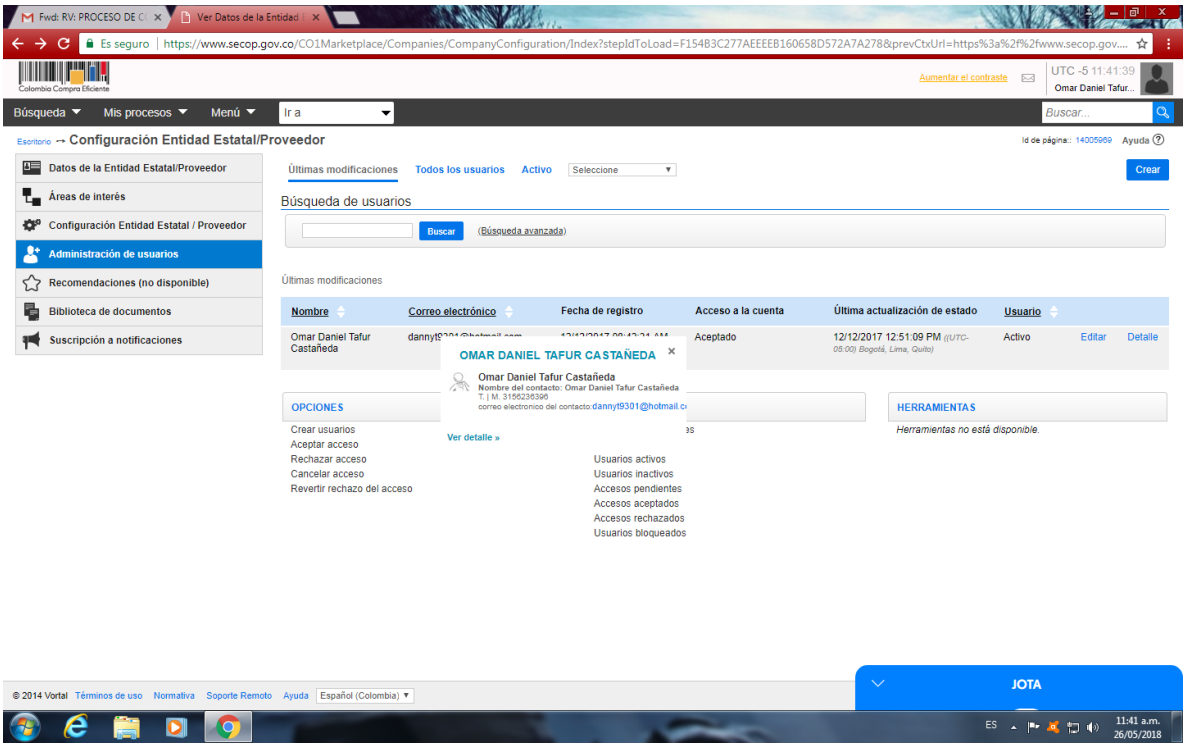



Fwd: RV: PROCESO DE C
Ver Datos de la Entidad
Es seguro | https://www.secop.gov.co/CO1Marketplace/Companies/CompanyConfiguration/Index?stepIdToLoad=F154B3C277AEEEEB160658D572A7A278&prevCtxUrl=https%3a%2f%2fwww.secop.gov....
Colombia Compra Eficiente
Aumentar el contraste
UTC -5 11:41:39
Omar Daniel Tafur...
Búsqueda
Mis procesos
Menú
Ir a
Buscar...
Escritorio → Configuración Entidad Estatal/Proveedor
Id de página:: 14005969
Ayuda
Datos de la Entidad Estatal/Proveedor
Áreas de interés
Configuración Entidad Estatal / Proveedor
Administración de usuarios
Recomendaciones (no disponible)
Biblioteca de documentos
Suscripción a notificaciones
Últimas modificaciones
Todos los usuarios
Activo
Seleccione
Crear
Búsqueda de usuarios
Buscar
(Búsqueda avanzada)
Últimas modificaciones
Nombre
Correo electrónico
Fecha de registro
Acceso a la cuenta
Última actualización de estado
Usuario
Omar Daniel Tafur Castañeda
Aceptado
12/12/2017 12:51:09 PM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)
Activo
Editar
Detalle
OMAR DANIEL TAFUR CASTAÑEDA
Omar Daniel Tafur Castañeda
Nombre del contacto: Omar Daniel Tafur Castañeda
T. | M. 3156236396
correo electronico del contacto:dannyt9301@hotmail.c
Ver detalle »
OPCIONES
Crear usuarios
Aceptar acceso
Rechazar acceso
Cancelar acceso
Revertir rechazo del acceso
Usuarios activos
Usuarios inactivos
Accesos pendientes
Accesos aceptados
Accesos rechazados
Usuarios bloqueados
HERRAMIENTAS
Herramientas no está disponible.
© 2014 Vortal
Términos de uso
Normativa
Soporte Remoto
Ayuda
Español (Colombia)
JOTA
ES
11:41 a.m.
26/05/2018

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.

SIDEAP

Última Actualización: 22-ene-2019

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
TAFUR	CASTAÑEDA	OMAR DANIEL

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	*SEXO*	*NACIONALIDAD*
C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1022982748	F ( ) M (X)	COL (X) EXTRANJERO ( )

LIBRETA MILITAR

PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE (X) NUMERO 1022982748 D.M 52

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 12 MES ENE AÑO 1993

PAÍS Colombia

DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogota D.C.

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

TRANSVERSAL 3B # 77-20 SUR INTERIOR 2

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 7645296

EMAIL dtafur.subredcentrooriente@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BASICA											*TITULO* BACHILLER ACADÉMICO
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		*FECHA DE GRADO*
1°.	*2°.*	*3°.*	*4°.*	*5°.*	*6°.*	*7°.*	*8°.*	*9°.*	*10°.*	*11°.*	MES DICIEMBRE AÑO 2009
										X	

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADEMIA ESCRIBA:

TC (TECNICA). **TL** (TECNOLÓGICA). **TE** (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA). **UN** (UNIVERSITARIA).

ES (ESPECIALIZACIÓN). **MG** (MAESTRIA O MAGISTER). **DC** (DOCTORADO O PHD).

RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ESTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY)

MODALIDAD ACADÉMICA	*No. SEMESTRES APROBADOS*	*GRADUADO SI*	*GRADUADO NO*	*NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TITULO OBTENIDO*	*TEMINACIÓN MES*	*TEMINACIÓN AÑO*	*No. DE TARJETA PROFESIONAL*
TC	4	X		TÉCNICO LABORAL EN AUXILIAR ADMINISTRATIVO	12	2016	
TL	5	X		TECNÓLOGO EN MECÁNICA AUTONOTRIZ	3	2015	

DOMINIO DE IDIOMAS

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

IDIOMA	*LO HABLA*			*LO LEE*			*LO ESCRIBE*		
	R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB
Ingles		X			X			X	

FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA
Persona Natural
(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

ENTIDAD RECEPTORA
Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.
SIDEAP
Última Actualización: 22-ene-2019

