E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO Julio Méndez Barreneche	**LISTA DE CHEQUEO PARA INGRESO PERSONA NATURAL ASISTENCIAL**	CODIGO: GJC12F VERSION: 03 FECHA DE ULTIMA REVISION:18/07/2022 PAGINA 1 de 1

En cumplimiento de las disposiciones de la Ley 1581 de 2012 que desarrolla el derecho de habeas data, **YO**, Karina Esther Benavides Bustillo, Identificado con Cédula No.1.083.453.448 de CIÉNAGA y Profesión ENFERMERA **AUTORIZO** que el **HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE ESE (HUJMB)** en calidad de *Responsable del Tratamiento de datos* pueda VERIFICAR, ALMACENAR, ARCHIVAR, COPIAR, ANALIZAR, USAR y CONSULTAR los datos que se señalan a continuación. Estos datos serán recolectados por el HUJMB con fines de contratación.

FIRMA: 

	LISTADO DOCUMENTOS PERSONAL ASISTENCIAL - OPS, ENTREGADOS EN EL SIGUIENTE ORDEN:	**SI**	**N/A**
1	Estudio de Necesidad y Oportunidad		
2	Lista de Chequeo para Inducción de puesto de trabajo (Entregado Por el área de supervisión)	X	
3	Registro Proveedores - Persona Natural (**REGISTRARSE EN https://hujmb.com/siji/proveedores/pnatural.php**	X	
4	Propuesta de Servicios	X	
5	Certificado antecedentes Procuraduría (**fecha vigente — no superior a 30 días**)	X	
6	Certificado antecedentes Contraloría (**fecha vigente — no superior a 30 días**)	X	
7	Certificado antecedentes Policía Nacional (**fecha vigente — no superior a 30 días**)	X	
8	Certificados antecedentes del sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC de la Policía Nacional de Colombia (**fecha vigente — no superior a 30 días**)	X	
9	Cedula de Ciudadanía	X	
10	Libreta Militar (**Hombres menores de 50 años**)		
11	Licencia de Conducción- ACTIVA (**CONDUCTOR DE AMBULANCIA**)		
12	RUT - Registro Único Tributario	X	
13	Hoja de Vida — Función publica	X	
14	Copia de Soportes académicos de estudios y actas de grado (**Bachiller, Universitarios y Especializados)**	X	
15	Certificado de antecedentes ÉTICO PROFESIONAL - Abogados, Médicos, Psicólogo y Enfermera **(fecha vigente – MES actual**).	X	
16	Convalidación de Titulo (**Médicos y Médicos Especialistas**) — **Certificado Emitido por el Ministerio de Educación Nacional.**		
17	Resolución departamental para ejercer profesión - (**personal asistencial**)		
18	Tarjeta Profesional	X	
19	RETHUS (**Personal Asistencial en general**)	X	
20	Póliza de responsabilidad civil de clínicas y hospitales desde **$250.000.000** millones de pesos. (**Médicos y Especialistas**)		
21	Curso Guía de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual, Ley 1146 de 2007 (**Personal Asistencial)**.	X	
22	Certificado de curso **SOPORTE VITAL BASICO** - Auxiliares de enfermería, Auxiliar camillero, **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).**		
23	Certificado de curso **SOPORTE VITAL AVANZADO** Enfermeras y Médicos, **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).**	X	
24	Certificado de Curso en **UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS** (Personal Asistencial del área de UCI, excepto Especialistas)		
25	Constancia de Asistencia en las acciones de formación continua en el **MANEJO DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS** - Médicos Generales y Especialistas del área de *UCI y Hospitalización*.		
26	Constancia de Asistencia en las acciones de formación continua para la **GESTIÓN DEL DUELO** (Personal asistencial del área de *Atención del Parto, UCI Adulto, Pediatría Y Neonatal*)	X	
27	Certificación vigente de aprobación de la evaluación de competencias Esenciales para el **CUIDADO DEL DONANTE** (Médicos Generales y Especialistas de las áreas de *Hospitalización, UCI, Urgencias y Cirugías*.		
28	Constancia de Asistencia en las acciones de formación continua en la atención a personas **VICTIMAS DE ATAQUE CON AGENTES QUÍMICOS** (Personal Asistencial del área de ***Urgencias y Transporte Asistencial***).		
29	Curso Apoyo Vital Avanzado Pediátrico -- **PALS** (Pediatras) **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).**		
30	Curso de Reanimación Cardiopulmonar Neonatal — **NALS** (Neonatólogo) **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).**		
31	Curso de **PRIMEROS AUXILIOS** (Conductores de Ambulancia), **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).**		
32	Examen Pre-Ocupacional (Decreto 0723 de 2013) cap 5, párrafo 2 — Exámenes médicos según Procedimiento de evaluaciones médicas ocupacionales. (**Vigencia no superior a TRES (03) años)**	X	
33	Soporte de experiencia laboral.	X	
34	Vacunas (**HEPATITIS B**) (todo el personal asistencial)	X	
35	Formato **DECLARACIÓN DE BIENES Y RENTA Y REGISTRO DE CONFLICTO DE INTERÉS** — Diligenciar en la página web (**https://www.funcionpublica.gov.co/fdci/login/auth**)	X	
36	Certificación de afiliación al sistema de Seguridad Social (**INDEPENDIENTE –** fecha no superior a 30 días)	X	
37	Certificación de afiliación al sistema de Seguridad en Pensión (**INDEPENDIENTE –** fecha no superior a 30 días)	X	
38	Certificado ARL (**INDEPENDIENTE –** fecha no superior a 30 días)	X	
39	Certificado **SARLAF** – PERSONA NATURAL - https://www.hujmb.com/wp-content/uploads/2021/12/FINC4F-FORMATO-VINCULACION-PERSONA-NATURAL-3-1.xlsx	X	

