E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO Julio Méndez BARRENECHE	LISTA DE CHEQUEO PARA INGRESO PERSONA NATURAL ASISTENCIAL	CODIGO: GJC12F VERSION: 06 FECHA DE ÚLTIMA REVISION: 7/09/2023 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.** _1083453448_ **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	Cedula de Ciudadanía		
3	Registro Proveedores - Persona Natural – Disponible en: https://siji.hujmb.gov.co/proveedores/pnatural.php		
4	Formato Consentimiento Informado – Consulta Bases de Datos. Disponible en: https://hujmb.gov.co/gestion-institucional/contratacion/proveedores/		
5	Capture de Pantalla – Usuario SECOP II **(Pantallazo)**		
6	Propuesta de Servicios **(Mes Actual)**		
7	Libreta Militar (**Hombres menores de 50 años**)		
8	Licencia de Conducción- ACTIVA (**CONDUCTOR DE AMBULANCIA**)		
9	RUT - Registro Único Tributario **(Año 2023)**		
10	Hoja de Vida — Función pública (SIGEP II) **(Actualizada Mes Actual)**		
11	Copia de Soportes académicos de estudios y actas de grado (**Bachiller, Universitarios y Especializados**)		
12	Certificado de antecedentes **ÉTICO PROFESIONAL** - Médicos, Bacteriólogo, Psicólogo y Enfermera **(fecha vigente – Mes Actual)**.		
13	Convalidación de Titulo (**Médicos Generales y Especialistas**) — **Certificado Emitido por el Ministerio de Educación Nacional.**		
14	Resolución departamental para ejercer profesión - (**Personal Asistencial**)		
15	Tarjeta Profesional		
16	RETHUS (**Personal Asistencial en general**)		
17	Póliza de responsabilidad civil de clínicas y hospitales desde **$250.000.000** millones de pesos. (**Médicos y Especialistas**)		
18	Curso Guía de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual, Ley 1146 de 2007 (**Personal Asistencial).**		
19	Certificado de curso **SOPORTE VITAL BASICO** - Auxiliares de enfermería, Auxiliar camillero, **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).**		
20	Certificado de curso **SOPORTE VITAL AVANZADO** Enfermeras y Médicos, **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).**		
21	Curso Apoyo Vital Avanzado Pediátrico – **PALS** (Pediatras) **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).**		
22	Curso de Reanimación Cardiopulmonar Neonatal — **NALS** (Neonatólogo) **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).**		
23	Certificado de Curso de **CUIDADOS INTENSIVOS** (Personal Asistencial del área de UCI, excepto Especialistas)		
24	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*.		
25	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*)		
26	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.*		
27	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***).		
28	Curso de **PRIMEROS AUXILIOS** (Conductores de Ambulancia), **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).**		
29	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)**		
30	Soporte de experiencia laboral.		
31	Certificado - Registro de Deudores Alimentarios Morosos. REDAM Disponible en https://carpetaciudadana.and.gov.co/ ***previo registro en el sitio web***.		
32	Vacunas (**HEPATITIS B**) (todo el personal asistencial)		
33	Formato **DECLARACIÓN DE BIENES Y RENTA Y REGISTRO DE CONFLICTO DE INTERÉS** — Diligenciar en la página web https://www3.funcionpublica.gov.co/fdci/login/auth?opcionDestino=LEY2013 (Personal antiguo - formato diligenciado no mayor a UN (01) año)		
34	Certificación de afiliación al sistema de Seguridad Social en Salud (**INDEPENDIENTE – Mes Actual)**		
35	Certificación de afiliación al sistema de Seguridad en Pensión (**INDEPENDIENTE – Mes Actual)**		
36	Formato **SARLAFT** – Persona Natural. Disponible en: https://hujmb.gov.co/gestion-institucional/contratacion/proveedores/		

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
1.083.453.448
NUMERO

BENAVIDES BUSTILLO
APELLIDOS

KARINA ESTHER
NOMBRES



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

1.60 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

22-AER-2004 CIENAGA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL

INDICE DERECHO

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

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
#	No. Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha y Hora de Registro
2	1083453448	BENAVIDES	BUSTILLO	KARINA	ESTHER	2022-12-15, 1:46 pm

© Adaptado para el Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche 2023.

