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*
QUIROS	ORTIZ	ELISABETH

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1.033.342.104

SEXO: F (X) M ( )

NACIONALIDAD: COL. (X) EXTRANJERO ( ) *PAÍS*: _____

LIBRETA MILITAR

PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NÚMERO _____ D.M _____

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DÍA 17 MES 05 AÑO 1997

PAÍS COLOMBIA

DEPTO ANTIOQUIA

MUNICIPIO AMAGA

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CALLE 51 LA JABONERIA

PAÍS COLOMBIA DEPTO ANTIOQUIA

MUNICIPIO AMAGA

TELÉFONO 313 729 1827 EMAIL equirosortiz@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:*
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*	*FECHA DE GRADO*
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	MES 11 AÑO 2014
									X	

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*		*NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO*	*TERMINACIÓN*					*No. DE TARJETA PROFESIONAL*
		SI	*NO*		*MES*	*AÑO*				
TC	03	X		TECNICO LABORAL AUXILIAR EN ENFERMERIA	07	2	0	1	6	10131

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)

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		10
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	02	
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	02	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*_____

ELISABETH O.

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.

Angelopolis, 01/10/2026

Ciudad y fecha

Diana R

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

Función Pública

FORMULARIO ÚNICO
DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS
Y ACTIVIDAD ECONÓMICA PRIVADA
PERSONA NATURAL
(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA

1.1. DE BIENES Y RENTAS

YO, Elisabeth Quirós Ortiz

IDENTIFICADO CON: C.C. X C.E. T.I. N° 1.033.342.104 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País	Departamento	Municipio
Colombia	Antioquia	Amaga

Dirección	Teléfonos
Calle 51 la jabonera	313 729 1827

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
Hernán de Jesús Quirós Sánchez	70,568,036	Padre
Diana Alesandra Ortiz Toro	43,709,489	Madre
Leidy Johanna Quirós Ortiz	1,033,340,633	Hermana
Antonella Deossa Quirós	1,035,069,100	Hija

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTÍCULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995, **PARA TOMAR POSESIÓN** **PARA RETIRARME** **PARA ACTUALIZACIÓN** **PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE** ,QUE LOS ÚNICOS BIENES Y RENTAS QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACIÓN:

a) Los ingresos y rentas que obtuve en el "último" año gravable fueron:

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	3,000,000
CESANTÍAS E INTERESES DE CESANTÍAS	
GASTOS DE REPRESENTACIÓN	-
ARRIENDOS	-
HONORARIOS	-
OTROS INGRESOS Y RENTAS	-
TOTAL	$ 3,000,000

b) Las cuentas corrientes y de ahorro que poseo en Colombia y en el exterior son:

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NÚMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
Bancolombia	Ahorros	52006156886	Amagá	$ -

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACIÓN DEL BIEN	VALOR

EMPLEADOR O CONTRATANTE

1.1 DE BIENES Y RENTAS (CONTINUACIÓN)

d) Las acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR

1.2. DE PARTICIPACIÓN EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y ASOCIACIONES

a) En la actualidad participo como miembro de las siguientes juntas y consejos directivos:

ENTIDAD O INSTITUCIÓN	CALIDAD DE MIEMBRO

b) A la fecha soy socio de las siguientes corporaciones, sociedades y/o asociaciones:

CORPORACIÓN, SOCIEDAD O ASOCIACIÓN	CALIDAD DE SOCIO

c)En la actualidad: **SI** **NO. X** tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. C.E. T.I.	N°

2. ACTIVIDAD ECONÓMICA PRIVADA

Las actividades económicas de carácter privado, adicionales a las declaradas anteriormente, que he venido desarrollando de forma acasional o permanente son las siguientes:

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACIÓN

3. FIRMA

Elisabeth Q
FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

01 / 10 / 2026 Angelópolis Antioquia
CIUDAD Y FECHA

Protección

Una empresa sura

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **QUIROS ORTIZ ELISABETH** identificado(a) con **CC** número **1.033.342.104** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 03 de febrero de 2017 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 15 de septiembre 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://customer0001.wolkvox.com/proteccion/index.php**

SaludTotal

MEDELLIN, Septiembre 15 de 2026

Señora:

QUIROS ORTIZ ELISABETH

CC. 1033342104CL 46 50 26 - 0

Ciudad

Ref: M-PYGA-F065. SOLICITUD INFORMACIÓN - AFILIACIÓN SALUD TOTAL EPS S.A.

