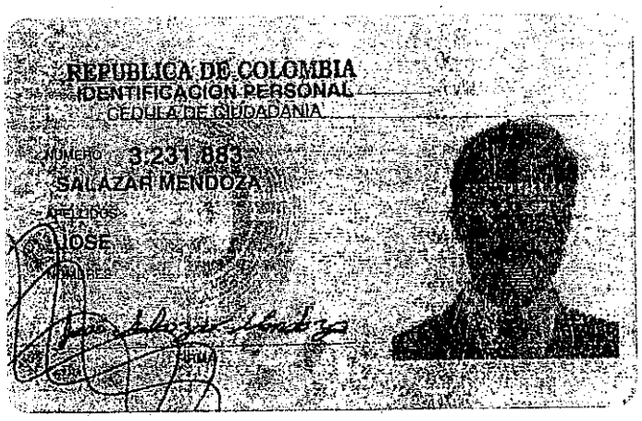

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 3.231.883
SALAZAR MENDOZA
APELLIDOS
JOSE
NOMBRES
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 06-OCT-1961
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.65 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO
09-DIC-1979 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES
INDICE DERECHO

A-1500150-00152606-M-0003231883-20090315 0010332015A 2 1310026177

Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
Salazar	Mendoza	José

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 3'237.883 — SEXO: F ( ) M (X) — NACIONALIDAD: COL. (X) EXTRANJERO ( ) — PAÍS: colombia

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE (X) — NÚMERO 3'237.883 — D.M 2

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA: DÍA 06 MES 10 AÑO 1961

PAÍS: Colombia

DEPTO: Cundinamarca

MUNICIPIO: bogotá

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA: CALLE 69B # 3-535

PAÍS: Colombia — DEPTO: Cundinamarca

MUNICIPIO: bogotá

TELÉFONO: 7-68-25-45 — EMAIL:

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADD (LOS GRADOS DE 1o. A 6o. DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6o. A 11o. DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)

EDUCACIÓN BÁSICA										TÍTULO OBTENIDO:
PRIMARIA					SECUNDARIA			MEDIA		FECHA DE GRADO
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	11	MES ___ AÑO ____

EOUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:
TC (TÉCNICA), TL (TECNOLÓGICA), TE (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA), UN (UNIVERSITARIA),
ES (ESPECIALIZACIÓN), MG (MAESTRÍA O MAGISTER), DOC (DOCTORADO O PHD),
RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO SI	GRADUADO NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN MES	TERMINACIÓN AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL

ESPECÍFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE: HABLA, LEE, ESCRIBE DE FORMA, REGULAR (R), BIEN (B) O MUY BIEN (MB)

IDIOMA	LO HABLA R	LO HABLA B	LO HABLA MB	LO LEE R	LO LEE B	LO LEE MB	LO ESCRIBE R	LO ESCRIBE B	LO ESCRIBE MB

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL.

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Sepecol Ltda		X	colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Cundinamarca	bogotá	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
4-37-25-55	DÍA 29 MES 05 AÑO 2000	DÍA 08 MES 09 AÑO 2001

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
vigilante		CALLE 74D # 69-22

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Admocondo & cia ltda		X	colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Cundinamarca	bogotá	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
2-18-57-82	DÍA 21 MES 07 AÑO 1997	DÍA 22 MES 07 AÑO 1998

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Portero		CL 19 # 80-17

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Gas natural		X	colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Cundinamarca	bogotá	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
3-38-11-99	DÍA 13 MES 12 AÑO 1990	DÍA 31 MES 10 AÑO 1992

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Esmaltador de tubosio de acero		AV 40 # 73-09

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA .

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NÚMERO DE AÑOS Y MESES.

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	15 años	
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	7 años	
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	17	
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	39 años	

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI ◯ NO ⊗ ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA.

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

Ciudad y fecha de diligenciamiento Diciembre 13 2017

José Salazar Mendoza

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE HAN SIDO PRESENTADOS COMO SOPORTE.