El (la) suscrito(a) KARINA ESTHER BENAVIDES BUSTILLO identificado con C.C./C.E./P.P No. 1083453448 expedida en CIENAGA, autorizo libre, expresa e inequívocamente, y exclusivamente para los fines y en los términos señalados en la Ley 1918 de 2018 reglamentada por el Decreto 753 de 2019, a la **E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE**, a consultar mis datos personales en las siguientes bases de datos (**Certificado de Antecedentes Fiscales** – Contraloría General de la República, **Certificado de Antecedentes Disciplinarios** – Procuraduría General de la Nación, **Consulta de Antecedentes Judiciales** – Ministerio de Defensa (Policía Nacional) - **Consulta de Inhabilidades Delitos sexuales cometidos contra menores de 18 años. Ley 1918 de 2018** – Ministerio de Defensa (Policía Nacional)), de manera previa a mi eventual vinculación laboral, contractual o legal y reglamentaria y, de llegarse a formalizar, cada tres (3) meses a partir del inicio de la misma y mientras se encuentre vigente.

Así mismo, declaro que conozco que la recolección y tratamiento de mis datos se realizará de conformidad con la normatividad vigente sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1074 de 2015 y la Política de Tratamiento de Datos Personales publicada en www.hujmb.gov.co, manifestando que he sido informado(a) de forma clara y suficiente de los fines de su tratamiento.

Se suscribe en la ciudad de Santa Marta, el día 13 del mes de marzo de 2024.

Firma
Nombre KARINA ESTHER BENAVIDES BUSTILLO
Cédula 1083453448

COPIA CONTROLADA

Santa Marta Marzo 2024.

Doctor
GERMAN GAVIRIA VARGAS MOSQUERA
Gerente.
Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche.

Cordial Saludo.

A solicitud de su respetada institución, Yo KARINA ESTHER BENAVIDES BUSTILLO. Identificado con la C.C. 1083453448, solicito a usted me permita ingresar como ENFERMERA, cumpliendo las condiciones necesarias para tal cargo dentro de la empresa.

Atentamente,



KARINA ESTHER BENAVIDES BUSTILLO
C.C 1083453448
CARRERA 18 # 7 - 114 CENTENARIO
karinabenavides1@hotmail.com
3012164216

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto: 01 Inscripción

4. Número de formulario: 14264722466

(415)7702124899848020 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	2004,04,22

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

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
8692	2013,11,15						

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 20

20- Obtención NIT

Usuarios aduaneros

54. Código

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: 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 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre: VASQUEZ BERMUDEZ ARNOVIS WILSON

985. Cargo: Analista III

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Fecha generación documento PDF: 08-12-2023 12:35:06AM

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	SEXO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 1083453448	F (X) M ( )	COL. (X) EXTRANJERO ( )	COLOMBIA

LIBRETA MILITAR
PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NÚMERO D.M.

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA			
FECHA	DIA 13 MES 11 AÑO 1985	- MZ 12 CASA 27 ANDRE C			
PAÍS	COLOMBIA	PAÍS	COLOMBIA	DEPTO	MAGDALENA
DEPTO	MAGDALENA	MUNICIPIO	SANTA MARTA		
MUNICIPIO	SANTA MARTA	TELÉFONO		EMAIL	karinabenavides1@hotmail.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 BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO	BASICA SECUNDARIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	1X1°	MES	12	AÑO	2002

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

TC (TÉCNICA) **TL** (TECNOLÓGICA) **TE** (TECNÓLOGICA 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		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
POSTGRADO	1	X			06	2012	
POSTGRADO	2	X		ESPECIALIZACION EN AUDITORIA DE SERVICIOS DE SALUD	04	2016	
PREGRADO	8	X		ENFERMERIA	06	2012	37906

