



189854044

(Lea las instrucciones que se encuentran al respaldo antes de diligenciar este formulario)

**I. DATOS DEL TRÁMITE**

<b>1. Tipo de Trámite</b> A. Afiliación <input checked="" type="checkbox"/> B. Reporte de Novedades		<b>2. Tipo de Afiliación</b> A. Individual: Cotizante o Cabeza de Familia <input checked="" type="checkbox"/> Beneficiario o Afiliado adicional		B. Colectiva <input type="checkbox"/> D. De Oficio <input type="checkbox"/>	<b>3. Régimen</b> A. Contributivo <input checked="" type="checkbox"/> B. Subsidiado	<b>4. Contribución solidaria</b> Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
<b>5. Tipo de Afiliado</b> A. Cotizante <input checked="" type="checkbox"/> B. Cabeza de Familia		C. Beneficiario <input type="checkbox"/> D. Afiliado adicional		<b>6. Tipo de Cotizante</b> A. Dependiente <input type="checkbox"/> B. Independiente <input checked="" type="checkbox"/> C. Pensionado		<b>7. Código</b> (a registrar por la EPS) 03

**II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional)**

<b>8. Apellidos y nombres</b> Primer Apellido: Venegas Segundo Apellido: Pardo Primer Nombre: Johan Segundo Nombre: Alexander	
<b>9. Tipo de documento de identidad</b> C.C	<b>10. Número del documento de identidad</b> 1024545509
<b>11. Sexo biológico</b> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/>	<b>12. Sexo identificación</b> F M T NB Otro
<b>13. Nacionalidad</b> Colombiana	<b>14. Lugar de nacimiento</b> País: Colombia Departamento: Bogotá D.C. Municipio: Bogotá D.C.
<b>15. Fecha de nacimiento</b> 21/09/1993	

**III. DATOS COMPLEMENTARIOS**

<b>Datos Personales</b>	
<b>16. Etnia</b>	<b>17. Comunidad</b>
<b>18. Discapacidad</b> Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	<b>19. Tiene encuesta SISBEN</b> Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
<b>20. Clasificación SISBEN</b> Nivel Grupo	<b>21. Grupo de población especial</b>
<b>22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL</b>	<b>23. Administradora de Pensiones</b> Borden
<b>24. Ingreso base de cotización - IBC</b> \$1.423.500	<b>25. Tarifa Contribución Solidaria</b>
<b>26. Residencia</b> Dirección: Kr 67 Sur # 58-31 Torre 7 - Apto 705 Teléfono Celular: 3107384025 Correo Electrónico: alex.venegas509@gmail.com	
<b>27. Departamento</b> Cundinamarca	<b>28. Municipio / Distrito</b> Bogotá
<b>29. Localidad / Comuna</b> Ciudad Bolívar	<b>30. Zona</b> 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 del cotizante**

<b>27. Apellidos y nombres</b> Primer Apellido: Segundo Apellido: Primer Nombre: Segundo Nombre:	
<b>28. Tipo de documento de identidad</b>	<b>29. Número del documento de identidad</b>
<b>30. Sexo biológico</b> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	<b>31. Sexo identificación</b> F M T NB Otro
<b>32. Nacionalidad</b>	<b>33. Fecha de nacimiento</b> D D M M A A A A
<b>34. Lugar de nacimiento</b> País: Departamento: Municipio:	

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

<b>35. Apellidos y nombres</b> Primer Apellido: Segundo Apellido: Primer Nombre: Segundo Nombre:	
<b>36. Tipo de documento de identidad</b>	<b>37. Número del documento de identidad</b>
<b>38. Nacionalidad</b>	<b>39. Sexo biológico</b> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>
<b>40. Sexo identificación</b> F M T NB Otro	<b>41. Lugar de nacimiento</b> País: Departamento: Municipio:
<b>42. Fecha de nacimiento</b> D D M M A A A A	

**Datos complementarios del Beneficiario**

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

**51. Datos de residencia**

<b>Departamento</b>	<b>Municipio/ Distrito</b>	<b>zona</b> Cabecera Municipal Centro Poblado Rural Disperso Resto Rural	<b>Teléfono fijo y/o celular</b>	<b>52. Valor de la UPC del afiliado adicional</b> (a registrar por la EPS)
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				
<b>Dirección</b>		<b>Localidad/Comuna</b>	<b>Correo Electrónico</b>	
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				



**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE  
PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A**

En condición de administradora del

**FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

NIT 800.144.331 - 3

**CERTIFICA QUE:**

**JOHAN ALEXANDER VENEGAS PARDO**, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.024.545.509**, se encuentra afiliado(a) al **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR** desde el 20 de junio de 2014.

La presente certificación se expide el 10 de Octubre del 2025.

Cordialmente,



Gerente de Clientes

---

*En Porvenir nos transformamos pensando en tu comodidad, por esto, ponemos a tu disposición los canales digitales para que consultes y obtengas la información de tus productos.*



App Porvenir | [www.porvenir.com.co](http://www.porvenir.com.co)

LA INFORMACIÓN DEBE SER LEGIBLE

SI SE ENCUENTRA ACTUALMENTE AFILIADO A UNA ARL, RELACIONE SU NOMBRE

NOMBRE ARL

A QUE ARL DESEA QUE LA SUBRED CENTRO ORIENTE, REALICE LA AFILIACION

Sura

NOMBRE ARL

CC-CEDULA DE CIUDADANIA

TIPO DE DOCUMENTO

Numero de Documento

Johan

Primer Nombre

Alexander

Segundo Nombre

Venegas

Primer Apellido

Pardo

Segundo Apellido

28/09/1993

DD/MM/AA

Fecha de Nacimiento

Bogotá

Ciudad de Residencia

KI 67 SUR # 58-31

Dirección de Residencia

Sanitas

EPS - Salud

Porvenir

AFP - Pensiones

\$

Honorarios

Técnico  
Programador Software

Perfil/ Profesión

alex.venegas09@gmail.com

Correo Electrónico

3107784025

Celular



Firma del Afiliado

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE

**NOTA: Cualquier novedad requerida debe ser notificada al correo  
arlcontratacionops@subredcentrooriente.gov.co**

Av caracas 33a - 11 3282828 - ext 11011