*Este docamento es distribuido por la l	Jnidad Adn	ninistrat	tiva Especial (para la Ate	ención y Reparación I	ntergral a las Víct	ima	is de manera GRATUITA	, por lo cual NC) tiene ningún costo para los ciudadanos.	
		1000		VALUE OF THE STATE OF	DECLARACIÓN PAF	RA LA SOLICITUE	D DI	E INSCRIPCIÓN EN EL	CONTRACT OF THE PARTY OF THE PA	Código: F-UAV-001	
Unidad Administrativa Especial para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas					REGISTRO ÚNIC	O DE VÍCTIMAS		Fecha a	probación: 2011-12-09		
		-			Registro Únic	o de Víctimas	M		Versión:	01	
В	нол				HOJA 1 DE 4						
					L ENTREM	OTA DD5\#4	ALE:				
Señor(a) funcionario(a), realice una entrevista p	orevia al (a la) declara	ante con el fin d	le orientario	The second second	STA PREVIA	enci	a v de identificar los hechos	victimizantes a lo	os que se hará referencia	
					I. TOMA DE LA se han señalado los can	DECLARACIÓ	N		Victimizarites a lo	o que se nara referencia.	
*Lugar de la Declaración					nita este formato sin dilig			su totalidad.	•		
Lugar de la Deciaración								*Entidad que atieno	16	*Fecha de la Declaración	
País COLOMBIA	Departamento BOGOTÁ, D.C.				Municipio BOGOTÁ, D.C.			PERSONERIA DELEGADA PARA LAS 11 VICTIMAS			
Señor(a) funcionario(a), recuérd	ue trata la Le ele al (a l	a) soli	citante que	e los trái	mites que realice	ante la Unidad	A b	dministrativa Especi	sólo la verdad y n al para la At	ada más que la verdad en lo que va a declarar. ención y Reparación Integral a las	
Señor(a) funcionario(a): Recuerde su deber de	garantizar la	s condici			en ningún costo claración en los siguient		de	e intermediarios.			
1. Si detecta que el (la) declarante no habla el e	español y red	quiere de	un intérprete.								
	n niño, niña	o adoles	cente, para lo o	cual deberá los tratado:	presentarse con su tuto s internacionales y la Cor	or. A falta de éste, de nstitución Política de	ebera acu	á estar acompañado por el erdo a lo dispuesto en los a	funcionario de la rtículos 96, 97 y 9	entidad encargada de promover la realización y 8 de la Ley 1098 de 2006.	
B. Si la declaración va a ser presentada por una	persona co	n discapa	acidad que requ	uiere de un	Representante Legal o T	utor.					
4 Si en esta declaración se presenta alguno de los tres casos anteriores por favor diligencie la siguiente información. En caso contrario, pase directamente al punto 5.											
Registre a continuación los datos del inté	rprete, tuto	r o funci	ionario (Solo s	si aplica)							
Primer nombre	mer nombre Demás n			olica)		Primer apellido		Segundo	Segundo apellido		
Documento de identidad Dirección								Teléfono			
Compareció: (Me llamo como está dicho y de *Identificación del (de la) declarante							-111				
Primer Nombre WILSON	Primer Nombre Demás Nombres (si aplica)				Primer Apellido BENAVIDES				Segundo	Apellido	
6 Tipo y número del documento de inc	dentidad			7 Fect	na de nacimiento						
Documento de identidad 1 Cédula de Ciudadanía 79833424				18	feb	1978					
Datos de contactos del (de la) Decla	rante										
*Dirección de residencia o correspondencia carrerar 86g # 42 g -30								9			
País COLOMBIA	Departamento BOGOTÁ, D.C.				Municipio BOGOTÁ, D.C.			Entorno Urbano Barrio: TINTALITO, Localidad: KENEDY			
Número telefónico al cual se enviarán avi oferta institucional (Este servicio será sie	sos de noti mpre gratu	ficación ito)	e información	sobre	Correo electrónico						
Fijo Celular (57 111) (57) 3133854370 benavidesreservista@hotmail.com											
9 Datos alternos de Contacto del (de l	a) Declaran	te									
*Dirección de residencia o correspondencia											
Pais COLOMBIA					Municipio						
Número telefónico al cual se enviarán avisos de notificación e información sobre oferta institucional (Este servicio será siempre gratuito)				Correo electrónico							
Fijo (57)	Celular (57) 316										
'Autorizo para que instituciones del estado, a t	ravés de los	medios s							eparación, lo cual	se realizará sin que me genere ningún costo adio	
			Identifiq	ue a contin	uación los medios por lo	os cuales la persona a	auto	riza ser contactada:			
Mensajes de texto a través del celular Mensajes a través del correo electrónico	<u> </u>				Mensajes de voz a través del teléfono fijo Otro medio ¿Cuâl?				NO		