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: SUBRED CENTRO ORIENTE E.S.E	*PÚBLICA*: X	*PRIVADA*:	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: atencionusuario@subredcentrooriente.gov.co	
TELÉFONOS: 3444484-2091480	*FECHA DE INGRESO*: DIA 22 MES 12 AÑO 2017	*FECHA DE RETIRO*: DIA 21 MES 1 AÑO 2019	
CARGO O CONTRATO: DIGITADOR	*DEPENDENCIA*: ESPACIO VIVIENDA	*DIRECCIÓN*: CRR 12 D 26 A 62 SUR	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: ALMACENES ONLY	*PÚBLICA*:	*PRIVADA*: X	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: info@almacenesonly.com	
TELÉFONOS: 2127777-2554893	*FECHA DE INGRESO*: DIA 5 MES 12 AÑO 2016	*FECHA DE RETIRO*: DIA 24 MES 12 AÑO 2016	
CARGO O CONTRATO: VENDEDOR	*DEPENDENCIA*: SERVICIO AL CLIENTE	*DIRECCIÓN*: CRR 13 CLL 60 ONLY 8	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: TRAVEL 2 LIVE	*PÚBLICA*:	*PRIVADA*: X	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: reservas@travel2live.co	
TELÉFONOS: 3203382125	*FECHA DE INGRESO*: DIA 14 MES 1 AÑO 2016	*FECHA DE RETIRO*: DIA 22 MES 11 AÑO 2016	
CARGO O CONTRATO: Ejecutivo Comercial y de reservas	*DEPENDENCIA*: Hoteleria y Turismo	*DIRECCIÓN*: Cr 33 # 29-20	

FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA
Persona Natural
(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

ENTIDAD RECEPTORA
Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.
SIDEAP
Última Actualización: 22-ene-2019

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
CONJUNTO RESIDENCIAL CIUDADELA EL POBLADO II		X	Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	dannyt9301@hotmail.com

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
6138818-3013811042	DIA 15 MES 1 AÑO 2015	DIA 14 MES 11 AÑO 2015

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
AUXILIAR ADMINISTRATIVO	PROPIEDAD HORIZONTAL	CLL 129 #54-07

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	*TIEMPO DE EXPERIENCIA*	
	AÑOS	*MESES*
PUBLICO	0	9
PRIVADO	1	8
PARTICULAR	0	0
TOTAL	2	6

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE SI ___ NO X ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOPATIBILIDAD 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 CONTRATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

Ciudad y fecha del diligenciamiento Bogotá D.C, Enero 22 del 2019

OMAR D TAFUR C
FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.

SIDEAP

Última Actualización: 22-ene-2019

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 ÚNICO

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.

SIDEAP

Última Actualización: 22-ene-2019

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, OMAR DANIEL TAFUR CASTAÑEDA

IDENTIFICADO CON C.C. ⊗ **C.E.** ○ **T.I.** ○ **No.** 1022982748 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**

País Colombia **Departamento** Bogotá D.C. **Municipio** Bogotá D.C.

Dirección TRANSVERSAL 3B # 77-20 SUR INTERIOR 2 **Teléfonos** 3156236396 7645296

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
FABIOLA CASTAÑEDA DE TAFUR	41766218	MADRE
MARIZA LILIANA TAFUR CASTAÑEDA	52184773	HERMANO(A)
ANGELA CAROLINA TAFUR CASTAÑEDA	52351650	HERMANO(A)

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 POSESION ○ PARA RETIRARME ○ PARA ACTUALIZACION ⊗

PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE ○

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	$ 0,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	$ 0,00
GASTOS DE REPRESENTACION	$ 0,00
ARRIENDOS	$ 0,00
HONORARIOS	$ 15.300.000,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$ 0,00
TOTAL	$ 15.300.000,00

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
Banco Caja Social	AHORROS	24073305879	Santa Librada	$ 3.700.000,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR

1.2 DE PARTICIPACION 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** ◯ **NO** ⓧ tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DOCUMENTO C.C◯ C.E◯ T.I.◯	NÚMERO DOCUMENTO

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

OMAR D TAFUR C

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 22-ene-2019

CIUDAD Y FECHA

La República de Colombia
El Ministerio de Educación Nacional y en su nombre

Asociación Alianza Educativa
Centro Educativo Distrital
Miravalle

Aprobado por la Secretaría de Educación según Resolución No. 8967 del 11 de Diciembre de 2001

Confiere a

Tafur Castañeda Omar Daniel

T.I. 93011208442 Bogotá

El Título de

Bachiller Académico

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes
según los planes y programas vigentes

Director(a) General

RECTORIA
COLEGIO MIRAVALLE

Rector(a)

SECRETARIA ACADEMICA
COLEGIO MIRAVALLE

Secretaria Académica

Libro de Registro No. Folio No. del Colegio

Dado en Bogotá, D. C., a los 04 días del mes de Diciembre del año 2009

No se requiere registro de la Secretaría de Educación, según Decretos No. 921
del 6 de Mayo de 1994, expedido por el Ministerio de Educación Nacional,
y 2150 del 5 de Diciembre de 1995 Presidencia de la República



REPÚBLICA DE COLOMBIA

LA INSTITUCIÓN DE EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

ACADEMIA NACIONAL DE APRENDIZAJE "ANDAP"

Con Licencia de Funcionamiento No. 598 del 19 de Febrero de 2007
Emanada de la Secretaría de Educación de Bogotá

CONCEDE EL PRESENTE

CERTIFICADO DE
APTITUD OCUPACIONAL

A:

Omar Daniel Tafur Castañeda

C.C No 1.022.982.748 de Bogotá D.C.

QUIEN REALIZÓ Y CULMINÓ DE FORMA SATISFACTORIA EL PROGRAMA

TÉCNICO LABORAL POR COMPETENCIAS EN:
AUXILIAR ADMINISTRATIVO

Registro No. 12-040 del del 13 de Agosto de 2015
intensidad horaria 1400 horas
Programa Reconocido por el SENA
mediante Resolución No. 03928 del 21 de Septiembre de 2012

Firma y Sello Director Nacional

ACADEMIA NAL. DE APRENDIZAJE · DIRECCION GENERAL ·

DECRETO LEY 2150 DEL 5 DE DICIEMBRE DE 1995 SUPRIMIO REGISTRO EN TITULOS Y CERTIFICADOS.

Firma y Sello Secretaría

Libro No. 1 Folio No. 141 Registro No. 18

Expedido en Bogotá D.C. a los 3 días del mes de Diciembre de 2016

Asociación Alianza Educativa
Centro Educativo Distrital
Miravalle
Aprobado por la
Secretaría de Educación
Según Resolución No. 8967
del 11 de Diciembre del año 2001

ACTA INDIVIDUAL DE GRADO

En la ciudad de Bogotá, D. C., a los 4 días del mes de Diciembre del año 2009 se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los alumnos(as) de último grado, los suscritos Rector y Secretaria en la Rectoría del CENTRO EDUCATIVO DISTRITAL MIRAVALLE. Institución aprobada hasta Nueva Visita en el nivel de Educación Media Académica y autorizada por la Secretaría de Educación de Bogotá, D. C., para otorgar el Título de BACHILLER ACADÉMICO, según Resolución No. 8967 del 11 de Diciembre del año 2001.

Comprobada la situación Legal y Académica de cada uno de los estudiantes que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media, se procedió a otorgar el Título de

BACHILLER ACADÉMICO

Al graduando cuyos nombres, apellidos y número del documento de identificación se relacionan a continuación:

Tafur Castañeda Omar Daniel

T.I. 93011208442 Bogotá

Es fiel copia tomada del Acta original general de grado No. Folio No. de fecha Diciembre 4 de 2009 que consta de 70 alumnos(as); comienza con el nombre de **Aguilar González Lina Tatiana** y cierra con el nombre de **Zamora Chingaté Angie Katherine.**

Dado en Bogotá, D. C., a los 4 días del mes de Diciembre de 2009.