ESPECÍFIQUE 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

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 O CONTRATO VIGENTE												
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA		*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 4346262	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	05	*Año*	2019	*Día*		*Mes*		*Año*	
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERA L5	*DEPENDENCIA* AREA HOSPITALIZACION						*DIRECCIÓN* CARRERA 14 23 42					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL UNIVERSITARIO CARI			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA		*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	05	*Año*	2014	*Día*	23	*Mes*	08	*Año*	2016
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERA L5	*DEPENDENCIA* AREA HOSPITALIZACION						*DIRECCIÓN* - BARRANQUILLA					

4 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE												
INSTITUCIÓN EDUCATIVA			*PÚBLICA*		*PRIVADA*		*PAÍS*					
DEPARTAMENTO		*MUNICIPIO*					*CORREO ELECTRÓNICO*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día:		*Mes:*		*Año:*		*Día:*		*Mes:*		*Año:*	
AREA DE CONOCIMIENTO	*NIVEL EDUCATIVO*						*DIRECCIÓN*					

5 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	6	10
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	6	10

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

6 **FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA**

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI NO 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 FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

Ciudad y fecha de diligenciamiento Santa Marta 29 de enero del 2024

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

7 **OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS**

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

República de Colombia y en su nombre



El

1 NOV. 2007

Instituto Los Angeles

Aprobado por Resolución No. 083 del 13 de Noviembre de 2002
de la Secretaría 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 14 del mes Dic. de 2003.

Powered by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA

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

Director(a) Sede

Rector

Secretario(a) General

Decano(a) de la Facultad

Registro y Diplomas

Escaneado con Cam

Powe

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 Auditoría 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 Rector

En la ciudad de Barranquilla, 28 de Abril del 2016.

Acta No. Folio No. Libro No.

ct 140589

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, el primero (01) día del mes de diciembre del año dos mil veintitres (2023).

Cordialmente,

EMPERATRIZ 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, expedida 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 lo 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 inscribirla (o) 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 Especializado

RESPETO POR EL MAGDALENA

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

Powered by CamScanner

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

2593

Verificar Registro en ReTHUS Limpiar

Resultado General -2023-12-07→4:27:40 PM

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

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:

2023-12-07→4:27:40 PM

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).

SISPRO

Dirección:
Carrera 13 # 32-76 (piso 1)
Cundinamarca, Bogotá D.C.
Código Postal: 110311

Horario de atención:
Lunes a viernes 8:00 a.m. a 4:00 p.m. (jornada continua)

Contacto

Teléfono conmutador:
En Bogotá: 601 330 5043 Opción 2
Resto del país: 018000960020 Opción
Correo de notificaciones judiciales:
notificacionesjudiciales@minsalud.gov.co

Términos y condiciones

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

NIT. 901366232-1

Aprobado por Decreto No.1075 del 26/05/2015. Educación no formal Art. 2.6.6.8.

Certifica

Karina Esther Benavides Bustillo

CC 1083453448 de Ciénaga - Magdalena

Realizó y aprobó el Curso de Atención Integral a Víctimas de Violencia Sexual - Código Fucsia - Resolución 3100 / 2019 y Sentencia C - 55 -2022 con un total de 80 Horas.

Fecha de emisión: 2022-11-28
Fecha de vencimiento: 2024-11-28

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA verifique la autenticidad de su certificado en la página www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.org

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermeria
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

Powered by CamScanner

Powered by CamS

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

NIT. 901366232-1

Aprobado por Decreto No.1075 del 26/05/2015. Educación no formal Art. 2.6.6.8.

Certifica

Karina Esther Benavides Bustillo

CC 1083453448 de Ciénaga - Magdalena

Realizó y aprobó el Curso Soporte Vital Avanzado RCP (ACLS) Resolución 3100 -2019 con un total de 120 Horas.

Fecha de emisión: 2022-12-13
Fecha de vencimiento: 2024-12-13

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la página
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.org

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

NIT. 901366232-1

Aprobado por Decreto No.1075 del 26/05/2015. Educación no formal Art. 2.6.6.8.

Certifica

Karina Esther Benavides Bustillo

CC 1083453448 de Ciénaga - Magdalena

Realizó y aprobó el Curso de Acompañamiento en Proceso de Duelo con Énfasis en Terapia Emocional
Resolución 3100 / 2019
con un total de 48 Horas.

