

FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO Echeverri	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) Aristizabal	NOMBRES Laura
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C ☒ C.E ☐ PAS ☐ No. _____	SEXO F ☒ M ☐	NACIONALIDAD COL. ☒ EXTRANJERO ☐ PAÍS Colombia
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐ NÚMERO _____ D.M. _____		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DÍA 27 MES 10 AÑO 1991 PAÍS Colombia DEPTO Antioquia MUNICIPIO Medellín		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA Calle 38 sur # 35-11 PAÍS Colombia DEPTO Antioquia MUNICIPIO Envigado TELÉFONO 3135384510 EMAIL laura.echeverriarr@gmail.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: Bachiller	
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA	FECHA DE GRADO	
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	X	MES 11 AÑO 2011	

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	No. SEMESTRES	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA
ACADÉMICA	APROBADOS	SI	NO	O TÍTULO OBTENIDO	MES	AÑO	PROFESIONAL
UN	12	X		Medico General	03	2022	1037616683

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 ACTUAL O CONTRATO VIGENTE			
EMPRESA O ENTIDAD Presto SSO Nueva E.S.E Hospital la Misericordia	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Antioquia	MUNICIPIO Angelópolis	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS 604 8421029	FECHA DE INGRESO DÍA 15 MES 05 AÑO 2021	FECHA DE RETIRO DÍA 01 MES 03 AÑO 2022	
CARGO O CONTRATO ACTUAL Prestacion de servicios de salud	DEPENDENCIA Medicina - Médico Rural	DIRECCIÓN Cra 8 # 7-108	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD EPMC Medellín Bellavista	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Antioquia	MUNICIPIO Bello	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS 604 4811380	FECHA DE INGRESO DÍA 15 MES 05 AÑO 2022	FECHA DE RETIRO DÍA 06 MES 03 AÑO 2026	
CARGO O CONTRATO Prestación de servicios de Salud	DEPENDENCIA Medicina	DIRECCIÓN Diag 44 # 39- 145B	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA MES AÑO	FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA MES AÑO	FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	

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

FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4

TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

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

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 09/03/2026

Laura Echeverri A

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 MEDICO DE APTITUD LABORAL



DR. JUAN CARLOS MOSQUERA IBARGUEN
M.D. ESP. SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
EVALUACION MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO



INFORMACION DEL PACIENTE

Fecha y Lugar:	02 Febrero 2026 - BELLO	Tipo de Examen:	EXAMEN MEDICO LABORAL DE INGRESO
Paciente:	LAURA ECHEVERRI ARISTIZABAL	Identificación:	1037616683
Género:	FEMENINO Edad: 34 años	Teléfono:	Móvil: 3135384510
Fecha Nacimiento:	27/10/1991	Cargo:	MEDICO
Estado Civil:	SOLTERA	EPS:	SURAMERICANA.
Dirección:	ITAGUI	ARL:	POSITIVA
Escolaridad:	UNIVERSITARIO	AFP:	PROTECCIÓN
Empresa:	PARTICULAR		

AREA: No Reporta

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

MEDICINA OCUPACIONAL

CLINICAMENTE SANO, OBESIDAD GRADO I

Hábitos de vida saludable, pausas activas, higiene postural, uso adecuado de elementos de protección personal. — Dieta baja en carbohidratos y grasas, ejercicio al menos 3 veces por semana, por lo menos 1 hora al día, valoración por nutrición en EPS, uso de lentes en entorno laboral, pausas activas visuales. —

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

PUEDEN DESEMPEÑAR EL CARGO SIN RESTRICCIONES NI RECOMENDACIONES

Observaciones:

RECOMENDACIONES PARA EL CARGO:

- Reportar oportunamente cualquier incidente o accidente que se presente durante la realización de sus labores.
- Conserve posturas ergonómicas que permitan prevenir accidentes, molestias y lesiones originados por malas posturas.
- Recibir inducción o reinducción sobre el manejo adecuado de los diferentes elementos de trabajo. Los elementos de protección individual son componentes esenciales para garantizar su seguridad; úselos correctamente.
- Realice pausas activas: estiramiento, columna, extremidades superiores e inferiores, según programa de pausa en la empresa.
- Reportar oportunamente cambios en su estado de salud.
- Se recomienda contar con esquemas de vacunación actualizados para el ejercicio diario de sus funciones.
- En caso de un evento por accidente biológico, es importante la notificación rápida y oportuna del evento con el fin de tomar las acciones correspondientes a este.