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

FORMULARIO UNICO
DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA
PERSONA NATURAL
(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1. DE BIENES Y RENTAS

YO, José Salazar Mendoza

IDENTIFICADO CON: C.C. X C.E. T.I. N° 3'231'883 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País	Departamento	Municipio
Colombia	Cundinamarca	bogotá

Dirección	Teléfonos
CALLE 69 # 3-53 5	7-68-25-45

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
Nohemicia Mendoza Prieto		Madre

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTICULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995, **PARA TOMAR POSESIDN** **PARA RETIRARME** **PARA ACTUALIZACIDN** **PARA MDDIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE** ,QUE LOS UNICOS BIENES Y RENTAS QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACION:

a) Los ingresos y rentas que obtuve en el "último" año gravable fueron:

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	1'200
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	
GASTOS DE REPRESENTACION	-
ARRIENDOS	-
HONORARIOS	-
OTROS INGRESOS Y RENTAS	-
TOTAL	$ 1'200 -

b) Las cuentas corrientes y de ahorro que poseo en Colombia y en el exterior son:

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
DAVIvienda	AHORRO	004800373506	Tunal	— 0 —

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR

EMPLEADOR O CONTRATANTE

1.1 DE BIENES Y RENTAS (CONTINUACION)

d) Las acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR

1.2. DE PARTICIPACIDN EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y ASOCIACIONES

a) En la actualidad participo como miembro de las siguientes juntas y consejos directivos:

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO

b) A la fecha soy socio de las siguientes corporaciones, sociedades y/o asociaciones:

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO

c)En la actualidad: **SI** X **NO** tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE	DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	N°
Ana Silvia Gomez	C.C. X C.E. T.I.	51550457

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Las actividades económicas de carácter privado, adicionales a las declaradas anteriormente, que he venido desarrollando de forma acasional o permanente son las siguientes:

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION

3. FIRMA

José Abaza Mendoza
FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

Bogota D C.
CIUDAD Y FECHA

DAFP-DAP

GOLEGIO ESTRADA DE MARIA AUXILIADORA

CARRERA 62 Nº 66-27 - BOGOTA, D. E. - TELEFONO: 250 46 46

BACHILLERATO MIXTO INSCRIPCION Nº 359 DANE 31100127701

FUNDADO EN 1.958

LICENCIAS DE FUNCIONAMIENTO Bachillerato Básico: 901 de 1964 - 642 de 1966 BACHILLERATO SUPERIOR: 726 de 1969 - 395 de 1970
RECONOCIMIENTOS Y APROBACIONES Bachillerato Básico: 1633 de 1967 Bachillerato Superior: 3691 de 1970 - 5067 de 1973 9060 de 1975
14799 de 1977 - 17782 de 1978 y 17024 del 3 de Octubre de 1979 I a VI DE BACHILLERATO. HASTA NUEVA VISITA

LOS SUSCRITOS DIRECTORA Y SECRETARIO DEL COLEGIO ESTRADA DE MARIA AUXILIADORA AUTORIZADOS POR MEDIO DE LA RESOLUCION Nº 005365 del 12 de diciembre de 1.986 emanada de la Secretaría de Educación de Bogotá, D. E., para expedir los Certificados del Plantel Educativo denominado Centro Comercial Popular "OSCUS" con Resolución de Aprobación Nº 4117 del 22 de Marzo de 1979, PARA LOS CURSOS DE 1º A 4º de EDUCACION BASICA SECUNDARIA MODALIDAD COMERCIAL HASTA NUEVA VISITA E INSCRITO CON EL Nº 1883.

C E R T I F I C A N:

Que SALAZAR MENDOZA JOSE **Identificado con** C.C.3.231.883
de USME **Cursó y** APROBO **en este plantel en 19**78 **el grado** QUINTO
de Bachillerato Comercial los siguientes resultados DE PRIMARIA

ASIGNATURAS	H/S	CALIFICACIONES
LENGUAJE		3.0 tres cero
MATEMATICAS		2.0 dos cero
SOCIALES		5.0 cinco cero
NATURALES		3.5 tres cinco
ETICA Y RELIGION		4.0 cuatro cero

Nb 3.0

ES FIEL COPIA TOMADO DEL LIBRO DE CALIFICACIONES QUE REPOSA EN NUESTRO ARCHIVO.