SIJI

Pantalla Principal

Persona Natural

Persona Jurídica

Ingrese numero de identificación

Verificar Registro

Has buscado el número de identificación: **1083453448**

Resultados encontrados:

#	No. Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha y Hora de Registro
1	1083453448	BENAVIDES	BUSTILLO	KARINA	ESTHER	2022-07-18, 7:51 pm

Todos los Derechos Reservados © Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche 2022

SANTA MARTA 19 JULIO 2022

DOCTOR

LUIS OSCAR GALVES MATEUS

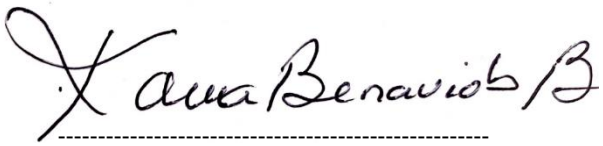
GERENTE E. S. E HOSPITAL JULIO MENDEZ BARRENECHE

RESPETUOSO SALUDO

MUY CORDIALMENTE ME DIRIGO ANTE USTED PARA MI PROPUESTA DE TRABAJO COMO ENFERMERA. EL CUAL ME DESEMPEÑO CUMPLIENDO A CABALIDAD CON TODAS LAS FUNCIONES QUE ME SE HAN ASIGNADAS.

CUMPLIRE CON RESPONSABILIDAD Y ACTITUD, TENIENDO BUENAS RELACIONES INTERPERSONALES EN MI AMBITO LABORAL CON MI EQUIPO DE TRABAJO.

ATENTAMENTE



KARINA ESTHER BENAVIDES BUSTILLO

CC. 1083453448 (CIENAGA MAGD)

ENFERMERA ESP. AUDITORIA DE SRVICIOS DE SALUD

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 200955288

WEB
09:45:03

Bogotá DC, 19 de julio del 2022

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) KARINA ESTHER BENAVIDES BUSTILLO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1083453448:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes deberá contener las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. 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 238 Ley 1952 de 2019)

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

CARLOS ARTURO ARBOLEDA MONTOYA
Jefe División de Relacionamiento con el Ciudadano

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 CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL , INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy martes 19 de julio de 2022, a las 09:48:04, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	1083453448
Código de Verificación	1083453448220719094804

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.

EDUARDO JOSE PINEDA ARRIETA
Contralor Delegado

Digitó y Revisó: WEB

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 10:58:21 PM horas del 19/07/2022, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **1083453448**
Apellidos y Nombres: **BENAVIDES BUSTILLO KARINA ESTHER**

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.

DIJIN

Dirección: Avenida El Dorado # 75 – 25 barrio Modelia, Bogotá D.C.
Atención administrativa: Lunes a Viernes 8:00 am a 12:00 pm y 2:00 pm a 5:00 pm
Línea de atención al ciudadano: 5159700 ext. 30552 (Bogotá)
Resto del país: 018000 910 112
E-mail: dijin.araic-atc@policia.gov.co

Presidencia de la República
Ministerio de Defensa Nacional
Portal Único de Contratación
GOV.CO
Todos los derechos reservados.

Policía Nacional de Colombia

(Default.aspx)

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 19/07/2022 10:54:25 a. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1083453448** y Nombre: **KARINA ESTHER BENAVIDES BUSTILLO.**

NO TIENE MEDIDAS CORRECTIVAS PENDIENTES POR CUMPLIR.

De conformidad con la Ley 1801 de 2016 "Por la cual se expide el Código Nacional de Seguridad y Convivencia Ciudadana". Registro interno de validación No. **37426849** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando https://www.policia.gov.co, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda | Imprimir

Información ::.. 5159000
Policía Nacional de Colombia
Dirección General - Cra. 59 No. 26 - 21
Centro Administrativo Nacional (CAN) Bogotá D.C.
Línea de atención: 018000-910112
www.policia.gov.co

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

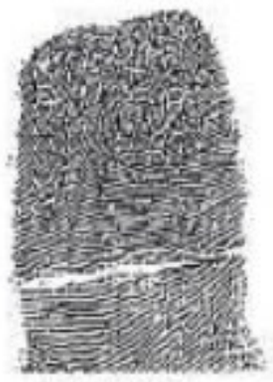
NUMERO 1.083.453.448

BENAVIDES BUSTILLO
APELLIDOS

KARINA ESTHER
NOMBRES



Karina Benavides B:
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 13-NOV-1985
CIENAGA
(MAGDALENA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.60	O+	F
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

22-ABR-2004 CIENAGA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

A-2101600-51153752-F-1083453448-20051219 04312 06353A 02 222006444

Escaneado con CamScanner

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 01 Inscripción

4. Número de formulario 14264722466

(415)7707212489984(8020) 000001426472246 6

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1083453448	2	Impuestos y Aduanas de Santa Marta 19	

IDENTIFICACIÓN

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	1083453448	20040422

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 169	Magdalena 47	Ciénaga 189

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
BENAVIDES	BUSTILLO	KARINA	ESTHER

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 169	Magdalena 47	Ciénaga 189

41. Dirección principal: CR 18 7 114 BRR CENTENARIO

42. Correo electrónico: karinabenavides1@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3012164216	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica				Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades				
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8692	2013-11-15							

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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
53. Código 20																									

20- Obtención NIT

Obligados aduaneros										Exportadores				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
54. Código												57. Modo			
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20			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: 3 61. Fecha 2013 - 11 - 15

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.
Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016
Firma del solicitante:

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

984. Nombre VASQUEZ BERMUDEZ ARNOVIS WILSON
985. Cargo Analista III

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

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
BENAVIDES.	BUSTILLO	KARINA ESTHER.