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Enero 29 de 2022. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliación	Sem_cot	Sem_Ant	Parentesco	Estado_Afiliación	Fecha_de_desafiliación_EPS	Estado_Actual	Discapacidad
QUIROS ORTIZ ELISABETH	1033342104	C	Ene-29-2022	54	26	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna
DEOSSA QUIROS ANTONELLA	1035069100	T	Ene-29-2022	54	26	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	VIGENTE			Ninguna

De acuerdo con los registros de la base de datos, su grupo familiar presenta la siguiente relación laboral:

Razón_social_del_aportante	Usuario_en_contrato	Tipo_de_contrato	Estado_de_contrato
ELISABETH QUIROS ORTIZ	1033342104	Independientes con contrato de prestación de servi	CERRADO
ELISABETH QUIROS ORTIZ	1033342104	Independientes con contrato de prestación de servi	CERRADO
ELISABETH QUIROS ORTIZ	1033342104	Independientes con contrato de prestación de servi	CERRADO
EMPLEADOR SAT TEMPORAL	1033342104	Dependiente	CERRADO
JERONIMO MARTINS COLOMBIA SAS	1033342104	Dependiente	VIGENTE
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL	1033342104	Dependiente	CERRADO
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL	1033342104	Dependiente	CERRADO
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL	1033342104	Dependiente	CERRADO
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL	1033342104	Dependiente	CERRADO
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL	1033342104	Dependiente	CERRADO
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL	1033342104	Dependiente	CERRADO

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

En Salud Total apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con Calidad total. Cualquier información adicional, con gusto será atendida por el personal de servicio al cliente de la sede administrativa de su ciudad, o puede comunicarse con nuestra línea gratuita 018000 1 14524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,

Gerencia de Operaciones Comercial

SALUD TOTAL EPS S.A.

Elaboró: Servicios en Línea

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1	7.3/2012.		
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1	7.9.97	copia	
	2	30.XI.97		
	3	16.5.98.		
	4	31.7.07		
	5	1.8.08		
Contra Hepatitis B	1			
	2			
	3			
	R			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla			BCG: 18-5-98.	
			SRP: 18.5.98	
Contra Influenza			SRP: 31-7-07.	
Virus de Papiloma Humano	①	16.5.13	J002191	RAB
	②	10.XII.13	J005613	RAB
	③.	10 Dic/2018		
Dpt	①	7.9.97		
polio	②	30.XI.97		
	③.	16.5.98.		

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	23-08-21	Astrazeneca	77785	Comfamor	Linda Lopez.	1128395273
	2	23-11-21	Astrazeneca	pw400 25	comfamor	Aida Higuita	1037587584
	Dau-22		Pfizer	ACC 5053	Comfamor Celulas	Paula Andrea Bedoya C. Auxiliar Enfermería C.C. 21.533.040 Reg. 05-6392-20	

CLÍNICA del TRABAJO IPS
"Cuidando tu salud, Fortaleciendo tu futuro"

Calle 50 # 52-19, Carrera La Paz
Amagá, Antioquia
324 3289078 - 301 8711419
NI 901842516

Impreso con MedSystem

Certificado laboral

901842516-1 - PACIENTES PARTICULARES - CLINICA DEL TRABAJO IPS

Paciente	**ELISABETH QUIROS ORTIZ**	**Examen**	**Ingreso laboral**
CC	1033342104	Fecha	Mar., 22 de jul. 2025 14:44h
Nacimiento	17 de may. 1997 (28 años, 2 meses)	**Responsable**	**ANDRES JIMENEZ**
Ocupación	AUXILIAR DE ENFERMERIA		T: +573205448287



Servicios realizados

Medicina Ocupacional

Concepto

Tipo de concepto

Sin restricción para el cargo

Énfasis

Osteomuscular

Generación: mar., 22 de jul. 2025

Observaciones y/o recomendaciones

CONCEPTO - EXAMEN PREINGRESO: EL USUARIO PODRÁ DESEMPEÑAR SU TAREA HABITUAL SIN NINGÚN TIPO DE RESTRICCIÓN FÍSICA, NI LABORAL.

OBSERVACIONES AL CONCEPTO (ENFASIS OSTEOMUSCULAR):
Después de realizar un examen médico completo que incluye pruebas de fuerza, flexibilidad y movilidad articular, se ha determinado que el candidato está en condiciones óptimas para desempeñar las funciones requeridas para el puesto. No se han encontrado problemas osteomusculares preexistentes que puedan afectar su capacidad para realizar las tareas laborales de manera segura y eficiente. Se recomienda al candidato seguir un programa de ejercicios regulares para mantener la salud y la funcionalidad de su sistema osteomuscular y acudir a revisiones médicas periódicas para monitorear su estado de salud.