SANTAFE DE BOGOTA, D.C., 20 DE MAYO DE 1.997

LIC. J. NICOLAS MUÑETONES ESPINOSA
RECTOR

CECILIA HERNANDEZ CRUZ
SECRETARIA

NOTARIA 20

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

JOSE SALAZAR MENDOZA

Con Cédula de Ciudadanía No. 3.231.883

Cursó y aprobó la acción de Formación

ORIENTACIÓN AL USUARIO DE LOS SERVICIOS DE SALUD

con una duración de 85 horas

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Bogotá, a los veintiseis (26) días del mes de marzo de dos mil doce (2012)

Firmado Digitalmente por
GERARDO ARTURO MEDINA ROSAS
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
Autenticidad del Documento
- COLOMBIA

GERARDO ARTURO MEDINA ROSAS
SUBDIRECTOR
CENTRO DE FORMACION DE TALENTO HUMANO EN SALUD
REGIONAL DISTRITO CAPITAL

8097353 - 26/03/2012
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 940300333127CC3231883C.

La Academia Nacional de Seguridad Privada
"Andes Ltda."

Licencia de Funcionamiento No. 11152 del 29 de enero de 1999 Superintendencia de Vigilancia y Seguridad Privada
Licencia de Funcionamiento No. 3295 del 21 de julio de 1997 Ministerio de Educacion Nacional
Licencia de Funcionamiento No 7919 de 1991 del Ministerio de Defensa Nacional

Certifica que

JOSE SALAZAR MENDOZA

C.C No. 3,231,883

Asistió al Programa de Capacitación de:

Ciclo Básico en Seguridad Privada Niv 2

Intensidad 30 horas

Bogota D.C. Sep-21-2001

Director Academico

Secretario Academico

00465

Formación Humana, Oxigeno de la Organización

EL INSTITUTO FES DE LIDERAZGO

CERTIFICA

Que

JOSE SALAZAR MENDOZA

Asistió al Seminario - Taller

LIDERAZGO Y GESTION EN LAS ORGANIZACIONES NO GUBERNAMENTALES
PROGRAMA DE GERENCIA SOCIAL

Realizado en *SANTAFE DE BOGOTA* el día *26 03* de *NOVIEMBRE Y DICIEMBRE* , *1994*

Director IFL

Docente

CENTRO DE CAPACITACION
SAN ANDRES DE LOS ALTOS

José Salazar Mendoza

HACE CONSTAR QUE

Mecánica Automotriz Básica

ASISTIO AL CURSO

Con una intensidad horaria de 60 horas.

Realizado en: Santa fé de Bogotá, D.C., Junio 13 de1999

PROMOTOR

COORDINADOR PROGRAMA
COMUNIDAD

Personería de Bogotá, D. C.

CERTIFICADO ORDINARIO VÍA VENTANILLA
No. 1947597

Bogotá D.C., 11 de Diciembre de 2017 - 15:25 pm

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS
LA PERSONERÍA DE BOGOTÁ, D.C.

CERTIFICA

Que una vez consultado el sistema de Registro de Sanciones e Inhabilidades Disciplinarias de la Personería de Bogotá D.C., el señor(a) **JOSE SALAZAR MENDOZA,** quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **TRES MILLONES DOSCIENTOS TREINTA Y UN MIL OCHOCIENTOS OCHENTA Y TRES** de BOGOTA

3231883

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

Esta Certificación es válida, siempre y cuando el número consignado en el respectivo documento de identificación, coincida con el aquí registrado. El certificado de Antecedentes Disciplinarios expedido por la Personería de Bogotá D.C., contiene las anotaciones de sanciones e inhabilidades disciplinarias que reporten las Entidades Distritales y las dependencias de la Personería de Bogotá D.C., con atribuciones Disciplinarias.

ADVERTENCIAS:
La certificación de antecedentes deberá contener las anotaciones de providencias ejecutoriadas dentro de los cinco (5) años anteriores a su expedición y en todo caso, aquellas que se refieren a sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes en dicho momento.

Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figueren en el registro. (Artículo 174 - Ley 734 de 2002).

Tres o más sanciones disciplinarias en los últimos cinco (5) años por faltas graves o leves dolosas o por ambas, constituye inhabilidad para desempeñar cargos públicos (Numeral 2, art. 38 - Ley 734 de 2002).