No se requiere registro de la Secretaría de Educación, Decreto 921 del 6 de Mayo de 1994 y 2150 del 5 de Diciembre de 1995, del Gobierno Nacional.

FIRMADA Y SELLADA

Director(a) General

RECTORIA
Alianza Educativa
COLEGIO MIRAVALLE

Rector(a)

SECRETARIA ACADEMICA
Alianza Educativa
COLEGIO MIRAVALLE

Secretario(a)

Academia Nacional de Aprendizaje

andap

Educacion para el trabajo y desarrollo humano

Ley 1064 de Julio 26/2006

CONSTANCIA 5268

EL SUSCRITO DIRECTOR DE SEDE DE LA ACADEMIA NACIONAL DE APRENDIZAJE "ANDAP"

CERTIFICA:

Que el estudiante, **TAFUR CASTAÑEDA OMAR DANIEL,** identificado con cedula de ciudadanía No. 1022982748 curso y se certificó satisfactoriamente en el programa **TECNICO LABORAL AUXILIAR ADMINISTRATIVO**, el 12 de Agosto de 2016 como consta en el libro de graduados No. 1, REGISTRO 18, FOLIO 141 de la Academia Nacional De Aprendizaje, d**e acuerdo con el Decreto No. 4904 de Diciembre 16 de 2009, articulo 1, Capitulo III Numeral 3.3 únicamente se expide certificado de actitud ocupacional y no acta de grado**; con intensidad horaria de 20 horas semanales incluyendo la parte presencial y virtual.

Durante su permanencia demostró **BUENA CONDUCTA**, respeto y empatía con los docentes y compañeros.

Resolución de aprobación Número **598 del 19 de febrero del 2007** Emanada de la Secretaría de Educación de Bogotá, DC. **NIT 800226265-8,** y número de registro **12-0159** del 29 de diciembre de 2010.

La presente se expide a solicitud del interesado, a los veintidós (22) días del mes de Mayo de 2017.

Atentamente,

MAURICIO ROMERO LINARES.

Director de sede

ANDAP DIRECCION SEDE

"Formando Hacemos Patria"

Colsubsidio

AIRBUS GROUP.

CET CORPORACIÓN DE EDUCACIÓN TECNOLÓGICA COLSUBSIDIO - AIRBUS GROUP
Personería jurídica No. 9150 de oct. 22 de 2010.

CORPORACIÓN DE EDUCACIÓN TECNOLÓGICA COLSUBSIDIO - AIRBUS GROUP

Autorización Oficial según Resolución No. 9150 del 22 de octubre de 2010 del Ministerio de Educación Nacional.

HACE CONSTAR QUE

OMAR DANIEL TAFUR CASTAÑEDA

Identificado(a) con C.C. 1´022.982.748 expedida en Bogotá, D.C

Asistió al Seminario Taller:

INTELIGENCIA EMOCIONAL PARA LA VIDA LABORAL CON ÉNFASIS EN EXCEL INTERMEDIO

Con una duración total de 40 HORAS

BLANCA CECILIA HERNÁNDEZ GUERRERO
Secretaria Académica

SEC-H3071

Dado en Bogotá D.C., a los 28 días del mes de junio de 2017

VIGILADA MINEDUCACIÓN

Colsubsidio

AIRBUS GROUP

CET CORPORACIÓN DE EDUCACIÓN TECNOLÓGICA COLSUBSIDIO -AIRBUS GROUP

Personería jurídica No. 9150 de oct. 22 de 2010.

CORPORACIÓN DE EDUCACIÓN TECNOLÓGICA COLSUBSIDIO - AIRBUS GROUP

Autorización Oficial según Resolución No. 9150 del 22 de octubre de 2010 del Ministerio de Educación Nacional.

HACE CONSTAR QUE

OMAR DANIEL TAFUR CASTAÑEDA

Identificado(a) con C.C. 1´022.982.748 expedida en Bogotá

Asistió al:

TALLER ABRIENDO PUERTAS (PROCESO DE SELECCIÓN)

Con una duración total de 8 HORAS

BLANCA CECILIA HERNÁNDEZ GUERRERO
Secretaria Académica

SEC-G3478

Dado en Bogotá D.C., a los 25 días del mes de mayo de 2017

VIGILADA MINEDUCACIÓN

Colsubsidio

AIRBUS GROUP

CET CORPORACIÓN DE EDUCACIÓN TECNOLÓGICA COLSUBSIDIO - AIRBUS GROUP

Personería jurídica No. 9150 de oct. 22 de 2010.

CORPORACIÓN DE EDUCACIÓN TECNOLÓGICA COLSUBSIDIO - AIRBUS GROUP

Autorización Oficial según Resolución No. 9150 del 22 de octubre de 2010 del Ministerio de Educación Nacional.

HACE CONSTAR QUE

OMAR DANIEL TAFUR CASTAÑEDA

Identificado(a) con C.C. 1´022.982.748 expedida en Bogotá

Asistió a la Capacitación:

CONTRATACIÓN Y NÓMINA

Con una duración total de 50 HORAS

BLANCA CECILIA HERNÁNDEZ GUERRERO
Secretaria Académica

SEC-I2933

Dado en Bogotá D.C., a los 28 días del mes de julio de 2017

VIGILADA MINEDUCACIÓN

Colsubsidio

AIRBUS GROUP

CET CORPORACIÓN DE EDUCACIÓN TECNOLÓGICA COLSUBSIDIO - AIRBUS GROUP

Personería jurídica No. 9150 de oct. 22 de 2010.

CORPORACIÓN DE EDUCACIÓN TECNOLÓGICA COLSUBSIDIO - AIRBUS GROUP

Autorización Oficial según Resolución No. 9150 del 22 de octubre de 2010 del Ministerio de Educación Nacional.

HACE CONSTAR QUE

OMAR DANIEL TAFUR CASTAÑEDA

Identificado(a) con C.C. 1´022.982.748 expedida en Bogotá D.C.

Asistió al:

TALLER CAJA DE HERRAMIENTAS (PROCESO DE SELECCIÓN)

Con una duración total de 8 HORAS

BLANCA CECILIA HERNÁNDEZ GUERRERO
Secretaria Académica

SEC-G3545

Dado en Bogotá D.C., a los 30 días del mes de mayo de 2017

VIGILADA MINEDUCACIÓN

0

CONJUNTO RESIDENCIAL CIUDADELA EL POBLADO II

Bogotá D.C. 16 de agosto de 2017

Por medio de la presente certifico que el señor OMAR DANIEL TAFUR CASTAÑEDA identificado con la Cedula de Ciudadanía Nro. 1.022.982.748, laboró para el conjunto residencial CIUDADELA EL POBLADO II, con NIT: 800-201-311-0, ubicado en la calle 129 Nro. 54-07 de la ciudad de Bogotá, durante el término de Diez (10) meses ininterrumpidos, desde el día enero 15 de 2015 hasta el día noviembre 14 de 2015, como Auxiliar administrativo de la oficina de administración del conjunto.

Se firma en Bogotá D.C. a los 16 días del mes de agosto de 2017.

JULIANA MALDONADO VERNAZA tp. 159249
Abogada-Administradora
Conjunto Residencial -Ciudadela El Poblado

Conjunto Residencial
CIUDADELA EL POBLADO II
Nit. 800.201.311-0
Calle 129 No. 54-07 Tel.: 613 5818 Bogotá, D.C.
Cel. 301-3811042.