Fecha de emisión: 2022-11-30
Fecha de vencimiento: 2024-11-30

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la página
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.org

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIS STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

NIT. 901366232-1

Aprobado por Decreto No.1075 del 26/05/2015. Educación no formal Art. 2.6.6.8.

Certifica

Karina Esther Benavides Bustillo

CC 1083453448 de Ciénaga - Magdalena

Realizó y aprobó el Curso Protocolos de Atención Integral a Víctimas de Quemadura con Agentes Químicos - Resolución 3100 de 2019.
con un total de 48 Horas.

Fecha de emisión: 2022-12-02
Fecha de vencimiento: 2024-12-02

FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la pagina
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.org

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

Powered by CamScanner

Powered by CamS

SANTANDER MARQUEZ B.
MEDICINA OCUPACIONAL

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

Examen de ingreso: **X**

Fecha: 02/12/2023 Ciudad: SANTA MARTA, MAGDALENA
Empresa: E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE
Nombres y Apellidos: KARINA ESTHER BENAVIDES BUSTILLO
CC: 1083453448 Sexo: F Edad: 38 AÑOS
Labor a Desempeñar: ENFERMERA JEFE

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

Aptitud para tareas especificas: **PUEDE LABORAR**

Previa asepsia y antisepsia, lavado de manos previo a atención del paciente, uso de EPP según protocolo de ministerio de Salud y ACIN con tapabocas N95, visor de protección facial, monogafas, traje antifluido tipo overol y guantes se procede a atender paciente Acatando medidas frente a la emergencia sanitaria por COVID-19

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS EN OSTEOMUSCULAR

Recomendaciones y/o restricciones:

- HABITOS DE ESTILO DE VIDA SALUDABLE
- CUMPLIMIENTO DE NORMAS DE HIGIENE Y SEGURIDAD DE LA EMPRESA
- USO DE EPP
- PAUSAS ACTIVAS

Hacemos constar que hemos realizado examen médico al trabajador y que de acuerdo a la Resolución 1918 de 2009, la custodia de la historia clínica será responsabilidad de nuestra institución y estará disponible para los fines legales pertinentes. El trabajador ha declarado bajo la gravedad de juramento, que los datos suministrados para la elaboración del presente documento son veraces y que no ha omitido información alguna sobre su estado de salud.
No se realiza prueba de COVID 19 (ni sanguinea, ni molecular, test rapido)

Santander Marquez Bustamante
MEDICO CIRUJANO
RM 0556 S.S.M LIC 1301
UNIVERSITARIO

SANTANDER MARQUEZ
Medico Laboral
R.M 0556 S.S.M Lic. S.O. 1301 S.S.M

CARRERA 24 # 19 – 07 Tel: 3126662123 - 3046817939
Santa Marta – Colombia

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

CERTIFICAMOS

La señora ***BENAVIDES BUSTILLO KARINA ESTHER*** *Identificada con la cedula de ciudadania. 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 Enfermeria, 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) dias del mes de Diciembre del año dos mil dieciséis (2016)

Cordialmente.

Natali Cotes Pinedo
Asist.Recursos Humanos

ALCALDIA MUNICIPAL
CIENAGA-MAGDALENA
SECRETARIA DE SALUD Y DESARROLLO SOCIAL
AREA DE SALUD PÚBLICA

LA SUSCRITA PROFESIONAL UNIVERSITARIO DE SALUD PÚBLICA MUNICIPAL

CERTICA QUE

La señonta **KARINA ESTHER BENAVIDES BUSTILLO** identificada con c.c 1.083.453.448 realizo actividades de promoción y prevención del plan de salud pública municipal durante el periodo 2008

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

Atentamente

GISELLA GRANADOS GARCIA
Prof. Univ. Salud pública municipal

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

CERTIFICA QUE

Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos **REDAM**, el(la) ciudadano(a) con número de identificación CC 1083453448 **NO SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS**

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.

