



FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA
Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO MONTAÑO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) BALLEN	NOMBRES YENNY MARCELA
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 1071941067	GENERO F ☒ M ☐ NB ☐	NACIONALIDAD COL. ☒ EXTRANJERO ☐ PAÍS COLOMBIA
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐ NÚMERO	D.M.	
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 15 MES 09 AÑO 1995 PAÍS COLOMBIA DEPTO CUNDINAMARCA MUNICIPIO SAN CAYETANO	DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA SERCTOR LA LOMA VDA AGUA COLORADA PAÍS COLOMBIA DEPTO CUNDINAMARCA MUNICIPIO VILLA DE SAN DIEGO DE TELÉFONO EMAIL yenny15.montab@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		BASICA SECUNDARIA	
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA	FECHA DE GRADO				
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	1X°	MES		AÑO	

EDUCACIÓN 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	
PREGRADO	4		X	AUXILIAR DE ENFERMERIA			RESOL 25-03758

3

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN Estricto ORDEN CRONOLÓGICO; EN LA MODALIDAD, ESCRIBA:

INF (EDUCACIÓN INFORMAL)

TR_DES (EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO)

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4

IDIOMAS

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

5

EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR																	
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL ABACU CALDERON				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA									
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA			MUNICIPIO CARMEN DE CARUPA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD									
TELÉFONOS 3112197385			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO									
	Día	01	Mes	02	Año	2026		Día	31	Mes	05	Año	2026				
CARGO O CONTRATO ACTUAL TECNICA EN AUXILIAR DE ENFERIA			DEPENDENCIA AUX DE ENFERMERIA					DIRECCIÓN CALLE 2 # 1 E-50									
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR																	
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL ABACU CALDERON				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA									
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA			MUNICIPIO CARMEN DE CARUPA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD									
TELÉFONOS 3112197385			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO									
	Día	01	Mes	08	Año	2025		Día	31	Mes	12	Año	2025				
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAER DE ENFERMERIA			DEPENDENCIA AUXILIAR DE ENFERMERIA					DIRECCIÓN CALLE 2 # 1 E-50									

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR															
EMPRESA O ENTIDAD CENTRO DE SALUD - CUCUNUBA				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA				MUNICIPIO CUCUNUBÁ				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD							
TELÉFONOS 3107700833				FECHA DE INGRESO				FECHA DE RETIRO							
				Día	01	Mes	11	Año	2024	Día	30	Mes	12	Año	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL GEBI APS				DEPENDENCIA AUXILIAR DE ENFERMERIA				DIRECCIÓN CARRERA null null null 4 4-61							
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR															
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL EL SALVADOR DE UBATE				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA				MUNICIPIO VILLA DE SAN DIEGO DE UBATÉ				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD							
TELÉFONOS				FECHA DE INGRESO				FECHA DE RETIRO							
				Día	16	Mes	03	Año	2023	Día	30	Mes	11	Año	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL GESTOR				DEPENDENCIA AUXILIAR DE ENFERMERIA				DIRECCIÓN CALLE 6 4 93							
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR															
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL EL SALVADOR DE UBATE				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA				MUNICIPIO VILLA DE SAN DIEGO DE UBATÉ				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD							
TELÉFONOS				FECHA DE INGRESO				FECHA DE RETIRO							
				Día	06	Mes	03	Año	2022	Día	30	Mes	11	Año	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL GESTOR				DEPENDENCIA AUXILIAR ENFERMERIA				DIRECCIÓN CARRERA 4 5 55							
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR															
EMPRESA O ENTIDAD FAMILIA DE LA HOZ				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA				MUNICIPIO VILLA DE SAN DIEGO DE UBATÉ				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD							
TELÉFONOS 3222258307				FECHA DE INGRESO				FECHA DE RETIRO							
				Día	01	Mes	06	Año	2021	Día	14	Mes	11	Año	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR DE ENFERMERIA				DEPENDENCIA CUIDADO AL ADULTO MAYOR				DIRECCIÓN UBATE							

6

EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE															
INSTITUCIÓN EDUCATIVA				PÚBLICA		PRIVADA		PAÍS							
DEPARTAMENTO				MUNICIPIO				CORREO ELECTRÓNICO							
TELÉFONOS				FECHA DE INGRESO				FECHA DE RETIRO							
				Día:		Mes:		Año:		Día:		Mes:		Año:	
AREA DE CONOCIMIENTO				NIVEL EDUCATIVO				DIRECCIÓN							

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

7

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	2	4
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	5
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

8

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

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

9

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