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-ABR-2004 CIENAGA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

Powered by CamScanner

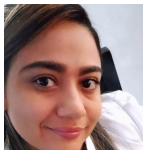
Powered by CamScanner

Mis datos de usuario
Noticias SECOP
Mis registros
Accesos del usuario
Términos y condiciones de uso

Datos del usuario guardados

Editar

Información del usuario



Cargo	ENFERMERA
Título	Sr.
Nombre	KARINA ESTHER
Apellidos	BENAVIDES BUSTILLO
Fecha de Nacimiento	13/11/1985 *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*
Nivel Educativo	CompleteUniversity
Género	Female
¿Tiene alguna discapacidad?	○ Sí ◉ No
Nombre y apellido	KARINA ESTHER BENAVIDES BUSTILLO
Tipo de documento	Cédula de Ciudadanía
Número de documento	1083453448
Dirección	- MZ 12 CASA 27 ANDRE C
Código postal	
Estrato	2
Ubicación	Santa Marta
País	COLOMBIA
Correo electrónico	karinabenavides1@hotmail.com
Teléfono	3124637430
Celular	3124637430

Configuración

Zona horaria	(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito
Idioma	Español (Colombia)
Configuración regional	Spanish (Colombia)

Seguridad de la información

Pregunta de seguridad	¿Cuál es tu apodo?
Respuesta	kari
SMS para recuperar la contraseña	3124637430

Editar

FUNSE
FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

Educación

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901544869-6

Aprobado Mediante Resolución No 1700-01588 del 17 de Julio del 2024, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

Certifica

Karina Esther Benavides Bustillo

CC 1083453448 de Ciénaga - Magdalena

Realizó y aprobó el Curso Estrategia IAMI (Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia) con un total de 120 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2024-10-05
Fecha de vencimiento: 2026-10-05

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

FREDDY ARBEY HERNANDEZ CAMPUZANO
Representante Legal
TP. No 70976 - 051880. Copnia

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

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 15 de Diciembre 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.

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SANITAS

La **EPS SANITAS** en desarrollo de su programa especial para la garantía y prestación del Plan Obligatorio de Salud denominado EPS **SANITAS**,

CERTIFICA

Que Karina Esther Benavides Bustillo, identificado(a) con CC número 1083453448, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1083453448
NOMBRES Y APELLIDOS	Karina Esther Benavides Bustillo
TIPO DE AFILIADO	Titular
PARENTESCO	Titular
FECHA DE NACIMIENTO	13/11/1985
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	0 Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN	10 - Cobertura Integral
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	01/03/2020
FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	Activo(a)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	38 semanas
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO	39 semanas
RÉGIMEN	Contributivo
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	01/03/2020
NIVEL SISBEN	No aplica
EMPLEADOR(ES)*	

CEDULA DE CIUDADANIA 1083453448 KARINA ESTHER BENAVIDES BUSTILLO Desde 01/07/2022 - Vigente

Generado por interfaces 15/12/2024

ESTE DOCUMENTO "NO ES VÁLIDO" PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS.

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 07/11/2024 04:04 PM

Código Verificación: **945XBMJ61A**

Válida hasta: **05/02/2025**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

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 nueve (09) días del mes de octubre del año dos mil veinticuatro (2024).

Cordialmente,

EMPERATRIZ EUGENIA SANTAMARÍA MUÑOZ
Abogada Secretaria

FUNSE
FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

Educación

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901544869-6

Aprobado Mediante Resolución No 1700-01588 del 17 de Julio del 2024, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

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.

Verificación:

Fecha de emisión: 2024-10-03
Fecha de vencimiento: 2026-10-03

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

FREDDY ARBEY HERNANDEZ CAMPUZANO
Representante Legal
TP. No 70976 - 051880. Copnia

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

FUNSE
FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

Educación

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901544869-6

Aprobado Mediante Resolución No 1700-01588 del 17 de Julio del 2024, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

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.

Verificación:

Fecha de emisión: 2024-09-27
Fecha de vencimiento: 2026-09-27

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

FREDDY ARBEY HERNANDEZ CAMPUZANO
Representante Legal
TP. No 70976 - 051880. Copnia

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

FUNSE
FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

Educación

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901544869-6

Aprobado Mediante Resolución No 1700-01588 del 17 de Julio del 2024, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

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.