Una administración abierta a todos

CERTIFICADO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

TRAVEL2LIVE CO S.A.S

NIT. 900.989.267-9

SEÑORES:

SUBRED CENTRO ORIENTE

HACE CONSTAR:

Que el señor OMAR DANIEL TAFUR CASTAÑEDA identificado con cedula de ciudadanía No 1.022.982.748 expedida en Bogotá DC, se encontró vinculado desde Enero de 2016, con un contrato por prestación de servicios. Desarrollando las actividades de EJECUTIVO COMERCIAL Y DE RESERVAS. En el periodo de Enero – Noviembre 2016 (Diez meses).

Durante ese tiempo el señor TAFUR ha demostrado complimiento, sentido de pertenencia, y responsabilidad con sus compromisos en el desarrollo del objeto del contrato.

La presente se expide a solicitud del interesado a los Nueve (09) días del mes de Octubre del 2017.

Cordialmente,

JESSICA V BOCANEGRA S

Gerente

TRAVEL2LIVE CO S.A.S

MOB: 320 8559552

almacenes
ONLY
NIT: 860.036.892-9
GRAN CONTRIBUYENTE

Bogotá D.C., Diciembre 24 de 2016

CONSTANCIA

Por medio de la presente estamos Certificando que el señor OMAR DANIEL TAFUR CASTAÑEDA, identificado con la Cédula de Ciudadanía No. 1.022.982.748, laboró en ésta Empresa desempeñando el cargo de AUXILIAR PISO.

Fecha de Ingreso : Diciembre 05 de 2016

Fecha de Retiro : Diciembre 24 de 2016

Cordialmente,

ALMACENES ONLY
DEPARTAMENTO DE PERSONAL

OLGA PATRICIA SUAREZ T
Jefe de Personal

REFERENCIA LABORAL

Por medio de la presente, se hace constancia de que el trabajador OMAR DANIEL TAFUR CASTAÑEDA identificado con numero de cedula 1.022.982.748 de Bogotá, trabajo en nuestro almacén ONLY 8 CL 60 KR 13 en las temporadas de diciembre del 2012, 2014,2015 y 2016, en temporadas del día del padre 2013, 2014, 2015, 2016 y 2017, y en temporada de promociones de agosto 2013 como VENDEDOR.

Durante todo el periodo laboral demostró ser un trabajador con grandes cualidades, buen trato personal y capacidad de liderazgo, eficiente y responsable.

Se firma a los 21 días del mes de septiembre del 2017.

Cordialmente,

Sergio Alejandro
21 SEP 2017
ONLY 8

SERGIO ALEJANDRO CUBILLOS
CEL.3112146243
Tel. 555 7520
ONLY 8

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.022.982.748**

TAFUR CASTAÑEDA
APELLIDOS

OMAR DANIEL
NOMBRES

Omar Daniel Tafur C.
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **12-ENE-1993**
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.64	**O+**	**M**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

13-ENE-2011 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-1500150-00283608-M-1022982748-20110310 **00260**80890A 1 36131985

DIAN
Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

MUISCA
Modelo Único de Ingreso, Servicio y Control Automatizado

001

2. Concepto 0 1 Inscripción

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14438249173

(415)7707212489984(8020) 000001443824917 3

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 2 2 9 8 2 7 4 8	4	Impuestos de Bogotá 3 2	

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 1 3	1 0 2 2 9 8 2 7 4 8	2 0 1 1 0 1 1 3

Lugar de expedición	28. País:	29. Departamento:	30. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA	1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
TAFUR	CASTAÑEDA	OMAR	DANIEL

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla:

UBICACION

38. País:	39. Departamento:	40. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

41. Dirección principal: TV 3 B 77 20 SUR IN 2 BRR TERRAZAS DE SANTA LIBRADA

42. Correo electrónico:	43. Código postal	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
dannyt9301@hotmail.com		7 6 4 5 2 9 6	3 1 5 6 2 3 6 3 9 6

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
8 2 9 9	2 0 1 7 1 1 1 5						

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																								

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 [X] NO [ ] 60. No. de Folios: 1 61. Fecha: 2 0 1 7 1 1 1 5

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:

OMAR D TAFUR C

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre: GUERRERO BRICEÑO JOHANA CONSTANZA

985. Cargo: Gestor I

DOCUMENTO SIN COSTO

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE HACIENDA

DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha: 15-11-2017
Hora: 10:39:58 AM

CONTRIBUYENTE NIT 1022982748-4 OMAR DANIEL TAFUR CASTAÑEDA

Información General

Dirección TV 3 B 77 20 SUR IN 2

Teléfonos 7645296/3156236396

Dirección electrónica dannyt9301@hotmail.com

Fax 0

Información de Registro

Fecha Inscripción 15/11/2017

Soporte Inscripción 20849048

Fecha Inicio Actividades 15/11/2017

Fecha Cese Actividades

Fecha de Informe del Cese

 # Establecimientos: 0

Perfil Tributario

Naturaleza Juridica 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:

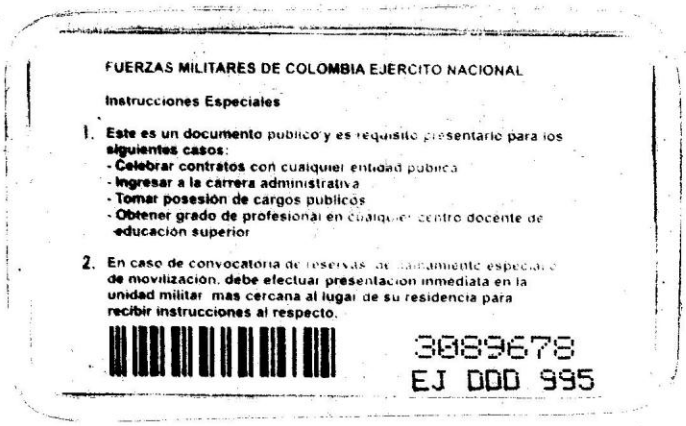
Código de Verificación de Información: 17002376205

Fuente ICA TE TOCA

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

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

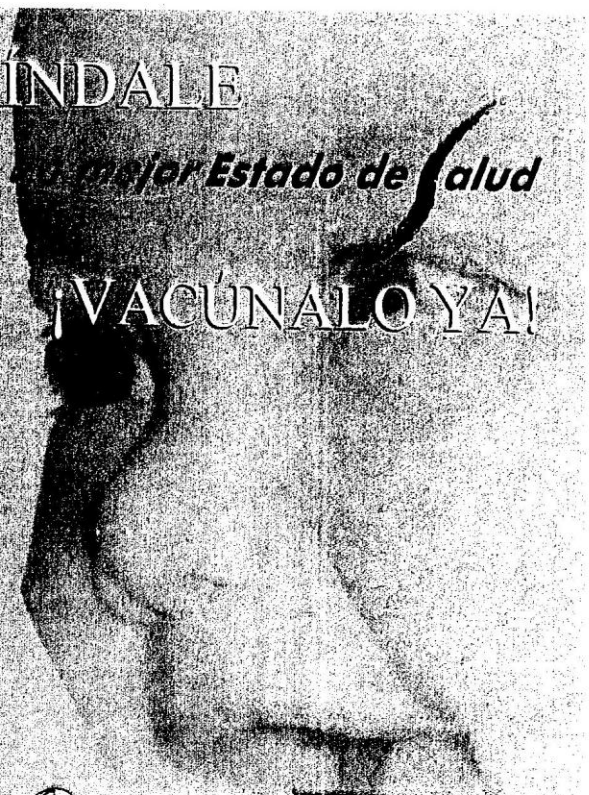

1022982348
TEPUR CASTAÑED
OMAR DANIEL
1ª LINEA
31 - DIC
2ª LINEA
31 - DIC
3ª LINEA
31 - DIC
2043
BACHILLER
CDTE. DE DISTRITO


FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA EJERCITO NACIONAL
Instrucciones Especiales
1. Este es un documento publico y es requisito presentarlo para los siguientes casos:
- Celebrar contratos con cualquier entidad publica
- Ingresar a la carrera administrativa
- Tomar posesión de cargos publicos
- Obtener grado de profesional en cualquier centro docente de educación superior
2. En caso de convocatoria de reservas de carácter especial o de movilización, debe efectuar presentación inmediata en la unidad militar mas cercana al lugar de su residencia para recibir instrucciones al respecto.
3089678
EJ DDD 995

ALCALDIA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
Secretaría Salud

VACÚNALO GRATIS Y RECUERDA,
EN BOGOTÁ TODOS LOS DÍAS SON
¡DÍAS DE VACUNACIÓN!

BRÍNDALE
Mejor Estado de Salud
¡VACÚNALO YA!



GUARDA ESTE CARNÉ EN UN LUGAR SEGURO

Bogotá sin indiferencia

La niñez se vive solo una vez, no seamos indiferentes

Nombre: Omar Daniel Lopez

Fecha de nacimiento: I 12/1993

Certificado de nacido vivo:

Vacuna	Enfermedad que previene	Número de dosis y edades de aplicación	Fecha de aplicación	Lote
BCG	Tuberculosis	Dosis recién nacido		
Hepatitis B ✓	Hepatitis B CITA	Dosis recién nacido Primera : 2 meses Segunda : 4 meses Tercera : 6 meses		
Polio	Poliomielitis	Dosis recién nacido Primera : 2 meses Segunda : 4 meses Tercera : 6 meses Primer Refuerzo: 18 meses Segundo Refuerzo: 5 años		
DPT	Difteria, tos ferina y tétanos	Primera : 2 meses Segunda : 4 meses Tercera : 6 meses Primer Refuerzo: 18 meses Segundo Refuerzo: 5 años		
Haemophilus influenzae tipo B	Meningitis por Haemophilus influenzae tipo B CITA	Primera : 2 meses Segunda : 4 meses Tercera : 6 meses		
Influenza ✓	Influenza	6 a 23 meses: 2 dosis con intervalo de 4 semanas Mayor o igual a 2 años: una dosis anual	15 MAR 2008 CITA	
Triple viral	Sarampión, parotiditis y rubéola	Primera : 12 meses Refuerzo: 5 años		
Fiebre amarilla	Fiebre amarilla	Primera : 12 meses Refuerzo: a los 10 años de la primera dosis		

Cendiatra
centro de diagnóstico y tratamiento



DATOS PACIENTE

Nombres:	OMAR DANIEL TAFUR CASTAÑEDA
Tipo de Documento:	CC **Documento** 1022982748
Sexo M **F. Nacimiento:**	12/01/1993 **Edad:** 24 Años
Entidad:	PARTICULAR*
Centro de Costo:	N/A
Cargo:	AUXILIAR ADMINISTRATIVO
Fecha de Atencion:	2017-11-27
Fecha y Hora entrega resultados:	27/11/2017 10.19 AM

CERTIFICADO MEDICO DE CONDICIONES GENERALES DE SALUD
Resolución No. 2346 de 2007 y Resolución No. 1918 de 2009

Realizado la valoración Médico Ocupacional de INGRESO, el suscrito médico certifica que el aspirante al cargo es:

APTO (A) Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

Tipo de Restricciones ó Limitaciones:

NO TIENE

Recomendaciones:

NUTRICIONALES – CAMBIOS DE ESTILO DE VIDA

VALORACION EPS ORTOPEDIA PERIODICO SEGUN NECESIDAD

OTRAS: ALTERNAR POSICION DE PIE Y SENTADA, CONTROL DEL MANEJO DE CARGAS, NO REALIZAR ACTIVIDAD FISICA DE IMPACTO, USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION, HIGIENE POSTURAL, PAUSAS ACTIVAS

Se Sugiere Control en Programas de Vigilancia Epidemiológica

RIESGO BIOMECANICO

DETERIORO POR TRAUMA ACUMULATIVO (D.T.A)

PREVENCION DE ALTERACIONES OSTEOMUSCULARES

Exámenes Realizados:

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

Acepto las anteriores valoraciones Médicas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud, es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que halla lugar.
Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización de contrato. Artículo 62 CST.

ANALISIS Y CONCEPTO: DR. (A): SANDRA MILENA CARRILLO AHUMADA RM: 111773/2009

OMAR D TAFUR C

Firma y sello del Médico Evaluador

OMAR DANIEL TAFUR CASTAÑEDA
1022982748
C.C
Firma del trabajador Evaluado

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
ESTRATÉGICO – GESTIÓN DE CALIDAD Y VOZ DEL USUARIO
FORMATO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL

CÓDIGO: ET-CA-FT- 011
VERSIÓN: 02
FECHA: 2017-08-22

SISTEMA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACION DEL TERRORISMO - SARLAFT

FECHA:	2019-01-22	CIUDAD:	BOGOTÁ D.C	DEPARTAMENTO:	CUNDINAMARCA

Distiguido Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitira adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el Numeral 5.2.2.2.2.1, de la Circular Externa No 009 de 2016, de la Superintendencia Nacional de Salud. La realizacion de este proceso es de caracter obligatorio para la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE, como entidad sometida al Control y Vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud, y forma parte de las Politicas de la Entidad enmarcadas dentro del Sistema de Administracion del Riesgo de Lavado de Activos y Financiacion del Terrorismo.

CLASE O TIPO DE VINCULACION LA EMPRESA (MARCA CON X)

PROVEEDOR		PARTICULAR		CONTRATISTA OPS	X	SERVIDOR PUBLICO		OTRO		CUAL:	

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE		
TAFUR	CASTAÑEDA	OMAR	DANIEL		

TIPO DE IDENTIFICACION				No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. X	C.E.	R.C.	NUIP	1022982748	BOGOTÁ D.C	2011-01-13

PASAPORTE		OTRO		ES RESIDENTE EN COLOMBIA?	SI X	

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
1993-01-12	BOGOTÁ D.C	COLOMBIA	COLOMBIANO

ESTADO CIVIL						PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR
SOLTERO(A) X	CASADO(A)		DIVORCIADO(A)		UNION LIBRE	NO	0	3156236396

NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA								PROFESION / OFICIO
MAGISTER		POSGRADO		UNIVERSITARIO TECNOLOGO		BACHILLER OTRO X	PRIMARIA	TECNICO	CUAL:	DIGITADOR

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
TRANSVERSAL 3B #77-20 SUR INT 2	BOGOTÁ	CUNDINAMARCA	COLOMBIA	7645296

CORREO ELECTRONICO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA		
dtafur.subredcentrooriente@gmail.com		PROPIA	FAMILIAR X	ARRENDADA

DIRECCION ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO (Si tiene)	CIUDAD:	DEPARTAMENTO:	PAIS:	TELEFONO/FAX

2. DATOS DEL CONYUGE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

TIPO DE IDENTIFICACION				NUMERO IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C.	C.E.	R.C.	NUIP			

PASAPORTE		OTRO		CUAL:		ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI		NO		NACIONALIDAD:	

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:

ASALARIADO		ESTUDIANTE		HOGAR		PENSIONADO	
SOCIO		CONTRATISTA	X	COMERCIANTE		EMPLEADO PUBLICO	
PROFESIONAL INDEPENDIENTE		EMPLEADO SOCIO				OTRA.....	