Reparación Intergral a las Víctimas de manera GRATUITA, por lo cual NO tiene ningún costo para los ciudadanos

Unidad Administrativa Especial para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas

FORMATO ÚNICO DE DECLARACIÓN PARA LA SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO ÚNICO DE VÍCTIMAS

Código: F-UAV-001

Fecha aprobación: 2011-12-09

Registro Único de Víctimas Versión: 01

BG000335545

HOJA 3 DE 4

*Describa las circunstancias de tiempo, modo y lugar en que se dieron los hechos: Oriente la declaración de modo tal que la narración describa con suficiencia el modo en que ocurrieron los hechos, así como los antecedentes, elementos relevantes y fuentes de verificación de la información.

* Señor(a) funcionario(a): Con el fin de mejorar la calidad de la información recopilada y de facilitar la valoración de esta solicitud, puede orientar la narración de los hechos con las preguntas guía que se encuentran al respaldo de los Anexos 1 a 11 de este Formato, según el (los) hecho(s) victimizante(s) a que se refiera esta declaración.

SIENDO LAS 2.00 PM DEL 11 DE DICIEMBRE DEL 2017, SE PRESENTA ANTE LA DELEGADA DE ATENCIÓN A VÍCTIMAS, EL SEÑOR WILSON HERNAN BENAVIDES MARTINEZ PARA PRESENTAR SU DECLARACIÓN EXTEMPORÁNEA EN MODO, TIEMPO Y LUGAR BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO: YO REALICE MI DECLARACIÓN EL 4 DE DICIEMBRE DEL 2013 EN LA PERSONERÍA DE KENNEDY, EN ESTA DECLARACIÓN NARRE LO QUE ME SUCEDIÓ EN AGOSTO DE 1998 CUANDO SE DIO LA TOMA GUERRILLERA DE MIRAFLOREZ GUAVIARE, PARA ESE ENTONCES YO ERA UN SOLDADO REGULAR, LLEVABA 14 MESES EN EL EJÉRCITO, EL 3 DE AGOSTO DEL AÑO 1998, ME ENCONTRABA EN LA BASE MILITAR DE MIRAFLORES APOYANDO UN GRUPO ANTINARCÓTICOS DE LA POLICÍA, CUANDO ESO DE LAS 7.30 DE LA NOCHE SE REALIZÓ UNA TOMA POR PARTE DE VARIOS FRENTES DE LAS FARC A UNAS PATRULLAS QUE SE ENCONTRABAN FUERA DE LA BASE, SE DIERON VARIAS MUERTES Y HERIDOS, RECIBIMOS BOMBARDEOS EL 4 DE AGOSTO DE ESE MISMO AÑO, A PARTIR DE LAS 4 DE LA MAÑANA, ELLOS NO PARABAN DE BOMBARDEAR ESTO ERA CONSTANTE, TODOS ÉRAMOS SOLDADOS REGULARES Y NO TENÍAMOS EXPERIENCIA EN ESTO, ESE DÍA EN LAS HORAS DE LA TARDE YA NO TENÍAMOS COMO COMBATIR, FUIMOS LOS ÚLTIMOS EN SALIR, SOPORTAMOS ESTO POR DOS DÍAS, HASTA ESE MOMENTO, NOS EMBARCARON EN UNAS LANCHAS POR EL RIO VAUPÉS, DURAMOS VIAJANDO VARIOS DÍAS, HASTA QUE LLEGAMOS A UN CAMPAMENTO HECHO CON PLÁSTICOS, AHÍ SE ENCONTRABA EL MONO JOJOY, EL NOS DIJO NUESTRA SITUACIÓN, DIJO QUE ÉRAMOS PRISIONEROS DE GUERRA, QUE LA ÚNICA FORMA DE SALIR DE AHÍ SERIA CON EL GOBIERNO NACIONAL QUE SERÍA UN INTERCAMBIO ENTRE GUERRILLEROS PRESOS Y SOLDADOS, EN LO