Certificado expedido de conformidad con el artículo 102 numeral 5 del Decreto Ley 1421 de 1993, Ley 734 de 2002 y las Resoluciones Nos. 328 del 27 de junio de 2002, 042 del 14 de febrero de 2003 y 616 del 10 de noviembre de 2004, de la Personería de Bogotá D.C.

Para todos los efectos esta certificación debe ser complementada con la expedida por la Procuraduría General de la Nación

El presente certificado tiene vigencia de tres (3) meses a partir de la fecha de su expedición.

Certificado expedido sin costo alguno.

MANUEL DAGOBERTO CARO ROJAS
Jefe Oficina Asesora de Juridica

Este Certificado ha sido generado a través de la página web www.personeriabogota.gov.co. Para verificar su validez comuníquese con la Personería de Bogotá D.C.

El código de verificación para la autenticidad del documento es: 12_8H3D_2415
Link de verificación -> http://www.personeriabogota.gov.co/antecedentes-disciplinarios

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPUBLICA

LA CONTRALORA DELEGADA PARA INVESTIGACIONES, JUICIOS FISCALES Y JURISDICCIÓN COACTIVA

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy martes 12 de diciembre de 2017, a las 16:05:32, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	3231883
Código de Verificación	3231883171212160532

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.

SORAYA VARGAS PULIDO

Digitó y Revisó: WEB

PROCURADURIA
GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 102771312

WEB
15-19-19

Bogotá DC, 11 de diciembre del 2017

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) JOSE SALAZAR MENDOZA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 3231883.

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes deberá contener las anotaciones de providencias ejecutoriadas dentro de los cinco (5) años anteriores a su expedición y, en todo caso, aquellas que se refieren a sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes en dicho momento.Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. (Artículo 174 Ley 734 de 2002).

NOTA: El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones publicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la ley o demás disposiciones vigentes.** Se integran al registro de antecedentes solamente los reportes que hagan las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información que presente el aspirante en la página web: http://www.procuraduria.gov.co/portal/antecedentes.html

MARIO ENRIQUE CASTRO GONZÁLEZ
Jefe División Centro de Atención al Público (CAP)

ATENCIÓN :
ESTE CERTIFICADO CONSTA DE 01 HOJA(S), SOLO ES VALIDO EN SU TOTALIDAD. VERIFIQUE QUE EL NUMERO DEL CERTIFICADO SEA EL MISMO EN TODAS LAS HOJAS.

Síguenos en>

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICÍA NACIONAL DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 11/12/2017 a las 15:21:26 el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº 3231883 y Nombres: SALAZAR MENDOZA JOSE

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

de acuerdo con el art. 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda "NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES" aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula correspondan con el documento de identidad suministrado.

Si tiene alguna duda con el resultado, por favor acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.

Esta consulta solo es válida para el territorio colombiano obedeciendo a los parámetros establecidos en el ordenamiento constitucional.

Volver al Inicio

POLICÍA NACIONAL DE COLOMBIA
Carrera 59 N° 26-21, CAN, Bogotá DC
Atención administrativa de lunes a viernes de 8:am a 12pm y 2pm a 5pm
Requerimientos ciudadanos 24 horas
Línea de Atención al Ciudadano Bogotá: (571) 3159111/9112 - Resto del país: 018000 910 600
FAX (571) 3159581 - E-mail: lineadirecta@policia.gov.co

TODOS POR UN NUEVO PAÍS | Presidencia de la República | Ministerio de Defensa | Gobierno en Línea | Portal Único de Contratación

Todos los derechos reservados 2011.

DIAN®

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

MUISCA — Modelo Único de Ingresos, Servicios y Control Automatizado

001

2. Concepto: 02 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14397016825

(415)7707212489984(8020) 000001439701682 5

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
3 2 3 1 8 8 3	9	Impuestos de Bogotá 32	

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento:	26. Número de Identificación:	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de ciudadanía 13	3 2 3 1 8 8 3	1 9 / 9 1 2 0 9

Lugar de expedición 28. País	29. Departamento:	30. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA 169	Bogotá D.C. 11	Bogotá, D.C. 001

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
SALAZAR	MENDOZA	JOSE	

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla:

UBICACION

38. País:	39. Departamento:	40. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA 169	Bogotá D.C. 11	Bogotá, D.C. 001