CUAL:

INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE								CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA	
	DECLARA RENTA	SI		IVA	SI		NO X	8299	
		NO	X	ICA	SI	X	NO	PRINCIPAL: X	SECUNDARIA:
GRAN CONTRIBUYENTE	SI		NO X	AGENTE RETENEDOR	SI		AGENTE AUTORETENEDOR	SI	
					NO	X		NO	X

Scanned by CamScanner

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
ESTRATÉGICO – GESTIÓN DE CALIDAD Y VOZ DEL USUARIO
FORMATO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL

CÓDIGO: ET-CA-FT- 011
VERSIÓN: 02
FECHA: 2017-08-22

FUNCIONARIO PUBLICO	ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS	NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA
SI ☐ NO ☒	SI ☐ NO ☒	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS CENTRO ORIENTE

ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA	GOBIERNO ☐	SERVICIOS ☒	SALUD ☐	# NIT	900959051-7

EXPORTACIONES ☐ AGRICOLA ☐ ENERGETICA ☐ FINANCIERA ☐ TRANSPORTE ☐ TECNOLOGIA ☐ ALIMENTOS ☐ MEDICAMENTOS ☐
OTRA ☐ CUAL:

DIRECION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS
CRR 12 D 26 A 62 SUR	5966600	BOGOTÁ D.C	CUNDINAMARCA	COLOMBIA

CARGO ACTUAL	DIGITADOR	FECHA VINCULACION	2017-12-22

4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO

NUMERO DE EMPLEADOS	VENTAS ANUALES	CODIGO ACTIVIDAD ECONOMICA	DESCRIPCION ACTIVIDAD	FECHA CONSTITUCION	TIPO SOCIEDAD

5. INFORMACIÓN FINANCIERA

INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIOS	$ 0	GASTOS FAMILIARES	$ 900.000	AHORROS	$ 0	SALDO HIPOTECA	$ 0
HONORARIOS	$ 1.400.000	ARRIENDOS	$ 0	INVERSIONES	$ 0	TARJETAS DE CREDITO	$ 0
ARRIENDOS	$ 0	CUOTA VEHICULO	$ 0	VEHICULOS	$ 0	DEUDA VEHICULOS	$ 0
COMISIONES	$ 0	CUOTA VIVIENDA	$ 0	PROPIEDADES	$ 0	DEUDAS TERCEROS	$ 0
OTROS INGRESOS*	$ 0	OTROS EGRESOS*	$ 0	OTROS ACTIVOS*	$ 0	OTROS PASIVOS*	$ 0
TOTAL INGRESOS	$ 1.400.000	TOTAL EGRESOS	$ 900.000	TOTAL ACTIVOS	$ 0	TOTAL PASIVOS	$ 0

DESCRIPCION OTROS INGRESOS	DESCRIPCION OTROS EGRESOS	DESCRIPCION OTROS ACTIVOS	DESCRIPCION OTROS PASIVOS

6. REFERENCIAS PERSONALES

(No debe ser familiar ni vivir con el Cliente o Cotraparte y debe ser localizable en Horario Laboral)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
COBOS	RIAÑO	FREDY	GIOVANNY
DIRECCION	**CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS**	**TIPO RELACION**	**TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR**
CRR 14 #99-73	BOGOTÁ D.C/CUNDINAMARCA/COLOMBIA	AMISTAD	3115813657

7. REFERENCIA FINANCIERA (cuenta de ahorros)

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
BANCO CAJA SOCIAL	CUENTA DE AHORROS	24073305879	SANTA LIBRADA	3077860

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☒

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	PAIS/CIUDAD	MONEDA	MONTO PROMEDIO

DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRAJERA REALIZADAS:

IMPORTACION ☐ EXPORTACION ☐ TRANSFERENCIA ☐ PRESTAMOS ☐ PAGO SERVICIOS EXTRANJERA ☐ CUAL:

8. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS

Quien suscribe la presente solicitud, obrando en nombre propio, de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aquí consignado es cierto, realiza la siguiente declaración de fuentes de fondos a la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE** con el propósito de que se pueda dar cumplimiento a lo señalado al respecto en la Circular Externa 009 de 2016 expedida por la Superintendencia Nacional de Salud, y de las Leyes 526 de 1999, 1121 de 2006 y 1474 de 2011 "Estatuto Anticorrupción":

1. Que los recursos que entregue y entregaré a la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE** provienen de las siguientes fuentes (detalle, ocupación, profesión, negocio, etc.):

DIGITADOR

Scanned by CamScanner

9. DOCUMENTOS REQUERIDOS

Asalariado Certificación laboral no mayor a 30 dias o comprobantes de nómina de los tres últimos meses o copia del certificado de ingresos y retenciones + declaración de renta si es declarante
Pensionado: Certificado de pensión o desprendibles de pago de los últimos tres meses + declaración de Renta si es declarante
Profesional Independiente/Contratistas por OPS: Constancia de Honorarios o Certificaciones de contratos no mayor a 30 días calendario indicando vigencia y tipo de servicio o constancia de comisiones o certificado de inversiones o contratos de arrendamiento o extractos bancarios de los últimos tres meses o certificación firmada por contador público o estados **financieros certificados + declaración de renta si es declarante Nota:** Si presenta estados financieros o certificación de contador, debe anexar copia de la tarjeta profesional del contador legible.
Socios Empresas: Certificado de existencia y representación legal o documento donde conste la calidad de socio + extractos bancarios de los ultimos tres meses + declaración de renta si es declarante

1. Original Certificado de Existencia y Representacion Legal con vigencia no superior a noventa (90) dias, expedido por la Camara de Comercio (Para Comerciantes)
2. Fotocopia del Registro Unico Tributario RUT.
3. Fotocopia Inscripcion en el Rit Distrital
4. Fotocopia del documento de identificacion, ampliada al 150%
5. Fotocopia Declaracion de Renta del ultimo periodo gravable declarado (si esta obligado a declarar)
6. Estados Financieros del ultimo periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados segun sea el caso (Obligados a llevar contabilidad)

APODERADO: Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Publico.
NOTA: Todos los concepto de ingreso deben estar debidamente soportados.(Arrendamientos, venta activos, herencias, legados, donaciones, etc)

10. AUTORIZACION REPORTE Y CONSULTA A LAS CENTRALES DE RIESGO.- AUTORIZACION EXPRESA PARA REPORTAR,CONSULTAR Y COMPARTIR INFORMACIÓN CONTENIDA EN LAS BASES DE DATOS FINANCIERA, CREDITICA, COMERCIAL, DE SERVICIOS, DE LAS ENTIDADES DE VIGILANCIA Y CONTROL DEBIDAMENTE FACULTADAS Y LA PROVENIENTE DE OTROS PAISES.