Se expide en Bogotá el 20/03/2024 5:10 PM

Código Verificación: **3QYCHBNGWX**

Válida hasta: 19/06/2024

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC



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

Consérvelo

En caso de requerir el Certificado Internacional de Vacunación o 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

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: Karina
Apellidos: Fernandez Bueno
Documento de identidad: CC [X] TARJETA [ ] 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-08	EU407A	Karina
	2	13-I-08	EU407A	Karina
	3	13-I-08	EU407A	Karina
	4	11-03	[illegible]	[illegible]
	5			
Contra Hepatitis B	1	11-11-08	NUX060	[illegible]
	2	11-11-08	NUX060	[illegible]
	3	11-I-08	NUX060	[illegible]
		11-11-10	NUX060	[illegible]

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

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 29#3 No. 21E-15 Local 2
Cel. 301 7129266 - 314 5947146
Santa Marta - Colombia

NOMBRE(S):	KALIAN ESTHER
APELLIDOS:	BERMUDEZ BOSTICO
IDENTIFICACIÓN:	TE 3453144 E

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						
Tifarix		1				2				3		
Triple Viral		Ref.				Ref.				Ref.		
Varicela		Unica										
Otra												

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	2023-12-02 01:06

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
TOTAL	$31.200.000,00

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

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

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

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

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

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

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]

2.4. OTRAS INVERSIONES

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

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

2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí [ ] No [X]

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:

EPS Sanitas
Nuestro compromiso es contigo

CE-006 - 0000000100 – 2024

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 Con Contrato De
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 14 días del mes de marzo del año 2024.

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 14 de Marzo del 2024.

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.

HJMB	FORMATO DE VINCULACIÓN DE PERSONA NATURAL	CÓDIGO: F-HJMF VERSIÓN: 001 FECHA DE ULTIMA REVISIÓN: 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		Expedido en			Fecha de Expedición	
C.C.	X	C.E		T.I		R.C		PP		1083453148	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	Familiar	Rural	Urbana
			X						X		1		X			
Fecha nacimiento			Lugar de Nacimiento			Dirección Domicilio						Municipio / Ciudad			Departamento	
			CIENAGA			MANZANA 0 CASA 10 VILLA ALEJANDRIA						SANTA MARTA			MAGDALENA	
Correo Electrónico												No. Celular			Teléfono	
karinabenavides.x@hotmail.com												3124837439			4101551	
Ocupación (Seleccione)												Actividad Principal CIIU				
Estudiante		Independiente		Empleado	X	Hogar		Jubilado								
Detal e 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
	Pública	X	Privada		Mixta		Otra, cual?	ENFERMERA
Dirección de empresa o negocio	Ciudad			Barrio			No. Teléfono	
CRA 1a # 23-41	SANTA MARTA			ALCAZARES			4361907	
Maneja dinero del Estado o sera expuesto políticamente?				SI		NO	X	

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

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

Es usted o servidor Público? Si su servidor público declara o maneja recursos públicos y/o. Cuenta o gran grado de poder público o goza de reconocimiento Público?

Declara que es persona políticamente expuesta PEP?

Declara que el origen de los fondos con los cual es se maneja la cuenta y/o contrato proviene de:

4. AUTORIZACIÓN Y DECLARACIONES

1. Declaro que el origen de los recursos y/o bienes para la apertura, continuidad y demás productos para con la sociedad HJMB es lícito y que no he incurrido en conductas que hayan sido tipificadas como delitos en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione, no efectuare transacciones destinadas a tales actividades o bien de personas relacionadas con las mismas.