PERSONAL FUE UN CHOQUE MUY FUERTE NO TENÍAMOS ESPERANZA DE NADA. MEDIO PALUDISMO, PERO ELLOS NO TENÍAN MEDICAMENTOS PAR ESTO, TUVE FIEBRES MUY ALTAS, ERA UN DESESPERO ESTAR ENCERRADO, ELLOS NOS ESTABAN PREPARANDO PARA LOS BOMBARDEOS QUE SE IBAN A DAR POR LA TOMA (RETALIACIÓN) ...PARA EL DÍA DE AMOR Y AMISTAD, A LAS 11 DE LA MAÑANA ESTÁBAMOS HACIENDO LA FILA PARA LOS ALIMENTOS CUANDO SE UN BOMBARDEO POR PARTE DE LA FUERZA AÉREA (AVIACIÓN DEL EJERCITO) UN AVIÓN FANTASMA AMETRALLANDO, SE DIERON TORTURAS EN MI SECUESTRO, COMO TENIA PALUDISMO NO PODÍA COMER, LAS FIEBRES ME DEJABAN SIN PODER HABLAR O VER BIEN, MIS COMPAÑEROS ME TENÍAN QUE ENVOLVER PORQUE ME DABAN ESCALOFRÍOS MUY FUERTES, LOS MEDICAMENTOS QUE ME DIERON LOS GUERRILLEROS PRODUJERON EN MI ALERGIA, EN GENITALES, PLANTA DE LOS PIES Y DE LAS MANOS ME PICABA, YO GRITABA MUCHÍSIMO, NO AGUANTABA ESTO. EN LA ESPALDA ME SALIERON UNOS GRANOS QUE SE CONVIRTIERON EN LLAGAS DE 7 CENTÍMETROS DE DIÁMETRO MAS O MENOS, EMPEZARON A COLOCARME LUCANTIL UN MEDICAMENTO, ESTO ES PARA LEISHMANIOSIS, ELLOS ME HACÍAN FILTRACIONES, ME COLOCABAN PÓLVORA EN LA HERIDA Y ME QUEMABAN CON UN ENCENDEDOR, TRES VECES AL DÍA, EL DOLOR ERA TERRIBLE , LOS GUERRILLEROS LO HACÍAN ERAN PERSONAS SIN EXPERIENCIA, JÓVENES DE 17 O MÁS JÓVENES, YO ME ENFRENTE CON UN COMANDANTE, PORQUE UNO DE MIS COMPAÑEROS TENIA DE LAS MISMAS LLAGAS EN EL PECHO, LE COLOCARON EL LUCANTIL O PENICILINA EL PELADITO HACIA LAS INFILTRACIONES DE FORMA EQUIVOCADA, A ÉL LE PALENQUEABAN ESA JERINGA, ESA NO ERA LA MANERA, YO LES DECÍA QUE ESA NO ERA LA FORMA, EL GUERRILLERO LE INFORMO AL COMANDANTE Y EL INMEDIATAMENTE ME LLAMABA DE MANERA DESPECTIVA "DOCTOR" YO LO ENFRENTE Y LE DECÍA QUE NO ÉRAMOS RATONES DE EXPERIMENTO QUE ÉRAMOS PERSONAS, EL DECÍA QUE LO HICIERA YO, TENÍAMOS DISCUSIONES POR ESTO, ESTE MISMO GUERRILLERO ME APUNTABA A LA CARA, DEBIDO A ESTO ERA QUE ME QUEMABAN POR LA DISCUSIÓN CON EL GUERRILLERO, AMENAZAS PSICOLÓGICAS TODO EL TIEMPO, NOS SALÍAN VIDRIOS EN LA COMIDA, A MÍ ME SALÍAN VARIAS VECES, TODO EL TIEMPO DECÍAN QUE APENAS SINTIERAN FUERZAS MILITARES NOS MATARÍAN, LA PRESIÓN PSICOLÓGICA FUE CONSTANTE, POR TENER DIFICULTADES CON OTRO SOLDADO ME AMARRARON TODA UNA NOCHE DE CUELLO Y MANOS, EN OTRAS OCASIONES ME METÍAN EN UNA JAULA PEQUEÑA, AHÍ NOS DEJABAN, PERMANECÍAMOS AMARRADOS CON UN GUINDO (ARNES) DE CUELLO Y PIES, DURANTE LOS TRES AÑOS QUE ESTUVE SECUESTRADO, NOS LIBERARON EL 14 DE JUNIO DEL 2001, POR INTERCAMBIO HUMANITARIO. EL EJÉRCITO ME DIO UNA INDEMNIZACIÓN POR LO VIVIDO, LA UARIV TAMBIÉN ME DIO RECONOCIMIENTO COMO VÍCTIMA EN EL AÑO 2013 Y FUI INDEMNIZADO POR SECUESTRO Y ACTO TERRORISTA,

