
28. Correo electrónico jhenhenao@gmail.com			
IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR			
29. Datos Básicos de Identificación del Cónyuge o Compañero(a) Permanente Cotizante			
27. Apellidos y Nombres			
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"/>	
32. Nacionalidad		33. Lugar de nacimiento País: Departamento: Municipio:	
34. Fecha de nacimiento			
Datos Básicos de Identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales			
35. Apellidos y Nombres			
36. Tipo Documento		37. N° documento de identidad	
38. Nacionalidad		39. Sexo biológico Femenino Masculino	
40. Sexo identificación F M T NB Otro Cuál		41. Lugar de nacimiento País Departamento Municipio	
42. Fecha de Nacimiento			
Datos Complementarios del beneficiario			
43. Parentesco		44. Etnia	
45. Comunidad		46. Grupo de población especial	
47. Tiene encuesta SISBEN Si No		48. Clasificación SISBEN Nivel Grupo	
49. Discapacidad Si No		50. Incapacidad permanente Si No	
51. Datos de Residencia			
Departamento		Municipio / Distrito	
Zona Cabecera Municipal Centro poblado Rural disperso Resto rural		Teléfono fijo y/o celular	
52. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)			
Dirección		Localidad / Comuna	
Correo electrónico			
53. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS C			
54. Código de la IPS (a registrar por la EPS)			
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 PATINO		56. Tipo de Documento de Identidad CC	
57. Número de Identificación 16725342		58. Tipo de Aportante o Pagador de pensiones (A Registrar por la EPS)	
59. Ubicación CASA		60. Municipio/Distrito VALLE CALI	

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.arsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: C167257422601662875