Tipo de Restricción

Condiciones, Factores, Agentes Asociados

Permanente

NO

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SVE) o Programa de Prevención y Promoción (PPyP)

NO

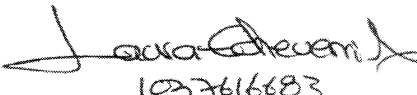
Información de Remisiones

NUTRICION

Requiere valoración nutricional y metabólica por alteración del peso corporal.

CONSENTIMIENTO INFORMADO: Autorizo LA CUSTODIA y CONFIDENCIALIDAD en cumplimiento de las Resoluciones 2346 del 2007, 1918 del 2009 y 0839 del 2017 expedidas por el Ministerio de Salud y Protección Social y en la normatividad vigente. Además, doy fe que toda la información por mí suministrada es completa y verídica. Con mi firma expreso mi consentimiento para todas las pruebas realizadas y el resultado del concepto médico de aptitud laboral.


Juan Carlos Mosquera Ibarguen
Médico y Cirujano U. de A.
Especialista en SST. UNAB
Reg. 1020394047 Lic. 202106000758


1037616683
Firma y cédula del Paciente
LAURA ECHEVERRI ARISTIZABAL
Cc.1037616683



LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

Laura Echeverri Aristizabal identificado con CC. 1037616683 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

VOLUNTARIO			
Fecha de inicio de cobertura	2025/12/01	Código de ocupación	32211
Tipo de vinculación	Independiente Voluntario	Descripción de ocupación	Médico General
Clase de riesgo	3	Estado de afiliación	Activa

Esta certificación se expide a los 18 días del mes de febrero del 2026.

Tenga en cuenta que, una vez finalice la fecha de terminación del contrato, el sistema aplicará automáticamente el retiro. Si tiene un nuevo contrato o prórroga, registre la novedad en www.positivaenlinea.gov.co para mantener la cobertura.

Para verificar la autenticidad de este certificado, escanea el código QR incluido o visita nuestra página web. Selecciona la opción "Validar certificados de afiliación" e ingresa el siguiente código: **CC18022026L1037616683E9728341**. Este código es válido por un mes.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades ARL
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S. A.

Positiva Compañía de Seguros S.A.:

Nit. 860.011.153-6 | Línea Gratuita Nacional: (+57) 01-8000-111-170 - Teléfono: +57 (601) 330 7000

Defensor del Consumidor Financiero: Ana María Giraldo (Principal) - Pablo Valencia(Suplente) | defensordelcliente@positiva.gov.co | Carrera 10 #97A - 13, Oficina 502. Bogotá | +57 (601) 610 8164 | Lunes a Viernes 8:00 a. m. – 6:00 p. m. | El Defensor, resolverá las quejas o reclamos, actuará como Conciliador ante Positiva.

Más información: <https://www.positiva.gov.co/web/guest/defensoria-del-consumidor>
 Puedes interponer una queja ante Positiva, o el Defensor, o la SFC u otro organismo de

LA ASEGURADORA
 DE TODOS LOS
 COLOMBIANOS

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **ECHEVERRI ARISTIZABAL LAURA** identificado(a) con **CC** número **1.037.616.683** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 26 de enero de 2022 y sus recursos se encuentran distribuidos como se enuncia a continuación, de conformidad con lo consagrado en el Decreto 2373 de 2010 así:

1. El 100% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO

Esta constancia se expide a petición del(la) interesado(a) el día 14 de febrero de 2026.

Cordialmente,



Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:

Asesor Virtual Pronto en nuestro Portal Web www.proteccion.com y App o comunicarse con la Línea de Servicio en:

Bogotá (601) 482 33 64 – Medellín (604) 510 90 99 – Cali (602) 386 00 80 -

Barranquilla (605) 319 79 99 – Cartagena (605) 642 49 99 – WhatsApp +57 310 220 5575

o llámanos desde tu computador desde cualquier lugar del mundo ingresando a <https://customers.wolkvox.com/clicktocall/proteccion/>

Certificación Bancaria

Viernes, 02 de enero de 2026

A quien pueda interesar

Bancolombia S.A. se permite informar que LAURA ECHEVERRI ARISTIZABAL identificado(a) con CC 1037616683, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura aaaa-mm-dd	Estado	Saldo
Cuenta Ahorros	10515117383	2002-09-25	ACTIVO	*****

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia a los siguientes números: Medellín - Local: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57-5) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 554 05 05 Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales telefónicas en el exterior: España(34) 900 995 717 - Estados Unidos(1) 1 866 379 97 14.



Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

 **Bancolombia**

Bancolombia nunca solicitará sus datos personales o de sus productos bancarios mediante vínculos de correo electrónico. En caso de recibir alguno, repórtelo de inmediato a correosospchoso@bancolombia.com.co