Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
Peláez	Echeverri	Juan Diego

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (+) C.E ( ) PAS ( ) No. 1037645646

SEXO: F ( ) M (+)

NACIONALIDAD: COL. (+) EXTRANJERO ( ) PAÍS: Colombia

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA: DÍA 28 MES 09 AÑO 1995

PAÍS: Colombia

DEPTO: Antioquia

MUNICIPIO: Envigado

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA: Calle 48B Sur 34.50 Flor de la Colina 3.113.

PAÍS: Colombia DEPTO: Antioquia

MUNICIPIO: Envigado

TELÉFONO: 3113543103 EMAIL: juan.pelaez@udea.edu.co

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:
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA	FECHA DE GRADO
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10 X	MES 12 AÑO 2012

EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

TC (TÉCNICA), **TL** (TECNOLÓGICA), **TE** (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA), **UN** (UNIVERSITARIA),

ES (ESPECIALIZACIÓN), **MG** (MAESTRÍA O MAGISTER), **DOC** (DOCTORADO O PHD),

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO SI	GRADUADO NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN MES	TERMINACIÓN AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
UN	10	+		Odontólogo	07	2022	1037645646

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

IDIOMA	LO HABLA R	LO HABLA B	LO HABLA MB	LO LEE R	LO LEE B	LO LEE MB	LO ESCRIBE R	LO ESCRIBE B	LO ESCRIBE MB
Inglés	+				X		X		

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Nueva E.S.E Hospital la Misericordia Angelópolis	X		Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Antioquia	Angelópolis	gerencia.ese@esehomisericordia-angelopolis-antioquia gov.co

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
6048421029	DÍA 03 MES 01 AÑO 2026	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Odontólogo	Consulta externa odontología	Calle 8 N° 7-108

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
PROMIA clínica odontológica		X	Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Antioquia	Rionegro	promiapoo.rionegro@gmail.com

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
6044448400	DÍA 03 MES 03 AÑO 2025	DÍA 30 MES 10 AÑO 2025

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Odontólogo	Consulta externa Odontología	Calle 38 Clínica Somi Rionegro

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
E.S.E Hospital San Antonio Montebello	X		Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Antioquia	Montebello	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
3136710346	DÍA 02 MES 01 AÑO 2025	DÍA 28 MES 02 AÑO 2025

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Odontólogo	Consulta externa Odontología	Calle 24 #19-13 Montebello

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
E.S.E Hospital San Rafael Leticia Amazonas	X		Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Amazonas	Leticia	juridica@esehospitalsanrafael-leticia-amazonas gov.co

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
3203014921	DÍA 24 MES 08 AÑO 2024	DÍA 31 MES 12 AÑO 2024

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Odontólogo Equipo Básico de Salud	Odontología	Carrera 10 #13-78 Leticia Amazonas

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA .

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	*TIEMPO DE EXPERIENCIA*	
	AÑOS	*MESES*
SERVIDOR PÚBLICO	3	10
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	3	10
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	3	10
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	3	10

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI ◯ NO ⊕ ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA.

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento Angelópolis, 2 de mayo de 2026

Juan Diego Pilda E.

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS EPS Savia Salud EPS
Movilidad Régimen Contributivo

La EPS Savia Salud EPS, CERTIFICA que el afiliado relacionado a continuación, presenta la siguiente información a la fecha de su expedición:

Tipo y Número de identificación:	CC 1037645646
Apellidos:	PELAEZ ECHEVERRI
Nombres:	JUAN DIEGO
Tipo de discapacidad:	No aplica
Plan de salud:	Movilidad Régimen Contributivo
Tipo de afiliado:	Cotizante
Tipo de trabajador:	Independiente voluntario al Sistema de Riesgos Laborales
Estado de servicio:	Vigente
Fecha de Afiliación:	03/01/2026
Departamento de Afiliación:	ANTIOQUIA
Municipio de Afiliación:	ENVIGADO
Zona:	Urbana - Cabecera Municipal

IPS de atención de primer nivel

IPS	Direccion	Servicio
ESE HOSPITAL MANUEL URIBE ANGEL - E.S.E. HOSPITAL MANUEL URIBE ANGEL	DG 31 # 36 A SUR - 80	MEDICINA GENERAL

Tiene derecho a recibir los servicios contemplados en el Plan de Beneficios en Salud.
Válida únicamente para comprobación de derechos de la red prestadora, en la fecha de expedición. No es válido para aclarar multiafiliación ni para traslados (Decreto 806 Artículo 55 y 56).