RECOMENDACIONES MEDICAS PERSONALES
-presenta una lesión dermatológica que no constituye por sí misma un riesgo sanitario de contaminación, sin embargo, se recomienda ser evaluada en su entidad de salud.

-VALORACION COMPLEMENTARIA
Ninguna.

-CONDUCTAS - (CONDUCTAS RESTRICTIVAS)
Ninguna.

CONDUCTAS - (CONDUCTAS PREVENTIVAS)
Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Osteomuscular: Acondicionamiento físico según requerimientos del cargo. Adecuación ergonómica de puestos de trabajo según disposición de la empresa. Capacitación para manejo de cargas según criterio del cargo
Visual: Educación en higiene visual. Uso de protección visual según tipo de exposición. Adecuada iluminación del puesto de trabajo. Pausa activa visual.
Auditiva: Control de exposición a ruido en la fuente; protección auditiva de acuerdo con la exposición a ruido; reposo auditivo extralaboral

-OTRAS OBSERVACIONES
Ninguna

-OBSERVACION Y CONCLUSION FINAL (ENFASIS OSTEOMUSCULAR)

ENFASIS DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR Y COLUMNA: Este examen Médico ocupacional se realiza en condiciones de reposo y está enfocado en una revisión, buscando patologías activas o secuelas osteomusculares extremidades y columna, durante su evaluación no se evidenció patología o sintomatología de origen osteomuscular que pudieran genera limitaciones o riesgo para desempeñar sus funciones laborales

-OBSERVACIÓN AREA DE VACUNACION
Durante su evaluación médica ocupacional se realizó revisión de los antecedentes de vacunación, en el momento cuenta con esquema

de vacunación completo para prevención de infección por sars cov-2; debe seguir tomando las medidas preventivas; cumpliendo con las medidas generales de bioseguridad.

-EXAMEN MÉDICO CON ÉNFASIS: ENFASIS OSTEOMUSCULAR
-INGRESARLO AL PVE PREVENTIVO: No
-REMISION Y CONTROLES POR SU EPS: NO
-ESTÁ EN CONTROLES CON LA ARL: NO
-EXAMEN PERIODICO OCUPACIONAL: SI SEGUN EL RIESGOS OCUPACIONALES, CONDICIONES DEL PUESTO, PERFIL DEL TRABAJADOR, ENTRE OTROS.
-REALIZACION PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:SI
-CONTINUAR MANEJO MEDICO: NO
-REALIZAR PAUSAS ACTIVAS: SI
-USO DE E.P.I.:SI
-HIGIENE POSTURAL: SI

-CONSIDERACIONES LEGALES RELATIVO A LOS EXÁMENES

Las respuestas dadas por mí en este(os) exámenes(es) están completas y son verificadas. Autorizo a la IPS para que suministre las recomendaciones médicas ocupacionales descritas anteriormente, dando cumplimiento a la Resolución 1843 de 2025 y las normas que la modifiquen, adicionen, sustituyan o deroguen, para retroalimentar los SVE (Sistemas de Vigilancia Epidemiológica) / programas de salud. Se recomienda realizar exámenes ocupacionales anualmente, acorde a la matriz de peligros y profesiograma.

Se entrega al trabajador la información de los resultados, pruebas o valoraciones complementarias ocupacionales (pre-ingreso, periódico y/o retiro), dando cumpliendo con la (Resolución 2346 del 2007 Art 10), y las normas que la modifiquen, adiciones, sustituyan o deroguen, con la única finalidad en la promoción de la salud de los trabajadores y de los mecanismos de prevención y control de alteraciones de la salud.

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y verídicas. Se me informó también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referido en este documento es imagen extraída del consentimiento informado y política de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclínicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presentó y diligenció el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de clínica del trabajo IPS S.A.S. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informó que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

CLÍNICA TRABAJO IPS

Ariel Enrique Hernandez Reyes
CC: 1065588825
Medico General Especialista en Gerencia en SST
RM1065588825- LIC 2024060020934

ELISABETH QUIROS ORTIZ
CC: 1033342104
Paciente
* Firma autorizada desde el consentimiento informado

Certificación
Bancaria

Martes, 15 de septiembre de 2026

A quien pueda interesar

Bancolombia S.A. se permite informar que ELISABETH QUIROS ORTIZ identificado(a) con CC 1033342104, 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 de ahorros	52006156886	2020-01-11	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.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
BANCOLOMBIA S.A. Establecimiento Bancario

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 correosospechoso@bancolombia.com.co