



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.



Última Actualización: 24-nov-2025

Fecha Validación: 05-dic-2025

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO MALAGÓN	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) DÍAZ	NOMBRES WILLIAM ANDRÉS
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 1118549852	SEXO F ☐ M ☒	NACIONALIDAD COL ☒ EXTRANJERO ☐
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☒ NUMERO 1118549852 D.M. 9		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 14 MES FEB AÑO 1992 PAÍS Colombia DEPTO Casanare CIUDAD Yopal		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA calle 167 d No. 8-58 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 6618258 EMAIL william.andress92@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 Educación bachillerato					
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO					
1°.	2°.	3°.	4°.	5°.	6°.	7°.	8°.	9°.	10°.	11°.	MES	DICIEMBRE		AÑO	2008	

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSGRADO)

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

TC (TECNICA). TL (TECNOLÓGICA). TE (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA). UN (UNIVERSITARIA).

ES (ESPECIALIZACIÓN). MG (MAESTRIA O MAGISTER). DC (DOCTORADO O PHD).

RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ESTA 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
Especialización médico	8	X		ESPECIALIZACION EN MEDICINA DE EMERGENCIAS		8	2025	
Universitaria	12	X		MEDICINA		12	2016	1118549852

Firma electronica validador: LAURA DANIELA HIDROBO MORENO 05/12/2025 09:34:37

1674890

Documento electrónico: 84376853180973bd205b5a9c43183e806d334a9a691852ddf01c11b1d742e1cf
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 1 de 4



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.



Última Actualización: 24-nov-2025

Fecha Validación: 05-dic-2025

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN Estricto orden cronológico:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
SOPORTE VITAL AVANZADO	SOPORTE VITAL ESCUELA DE ENTRENAMIENTO	2025	48
VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL	SOPORTE VITAL ESCUELA DE ENTRENAMIENTO	2025	40
ATAQUE CON AGENTE QUIMICO	SOPORTE VITAL ESCUELA DE ENTRENAMIENTO	2025	40
MANEJO DEL DUELO	SOPORTE VITAL ESCUELA DE ENTRENAMIENTO	2025	40

DOMINIO DE IDIOMAS

ESPECIFIQUE 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
inglés		X				X	X		

3

EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN Estricto orden cronológico comenzando por el actual

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	X		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	correspondencia@subrednorte.gov.co	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
6013078181	DÍA 6 MES 10 AÑO 2025		DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
MEDICO ESPECIALISTA EN URGENCIAS	URGENCIAS	Cra. 104 #50 # 152c	

Firma electronica validador: LAURA DANIELA HIDROBO MORENO 05/12/2025 09:34:37

1674890

Documento electrónico: 84376853180973bd205b5a9c43183e806d334a9a691852ddf01c11b1d742e1cf
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 2 de 4



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.



Última Actualización: 24-nov-2025

Fecha Validación: 05-dic-2025

3

EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.		PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD correspondencia@subrednorte.gov.co		
TELÉFONOS 6014431790	FECHA DE INGRESO DÍA 1 MES 2 AÑO 2023		FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO PROFESIONAL MEDICO RESIDENTE -	DEPENDENCIA DIRECCION URGENCIAS	DIRECCIÓN Cra. 103b #152c-31		

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD National clinics Centenario		PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD nationalclinicscentenario@gmail.com		
TELÉFONOS 7460111	FECHA DE INGRESO DÍA 18 MES 1 AÑO 2019		FECHA DE RETIRO DÍA 22 MES 12 AÑO 2019	
CARGO O CONTRATO Medico hospitalario de medicina interna	DEPENDENCIA Medicina interna	DIRECCIÓN calle 13 no. 17-21		

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD Clinica casanare		PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Casanare	MUNICIPIO Yopal	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD coordinaciontalentohumano@clinicacasanare.com.co		
TELÉFONOS 6343379	FECHA DE INGRESO DÍA 24 MES 4 AÑO 2018		FECHA DE RETIRO DÍA 31 MES 12 AÑO 2018	
CARGO O CONTRATO médico de urgencias	DEPENDENCIA urgencias	DIRECCIÓN carrera 29 no. 13-74		

Firma electronica validador: LAURA DANIELA HIDROBO MORENO 05/12/2025 09:34:37

1674890

Documento electrónico: 84376853180973bd205b5a9c43183e806d334a9a691852ddf01c11b1d742e1cf
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 3 de 4



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.



Última Actualización: 24-nov-2025

Fecha Validación: 05-dic-2025

4

TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
Privada	1	7
Pública	2	10
Total	4	5

5

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DE 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 CONTRATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

Bogotá D.C. - 24-nov-2025
Ciudad y fecha del diligenciamiento

Firma electrónica:
WILLIAM ANDRÉS MALAGÓN DÍAZ 24/11/2025 11:39:01
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

Firma electronica validador: LAURA DANIELA HIDROBO MORENO 05/12/2025 09:34:37

1674890

Documento electrónico: 84376853180973bd205b5a9c43183e806d334a9a691852ddf01c11b1d742e1cf
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 4 de 4