CONSIDERACIONES

1. Que los datos personales solicitados en el presente formulario de Conocimiento del Cliente son regidos atendiendo las disposiciones e instrucciones impartidas por la Superintedencia Nacional de Salud y los estandares internacionales para la Prevencion y el Control del Lavado de Activos y la Financiacion del Terrorismo.
2. Que conforme a los dispuesto en el literal b) del articulo 2 de la Ley1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidos en dicha disposición, no son aplicables a las bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevención, detección, monitoreo y control del lavado de activos y el financiamiento del terrorismo, por lo que en principio su utilizacion no requeriria de una autorización de su titular, la cual proviene de la Ley.
3. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se trataran observando las disposiciones legales vigentes.
4. Que los datos tambien seran tratados para fines comercials, razon por la cual procedo a emitir la siguiente

AUTORIZACION

Para efectos de la presente autorización, entiéndase por LA ESE, Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE, con Nit 900 959 051-7, ubicada en la Diagonal 34 No 5 - 4 3, teléfono 3 44 44 84 y/o cualquier entidad o Unidad Prestadora de Servicios de Salud, controlada directa o indirectamente por la misma Entidad antes mencionada.

Declaro expresamente:
A. Que para efectos de acceder a la contratación y/o prestacón de servicios por parte de la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, debidamente habilitadas, suministramos nuestros datos para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende las actividades de prestacion de servicios de salud.
B. Que la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, me han informado, expresamente:
1. FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Mis datos personales serán tratados por le ESE y/o sus Unidades Prestados de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El tramite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual, Servidor Publico, Contratista por OPS y/o proveedor de bienes y servicios. b) El proceso de negociación de contratos con la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, incluyendo la determinacion de tarifas y analisis y seleccion de riesgos. c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la prevención del riesgo. e) La liquidacion y pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestion integral de los bienes y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para accedere a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. h) La elaboración de estudios técnicos , estadisticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios tecnicos del sector salud. i) Envío de información relativa a encuestas de satisfacion de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realizacion de encuestas sobre satisfaccion en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) Envio de información de Sujetos de tributación en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS) y/o a la -Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia - DIAN en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA), o a las normas que lo modifiquen y a las reglamentaciones aplicables. l) Intercambio de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia. m) La prevención y control de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.
2. El tratamiento podrá ser realizado directamente por citada Entidad o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios.

3. USUARIOS DE LA INFORMACION: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finanlidades mencionadas a: a) Las peronas juridicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadodas de Servicios de Salud. b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con la ESE y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañias de asistencia medica, abogados internos y exteernos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebracion, ejecución, terminacion y liquidacion de contratos de compra-venta de bienes y servicios . d) Las personas con las cuales la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud adelantes gestiones de para efecto de la celebracion de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolda, ya cualquir otra persona juridica legalmente autorizada para la administracion de bases de datos para efectos de la prevension y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, asi como para la elaboracion de estudios técnicos y estadisticos.
4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACION A TERCEROS PAISES: Que en determinadas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir con las finalidades del tratamiento.
5. DATOS SENSIBLES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me haran sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas, que lo he hecho de manera voluntaria, por lo que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de datos sensibles, en especial, los relativos de la salud y los datos biométricos. En todo caso, para efectos del presente formulario de conocimiento del cliente o contraparte, se debe tener en consideración que el capitulo XI del Titulo I de la Circular Básica Juridica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacionalde Salud, exigen las mismas.
6.DATOS PERSONALES DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En onsecuencia, no hemos sido obligados a responderlas.

7. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACION: Que como titular de la información, nos asisten los derechos previstos en la Ley 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mi.
8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACION: Que los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transfiera, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de los previsto en el literal e) del numeral 3 anterior, serán : a) La Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud ***(Diagonal 34 No 5 - 43 Bogotá DC, telefono 344 44 84 , e-mail varlaft@subredcentrooriente.gov.co)*** y cualquier otra persona juridica legalmente autorizada para la administracion de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude.***(INDICAR DIRECCION,CIUDAD, TELEFONO Y CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO)***
9.AUTORIZACION: De manera expresa, AUTORIZAMOS el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y autorizao, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los terminos que nos fueron informados en el presente documento.
NOTA: Se desea ampliar esta información por favor visite (www subredcentrooriente gov co) en el Link " POLITICA DE PRIVACIDAD Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES - ACTUALIZACION DE DATOS PERSONALES"

Scanned by CamScanner

IX. FIRMA Y HUELLA

COMO CONSTANCIA DE HABER LEIDO, ENTENDIDO Y ACEPTADO LO ANTERIOR, DECLARO QUE LA INFORMACION QUE HE SUMINISTRADO ES EXACTA Y VERIDICA EN TODAS SUS PARTES Y FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO

OMAR D TAFUR C

Firma Cliente / Representante Legal



Huella Indice Derecho

X. INFORMACION DE ENTREVISTA

1.Fecha		**2. Ciudad**	
3.Nombre del funcionario o Asesor:			
4. Lugar de la Entrevista:			
5. Observaciones:			
6. Resultado de la Entrevista:	ACEPTADO ☐	RECHAZADO ☐	
7. Firma y Cédula			

XI. INFORMACION DE VERIFICACION DE INFORMACION

1. Fecha	**2. Ciudad**	
3. Nombre y Cargo de quien verifica:		
4. Lugar de la verificación:		
5. Observaciones:		
6. Firma y cédula:		

Scanned by CamScanner

NUEVA EPS S.A
Certifica

010 - 0

Que las personas relacionadas a continuación en cumplimiento de lo establecido en las normas legales vigentes han cotizado al Sistema General de Seguridad Social en Salud a través de esta Entidad Promotora de Salud las siguientes semanas de cotizacion:

Datos del COTIZANTE

CC 1022982748 OMAR DANIEL TAFUR CASTAÑEDA

Semanas Cotizadas NUEVA EPS S.A	4	**Estado**	ACTIVO
Fecha Afiliación	01/12/2017	**Causal**	
Fecha Ultimo Periodo Cotizado	01/12/2018		
Fecha Cancelación	00/00/0000		

La presente certificación se expide el día 22 de Enero de 2019 a solicitud del interesado.

Observaciones

NO VALIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

ANGIE ALEJANDRA QUINCHE SOTELO
INFORMACION CALL CENTER

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

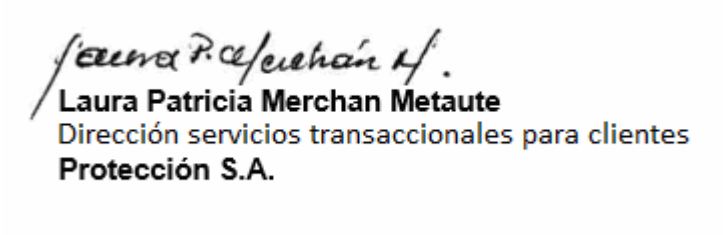
NIT 800.198.281

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **TAFUR CASTAÑEDA OMAR DANIEL** identificado(a) con **CC** número **1.022.982.748** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 01 de diciembre de 2012 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MODERADO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 22 de enero de 2019.

Cordialmente,



***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**
www.proteccion.com

2019012207540

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO - GESTIÓN DE INSUMOS Y ABASTECIMIENTO
FORMATO AFILIACIÓN ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES

CÓDIGO: AP-IA-FT-024
VERSIÓN: 01
FECHA: 2017-08-04

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

CC: 1.022.982.748 Btá	SEGUROS BOLIVAR
Numero de Documento	ARL

Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
OMAR	DANIEL	TAFUR	CASTAÑEDA

F. Nacimiento dd/mm/aa	Ciudad de Nacimiento	Dirección de Residencia	Teléfono Fijo
12/01/1993	BOGOTÁ D.C	1´022.982.748	7645296

EPS - Salud	AFP - Pensiones	Honorarios
NUEVA EPS	PROTECCIÓN	$ 1´400.000

Objeto Contractual (Cargo)	Fecha Inicio del Contrato
DIGITADOR	

Correo Electrónico	Celular
dtafur.subredcentrooriente@gmail.com	3156236396

Firma del Afliado	Firma y Nombre Supervisor del Contrato
OMAR D TAFUR C	C.C.