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (✓) C.E ( ) PAS ( ) No. 1083453448

SEXO: F (✓) M ( )

NACIONALIDAD: COL. (✓) EXTRANJERO ( ) PAÍS: COLOMBIA

LIBRETA MILITAR

PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NÚMERO _____ D.M _____

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA PAÍS DÍA 13 MES 11 AÑO 1985

DEPTO MAGDALENA

MUNICIPIO SANTA MARTA.

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA: MANZ 12 casa 27 Andrea C.

PAÍS COLOMBIA DEPTO MAGDALENA

MUNICIPIO SANTA MTA.

TELÉFONO 3124637430 EMAIL karinabenavides1

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 BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO: BACHILLER ACADEMICO
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	11	MES 12 AÑO 2002

EDUCACION 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
UN	8	X		ENFERMERÍA	07	2012	
ES	2	X		ESP. EN AUDITORIA, SERVICIOS DES	04	2016	

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
HOSPITAL U. J M B.	✓		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
MAGDALENA	SANTA MTA.	www.HJMB-a hotmail.com

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
4321586.	DÍA 01 MES 02 AÑO 2018	DÍA 24 MES 03 AÑO 2020

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
ENFERMERA.		calle 22.

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
HOSPITAL UNIVERSITARIO ESE CARI.	✓		Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
ATLANTICO.	BARRANQUILLA	www. H.U.E.C a. hotmail.

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DÍA 01 MES 05 AÑO 2014	DÍA 23 MES 08 AÑO 2016

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
ENFERMERA.		cl. 54

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
ALCALDIA MUNICIPAL DE CIÉNAGA	✓		COLOMBIA.

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
MAGDALENA	CIENAGA.	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DÍA 01 MES 02 AÑO 2008	DÍA 12 MES 11 AÑO 2008

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
AUX. ENFERMERIA.		Calle 7.

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*
ENFERMERA	5.	
	5	

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI (X) 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).

Kara Ben B.

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.

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

República de Colombia y en su nombre

El

Instituto Los Angeles

Aprobado por Resolución No. 083 del 18 de Noviembre de 2002
de la Secretaria de Educación Departamental
Ciénaga - Magdalena

Confiere a:

KARINA ESTHER BENAVIDES BUSTILLO

Identificado con _____ No. _____ de _____

El Título de

Bachiller Académico

Con Enfasis en Comercial

Por razón de haber cursado y alcanzado los logros requeridos para el nivel de educación media de acuerdo con lo establecido en los artículos reglamentarios de la Ley 115 y Decreto 1860 de 1994 y artículo 5° del Decreto 0230 de febrero 11 de 2002.

Rector (a)

Secretario (a)

Dado en Ciénaga a los 19 del mes Dic. de 2002.

Escaneado con CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA

Personería Jurídica, Resolución 24777 del 28 de Diciembre de 1979 del Ministerio de Educación Nacional.
Resolución No. 781 del 7 de Mayo de 1974 de la Superintendencia Nacional de Cooperativas.
Resolución No. 3870 del 31 de Julio de 2002, emanada del Ministerio de Educación Nacional.

En atención a que

KARINA ESTHER BENAVIDES BUSTILLO

con cédula de ciudadanía No. 1.083.453.448 de Ciénaga

Cumplió satisfactoriamente los requisitos académicos exigidos
por la Universidad, le confiere el título de

ENFERMERA

En testimonio de ello le expide el presente diploma
y se firma en Santa Marta el día 13 de Julio de 2012

Directora) Sede

Rector

Claudia Patricia Ramos J
Secretario(a) General

Decano(a) de la Facultad

Registros y Diplomas

Escaneado con CamScanner

República de Colombia

La Universidad Libre

Personería Jurídica No. 192 de 1946

y en su representación el Rector y los Profesores, en atención a que

Karina Esther Benavides Bustillo

No. 1.083.453.448 de Ciénaga

ha completado los estudios y demás requisitos que los reglamentos exigen para optar al título de

Especialista en Auditoria de Servicios de Salud

en nombre de la República de Colombia y por autorización del Ministerio de Educación Nacional, le expide el presente Diploma que acredita su idoneidad. En testimonio de lo cual se firma y rubrica con el sello mayor de la Institución.

El Decano

En la ciudad de Barranquilla.

28 de Abril del 2016.

Acta 94 Folio 94 Libro 02

El Rector

UNIVERSIDAD LIBRE SECCIONAL BARRANQUILLA RECTORIA NACIONAL

El Secretario General

UNIVERSIDAD LIBRE SECCIONAL BARRANQUILLA SECRETARIA GENERAL

Oficina de Admisiones y Registro

28 de Abril del 2016

Registro 20194 Folio 4039 Libro de Registro 44

Jefe de Admisiones y Registro

UNIVERSIDAD LIBRE SECCIONAL BARRANQUILLA Jefe de Admisiones y Registro

CT 140589

Escaneado con CamScanner

HACE CONSTAR QUE:

La enfermera **KARINA ESTHER BENAVIDES BUSTILLO** identificada con la cédula de ciudadanía número 1.083.453.448, no registra antecedentes de responsabilidad deontológica disciplinaria, de acuerdo con la ley 911 de 2004 "Por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones".

El presente certificado tiene una vigencia de seis (6) meses contados desde la fecha de su expedición.

Se expide la presente certificación a solicitud de la interesada. Dada en Bogotá, D.C., República de Colombia, a los once (11) días del mes de enero del año dos mil veintidós (2022).