Verificación:

Fecha de emisión: 2024-09-29
Fecha de vencimiento: 2026-09-29

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

FREDDY ARBEY HERNANDEZ CAMPUZANO
Representante Legal
TP. No 70976 - 051880. Copnia

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

República de Colombia y en su nombre

El

Instituto Los Angeles

Aprobado por Resolución No. 083 del 13 de Noviembre de 2002
de la Secretaría de Educación Departamental
Ciénaga - Magdalena

1 NOV. 2007

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 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

Registros y Diplomas

Escaneado con Cam

Pow

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. 1083.453.448 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

FUNSE
FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

Educación

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901544869-6

Aprobado Mediante Resolución No 1700-01588 del 17 de Julio del 2024, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

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.

Verificación:

Fecha de emisión: 2024-09-25
Fecha de vencimiento: 2026-09-25

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

FREDDY ARBEY HERNANDEZ CAMPUZANO
Representante Legal
TP. No 70976 - 051880. Copnia

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

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
R.M. 0556 S.S.M. LIC. 1301
UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA

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

E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE DEPARTAMENTO DEL MAGDALENA	**CONSENTIMIENTO INFORMADO CONSULTA EN BASE DE DATOS**	CODIGO: GJC19F VERSION: 003 FECHA DE ULTIMA REVISION: 11/12/2024 PAGINA 1 de 1

El (la) suscrito (a) **KARINA ESTHER BENAVIDES BUSTILLO** identificado con C.C./C.E./P.P No.**1083453448** expedida en **CIENAGA**, autorizo libre, expresa einequívocamente, y exclusivamente para los fines y en los términos señalados en la Ley 1918 de 2018reglamentada por el Decreto 753 de 2019, a la E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZBARRENECHE, a consultar mis datos personales en las siguientes bases de datos (Certificado deAntecedentes 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 31 del mes de diciembre de 2024.

Firma: 

Nombre: **KARINA ESTHER BENAVIDES BUSTILLO**

Cédula: **1083543448**

COPIA CONTROLADA

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	OTRO	Fecha de publicación	2024-11-07 15:20

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 año gravable 2023 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
0	COLOMBIA	MAGDALENA	SANTA MARTA	$0,00

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo
000	$0,00

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:

	FORMATO DE VINCULACION DE PERSONA NATURAL	CODIGO: F-HCAF
HUMB		VERSION: 001
		FECHA DE ULTIMA REVISION: 10/2021

Ciudad	Oficina	Fecha Vinculación
SANTA MARTA		

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos: KARINA BENAVIDES BUSTILLO	Sexo
	M [ ] F [x]

Tipo de Documento	Numero	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	Familiar	Rural	Urbano
			x					x	1		x			

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

Correo Electrónico	No. Celular	Telefono
[illegible]@hotmail.com	3114837438	4181851

Ocupación (Seleccione)										Actividad Principal CIIU
Estudiante		Independiente		Empleado	x	Hogar		Jubilado		

Detalle Actividad Económica	Descripcion del CIIU

1.1 USO EXCLUSIVO EN EL CASO DE MENORES DE EDAD

Nombres y Apellidos del Representante Legal	Tipo de Documento	Numero
	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. Telefono
CRA 14 # 23-41	SANTA MARTA	ALCAZARES	4381007

Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?	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 declarante? SI [ ] NO [x]

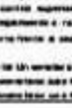
Es servidor Publico? Si es servidor publico declare si maneja recursos públicos y/o Determine algun grado de poder público o goza de reconocimiento Publico?

Declaro que soy persona públicamente 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

[illegible]



5. FIRMA Y HUELLA

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

Nombre y Firma Oficial de cumplimiento

FORMATO COMPLETO

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

FECHA DIA 13 MES 11 AÑO 1985

PAÍS COLOMBIA

DEPTO MAGDALENA

MUNICIPIO SANTA MARTA

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

- MZ 12 CASA 27 ANDRE C

PAÍS COLOMBIA DEPTO MAGDALENA

MUNICIPIO SANTA MARTA

TELÉFONO 3124637430 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 SI	GRADUADO NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN MES	TERMINACIÓN AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
POSTGRADO	2	X		ESPECIALIZACION EN AUDITORIA DE SERVICIOS DE SALUD	04	2016	
POSTGRADO	1	X			06	2012	
PREGRADO	8	X		ENFERMERIA	06	2012	37906

CAPACITACIONES / OTROS CONOCIMIENTOS

MEDIO DE CAPACITACIÓN	INSTITUCIÓN	MODALIDAD	CURSO	TERMINACION MES	TERMINACION AÑO

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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*

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	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
MAGDALENA	SANTA MARTA	

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
4346262	*Día*	01	*Mes*	05	*Año*	2019	*Día*		*Mes*		*Año*	