Señores Prestadores: Esta certificación es válida únicamente para corroborar el estado del afiliado en el momento de la prestación del servicio, de la población contratada y remitida periódicamente por la institución según normatividad. En ningún momento esta certificación puede ser empleada para reemplazar las autorizaciones necesarias para la prestación de servicios en los niveles superiores de complejidad

En constancia se firma el 3 de Marzo de 2026 a solicitud del interesado.

Jefatura de Aseguramiento de Operaciones
Savia Salud EPS

Toda certificación generada es almacenada en base de datos para su verificación, la modificación parcial o total de este documento puede incurrir en un delito.

porvenir
sólo hay uno

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:

JUAN DIEGO PELAEZ ECHEVERRI, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.037.645.646**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 14 de Mayo del 2026.

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.

Carné Digital de Vacunación Colombia

Esquema de Vacunación

Salud

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

ID: 9699fa43-dcf4-4a39-81b2-c79a3bd95dc5

Nombres y apellidos / Full name: JUAN DIEGO PELAEZ ECHEVERRI

Tipo de identificación / ID Type: CÉDULA DE CIUDADANÍA

Número de identificación / ID Number: 1 0 3 7 6 4 5 6 4 6

Fecha de nacimiento / Date of birth: 28/09/1995

País nacimiento / Country of birth: COLOMBIA

Número de contacto (móvil) / Phone number: 3113543103

Correo electrónico / e-mail: juan.pelaeze@uda.edu.com

Datos de Vacunación / Vaccination detail

Vacuna / Vaccine	Dosis / Doses	Fecha de aplicación / Date of vaccination			Laboratorio / Laboratory	Número de Lote / Vaccine Batch	IPS Vacunadora / Administering Center	Nombres y apellidos del vacunador / Full name Vaccinator
		Dia / Day	Mes / Month	Año / Year				
COVID PFIZER	Primera	09	04	2021	PFIZER	EW3344	MEDELLIN ESE H. General Luz Castro de Gutierrez	KELLY KATHERINE CANO GIRALDO
COVID PFIZER	Segunda	30	04	2021	PFIZER	ER9449	MEDELLIN ESE H. General Luz Castro de Gutierrez	MARTA VERONICA GUZMAN RODRIGUEZ
COVID ASTRAZENECA	Primer Refuerzo	04	01	2022	Oxford-AstraZeneca	NN0224	ENVIGADO Eugenio Antonio Restrepo IPS	LAURA MARCELA MOLINA QUINTERO
INFLUENZA TRIVALENTE ADULTOS	Anual	27	07	2024	Green Cross	V50524002	E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL- E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL DE LETICIA	JOHAN POMPILIO LEON COELLO

El Ministerio de Salud y Protección Social certifica que los datos aquí dispuestos fueron extraidos del Sistema deInformación **PAIWEB** del **Programa Ampliado de Inmunizaciones - PAI.**

Este Certificado Digital de Vacunación acredita que la persona identificada ha recibido las dosis del esquema de vacunación aquí descritas.

Para validar la autenticidad de este documento, por favor escanee el código QR que debe abrir la página.

El carné podrá presentar actualizaciones de conformidad con el registro de la información de la vacunación que realizan los prestadores de servicios de Salud y Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud.

The Ministery of Health and Social Protection certifies that the informatión in this document was extracted from **PAIWEB**, according to the Wide **Program of Inmunization - PAI** (by its acronym in spanish: Programa Ampliado de Inmunización)

This Digital Certificate of Vaccination certifies that the holder of this document has received the doses of the vaccination schedule as it is described here.

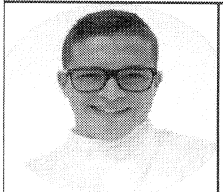
To validate the authenticity of this document, please scan the QR code that should open the page.

The card can be updated based on vaccination information records maintained by healthcare institutions and health service plan administrators.