Cordialmente,

EUGENIA SANTAMARÍA MUÑOZ
Abogada Secretaria

GOBERNACION DEL MAGDALENA
SECRETARIA SECCIONAL DE SALUD
DESARROLLO DE SERVICIOS

RESOLUCIÓN No. 47 0110

"Por la cual se registra un título"

LA SECRETARIA SECCIONAL DE SALUD DEL MAGDALENA

En cumplimiento del Decreto 1875 de Agosto 3 de 1994, según facultad otorgado por el Decreto 3134 de 1956 y

CONSIDERANDO:

Que el (la) Señor (a) **KARINA ESTHER BENAVIDES BUSTILLO** identificado (a) con cédula de ciudadanía No. 1.083.453.448, expedido en Ciénaga - Magdalena, solicitó ante esta Secretaría la **AUTORIZACIÓN** del ejercicio de su profesión según Título de **ENFERMERA**, que le otorgó, **la UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA** de Santa Marta - Magdalena, según Acta Individual de Graduación No. 5 del 13 de Julio de 2012. Diploma anotado al Folio No. 52 del Libro No. 6.

Que **KARINA ESTHER BENAVIDES BUSTILLO** participó en el sorteo de plazas para Servicio Social Obligatorio realizado en la Secretaría Seccional de Salud del Magdalena el día 19 de Octubre del 2012, dando cumplimiento a la Resolución No. 274 del 9 de Diciembre del 2011, expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Que una vez realizado el sorteo, **KARINA ESTHER BENAVIDES BUSTILLO**, no salió favorecido (a) y habiéndose cumplido lo establecido en el Artículo 10 de la Resolución 274 del 9 de Diciembre del 2011, quedo exonerado (a) de prestar el **SERVICIO SOCIAL OBLIGATORIO.**

RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO: Autorizar a **KARINA ESTHER BENAVIDES BUSTILLO,** identificado (a) con cédula de ciudadanía No. 1.083.453.448 expedida en Ciénaga - Magdalena para ejercer la profesión de **ENFERMERA** en el Territorio Nacional e inscribirlo (a) para laborar en el Departamento.

ARTICULO SEGUNDO: Para poder ejercer la profesión en Zona Geográfica diferente a donde se autorizó el título o certificado la persona deberá inscribir su nombre en la Secretaría de Salud del Departamento donde va a laborar con el fin de ejercer el control y vigilancia que corresponde.

COMUNIQUESE Y CUMPLASE

Dado en la ciudad de Santa Marta, D.T.C.H. en fecha 29 ENE 2013

Zandra Castañeda López

ZANDRA LUCIA CASTAÑEDA LOPEZ
Secretaria Seccional de Salud del Magdalena

Proyectó: LUCIA GALIANO CUMPIDO.- Profesional Especializada

RESPETO POR EL MAGDALENA

0009

Escaneado con CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA

REGISTRO UNICO NACIONAL DE ENFERMERIA

Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia ANEC



NOMBRES KARINA ESTHER

APELLIDOS BENAVIDES BUSTILLO

C.C. 1.083.453.448 CIENAGA

UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA

RUN No. 37906

Fecha de Expedición 20/MARZO/2014

Escaneado con CamScanner

SISPRO - APLICATIVOS MISIONALES
Sistema Integral de Información de la Protección Social

Ingresar Registrarse Ayuda

ReTHUS

A continuación diligencie la identificación o nombre y apellido de la persona a consultar en el Registro Unico Nacional de Talento Humano en Salud.

Tipo de Identificación * Cedula de Ciudadania

Número de Identificación * 1083453448

Primer Nombre * karina

Primer Apellido * benavides

Confirme los números de la Imagen *



Cambiar

2389

Verificar Registro en ReTHUS Limpiar

Resultado General -2022-07-19→10:07:39 AM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	1083453448	KARINA	ESTHER	BENAVIDES	BUSTILLO	Vigente	Ver

De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) KARINA ESTHER BENAVIDES BUSTILLO identificado(a) con CC 1083453448 registra La siguiente información:

2022-07-19→10:07:39 AM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
UNV	Local	Enfermería	2014-03-20		ASOCIACION NACIONAL DE ENFERMERAS DE COLOMBIA - ANEC

La información dispuesta se encuentra en proceso de actualización de conformidad con lo señalado por el Ministerio de Salud y Protección Social. El talento humano en salud puede continuar ejerciendo su profesión u ocupación del área de la salud, presentando los documentos que acreditaron el cumplimiento de los requisitos que se encontraban vigentes (Resolución de autorización de ejercicio en todo el territorio nacional, expedida por este Ministerio o por una Secretaría de Salud, y según la profesión, tarjeta profesional, matrícula profesional, etc.). Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS).

Atención telefónica a través del Centro de Contacto:
En Bogotá: +57(1) 3305043 Resto del país: 018000960020
Horario de atención:
Lunes a Viernes de 7:00 a.m. a 9:00 p.m. y sábados de 8:00a.m. a 1:00 p.m. en jornada continua.
Solicitudes, sugerencias y reclamos PQRSD
Notificaciones judiciales
Términos y condiciones de uso.

CON EL AUSPICIO DE :

CENTRO DE CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO
PEDRO NEL HURTADO M. CIA LTDA.

PNHM CIA LTDA

KARINA ESTHER BENAVIDES BUSTILLO

C.C. 1083453448

ASISTIÓ Y APROBÓ

MANEJO INTEGRAL DE VIOLENCIA SEXUAL Y GÉNERO (CÓDIGO GRIS)

Realizado en Santa Marta D.T.H.C. los días 02, 03, 04 de Diciembre de 2020, con una intensidad académica de 36 horas.