CARGO O CONTRATO ACTUAL	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
ENFERMERA L5	AREA HOSPITALIZACION	CARRERA 14 - 23 42

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
HOSPITAL UNIVERSITARIO CARI - EN LIQUIDACIÓN	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
MAGDALENA	SANTA MARTA	

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	05	*Año*	2014	*Día*	23	*Mes*	08	*Año*	2016

CARGO O CONTRATO ACTUAL	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
ENFERMERA L5	AREA HOSPITALIZACION	- 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*

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

5 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

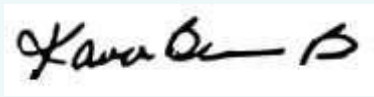
OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	7	9
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	7	9

6 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI __NO **X** ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento *Santa marta 15 de diciembre 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

Santa Marta 30 Diciembre 2024.

Sr
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

Certificación de Contratos
Cuentas de Cobro
Cargar Documentos
Formulario Proveedor

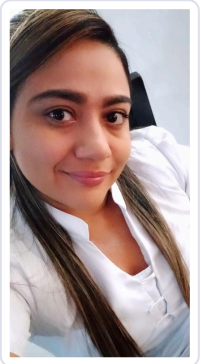
¡Información Importante!

Recuerde verificar cada uno de los datos suministrados en este formulario, la información será verificada y auditada por el Grupo de Trabajo Contratación de la Oficina Jurídica y Control Disciplinario. **El tamaño maximo del de la foto es de 3MB, en caso de que sea mayor el formulario enviará un error.**

0%

Datos Personales

Tipo de Documento:	No. de Documento	Expedida en	Fecha de Expedición:	Registro de Formulario
C.C.	1083453448	CIENAGA	2004/04/22	15/12/2024, 0

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Foto	Ver foto
BENAVIDES	BUSTILLO	KARINA	ESTHER	Seleccionar arc	

Sexo	Estado Civil	RH	Nacionalidad	Otra
Mujer	Casado(a)	O+	Colombiano	SANTA MARTA

Fecha de Nacimiento:	Departamento de Nacimiento	Municipio de Nacimiento
1985/11/13	MAGDALENA	219

Dirección de Residencia	Departamento de Residencia	Municipio de Residencia
MZ 12 CASA 27 ANDRE	MAGDALENA	877

Teléfono	Celular	Correo Electrónico
3124637430	3124637430	karinabenavides1@hotmail.com

Formación Academica (Estudios Primaria)

Ciudad Estudios (Primaria):	Institución Estudios (Primaria):
VALLEDUPAR	LICEO SICARARE

Formación Academica (Estudios Secundaria)

Ciudad Estudios (Secundaria):	Institución Estudios (Secundaria):
CIENAGA	INSTITU LOS ANGELES

Formación Academica (Tecnica - Tecnologo - Pregrado)

Tipo de Educación:	Título Obtenido:	Institución:	Año de Graduación:
Univesitaria	ENFERMERA	UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE (	2012

Formación Academica (Estudios Postgrado)

Ciudad Estudios (Postgrado):	Institución Estudios (Postgrado):	Titulo Obtenido (Postgrado):
0	0	0

Experiencia Laboral

Actividades realizadas:

Planié, organizar, dirigir, realizar las gestiones necesarias para lograr el funcionamiento de los servicios de acuerdo a los planes y programas establecidos.
Solucioné los problemas detectados o comunicados; si están fuera de su alcance derivarlos al nivel jerárquico correspondiente (coordinadores de áreas)
Realizé Rondas de Seguridad de Paciente diaria: Identificación de paciente, Venopunciones, Equipos invasivos,

Nombre de Empresa donde prestó sus servicios:	Cargo o perfil:	Fecha de Inicio:	Fecha de Fin:
HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ B.	JEFE ENFERMERA	2024/08/07	2024/08/07

Referencias Familiares

Referencia Personal 1:	Teléfono Referencia 1:	Parentesco:
GREGORIA BERMÚDEZ NAVARRO	3013184656	Prima
Referencia Personal 2:	**Teléfono Referencia 2:**	**Parentesco:**
KEYLA PEÑARANDA GARCÍA	3012727514	Prima

Redes Sociales

Instagram:	Facebook:	X:	TikTok:
KARYBENAVIDES	KARYBENAVIDES	KARYBENAVIDES	KARYBENAVIDES

Afiliación al Sistema de Seguridad Social

EPS	AFP	ARL
EPS Sanitas	Porvenir	Positiva

☐ Acepto los términos y condiciones de la Política de Tratamiento de Datos Personales y declaro haber leído, entendido, aceptado y autorizado lo estipulado en este formulario, la información suministrada es exacta y correcta.