Autorizo de manera expresa, previamente e irrevocable a la S.A.S. Hospital Universitario de la Atlántico Metropolitana o a quien represente sus derechos o ostente en el futuro la calidad de Acreedor para: 1) Verificar en cualquier tiempo directamente o a través de cualquier medio que considere conveniente la información suministrada en este formulario y sus anexos. 2) Preguntar, a personas naturales, jurídicas, consorcios, uniones temporales, públicas, mixtas y privadas, información de carácter personal y/o laboral que sobre mi pueda obtener. Con el uso de esta autorización del Hospital Universitario, tomo de esta autorización a cualquier otra entidad que maneje o sobre el contenido de datos que en mi poder tenga, sobre el manejo de cualquier producto que tenga o haya tenido con dicha entidad. 3) Reportar, procesar, solicitar o divulgar a cualquier entidad que maneje o sobre el contenido de datos que en mi poder tenga, sobre el manejo de cualquier producto que tenga o haya tenido con dicha entidad. 4) Consultar en cualquier momento, toda la información que requiera sobre mi comportamiento crediticio, financiero, comercial y de servicios, en bases de datos de operadores de información y riesgo crediticio, financiero, comercial y de servicios, o en cualquier base de datos con fines similares o que tenga su misma finalidad que maneje o sobre el contenido de datos que en mi poder tenga, sobre el manejo de cualquier producto que tenga o haya tenido con dicha entidad. 5) Reportar a las centrales de riesgo de cualquier tipo de operación que celebre con la S.A.S. Hospital Universitario o cualquier Acreedor, así como toda actividad que de cumplimiento a mis obligaciones, incluyendo mi información de contacto (dirección, teléfono, correo electrónico, etc.). 6) Mantener actualizados de manera semestral la información de la presente autorización, así como la información de contacto (dirección, teléfono, correo electrónico, etc.). 7) Consultar, solicitar, procesar, reportar y divulgar a cualquier entidad que maneje o sobre el contenido de datos que en mi poder tenga, sobre el manejo de cualquier producto que tenga o haya tenido con dicha entidad. 8) Actualizar mi información de contacto (dirección, teléfono, correo electrónico, etc.). 9) Consultar, solicitar, procesar, reportar y divulgar a cualquier entidad que maneje o sobre el contenido de datos que en mi poder tenga, sobre el manejo de cualquier producto que tenga o haya tenido con dicha entidad. 10) Consultar, solicitar, procesar, reportar y divulgar a cualquier entidad que maneje o sobre el contenido de datos que en mi poder tenga, sobre el manejo de cualquier producto que tenga o haya tenido con dicha entidad. 11) Consultar, solicitar, procesar, reportar y divulgar a cualquier entidad que maneje o sobre el contenido de datos que en mi poder tenga, sobre el manejo de cualquier producto que tenga o haya tenido con dicha entidad. 12) Consultar, solicitar, procesar, reportar y divulgar a cualquier entidad que maneje o sobre el contenido de datos que en mi poder tenga, sobre el manejo de cualquier producto que tenga o haya tenido con dicha entidad. 13) Consultar, solicitar, procesar, reportar y divulgar a cualquier entidad que maneje o sobre el contenido de datos que en mi poder tenga, sobre el manejo de cualquier producto que tenga o haya tenido con dicha entidad. 14) Consultar, solicitar, procesar, reportar y divulgar a cualquier entidad que maneje o sobre el contenido de datos que en mi poder tenga, sobre el manejo de cualquier producto que tenga o haya tenido con dicha entidad. 15) Consultar, solicitar, procesar, reportar y divulgar a cualquier entidad que maneje o sobre el contenido de datos que en mi poder tenga, sobre el manejo de cualquier producto que tenga o haya tenido con dicha entidad. 16) Consultar, solicitar, procesar, reportar y divulgar a cualquier entidad que maneje o sobre el contenido de datos que en mi poder tenga, sobre el manejo de cualquier producto que tenga o haya tenido con dicha entidad. 17) Consultar, solicitar, procesar, reportar y divulgar a cualquier entidad que maneje o sobre el contenido de datos que en mi poder tenga, sobre el manejo de cualquier producto que tenga o haya tenido con dicha entidad. 18) Consultar, solicitar, procesar, reportar y divulgar a cualquier entidad que maneje o sobre el contenido de datos que en mi poder tenga, sobre el manejo de cualquier producto que tenga o haya tenido con dicha entidad. 19) Consultar, solicitar, procesar, reportar y divulgar a cualquier entidad que maneje o sobre el contenido de datos que en mi poder tenga, sobre el manejo de cualquier producto que tenga o haya tenido con dicha entidad. 20) Consultar, solicitar, procesar, reportar y divulgar a cualquier entidad que maneje o sobre el contenido de datos que en mi poder tenga, sobre el manejo de cualquier producto que tenga o haya tenido con dicha entidad.



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 Titular de cuenta/contrato