



# 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: 23-jul-2025

Fecha Validación: 26-jul-2025

## 1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO CELY	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) AYALA	NOMBRES LUDY SELMIRA
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 53141086	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 21 MES DIC AÑO 1985 PAÍS Colombia DEPTO Boyacá CIUDAD Covarachía		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA CL 188BIS 8C 33 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 3204243232 EMAIL ludycely21@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 BACHILLER TÉCNICO CON ESPECIALIDAD				
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO				
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	DICIEMBRE		AÑO	2003

### 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
Tecnológica	4	X	TECNOLOGÍA EN GESTIÓN INTEGRADA DE LA CALIDAD, MEDIO AMBIENTE,	8 2016	

### OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN Estricto ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
Atención Integral a Víctimas de Violencia Sexual	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD	2019	40

Firma electrónica validador: SANDRA MIREYA SANCHEZ NA 26/07/2025 19:44:24

1591257

Documento electrónico: 0fb4e24d24fca82c5b3d87772721bde78a5b0fcb93ce7416402bce4ba8b5961c  
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: 23-jul-2025

Fecha Validación: 26-jul-2025

## 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

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 4431790	FECHA DE INGRESO DIA 4 MES 12 AÑO 2024	FECHA DE RETIRO DIA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO Tecnologo en Salud O cupacional	DEPENDENCIA Entorno Laboral	DIRECCIÓN Calle 66 No. 15-41 Bogotá - Colombia	

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 3407666	FECHA DE INGRESO DIA 1 MES 4 AÑO 2023	FECHA DE RETIRO DIA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO TECNOLOGO EN SALUD OCUPACIONAL	DEPENDENCIA ENTORNO LABORAL SALUD PÚBLICA	DIRECCIÓN CL 66 15 41	

Firma electronica validador: SANDRA MIREYA SANCHEZ NA 26/07/2025 19:44:24

1591257

Documento electrónico: 0fb4e24d24fca82c5b3d87772721bde78a5b0fcb93ce7416402bce4ba8b5961c  
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: 23-jul-2025

Fecha Validación: 26-jul-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 talento humano37@subrednorte.gov.co	
TELÉFONOS 4431790	FECHA DE INGRESO DÍA 4 MES 7 AÑO 2017		FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO TECNOLOGO EN SALUD OCUPACIONAL	DEPENDENCIA ENTORNO LABORAL	DIRECCIÓN CL 66 15 41	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL USAQUEN	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD hospitalusaquen@gmail.com	
TELÉFONOS 6583030	FECHA DE INGRESO DÍA 1 MES 1 AÑO 2017		FECHA DE RETIRO DÍA 31 MES 12 AÑO 2017
CARGO O CONTRATO AUXILIAR DE ENFERMERIA	DEPENDENCIA PIC	DIRECCIÓN KR 6 A 117 B 14	

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 certificacionesops@subrednorte.gov.co	
TELÉFONOS 4431790	FECHA DE INGRESO DÍA 7 MES 10 AÑO 2016		FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO TECNOLOGO EN SALUD OCUPACIONAL	DEPENDENCIA ESPACIO DE TRABAJO	DIRECCIÓN CL 66 15 41	

Firma electronica validador: SANDRA MIREYA SANCHEZ NA 26/07/2025 19:44:24

1591257

Documento electrónico: 0fb4e24d24fca82c5b3d87772721bde78a5b0fcb93ce7416402bce4ba8b5961c  
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: 23-jul-2025

Fecha Validación: 26-jul-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	0	0
Pública	8	9
Total	8	9

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. - 23-jul-2025  
Ciudad y fecha del diligenciamiento

Firma electrónica:  
UDY SELMIRA CELY AYALA 23/07/2025 18:18:50  
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: SANDRA MIREYA SANCHEZ NA 26/07/2025 19:44:24

1591257

Documento electrónico: 0fb4e24d24fca82c5b3d87772721bde78a5b0fcb93ce7416402bce4ba8b5961c  
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 4 de 4