☐ EL PROVEEDOR se obliga con el HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE E.S.E. a entregar información veraz y verificable y a actualizar su información personal, comercial y financiera, por lo menos una (1) vez al año, o cada vez que así lo solicite, suministrando la totalidad de los soportes documentales exigidos. El incumplimiento de esta obligación, faculta al HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE E.S.E. para terminar de manera inmediata y unilateral cualquier tipo de relación contractual o comercial que tenga.

Actualizar Proveedor

© Adaptado para el Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche 2024.

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 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 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

Folio 3

GOV.CO | SISPRO - Aplicativos Misionales

Menú | COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA | Salud | Iniciar Sesión | Registrarse

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

6280

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General -2024-11-07→12:45:17 PM

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:

2024-11-07→12:45:17 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)

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 1 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
1 0 8 3 4 5 3 4 4 8	2	Impuestos y Aduanas de Santa Marta 1 9	

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 1 3	1 0 8 3 4 5 3 4 4 8	

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Magdalena 4 7	Ciénaga 1 8 9

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 1 6 9	Magdalena 4 7	Ciénaga 1 8 9

41. Dirección principal: CR 18 7 114 BRR CENTENARIO

42. Correo electrónico: karinabenavides1@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 0 1 2 1 6 4 2 1 6	

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
8 6 9 2	2 0 1 3 1 1 1 5							

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	2	0																								

20- Obtención NIT

Usuarios aduaneros

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

Exportadores

55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [X] NO [ ] 60. No. de Folios: 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

EL SUSCRITO JEFE DE LA OFICINA ASESORA JURIDICA Y CONTROL DISCIPLINARIO DE LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO "JULIO MENDEZ BARRENECHE" NIT. 891780185-2

CERTIFICA

Que de conformidad con los documentos que obran en los archivos de la entidad, se encontró que la señora, **KARINA ESTHER BENAVIDES BUSTILLO**, identificada con cedula de Ciudadanía No. **1.083.453.448** expedida en Ciénaga (Magdalena), ha suscrito con **LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO "JULIO MÉNDEZ BARRENECHE",** los siguientes contratos de prestación de servicios:

1. No. **739** de fecha 01 de Febrero de 2018, con un plazo de ejecución contado a partir del día 01 de Febrero hasta el 30 de Junio de 2018, por un valor de OCHO MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS ($8.800.000).
2. No. **1229** de fecha 03 de Julio de 2018 con un plazo de ejecución contado a partir del 03 de Julio al 30 de septiembre de 2018, por un valor de CINCO MILLONES DOSCIENTOS OCHENTA MIL PESOS ($5.280.000).
3. No. **2086** de fecha 01 de Octubre de 2018 con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de Octubre al 31 de Diciembre de 2018, por un valor de CINCO MILLONES DOSCIENTOS OCHENTA MIL PESOS ($5.280.000).
4. No. **635** de fecha 02 de Enero de 2019, con un plazo de ejecución contado a partir del día 02 de Enero hasta el 30 de Junio de 2019, por un valor de DOS MILLONES CIENTO NOVENTA Y TRES MIL SEISCIENTOS PESOS ($11.193.600).
5. No. **1472** de fecha 02 de Julio de 2019, con un plazo de ejecución contado a partir del 02 de Julio al 31 de Octubre de 2019, por un valor de SIETE MILLONES CUATROCIENTOS SESENTA Y DOS MIL CUATROCIENTOS PESOS ($7.462.400).
6. No. **2306** de fecha 01 de Noviembre de 2019 con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de Noviembre al 31 de Diciembre de 2019, por un valor DE TRES MILLONES SETECIENTOS TREINTA Y UN MIL DOSCIENTOS PESOS ($3.731.200).
7. No. **700** de fecha 02 de Enero de 2020 con un plazo de ejecución contado a partir del 02 de Enero al 30 de Abril de 2020, por un valor de SIETE MILLONES CUATROCIENTOS SESENTA Y DOS MIL CUATROCIENTOS PESOS ($7.462.400). Con acta de terminación a la orden de prestación de servicios No. **700,** el día 27 de Marzo de 2020.
8. No. **3248** de fecha 06 de Octubre de 2020 con un plazo de ejecución contado a partir del 06 de Octubre al 31 de Diciembre de 2020, por un valor de SIETE MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS ($7.800.000).
9. No. **628** de fecha 01 de Enero de 2021, con un plazo de ejecución contado a partir del día 01 de Enero hasta el 31 de Marzo de 2021, por un valor de SIETE MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS ($7.800.000).
10. No. **1247** de fecha 01 de Abril de 2021, con un plazo de ejecución contado a partir del día 01 de Abril hasta el 30 de Junio de 2021, por un valor de SIETE MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS ($7.800.000).
11. No. **2402** de fecha 01 de julio de 2021, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de julio al 30 de septiembre de 2021, por un valor de SIETE MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS ($7.800.000).