41. Dirección principal: CL 69 BIS SUR 3 53 BRR NUEVA COSTARICA

42. Correo electrónico:	43. Código postal	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
josesitosalazar1961@gmail.com		7682545	3102672846

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad:	48. Código:	49. Fecha inicio actividad:	50. Código:	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8299	2006 12 12						4222	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
	1	2																								

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

12- Ventas régimen simplificado

Obligados aduaneros

54. Código:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

55. Forma	56. Tipo

Servicio	1	2	3
57. Modo			
58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha: 2016 12 06

La información contenida en el formulario, será responsabilidad de quien lo suscribe y en consecuencia corresponde exactamente a la realidad, por lo anterior, cualquier falsedad o inexactitud en que incurra podrá ser sancionada.
Artículo 18 Decreto 2460 de Noviembre de 2013
Firma del solicitante.

José Salazar Mendoza

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre: PAEZ SANCHEZ ELIANA ASTRID
985. Cargo: Analista III

Fecha generación documento PDF: 06-12-2016 11:56:44AM

ALCALDIA MAYOR
DE BOGOTA D C

DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha: 06-12-2016
Hora: 12:35:19 PM

CONTRIBUYENTE NIT 3231883-9 JOSE SALAZAR MENDOZA

Información General

Dirección CL 69 BIS 3 53 SUR

Teléfonos 7682545-3102672846

Dirección electrónica josesitosalazar1960@gmail.com

Fax

Información de Registro

Fecha Inscripción 04/09/2012

Soporte Inscripción 14520659

Fecha Inicio Actividades 12/12/2006

Fecha Cese Actividades

Fecha de Informe del Cese

 # Establecimientos: 0

Perfil Tributario

Naturaleza Jurídica PERSONA NATURAL

Régimen Tributario REGIMEN SIMPLIFICADO

Actividad 1: 8299-OTRAS ACTIVIDADES DE SERVICIO DE APOYO A LAS EMPRESAS N.C.P.

Actividad 2: -

Actividad 3: -

Actividad 4: -

Actividad 5: -

Fecha Inicio Financiera:

Código de Verificación de Información: 16001437933

Fuente ICA TE TOCA

Señor Contribuyente: Esta es la información suministrada por usted y registrada en la Secretaría de Hacienda Distrital.



INTERVENIR SALUD OCUPACIONAL SAS
900143900-2

CERTIFICADO VISUAL

Fecha 06/12/2016

Nombre JOSE SALAZAR MENDOZA

Sexo MASCULINO **Edad** 55

Dirección CLL 69 BIS N 3 53 SUR

Empresa SUB RED DEL SUR

Tipo Examen PRE-INGRESO

Cedula 3231883

E.P.S. SALUD TOTAL S.A. EPS ARS

Teléfono

Cargo INFORMADOR

Resultado NORMAL

Impresión Diagnóstica PRESBICIA

Recomendaciones CONTROL ANUAL, CONTINUAR CON EL USO DE LOS ANTEOJOS DE CERCA ANTIRREFLEJO PARA EL COMPUTADOR

GELVER JAVIER MUÑOZ GONZÁLEZ
Firma Profesional — Registro

JOSE SALAZAR MENDOZA
Firma Empleado — Cedula 3231883

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



INTERVENIR SALUD OCUPACIONAL SAS
NIT 900143906-2

CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL
Certificado de aptitud: 3231883-100407

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	06/12/2016 BOGOTA D.C	**Tipo de Examen:**	PRE-INGRESO
Paciente:	JOSE SALAZAR MENDOZA	**Identificación:**	3231883
Género	MASCULINO **Edad:** 55	**Teléfono**	**Móvil:** 3102672816
Fecha Nacimiento:	06/10/1961	**Cargo:**	INFORMADOR
Estado Civil:	CASADO(A)	**EPS:**	SALUD TOTAL S.A. EPS ARS
Dirección	CLL 69 BIS # 3 53 SUR	**Escolaridad:**	SECUNDARIA
Empresa	SUB RED DE SUR		

EXÁMENES DE DIAGNOSTICO LABORAL REALIZADOS

VISIOMETRÍA	CONTROL ANUAL, CONTINUAR CON EL USO DE LOS ANTEOJOS DE CERCA ANTIRREFLEJO PARA EL COMPUTADOR
MEDICINA OCUPACIONAL	USO DE ELEMENTOS PROTECCION PERSONAL, HIGIENE POSTURAL