Temario: Manejo Integral de Violencia Sexual y Género.

PEDRO NEL HURTADO MONTENEGRO
ENFERMERO PROFESIONAL E INSTRUCTOR CERTIFICADO AHA

FECHA SUGERIDA RENOVACIÓN CERTIFICADO Y CREDENCIAL para reentrenamiento Diciembre de 2022

CEL +1 647 8069272 www.fppt.info

Escaneado con CamScanner

CON EL AUSPICIO DE :

CENTRO DE CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO
PEDRO NEL HURTADO M. CIA LTDA.

PNHM CIA LTDA

KARINA ESTHER BENAVIDES BUSTILLO
C.C. 1083453448

ASISTIÓ Y APROBÓ

CURSO TALLER DE A.C.L.S (ADVANCED CIRCULATION LIFE SUPORT) TECNICAS DE REANIMACION CARDIO CEREBRO PULMONAR AVANZADA .

Realizado en Santa Marta D.T.H.C. los días 02 , 03, 04, 05 de Diciembre de 2020, con una intensidad académica de 48 horas.

Temario: Reanimación cerebrocardio pulmonar invasiva A.C.L.S.

PEDRO NEL HURTADO MONTENEGRO
ENFERMERO PROFESIONAL E INSTRUCTOR CERTIFICADO AHA

FECHA SUGERIDA RENOVACIÓN CERTIFICADO Y CREDENCIAL para reentrenamiento Diciembre de 2022

CEL +1 647 8069272 www.fppt.info

Escaneado con CamScanner

CON EL AUSPICIO DE :

CENTRO DE CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO
PEDRO NEL HURTADO M. CIA LTDA.

PNHM CIA LTDA

KARINA ESTHER BENAVIDES BUSTILLO
C.C. 1083453448

ASISTIÓ Y APROBÓ

ATENCIÓN INTEGRAL PARA LA GESTIÓN DEL DUELO.

Realizado en Santa Marta D.T.C.H. el día 19 de Diciembre de 2020, con una intensidad académica de 3 horas.

Temario: Atención Integral para la Gestión del Duelo.

PEDRO NEL HURTADO MONTENEGRO
ENFERMERO PROFESIONAL E INSTRUCTOR CERTIFICADO AHA

FECHA SUGERIDA RENOVACION CERTIFICADO Y CREDENCIAL para reentrenamiento Diciembre de 2022

CEL +1 647 8069272 www.fppt.info

Escaneado con CamScanner

CON EL AUSPICIO DE :

CENTRO DE CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO
PEDRO NEL HURTADO M. CIA LTDA.

PNHM CIA LTDA

KARINA ESTHER BENAVIDES BUSTILLO
C.C. 1083453448

ASISTIÓ Y APROBÓ

ATENCIÓN A PERSONAS VÍCTIMAS DE ATAQUE CON AGENTES QUÍMICOS.

Realizado en Santa Marta D.T.C.H. el día 19 de Diciembre de 2020, con una intensidad académica de 3 horas.

Temario: Atención a Personas Víctimas de Ataque con Agentes Químicos



PEDRO NEL HURTADO MONTENEGRO
ENFERMERO PROFESIONAL E INSTRUCTOR CERTIFICADO AHA

FECHA SUGERIDA RENOVACION CERTIFICADO Y CREDENCIAL para reentrenamiento Diciembre de 2022

CEL +1 647 8069272 www.fppt.info

Escaneado con CamScanner

!DOCTYPE html PUBLIC "-//W3C//DTD XHTML 1.0 Transitional//EN" "http://www.w3.org/TR/xhtml1/DTD/xhtml1-transitional.dtd">

Certificado de
Aptitud Laboral
Ingreso
Medico Especialista En Salud Ocupacional Y Medicina Laboral



Fecha: 06/Oct/2020. **Hora:** 07:51:21 a.m.
Apellido: Benavides Bustillos **Nombre:** Karina Esther
Tipo Doc: CC **Nro Identidad:** 1083453448
Empresa: Particular
Cargo: Enfermera
Lugar:
Direccion: Mzna D Casa 10 Villa Alejandria
Telefono: **Celular:** 3124637430 **Email:** **Estado Civil:** Union Libre
Ciudad: .:: No Aplica ::.
Peso: 76 Kg **Estatura:** 159 Cm **IMC:** 30.0 **Escolaridad:** Tecnico Profesional **Jornada Laboral:** Sin Definir
EPS: Sanitas **ARL:** Colmena **AFP:** Porvenir

HC: # 59477
Edad: 34 años
Sexo: Femenino ♀
Nacim: 13/Nov/19
Rh: O+

Examenes Realizados

Examen Con Enfasis Osteosmuscular

Concepto

Sin Restricciones Al Examen De Ingreso.

Recomendaciones

Higiene Postural
Dieta
Ejercicio Regular
Induccion Al Sitio De Trabajo
Estilo De Vida Saludable
Utilizar Epp Para Labor Que Desempeña
Debe Bajar De Peso
Realizar Pausa Activas
Uso De Tapabocas Permanente

Otras: Usar Equipos De Proteccion Para Covid 19/.

Observaciones

Mirta Nuñez Gutierrez
Md. Especialista En Medicina Del Trabajo Y Salud Ocupacional
Lic. de S.O #: 1725
Registro #: 386

Karina Esther Benavides Bustillos
CC 1083453448

Escaneado con CamScanner

LA SUSCRITA JEFE DE RECURSOS HUMANOS

CERTIFICA

Que la señora **KARINA BENAVIDES BUSTILLO**, identificada con la cedula de ciudadanía 1.083.453.448, presta sus servicios técnicos, sin vinculación laboral, como **Auxiliar de Enfermería**, desde Febrero de 2007 hasta la fecha, su tipo de contrato es por orden de servicio, en el tiempo mencionado se ha desempeñado de manera satisfactoria demostrando ser una persona responsable cumplidora de sus deberes.