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 121034146

WEB
07:56:38

Bogotá DC, 22 de enero del 2019

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) OMAR DANIEL TAFUR CASTAÑEDA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1022982748:

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 públicas 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 GONZALEZ
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.

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORIA 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 22 de enero de 2019, a las 08:06:36, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	1022982748
Código de Verificación	1022982748190122080636

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 P.

SORAYA VARGAS PULIDO
CONTRALORA DELEGADA

Digitó y Revisó: WEB

Personería de Bogotá, D. C.

CERTIFICADO ORDINARIO VÍA VENTANILLA
No. 2713612

Bogotá D.C., 22 de Enero de 2019 - 8:09 am

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., la identificación CÉDULA DE CIUDADANÍA No: **UN MIL VEINTIDOS MILLONES NOVECIENTOS OCHENTA Y DOS MIL SETECIENTOS CUARENTA Y OCHO**

1022982748

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.

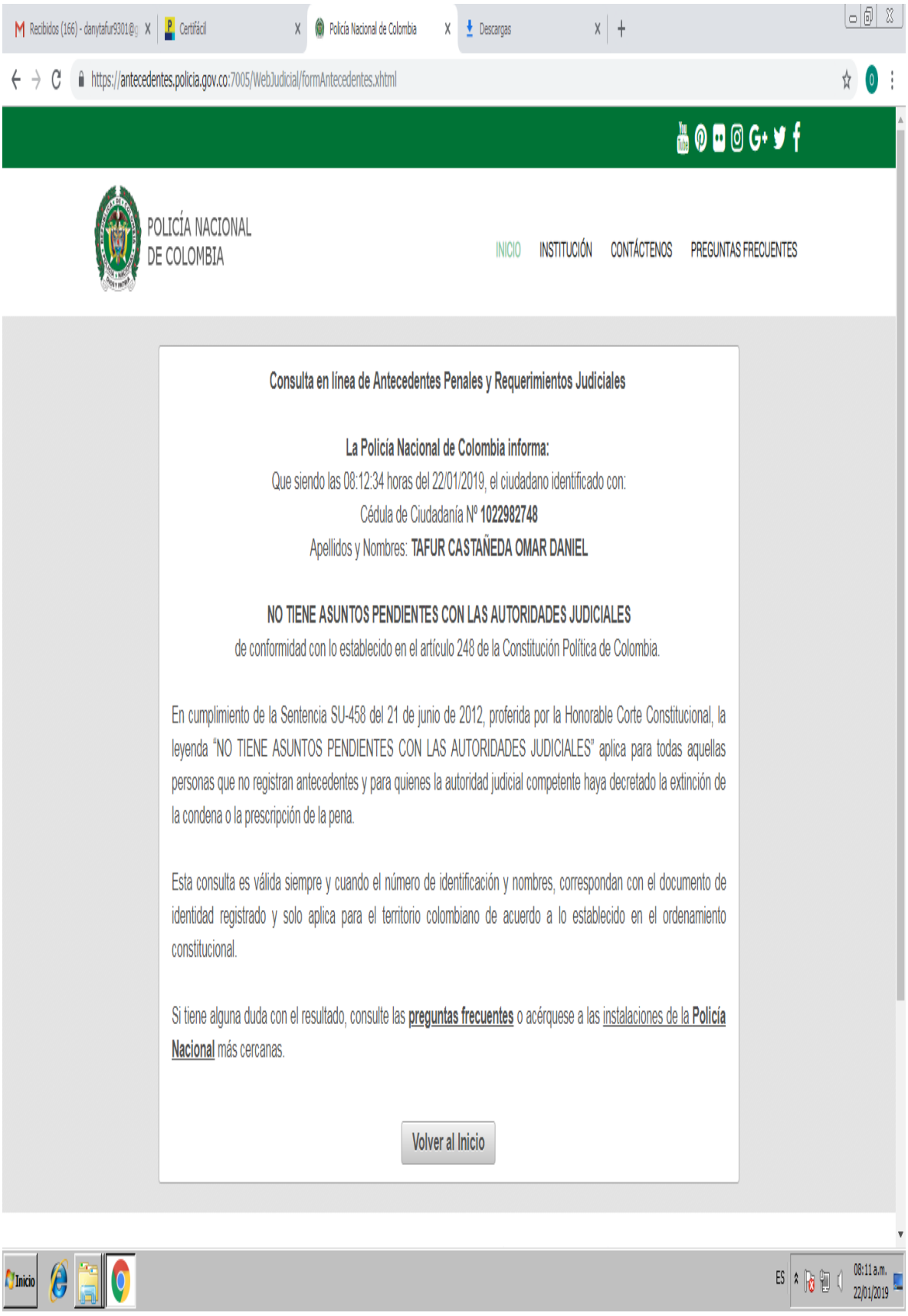
Certificado expedido sin costo alguno.

Rosalba Jazmin Cabrales Romero.

ROSALBA JAZMÍN CABRALES ROMERO
Jefe Oficina Asesora Jurídica

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

El código de verificación para la autenticidad del documento es: 1_EKBFS_098
Link de verificación -> http://www.personeriabogota.gov.co/antecedentes-disciplinarios


Recibidos (166) - danytafur9301@
Certifácil
Policía Nacional de Colombia
Descargas
https://antecedentes.policia.gov.co:7005/WebJudicial/formAntecedentes.xhtml
POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA
INICIO
INSTITUCIÓN
CONTÁCTENOS
PREGUNTAS FRECUENTES
Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales
La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 08:12:34 horas del 22/01/2019, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº 1022982748
Apellidos y Nombres: TAFUR CASTAÑEDA OMAR DANIEL
NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES
de conformidad con lo establecido en el artículo 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 identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.
Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las preguntas frecuentes o acérquese a las instalaciones de la Policía Nacional más cercanas.
Volver al Inicio
Inicio
ES
08:11 a.m.
22/01/2019

Banco Caja Social

HACE CONSTAR

Que el(los) cliente(s):

OMAR DANIEL TAFUR CASTAÑEDA *Identificado con* *CC1022982748*

Actualmente posee(n) el siguiente producto, radicado en la oficina 0042 SANTA LIBRADA, con las siguientes características:

CUENTA DE AHORROS CUENTA DE AHORROS

Número	:	*24073305879*
Fecha de Apertura	:	*08 de mayo de 2017*
Condiciones de Manejo	:	*Individual,1 Firmas(s), 0 Sello(s) húmedo(s) o de caucho, Sin protector*
Estado	:	*CUENTA ACTIVA*

Esta constancia se expide con destino a: QUIEN INTERESE
Realizada en la oficina 0054 ALTAVISTA de la ciudad de BOGOTA, el día lunes, 21 de enero de 2019.

Cordialmente,

Efectuado por:
A6L7R5O4 - ANDRES FELIPE LOPEZ ROZO

Banco Caja Social
OF. ALTAVISTA
21 ENE 2019

FIRMA Y SELLOS AUTORIZADOS

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA | Banco Caja Social Establecimiento Bancario