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

APTO

Observaciones

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
DEBE UTILIZAR GAFAS	LECTURA	
DEBE UTILIZAR AUDIFONOS		

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica o Programa de Prevención y Promoción

VISUAL

Información de Remisiones

NO

En la fecha Yo, mayor de edad identificado como aparece al lado de mi firma en este documento, actuando en pleno uso de mis facultades mentales, actuando sin presiones, de ninguna índole, y en pleno conocimiento de mi estado de salud declaro que SI he recibido toda la información pertinente acerca de los exámenes clínicos y paraclínicos que me van a ser practicados, incluidas las posibles complicaciones que puedan presentarse y que SI he tenido ocasion de preguntar y resolver todas mis inquietudes al respecto

De conformidad plena y teniendo en cuenta lo anteriormente expresado SI autorizo a INTERVENIR SALUD OCUPACIONAL S.A.S. para realizarme los exámenes clínicos y paraclínicos solicitados por mi empleador o entidad solicitante, para realizar la toma de muestras de sangre y otros fluidos corporales; y a que los resultados de dichos exámenes sean plasmados de manera general en el Informe de Condiciones de Salud que será entregado a mi empleador o entidad solicitante para fines de vigilancia epidemiológica o segun corresponda.

En cumplimiento a lo dispuesto en la Ley Estatutaria 1581 del 17 de octubre de 2012, autorizo a INTERVENIR SALUD OCUPACIONAL S.A.S. para que hagan uso de mis datos personales existentes en su base de datos

LUIS ARMANDO PRIETO O.
MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
REG. PROFESIONAL 1-1004-642

LUIS ARMANDO PRIETO ODELCAN
Médico Especialista en Salud Laboral

JOSE SALAZAR MENDOZA 3231883
Firma y cedula del Paciente

FACTURA DE VENTA

No. 11315

Fecha Factura	Fecha Vencimiento
06/12/2016	06/12/2016

Forma de Pago: CONTADO

INTERVENIR SALUD OCUPACIONAL SAS

900143900-2

Regimen Comun Actividad Economica 8699
Tarifa ICA 9,66 x 1000

Autorizacion facturas por computador del 4288 al 15000 Resolucion DIAN 320001255437 de 2015-04-06

Señor(a): JOSE SALAZAR MENDOZA
Dirección: CLL 69 BIS N 3 53 SUR
Ciudad BOGOTA

NIT: 3231883
Teléfono: 3102672846
Fax:

DESCRIPCIÓN	Vr. Unitario	IVA	Dcto.	Cant.	Subtotal
VISIOMETRÍA	16.000.00	0	0	1	16.000.00
EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL INGRESO	22.000.00	0	0	1	22.000.00

SON: TREINTA Y DCHO MIL PESOS M\CTE

Esta factura se asimila en sus efectos a la letra de cambio Art. 731 y 774 del Código de Comercio. Si esta factura no es cancelada en el plazo indicado, causará intereses de mora al porcentaje máximo autorizado por a ley, Art. 884 del Código de Comercio.

Subtotal	38.000.00
Descuento	0.00
Total	38.000.00

ACEPTADA

Firma, Sello del Cliente

INTERVENIR SALUD OCUPACIONAL SAS

SaludTotal

Bogotá, Diciembre 13 de 2017

Señor:
SALAZAR MENDOZA JOSE
CC. 3231883 CL 69BIS 353 SUR - 7682545
Ciudad

Ref: F370-RVA. SOLICITUD INFORMACIÓN - AFILIACIÓN SALUD TOTAL EPS S.A.