Final: HOJA 3 DE 4

Registro Unico de Victimas	Código: F-UAV-001 Fecha aprobación: 2011-12-09 Versión: 01 Como sea necesario y ANEXO 9 11. Tipo de afectación (Selección múltiple):	Incirub De Inscripción en el Regis ro único de Victimas iliar, utilice tantos anexos co upo familiar. 9. Tortura 2. Fracturas 3. Heridas o laceraciones 4 Infección 5. Padires tola loparcial 6. Padires tola loparcial 6. Padires tola loparcial 6. Padires tola loparcial
Preparación Integral a las Victimas Pals Política de Correspondan a este grupo familiar, utilice tantos anexos como sea numere los folios que correspondan a este grupo familiar. Política Pals Política Pals Política Pals Política Pals Pals Política Pals Política Pals Política Pals Pals Política Política Política Pals Política Pals Política Pals Política Pals Política Pals Política Política Política Pals Política Pals Política Polít	Como sea necesario y ANEXO 9 AN	iliar, utilice tantos anexos co Jpo familiar. 9. Tortura 2. Fracturas 3. Heridas o laceraciones 4 Infección 5 Particis for la formación 5 Admente 6 Particis for la formacial 7 Particis for la formacial 8 Particis for la form
Registro Unico de Victimas Pals	como sea necesario y ANEXO 9 11. Tipo de afectación (Selección múltiple):	iliar, utilice tantos anexos co po familiar. 9. Tortura 1. Fracturas 2. Fracturas 3. Heridas o laceraciones 4 Infección 5 Autherte 15 Participa
En caso de necesitar más hojas para registrar a todos los miembros del grupo familiar, utilice tantos anexos como sea numere los folios que correspondan a este grupo familiar, utilice tantos anexos como sea numere los folios que correspondan a este grupo familiar, utilice tantos anexos como sea numere los folios que correspondan a este grupo familiar. Relacione la ficha y lugar de los hechos Febia PAIS Tracturas	como sea necesario y ANEXO 9 11. Tipo de afectación (Selección multiple):	lijar, utilice tantos anexos co sportario de la Tortura 9. Tortura 2. Fracturas 3. Heridas o laceraciones de Infección so Almerte la Munerte la Munerte la Almerte
Frecha Feeba Pads Department of los hechos LUGAR L	11. Tipo de afectación (Selección multiple):	9. Tortura 2. Fracturas 3. Heiridas o laceraciones 4. Infección 5. Muetre 6. Parálicie frola (paracial
Fecha Fecha Fecha LUGAR LUGA	11. Tipo de afectación (Selección multiple):	2 Fracturas 3 Heridas o laceraciones 4 Infección 5 Muerte 6 Parálicie total o parcial
Fecha LUGAR DEPARTAMENTO MUNICPIO Encrease In Precident PAIS OCCUMBLA COLOMBIA COLOMBIA COLOMBIA (INTERFICIENCE) MINATION MANAGE MINATION MANAGE MANAGEMENT PAIGN OF COLOMBIA (INTERFICIENCE) MINATION MANAGEMENT PAIGN OF COLOMBIA (INTERFICIENCE) MINATION MANAGEMENT PAIGN OF COLOMBIA (INTERFICIENCE) MINATION MANAGEMENT PAIGN OF COLOMBIA (INTERFICIENCE) OF COLOMBIA (INTERFICIENC		2 Fracturas 3 Heridas o laceraciones 4 Infección 5 Muerte K Daralicie total o narcial
Following Fol	10 Pérdida o amputacion de algun miembro u organo 11 Pérdida total o parcial de la funcionalidad de algún miembro u órgano diferente a vista, audici.	4 Infección 5 Muerte 6 Parálicis total o parcial