Se expide la presente certificación a solicitud de la interesada a los 09 días del mes de mayo de 2008.

Atentamente,

ALEXANDRA ESTEFENS B.
Jefe de Recursos Humanos

CIENAGA MAGDALENA
Sede Administrativa Y Consulta Externa
Calle 8 11 – 39
Telefax 4240485

Sede De Urgencias Y Hospitalización
Calle 8 12-26
Teléfono 4240957 – 4242997

Escaneado con CamScanner

Opexsalud C.I.A.

CERTIFICAMOS

La señora ***BENAVIDES BUSTILLO KARINA ESTHER*** *Identificada con la cedula de ciudadanía. N°1.083.453.448 Laboro en nuestra cooperativa de trabajo asociado* ***OPEXSALUD CTA****. Identificada con el Nit. 900369211-7 asociado de la cooperativa desde el 01 de Mayo 2014 hasta 23 de Agosto 2016, desempeñándose en el cargo Jefe De Enfermería, en el Hospital Universitario CARI ESE. Por medio el contrato convenio cooperativo a término indefinido.*

Se expide este certificado a solicitud del interesado a los nueves (09) días del mes de Diciembre del año dos mil dieciséis (2016).

Cordialmente,

Natali Cotes Pinedo
Asist.Recursos Humanos

Opexsalud CTA
NIT 900.369.211-7

Escaneado con CamScanner

LA SUSCRITA PROFESIONAL UNIVERSITARIO DE SALUD PÚBLICA MUNICIPAL

CERTICA QUE:

La señorita **KARINA ESTHER BENAVIDES BUSTILLO** identificada con c.c 1.083.453.448 realizo actividades de promoción y prevención del plan de salud pùblica municipal durante el periodo 2006.

La presente certificación se expide a los 15 dias del mes marzo del 2013.

Atentamente

GISELLA GRANADOS GARCIA
Prof. Univ. Salud pública municipal

Escaneado con CamScanner

Este carné es válido en Colombia
Será exigido para entrar a zonas de riesgo

Consérvelo

En caso de requerir el Certificado Internacional de Vacunación ó Profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados

Libertad y Orden

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

Libertad y Orden

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: RAFAEL

Apellidos: BENAVIDES BUSTOS

Documento de Identidad: CC [X] TI [ ] PASA PORTE [ ] No. 1083453448

Fecha de Nacimiento: Día 13 Mes 11 Año 1985

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	Única			
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1	13-I-09	EU407 11-A	Juana Alfaro
	2	13-I-09	EU407 11-A	Ana Alfaro
	3	13-I-09	EU407 11-A	Rocío.
	4	11-02/12024	090	mbaza
	5			
Contra Hepatitis B	1	11-11-09	WX06023	Juan Nuño
	2	11-12-09	WX06024	Ruth O.
	3	13-I-09	WX06025	Rocío.
		11-11-10	WX06021	Nelis ++

Biológico	Fecha	Fabricante y Lote	Validez	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Contra Influenza				
Otras				

Escaneado con CamScanner

REFUERZOS			
VACUNAS	Fecha	Lote	Firma

IPS SERVIVACUNAS LTDA.
NIT. 0900.435.512-1

Tu Salud en Nuestras Manos

IPS SERVIVACUNAS LTDA.

Nit. 0900435512-1
Calle 29H3 No. 21E-15 Local 2
Cel.: 301 7129266 - 314 5947146
Santa Marta - Colombia

NOMBRE(S):	KALINA ESTHER
APELLIDOS:	BENAVIDES BASTILLO
IDENTIFICACIÓN:	1082345344

VACUNAS	Fecha	Dosis	Lote	Firma	Fecha	Dosis	Lote	Firma	Fecha	Dosis	Lote	Firma
F. Tifoidea		Ref.				Ref.				Ref.		
Hepatitis A		1				2						
Hepatitis B		1				2				3		
Influenza		anual				anual				anual		
Meningococcica BC		1				2						
Neumococcica Conj.		1				2				3		
Rotavirus		1				2						
Tifoidea		1				2				3		
Triple Viral		Ref.				Ref.				Ref.		
Varicela		Unica										
Otra Fiebre Amarilla 21-02-12 ESSSA Barranquilla 11/12/12 012N1015 Bayer												

Escaneado con CamScanner

El servicio público es de todos | Función Pública

PUBLICACIÓN PROACTIVA DECLARACIÓN DE BIENES Y RENTAS Y REGISTRO DE CONFLICTOS DE INTERÉS
(Ley 2013 de 2019, Ley 1437 de 2011, 734 de 2002 y 2003 de 2019)

Tipo de declaración	INGRESO	Fecha de publicación	2022-07-18 19:30

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
KARINA	ESTHER	BENAVIDES	BUSTILLOS

Documento de identificación

Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	1083453448

Lugar de nacimiento

País	Colombia	Departamento	Magdalena	Municipio	CIÉNAGA

Lugar de domicilio

País	Colombia	Departamento	Magdalena	Municipio	SANTA MARTA

Nombre de la entidad/organismo/institución/persona jurídica pública o privada que presten función pública o servicios públicos o que administren, celebren contratos y ejecuten bienes o recursos públicos/Notarías/Curadurías/ u otra donde trabaje	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE

Lugar de sede

País	Colombia	Departamento	Magdalena	Municipio	SANTA MARTA

Dirección	["Carrera 14 No. 23-42 Alcazares"]

Cargo o función que cumple	CONTRATISTA

Tipo de sujeto obligado de acuerdo con el artículo 2 de la Ley 2013 de 2019: Persona natural y jurídica, pública o privada, que presten función pública, que presten servicios públicos respecto de la información directamente relacionada con la prestación del servicio público.