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Abril 11 de 2003. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliación	Sem cot	Sem Ant	Parentesco	Estado Afiliación	Fecha de desafiliación EPS	Estado Actual	Discapacidad
SALAZAR MENDOZA JOSE	3231883	C	Abr-11-2003	496	0	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna

De acuerdo con los registros de la base de datos, su grupo familiar presenta la siguiente relación laboral:

Razón social del aportante	Usuario en contrato	Tipo de contrato	Estado de contrato
ASERGEP LTDA EAT	3231883	Dependiente	CERRADO
ASERGEP LTDA EAT	3231883	Dependiente	CERRADO
COOPERATIVA DE TRABAJO Y ASOCIADO ADESCOOP	3231883	Dependiente	CERRADO
GRUPO LABORAL CTA	3231883	Dependiente	CERRADO
GRUPO LABORAL CTA	3231883	Dependiente	CERRADO
JOSE SALAZAR MENDOZA	3231883	Contrato de prestacion de servicios Superior a 1 m	VIGENTE
JOSE SALAZAR MENDOZA	3231883	Trabajador Independiente	CERRADO
JOSE SALAZAR MENDOZA	3231883	Trabajador Independiente	CERRADO
S E T LABORAL S A S	3231883	Dependiente	CERRADO
SER TEMPORALES LTDA	3231883	Dependiente	CERRADO

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

En Salud Total apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con Calidad total. Cualquier información adicional, con gusto será atendida por el personal de servicio al cliente de la sede administrativa de su ciudad, o puede comunicarse con nuestra línea gratuita 018000 1 14524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,

CARLOS JAVIER CARREÑO SANCHEZ
Director de Recaudo y Compensación
SALUD TOTAL EPS S.A.

NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el Estado Actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación, siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si es mora, o cancelación por falta de pago, debe informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos

ARL | sura

Medellín, 12 de diciembre de 2017

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
SEGUROS DE RIESGOS LABORALES SURAMERICANA S.A.

CERTIFICA:

Que JOSE SALAZAR MENDOZA identificado(a) con cédula de ciudadanía 3231883 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:
Fecha inicio cobertura: 08/12/2016 **Fecha fin cobertura:**

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

SUB RED SUR N900958564

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIDNES PRESTADDRAS DE SEIVICIOS DE SALUD, CDN INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CDN AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIDNES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNDSTICOS Y/D RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULDSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

CLASE DE RIESGO: 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2,436%
CENTRO DE TRABAJO: 0000000001 - ASISTENCIAL
CLASE: 3 **PORCENTAJE:** 2,436%
ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:
3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEIVICIOS DE SALUD, CON INTERNACIDN, INCLUYE HDSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCIDN MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIDNES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNDSTICOS Y/D RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADDRAS DE SEIVICIOS DE SALUD, CON INTERNACIDN, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

CODIGO DE ACTIVIDAD: 3851101
CLASE DE RIESGO: 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2,436%

Tenga en cuenta lo siguiente para realizar la cotización y pago:

Artículo 11, Decreto 723 de 2013: Cotización y Pago: La cotización se realizará teniendo en cuenta el mayor riesgo entre:

1. ***La clase de riesgo del centro de trabajo de la entidad o institución.***
2. ***El propio de la actividad ejecutada por el contratista.***

Parágrafo 1: Cuando las entidades o instituciones no tengan centros de trabajo se tomará la actividad principal o institución.

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 generación1734663561

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE RIESGOS LABORALES SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE RIESGOS LABORALES SURAMERICANA S.A

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el: 12/12/2017 5.39 PM

Dirección IP: 190.26.222.66, 172.16.42.236

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Colpensiones

TODOS POR UN NUEVO PAÍS

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Verificada la base de datos de Afiliados, el Señor (a) **JOSE SALAZAR MENDOZA** identificado (a) con **Cédula de Ciudadanía** número **3231883,** se encuentra afiliado (a) desde **27/12/1990** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida - RPM, administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES** y su estado es *ACTIVO COTIZANTE.*

INFORMACIÓN HISTÓRICA DE AFILIACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE PENSIONES				
Novedad	Código Entidad	Entidad Definitiva	Fecha	MultivinculaciónDecreto 3995/2008
Asignado por multivinculación por Decreto 3995/2008	3	PORVENIR S.A.	05/01/1996	Afiliado con mayor número de cotizaciones entre 20070701 al 20071231 en el RAI
Traslado Aprobado de un Fondo de Pensión a COLPENSIONES	23	COLPENSIONES	01/12/2009	No Aplica

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 12 de diciembre de 2017.