SALUD LABORAL LJ S.A.S.
NIT. 901632782

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

NUM.HISTORIA 1037645646 **FECHA:** 2026-03-02 17:41:43



DATOS DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRE: JUAN DIEGO PELAEZ ECHEVERRI	**ID:** CC 1037645646	**FECHA DE NACIMIENTO:** 1995-09-28
EDAD:30 Años 5 Meses3 Dias	**GENERO:** MASCULINO	**ESTADO CIVIL:** UNIÓN LIBRE
TEL: 3113543103	**DIRECCIÓN:** CALLE 41B SUR 34-50	**LUGAR DE RESIDENCIA:** ANGELOPOLIS (ANTIOQUIA)
CARGO: ODONTOLOGO	**ESCOLARIDAD:** POSTGRADO	**EPS:** PARTICULARES
ENTIDAD: PARTICULARES	**TIPO DE USUARIO:** PARTICULAR	**ARL:** POSITIVA

TIPO DE EXAMEN

☑	INGRESO	☐	EGRESO	☐	PERIODICO
☐	REINTEGRO	☐	POST-INCAPACIDAD	☐	ENFASIS

PREOCUPACIONAL

EXÁMENES REALIZADOS

☐	AUDIOMETRIA	☐	ELECTROCARDIOGRAMA	☐	ESPIROMETRIA
☑	EXAMEN OSTEOMUSCULAR	☐	PSICOSENSOMETRICO	☐	PSICOTECNICO
☐	LABORATORIO EN SANGRE	☐	OPTOMETRIA	☐	RX COLUMNA TOTAL
☐	RX COLUMNA LUMBOSACRA	☐	RX COLUMNA DORSAL	☐	PRUEBA PSICOLÓGICA
☐	VISIOMETRIA	☐	OXIMETRIA DE PULSO	☐	RX TÓRAX AP Y LATERAL

OTRO

EXAMEN OSTEOMUSCULAR ADECUADO

APTO PARA EL CARGO

CONCEPTO DE APTITUD

CONCEPTO DE INGRESO SIN LIMITACIONES O RESTRICCIONES PARA EL CARGO	**CONCEPTO DE EGRESO**	**CONCEPTO PERIÓDICO**
CONCEPTO REINTEGRO	**CONCEPTO CAMBIO OCUPACIÓN**	**CONCEPTO POST-INCAPACIDAD**

REQUISITOS DE SALUD

Cumple los requisitos para:

TRABAJO EN ALTURAS	**MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS**	**ESPACIOS CONFINADOS**
CONDUCCIÓN	**TRABAJOS ESPECIALES**	

CONDUCTA

CONDUCTA DE MANEJO MEDICO:

☐	CONTINUAR MANEJO MEDICO	☐	REMISION A EPS
☐	SEGUIMIENTO POR LA ARL		

CONDUCTA MEDICA LABORAL

☑	EDUCACION EN HIGIENE POSTURAL	☑	CAPACITACION Y VERIFICACION EN USO ADECUADOS DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL
☐	CONDUCTA SOBRE HABITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES	☐	EDUCACION EN MANEJO DE CARGAS
☐	PAUSAS ACTIVAS	**OTROS**	

CONDUCTA SOBRE HABITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES

☐	ACTIVIDAD FISICA REGULAR	☐	DIETA BALANCEADA
☐	DESESTIMULAR CONSUMO DE: Cigarrillo, alcohol, sustancias psicoactivas		

RECOMENDACIONES	**RESTRICCIONES**
Usar adecuadamente los elementos de protección personal.Hábitos de vida saludable: dieta balanceada y ejercicio diario por 30 minutos.Adecuada higiene postural.Seguir el manual vigente de higiene y seguridad industrial de la empresa.Reportar todo accidente o incidente que ocurra en el trabajo.Reportar las condiciones de trabajo que puedan ser generadoras de accidenteslaborales	

FIRMA MEDICO	**FIRMA PACIENTE**
LILIANA JUNCO LAMUS ESP. SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO CC 52533992 RM 1082/2005 SST 3430/2025	Juan Diego Pelaez Echeverri
Profesional: LILIANA JUNCO **CC:**52533922 **Esp:** MEDICO ESPECIALISTA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO **RM:** SST 3340/2025	**Nombre:** JUAN DIEGO PELAEZ ECHEVERRI **CC:**1037645646