



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: 17-jun-2026

Fecha Validación: 18-jun-2026

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO MALAGON	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) MAHECHA	NOMBRES LIDY LORENA
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 1024466924	SEXO F ☒ M ☐	NACIONALIDAD COL ☒ EXTRANJERO ☐
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐ NUMERO _____ D.M. _____		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 3 MES SEP AÑO 1986 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C.		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA CL 62 B SUR 71 D 47 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 3022986618 EMAIL lorenamalagon@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 BASICA											TITULO Bachiller Académico				
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO				
1°.	2°.	3°.	4°.	5°.	6°.	7°.	8°.	9°.	10°.	11°.	MES	DICIEMBRE		AÑO	2002

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 ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO SI NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN MES AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
Universitaria	8	X	ENFERMERIA	6 2009	23443

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
Soporte Vital Avanzado (SVA-ACLS)	Corporación técnica empresarial para el trabajo	2025	50
Soporte Vital Básico (SVB-BLS)	Corporación técnica empresarial para el trabajo	2025	40

Firma electrónica validador: DIANA CONSTANZA RODRIGUEZ JIMENEZ 18/06/2026 15:20:48

1774498

Documento electrónico: 35ffdf7e33ba72995ab1b1fea8b7dbcb3283b72633d0a619e2c26f667c83b12e
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: 17-jun-2026

Fecha Validación: 18-jun-2026

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
Atención integral de urgencias a víctimas de	Corporación técnica empresarial para el trabajo	2021	40
Atención integral a personas víctimas de violencia	Corporación técnica empresarial para el trabajo	2021	40
Soporte Vital Avanzado (SVA-ACLS)	Corporación técnica empresarial para el trabajo	2021	50
Atención integral de víctimas de violencia sexual	Subred integrada de servicios de salud sur occidente	2019	16
Reanimación Cardiopulmonar Neonatal	Fundación Universitaria Sanitas	2015	68
Técnica de Inserción y Retiro del Implante	MSD Implanon	2011	4

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
alemán		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
FUNDACIÓN HOSPITAL SAN CARLOS		X	Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	dlozano@fhsc.org.co	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
7443333	DÍA 11 MES 5 AÑO 2022		DÍA 31 MES 3 AÑO 2023
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
ENFERMERA	ASISTENCIAL	KR 12 D 32 44	

Firma electrónica validador: DIANA CONSTANZA RODRIGUEZ JIMENEZ 18/06/2026 15:20:48

1774498

Documento electrónico: 35ffdf7e33ba72995ab1b1fea8b7dbcb3283b72633d0a619e2c26f667c83b12e
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: 17-jun-2026

Fecha Validación: 18-jun-2026

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 Sur Occidente E.S.E.	X		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	contactenos@subredsuoccidente.gov.co	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
6013849160	DÍA 1 MES 4 AÑO 2019		DÍA 28 MES 2 AÑO 2022
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
ENFERMERA	SALUD PUBLICA	CL 9 # 39 46	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Haces Inversiones y Servicios S.A.S		X	Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	informacion@bhmips.com	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
5188434	DÍA 12 MES 4 AÑO 2018		DÍA 9 MES 11 AÑO 2018
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
Enfermera	Administrativa	Carrera 49 B # 91 -34	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Clínica Universitaria Colombia		X	Chile
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
		frontsalarios@colsanitas.com	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
6466060	DÍA 24 MES 12 AÑO 2009		DÍA 15 MES 12 AÑO 2015
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
Enfermera	Clínica	Calle 100 # 11 B 67	

Firma electrónica validador: DIANA CONSTANZA RODRIGUEZ JIMENEZ 18/06/2026 15:20:48



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: 17-jun-2026

Fecha Validación: 18-jun-2026

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	7	5
Pública	2	11
Total	10	4

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. - 17-jun-2026
Ciudad y fecha del diligenciamiento

Firma electrónica:
LIDY LORENA MALAGON MAHECHA 17/06/2026 11:30:49
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.

Firma electrónica:

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

Firma electrónica validador: DIANA CONSTANZA RODRIGUEZ JIMENEZ 18/06/2026 15:20:48

1774498

Documento electrónico: 35ffdf7e33ba72995ab1b1fea8b7dbcb3283b72633d0a619e2c26f667c83b12e
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 4 de 4