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

De acuerdo con lo consagrado en la Ley 2013 de 2019, a continuación procedo a publicar y divulgar proactivamente mi declaración de bienes y rentas y manifiesto que los únicos bienes y rentas que poseo a la fecha, en forma personal o por interpuesta persona, son los que relaciono a continuación.

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

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

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	$31.200.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	
Gastos de representación	
Arriendos	
Honorarios	
Otros ingresos y rentas	
TOTAL	$31.200.000,00

Las cuentas bancarias de las que soy titular en Colombia y en el exterior son:

Tipo de cuenta	Sede de la cuenta (País)	Saldo total de la cuenta a diciembre 31 del año inmediatamente anterior
CUENTA DE AHORROS	Colombia	$550.117.100.080.839,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo

1.2. PARTICIPACIÓN EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y/O ASOCIACIONES

Tengo participación en juntas, consejos o directivos: Sí [ ] No [X]

En la actualidad participo como miembro de las siguientes Juntas o Consejos Directivos:

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro	País

Tengo participación en corporaciones, sociedades y asociaciones: Sí [ ] No [X]

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

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

Tengo actividades económicas privadas: Sí [ ] No [X]

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

Detalle de las actividades	Forma participación

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

De acuerdo con lo consagrado en la Ley 2013 de 2019, a continuación procedo a publicar y divulgar proactivamente el registro de la información que puede ser susceptible de generarme un conflicto de interés, así como aquella relacionada con los intereses de mi cónyuge o compañero(a) permanente, parientes y socios de hecho o de derecho.

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Tengo cónyuge o compañero(a) permanente: Sí [X] No [ ]

Los intereses personales de mi cónyuge o compañero o compañera permanente son susceptibles de generar una posible situación de conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño: Sí [ ] No [X]

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
YAIR	JAVIER	PEREZ	JIMENO

Tipo documento: CEDULA DE CIUDADANIA Número: 37240028

Descripción del potencial conflicto de interés con su cónyuge o compañero(a) permanente:

2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

Tengo parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil con Intereses personales que son susceptibles de generar una posible situación de conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño: Sí [ ] No [X]

A continuación presento la información de los parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil que son susceptibles de generar conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño.

De acuerdo con la Ley 2003 de 2019, los congresistas deben registrar sus parientes hasta el segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil si son susceptibles de generar conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeñan.

Parentesco	Pariente	Tipo de documento de identidad	Documento de identidad	Descripción del potencial conflicto de interés

2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

Tuve intereses directos o actué como representante, asesor, presidente, gerente, director, miembro de junta directiva o socio de gremio, sindicato, sociedad, asociación, grupo social u organización con ánimo o sin ánimo de lucro y esto puede influir en mis decisiones y acciones en el desempeño de mi cargo actual:

Sí [ ] No [X]

Dentro del año anterior tuve interés directo o actué como representante, asesor, presidente, gerente, director, miembro de junta directiva o socio de gremio, sindicato, sociedad, asociación, grupo social u organización con ánimo o sin ánimo de lucro (nacional o extranjera), y a continuación describo cómo puede influir en las decisiones y acciones de mi cargo actual:

2.4. OTRAS INVERSIONES

Tengo fideicomisos en Colombia o en el exterior: Sí [ ] No [X]

Los fideicomisos y encargos fiduciarios de los cuales soy constituyente o beneficiario en Colombia y en el exterior son:

Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario	Calidad	Valor	País

Tengo inversiones en Colombia o en el exterior: Sí [ ] No [X]

Las inversiones en bonos, fondos de inversión, fondos de ahorro voluntario y otras que tengo en Colombia y en el exterior son:

Tipo de inversión	Valor	País

2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí [ ] No [X]

Las donaciones que me representaron reducciones en la declaración de renta del último año gravable son:

Nombre entidad	Valor

2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

Tengo potenciales conflictos personales de interés: Sí [ ] No [X]

Los conflictos de interés pueden generarse a partir de, por ejemplo:
> Actividades y negocios que realiza o tiene con socio o socios de hecho o de derecho.
> Establecimientos que posee.
> Litigio o controversia ante autoridades administrativas o jurisdiccionales.
> Haber hecho parte de listas de candidatos a cuerpos colegiados de elección popular.

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:

CE-006 - 0000000100 – 2022

CERTIFICA

Que la(s) persona(s) relacionada(s) a continuación está(n) o ha(n) estado afiliada(s) a

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1083453448
NOMBRES Y APELLIDOS	Benavides Bustillo,Karina Esther
TIPO DE AFILIADO	Titular
TIPO DE TRABAJADOR	Independiente
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	01/03/2020
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Benavides Bustillo,Karina Esther, a los 19 días del mes de julio del año 2022.

NOTA: Esta certificación no constituye aprobación de traslado, ni es documento válido para solicitar servicios médicos.

Banny Yeritza Sarmiento Vanegas
Coordinador Gestión de la Afiliación

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

KARINA ESTHER BENAVIDES BUSTILLO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.083.453.448**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 19 de Julio del 2022.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS S.A
NIT 860.011.153-6

CERTIFICA QUE:

Verificada la base de datos de la compañía se encontró que la señora KARINA ESTHER BENAVIDES BUSTILLO, identificada con Cédula de Ciudadanía No. 1083453448, contratista de la empresa HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE, con NIT No. 891780185, tiene un registro como INDEPENDIENTE desde el 01/04/2022 y fecha fin de contrato 31/07/2022 con riesgo 3.

