



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Secretaría Distrital del Hábitat



Última Actualización: 23-oct-2025

Fecha Validación: 27-oct-2025

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO MEDINA	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) SANCHEZ	NOMBRES MARCELA DEL PILAR
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 52434273	SEXO F <input checked="" type="radio"/> M <input type="radio"/>	NACIONALIDAD COL <input checked="" type="radio"/> EXTRANJERO <input type="radio"/>
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE <input type="radio"/> SEGUNDA CLASE <input type="radio"/> NUMERO D.M.		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA MES AÑO PAÍS DEPTO CIUDAD		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA PAÍS DEPTO CIUDAD TELEFONO EMAIL

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 BACHILLER ACADÉMICO					
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA	FECHA DE GRADO					
1°.	2°.	3°.	4°.	5°.	6°.	7°.	8°.	9°.	10°.	11°.	MES	NOVIEMBRE		AÑO	1995	

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
Especialización universitaria	3	X	ESPECIALIZACION EN GERENCIA DE RECURSOS HUMANOS	11 2017	
Universitaria	10	X	PSICOLOGIA	6 2007	102269

Firma electronica validador: CLAUDIA GOMEZ MORALES 27/10/2025 13:52:48

1650562

Documento electrónico: 21c6ea3478589122a61f7377fd6497f8d6c76594f25303f2831073046e318928
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

Secretaría Distrital del Hábitat



Última Actualización: 23-oct-2025

Fecha Validación: 27-oct-2025

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN Estricto orden cronológico:

NOMBRE DEL CURSO

INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN

AÑO TERMINACIÓN

HORAS

DOMINIO DE IDIOMAS

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

	LO HABLA			LO LEE			LO ESCRIBE		
	R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB
■									
■ A ■									
■									

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 ■
DEPARTAMENTO ■	MUNICIPIO ■	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD diradadministrativo@subrednorte.gov.co		
TELÉFONOS 6014431790	FECHA DE INGRESO DÍA 1 MES 6 AÑO 2024	FECHA DE RETIRO DÍA 3 MES 12 AÑO 2024		
CARGO O CONTRATO CONTRATISTA	DEPENDENCIA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE	DIRECCIÓN CL 66 N. 15-41		

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.		PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS ■
DEPARTAMENTO ■	MUNICIPIO ■	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD certificacionesops@subrednorte.gov.co		
TELÉFONOS 6014431790	FECHA DE INGRESO DÍA 8 MES 11 AÑO 2021	FECHA DE RETIRO DÍA 12 MES 5 AÑO 2022		
CARGO O CONTRATO CONTRATISTA	DEPENDENCIA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE	DIRECCIÓN Cl. 66 #1541, Bogotá		

Firma electronica validador: CLAUDIA GOMEZ MORALES 27/10/2025 13:52:48

1650562

Documento electrónico: 21c6ea3478589122a61f7377fd6497f8d6c76594f25303f2831073046e318928
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

Secretaría Distrital del Hábitat



Última Actualización: 23-oct-2025

Fecha Validación: 27-oct-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 [REDACTED]
DEPARTAMENTO [REDACTED]	MUNICIPIO [REDACTED]	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD diradadministrativo@subrednorte.gov.co	
TELÉFONOS 4431790 [REDACTED] [REDACTED]	FECHA DE INGRESO D [REDACTED] 10 MES 7 AÑO 2020	FECHA DE RETIRO DÍA 2 MES 11 AÑO 2021	
CARGO O CONTRATO PSICÓLOGA	DEPENDENCIA PIC	DIRECCIÓN CL 66 N. 15-41	

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	0	0
Pública	2	4
Total	2	4

Firma electronica validador: CLAUDIA GOMEZ MORALES 27/10/2025 13:52:48

1650562

Documento electrónico: 21c6ea3478589122a61f7377fd6497f8d6c76594f25303f2831073046e318928
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

Secretaría Distrital del Hábitat



Última Actualización: 23-oct-2025

Fecha Validación: 27-oct-2025

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).

■■■■■ - 23-oct-■■■ 25

Ciudad y fecha del día de firmamiento

Firma electrónica:

MARCELA DEL PILAR MEDINA SANCHEZ 23/10/2025 15:15:45

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