1995 1995	12 Quemaduras 13 Tactoringe reincláninge o neignilátinge qua afactan notablamento al funcionamiento o decembel o mai	6 Parálicie total o parcial
Fivor responds has iguientes preguntas en relación con la victima 1, es decir, la persona que se registrará en la primera fila del siguiente cuadro (ver flecha). Verifica Insertia su efectual as preguntas hacen relevencia al momento en el que ocurriento los hechos. Verifica Insertia su efectual as para volar/ folo aplica para volar/		7 Pérdida de la audición total o para 8 Pérdida de la vista total o parcial
2 Tania inscrita su cédula 3 ¿Dônde estudiaban sus hijos? (Si aplica) 4 ¿Le aplicaron la encuesta del prar avertifo en el programa (Familias en Acción)? 6 ¿Estaba inscrito en el campo en en este empo en en	lai e e e e e e e e e e e e e e e e e e e	2.2.4
LUGAR LUGAR EDUCATIVA Si No LUGAR EDUCATIVA NS/Nr LUGAR EDUCATIVA NS/Nr LUGAR LUGAR EDUCATIVA NS/Nr NS/N	THE COURT	ba inscrito en el programa (Familias en Acció
ILIGENCIE LA INFORMACIÓN CORRESPONDIENTE A LA(S) VICTIMA(S) DE ESTE HECHO a primera fila de la siguiente cuadro, registre a la víctima de este hecho. A continuación registre a los miembros del grupo familiar de la víctima. aso de haber más de una víctima de este mismo hecho, registre cualquiera de las víctimas en la primera fila y continue difigenciando el grupo familiar de esta persona en los renglones sute caso de haber marcado a fila de la citación de este mismo hecho, registre cualquiera de las víctimas en la primera fila y continue difigenciando el grupo familiar de esta persona en los renglones sute caso de haber marcado a fila de siguiente cuadro, registre a los miembros del grupo familiar de esta persona en los renglones sute caso de haber marcado a fila de siguiente cuadro, registre a los miembros del grupo familiar de esta persona en los renglones sute caso de racial a factación con caso de concerto el código de concer	Si No Tipo de LUGAR Nombre empleador	
Public Promaction Correspondiente Ladis) ViCTIMA(s) DE ESTE HECHO Public Promaction Correspondients Public Promaction	JN/SN	
aso de haber más de una víctima como consecuencia de este mismo hecho, registre a los miembros del grupo familiar de la víctima. 9 10 AFECTACIÓN En caso de haber marcado Pare de Gerena de Conocendo el Casilla de Conocen		
En caso de haber marcado la casilla 15 (Otro) en la casilla 15 (Otro) en este campo anterior, registre en caso la casilla 15 (Otro) en en este campo anterior, registre en caso la casilla 15 (Otro) en en este campo anterior, registre en caso la casilla 15 (Otro) en la casilla 15 (Otro) en en este campo anterior, registre en caso la casilla 15 (Otro) en la casilla 15 (Otro) en la casilla 15 (Otro) en caso la casilla 15 (Otro) en caso la	n los renglones subsiguientes.	anciando el grupo familiar de esta persona en los
Fin caso de haber marcao de haber marcao de haber marcao de haber marcao de la casilla 15 (Otro) en el campo anterior, registre en caso de conocerlo el código d		
COLOMBIA	Secibió.	narredo po dir
SI No 2014 B 전 SIMP 558569 SI Recalia 8 jul 2014 BOGOTA, D.C. SIMP 558569 SI B 전 B M C C SIMP 558569 SI B M C C SI	SI EJERCITO (sanidad) SI sanidad SI psiquiatria	C. SIJYP 558569 C.
Final: ANEXO 9		