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior en caso de tener un nuevo contrato deberá realizar una nueva afiliación, para continuar con la cobertura en nuestra ARL.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web: www.positivaenlinea.gov.co y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202201017308154.

Esta certificación se expide a los 19 días del mes de Julio de 2022.

MIS 4_1_3_FR15 v_04

Cordialmente

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

Impreso por Internet el 19/07/2022 10:33:34 p. m.
ISCDC: 19/07/2022 10:33:34 p. m.

HOSPITAL UNIVERSITARIO Julio Méndez Barreneche E.S.E.	FORMATO DE VINCULACION DE PERSONA NATURAL	CODIGO: FINC4F
		VERSION: 002
		FECHA DE ULTIM REVISION: 10/12/2021

Ciudad	Oficina	Fecha Vinculación
SANTA MARTA		

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos KARINA BENAVIDES BUSTILLO														Sexo			
														M		F	X

Tipo de Documento									Número	Expedida en	Fecha de Expedición
C.C.	X	C.E		T.I		R.C		PP		1083453448	CIENAGA MAGDALENA	22/04/2004

Estado Civil (Seleccione)					Nivel educativo				No. Personas a cargo	Tipo de Vivienda			Zona Ubicación	
Soltero	Casado	Divorciado	U. libre	Viudo	Primaria	Bachiller	Técnico	Universidad		Propia	Arrendada	Familia	Rural	Urbano
			X					X	1		X			

Fecha nacimiento			Lugar de Nacimiento	Direccion Domicilio	Municipio / Ciudad	Departamento
13	11	85	CIENAGA	MANZANA D CASA 10 VILLA ALEJANDRIA	SANTA MARTA	MAGDALENA

Correo Electrónico	No. Celular	Telefono
karinabenavides1@hotmail.com	3124637430	4101991

Ocupación (Seleccione)											Actividad Principal CIIU			
Estudiante		Independiente		Empleado	x	Hogar		Jubilado						
Detalle Actividad Económica									Descripción del CIIU					

1.1 USO EXCLUSIVO EN EL CASO DE MENORES DE EDAD

Nombres y Apellidos del Representante Legal	Tipo de Documento					Número
	C.C.			P.P		

2. DATOS LABORALES

Nombre de la Empresa o Negocio	Tipo de Empresa o Negocio							Cargo
	Publica	x	Privada		Mixta		Otra, cual?	ENFERMERA

Dirección de empresa o negocio	Ciudad	Barrio	No. Teléfono
CRA 14 # 23-42	SANTA MARTA	ALCAZARES	4365007

Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?	SI		NO	X

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales			Total Egresos mensules					
Otros Ingresos Mensules			Otros Egresos Mensuales					
Total Activos			Total Pasivos					
Mes y año de corte de la información financiera suministrada	Mes	Año	Es declarante?	SI		NO	X	

Es servidor Publico? Si es servidor publico declare si maneja recursos publicos y/u Ostenta algun grado de poder publico o goza de reconocimiento Publico?
Declaro que soy persona politicamente expuesta PEP?
Declaro que el origen de los fondos con los cuales se maneja la cuenta y/o certificado proviene de:

4. AUTORIZACIÓN Y DECLARACIONES

1. Declaro que el origen de bienes y/o fondos para la apertura, certificados y demás productos provienen de actividades lícitas las cuales relaciono a continuación: _____ y no acepto como propias, los depósitos que a mi(s) cuenta(s) efectúen terceros con dinero proveniente de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione, ni efectuare transacciones destinadas a tales actividades a favor de personas relacionadas con las mismas.

Autorizo de manera expresa, permanente e irrevocable a E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche a o a quien represente sus derechos u ostente en el futuro la calidad de Acreedor para: 1) Verificar la información aquí suministrada a través de cualquier medio que considere conveniente. 2) Reportar, almacenar, actualizar, consultar, procesar, compilar, intercambiar, suministrar, grabar, solicitar y divulgar la información de carácter personal y/o financiera ante cualquier operador, Centrales de información del Sector Financiero, bases de información o cualquier otra entidad que maneje o administre bases de datos con los mismos fines, toda la información derivada de cualquier tipo de operación que celebre con la E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche, con fines estadísticos, de control, supervisión, pruebas de mercadeo, actualización o verificación de mi información de conformidad con lo preceptuado en la ley de habeas data y de protección de datos personales. Lo anterior implica que el cumplimiento o incumplimiento de mis obligaciones se reflejará en las mencionadas bases de datos en donde se consignan de manera completa todos los datos referentes a mi actual, pasado y futuro comportamiento frente al sector financiero y en general frente al comportamiento de mis obligaciones.

Declaro que: 1) me comprometo a actualizar anualmente, y cuando me lo soliciten, la información de este formulario y presentar los documentos requeridos por la E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche 2) me reservo el derecho a conocer, actualizar, rectificar, modificar, eliminar, la información de carácter personal así como a solicitar por cualquier medio a E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche no utilizar o revocar mi información personal 3) Conozco mis derechos y obligaciones derivados de la ley de Habeas Data y Protección de datos personales. 4) La E.S.E. Hospital Universitario Julio Mendez barreneche S.A.





5. FIRMA Y HUELLA

Certifico (amos) que la información aportada en el presente documento es veraz y habiendo leído y comprendido y aceptado lo anterior, en constancia firmo (amos):

_____

Nombre y Firma Oficial de cumplimiento