Rosa Mercedes Niño Amaya
Gerencia Nacional de Servicio al Ciudadano

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E	
	FORMATO AUTORIZACIÓN VERIFICACIÓN DE TÍTULOS	CO-OPS-FT-07 V1

Bogotá D.C DC 2017

Señores:

Servicio Nacional de Aprendizaje Sena

Por medio de la presente, yo José Salazar Mendoza, identificado con número de documento 3'234.883, autorizo a la Sub Red Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E a que realice la respectiva verificación de la información académica de mi hoja de vida, lo anterior con fines de habilitación y demás procesos internos de la entidad en lo referente a corroboración de la información.

Cordialmente,

Nombre: José Salazar Mendoza

No. Documento: 3'234.883

Teléfono: 768.25.45

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E	
	FORMATO AUTORIZACIÓN VERIFICACIÓN DE TÍTULOS	CO-OPS-FT-07 V1

Bogotá D.C DC 2017

Señores:

Instituto Fes de liderazgo

Por medio de la presente, yo José salazar Mendoza, identificado con número de documento 3'237.883, autorizo a la Sub Red Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E a que realice la respectiva verificación de la información académica de mi hoja de vida, lo anterior con fines de habilitación y demás procesos internos de la entidad en lo referente a corroboración de la información.

Cordialmente,

Nombre: José salazar Mendoza

No. Documento: 3'237.883

Teléfono: 7-68-85-45

	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.	
	FORMULARIO ÚNICO DE CONOCIMIENTO PERSONAS NATURALES Y JURIDICAS SARLAFT	PM-GRI-FT-05

Fecha de Diligenciamiento Dia ____ Mes ____ Año ____

Clase de Vinculación Proveedor [ ] Colaborador [ ] EAPB [ ] Otro [ ]

PERSONA NATURAL

Nombre Completo: José Salazar Mendoza

CC [X] CE [ ] TI [ ] Otro [ ] N° 3'231.883

Fecha Nacimiento Dia 06 Mes 10 Año 1967 Lugar Nacimiento bogotá

Profesión, Ocupación u Oficio: [ ] Fecha Expedición Documento 09-12-1979

Dirección Residencia: KR 1E 69B S # 3-53 Teléfono (s): 7-68-25-45

Ingresos Mensuales: 1'200 Egresos Mensuales: [ ]

Otros Ingresos diferentes a la relación contractual SI [ ] NO [X] Otros Ingresos Mensuales [ ]

Concepto Otros Ingresos: [ ]

Estado Civil: casado Correo Electrónico: josesitos salazar 1967 @ gmail.com

Marque con una (x), según corresponda, por su Perfil, Cargo o Profesión:

¿Maneja Recursos Públicos? SI [ ] NO [V] ¿Tiene Reconocimiento Público? SI [ ] ND [X]

¿Ejerce algún grado de Poder Público? SI [ ] NO [X] ¿Es familiar de una persona publicamente expuesta? SI [ ] NO [X]

PERSONA JURÍDICA

Nombre o Razón Social: [ ] Nit [ ] DV [ ]

Tipo de Empresa Pública [ ] Privada [ ] Mixta [ ] Sector de la Economía [ ] CIIU [ ]

Fecha de constitución en Cámara de Comercio: [ ] E-mail [ ]

Oficina Principal: Dirección [ ] Ciudad [ ]

Teléfono (s) [ ] Tiene Sucursales SI [ ] NO [ ]

Representante Legal: Nombre Completo [ ]

CC [ ] CE [ ] TI [ ] Otro [ ] N° [ ]

Representante Legal: Dirección [ ] Teléfono [ ]

Identificación de Accionistas que tengan directa o indirectamente más del 5% del Capital Social, Aporte o Participación.

Tipo ID		Número ID	Nombre Completo	¿Por su actividad o cargo goza de Reconocimiento Público, Poder Público y/o Recursos Públicos ? Marque SI o NO y especifique.

ACTIVIDAD EN OPERACIONES INTERNACIONALES

¿Realiza transacciones en Moneda Extranjera? SI [ ] NO [ ] Cuál [ ]

¿Poseé productos Financieros en el Exterior? SI [ ] NO [ ] Cuál [ ]

Producto		Número Producto	Moneda	Monto	Entidad	País	Ciudad

Todos los espacios de este formulario deben quedar diligenciados, por lo tanto en aquellos que no tenga información por favor escriba N.A. (No aplica).