archivocontratacion@hujmb.gov.co
PBX: (57-5) 434 6262 Ext. 118
Línea Gratuita Nacional: 01 8000 180375
Carrera 14 No. 23-42, Los Alcázares
Santa Marta - Colombia

12. No. **3486** de fecha 01 de octubre de 2021, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de octubre al 31 de diciembre de 2021, por un valor de SIETE MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS ($7.800.000).
13. No. **112** de fecha 01 de enero de 2022, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de enero al 31 de marzo de 2022, por un valor de SIETE MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS ($7.800.000).
14. No. **1707** de fecha 01 de abril de 2022, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de abril al 31 de julio 2022, por un valor de DIEZ MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS ($10.400.000).
15. No. **CD20223029** de fecha 01 de agosto de 2022, con un plazo de ejecución contado a partir del 02 de agosto al 31 de diciembre 2022, por un valor de CATORCE MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS ($14.500.000)
16. No. **CD20230543** de fecha 01 de enero de 2023, con un plazo de ejecución contado a partir del 12 de enero al 28 de febrero 2023, por un valor de CINCO MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS ($5.800.000).
17. No. **CD20231442** de fecha 01 de marzo de 2023, con un plazo de ejecución contado a partir del 06 de marzo al 31 de mayo 2023, por un valor de OCHO MILLONES SETECIENTOS MIL PESOS ($8.700.000).
18. **ADICION EN VALOR Y TIEMPO** de fecha 01 de junio de 2023, a la orden de prestación de servicio **No. CD20231442,** con un plazo de ejecución del 01 al 30 de junio de 2023, por un valor de DOS MILLONES NOVECIENTOS MIL PESOS ($2.900.000).
19. No. **CD20232485** de fecha 01 de julio de 2023, con un plazo de ejecución contado a partir del 03 de julio al 30 de septiembre de 2023, por un valor de OCHO MILLONES SETECIENTOS MIL PESOS ($8.700.000).
20. No. **CD20233877** de fecha 03 de octubre de 2023, con un plazo de ejecución contado a partir del 10 de octubre al 31 de diciembre de 2023, por un valor de OCHO MILLONES SETECIENTOS MIL PESOS ($8.700.000).
21. **No. CD20240330** de fecha 2 de enero 2024, con un plazo de ejecución a partir del 3 enero 2024 a 31 de marzo de 2024, por un valor de **NUEVE MILLONES SEISCIENTOS MIL PESOS (9.600.000).**

OBJETO: PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERA (O), PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE.

La presente Certificación se expide por solicitud de la interesada a los veintiséis (26) días del mes de febrero de 2024

JARID YESID THOMAS PADILLA.
Jefe Oficina Asesora Jurídica y Control Disciplinario.

ELABORÓ: RONALD A. GOMEZ CAMACHO
APOYO ADMINISTRATIVO OFICINA JURIDICA

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

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 pública municipal durante el periodo 2008

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

Atentamente

GISELA GRANADOS GARCIA
Prof. Univ. Salud pública municipal

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) días del mes de Diciembre del año dos mil dieciséis (2016)

Cordialmente.

Natali Cotes P.

Natali Cotes Pinedo
Asist.Recursos Humanos

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



Este carne 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 inscripción 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: RODRIGUEZ PUERTO

Documento de identidad: CC [X] TARJETA DE IDENTIDAD [ ] No. 1083953448

Fecha de nacimiento: Día 13 Mes 11 Año 1978

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	Única			
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1	13-I-08 EU4078-A		
	2	13-I-08 EU4078-A		
	3	13-I-08 EU4078-A		
	4	11-09		
	5			
Contra Hepatitis B	1	11-11-09 NU406023		
	2	11-12-09 NU406023		
	3	13-I-10 NU406023		
		11-11-10 NU406023		

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):	KAILANI ESTHER
APELLIDOS:	BERMUDEZ BOSTWICK
IDENTIFICACIÓN:	TE6345344P

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												