*Este documento es distribuido por la Unidad Administrativa Especial para la Atenci	ón y Reparación Intergral a	las Víctimas de manera GRATUITA, por	r lo cual NO tiene ningún costo para los ciudadanos.
		LICITUD DE INSCRIPCIÓN EN EL	Código: F-UAV-001
Unidad Administrativa Especial para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas	REGISTRO ÚNICO DE VÍC	TIMAS	Fecha aprobación: 2011-12-09
	Registro Único de Vícti	mas	Versión: 01
BG000335545		но	IA 4 DE 4
25 ¿Quiere agregar, enmendar o corregir algo de la declaración?	1 (Si), haga las correcciones y ac	laraciones en el siguiente espacio)	7 2 2 1
como mandato constirucional yo preste el servicio			or, deseo que se me reconozca
este derecho, mejoraria mi calidada de vida			•
W VED	IEIOAOIÓN DEL BBO	OFRIMENTO	
	IFICACIÓN DEL PRO	CEDIMIENTO	
Por favor relacione la cantidad de anexos, soportes y folios que hacen parte de la declara	ación:		
a) Número total de anexos diligenciados	1 b) 7	otal soportes aportados por el declarante	8
c) Número total de folios en esta declaración*	15		
*Incluidos Anexos y soportes			
ير كRealizó la entrevista previa?	SI	¿Realizó la toma de juramento?	SI
¿Leyó al (a la) Declarante la declaración	21	¿Hubo orientación para corregir o enm	endar? NO
ZSe incluyeron correcciones o enmendad	[140]		75.7
Observaciones: Señor(a) funcionario(a): Escriba las observaciones sobre el diligenciamiento			
Declracion extemporanea, de 1998, el declrante ya f			
tortura, por lo consiguiente afirma "considero que r			
reconozca este hecho, por esto es que estoy declara tortura no fue reconocido, yo me he aislado un poco			
siento más lúcido, tengo más claridad y entiendo y e			
siento mas raciao, tengo mas ciarrada y enticiado y t	areo que me pueu	en reconocer los nechos	de tortara.
Confidencialidad de la Información: De conformidad con lo dispuesto en el parágrafo 1º	del artículo 156 de la Ley 1448	de 2011, con el fin de proteger el derecho a la	a intimidad de las víctimas y su seguridad, toda la información
Vo siendo otro el objeto de la presente declaración se lee y firma por quienes en ella intervienen: Manifiesto que el funcionario público que tomó mi declaración me orientó sobre el trámite de est			de remitir esta declaración a la Unidad Administrativa Especi-
Por favor registre a continuación si el declarante sabe o no firmar En caso negativo tome la huella dactilar)	-	Senoi (a) runcionario (a). antes	de remitir esta deciaración a la officiación Administrativa especi
* Declarante		35	* Funcionario (a)
34		5	
		1	
		1//	
		1/oriso	la Fube gal D.
		1	of une good.
Firma	11	Firma	
Nombre: WILSON HERNAN BENAVIDES MARTINEZ (1)		Nombre: OLGA MARISELA SABOGAL DELGA Cargo: PERSONERIA DELEGADA PARA LA	
INO. de Documento de identidad 79833424	JELLA DACTILAR	No. de Documento de identidad 52416	
Firma Intérprete, tutor o funcionario (Solo si aplica)	DECLARANTE		
Intérprete: Con la presente firma, el intérprete, en aquellos casos en que fue autorizado por la	a autoridad competente, da fe		
que asistió de forma adecuada al (a la) declarante, permitiéndole entender los alcances de esta hechos narrados hayan quedado debidamente registrados en el presente Formato.			
Tutor o representante legal: Con la presente firma, el representante legal da fe que el <u>niño, niñ</u>	a a adolescente compareció a		
la diligencia y que las manifestaciones realizadas por éste(a) han sido libres y espontáneas. Cual funcionario público (Defensor de familia, funcionario del ICBF o comisario de Familia), la present	ndo el representante legal sea		
o adolescente compareció a la diligencia y que las manifestaciones realizadas han sido libres y esta firma da fe que se cumplió con los procedimientos establecidos cuando se trata de la a	espontáneas. De igual forma,		
niñas o adolescentes, de conformidad con lo establecido en la Constitución Nacional y la Ley 10		Firma	
		Nombre:	
		No. de Documento de identidad	
	- Final: HOJA 4 DE	· 4	
	Final: HOJA 4 DE	: 4	