



# FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente  
E.S.E.



Última Actualización: 06-jun-2024

Fecha Validación: 06-jun-2024

## 1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO TEHERAN	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) TURIZO	NOMBRES DANNYS IVETH
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C <input checked="" type="radio"/> C.E <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 45690892	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 <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> 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 COMERCIAL		
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA	FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	DICIEMBRE	AÑO	1996

### 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	2	X	ESPECIALIZACION EN GERENCIA DE LA CALIDAD Y AUDITORIA EN SALUD	5 2013	
Especialización universitaria	3	X	ESPECIALIZACION EN EPIDEMIOLOGIA	8 2007	
Universitaria	8	X	ENFERMERIA	5 2001	77742

Firma electronica validador: FREDDY ALONSO BUITRAGO PAEZ 06/06/2024 10:04:37

1324109

Documento electrónico: 180e54190ae2fe483483d278f46ea1bd34e7a64114c832ab708f7ef4993197c7  
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 1 de 5



# FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente  
E.S.E.



Última Actualización: 06-jun-2024

Fecha Validación: 06-jun-2024

## OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
DIPLOMADO DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	ICONTEC	2016	116
DIPLOMADO VERIFICADORES DE	UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA	2015	120
DIPLOMADO SISTEMA UNICO DE	UNIVERSIDAD DISTRITAL FRANCISCO JOSE DE	2014	192
VERIFICADOR DE LOS ESTANDARES DE	UNIVERSIDAD DEL BOSQUE	2007	150

## 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	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.	subservicios@subrednorte.gov.co	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
6014431790	DIA <input type="text" value="2"/> MES <input type="text" value="2"/> AÑO <input type="text" value="2023"/>		DIA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
dir complementarios	subgerencia de prestacion de servicio	calle 66 # 15 - 41	

Firma electronica validador: FREDDY ALONSO BUITRAGO PAEZ 06/06/2024 10:04:37

1324109

Documento electrónico: 180e54190ae2fe483483d278f46ea1bd34e7a64114c832ab708f7ef4993197c7  
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 2 de 5



# FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente  
E.S.E.



Última Actualización: 06-jun-2024

Fecha Validación: 06-jun-2024

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 GLOBAL LIFE AMBULANCIAS SAS	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD talentohumano@glambulancias.com	
TELÉFONOS 6722844	FECHA DE INGRESO DIA 4 MES 7 AÑO 2020		FECHA DE RETIRO DIA 31 MES 1 AÑO 2023
CARGO O CONTRATO DIRECTORA TECNICA	DEPENDENCIA GERENCIA	DIRECCIÓN CALLE 163 # 16c - 62	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD gerencia@subresuroccidente.gov.co	
TELÉFONOS 11001	FECHA DE INGRESO DIA 2 MES 5 AÑO 2017		FECHA DE RETIRO DIA 30 MES 6 AÑO 2020
CARGO O CONTRATO directora de servicios complementarios	DEPENDENCIA subgerencia de prestación de servicios	DIRECCIÓN calle 9 # 39 - 46	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL VISTA HERMOSA ESE I NIVEL	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD urgencias_vh@hospitalvistahermosa.gov.co	
TELÉFONOS 7300000	FECHA DE INGRESO DIA 5 MES 6 AÑO 2012		FECHA DE RETIRO DIA 1 MES 5 AÑO 2017
CARGO O CONTRATO ENFERMERA	DEPENDENCIA SUGERENCIAS DE SERVICIOS DE SALUD	DIRECCIÓN CALLE 67 SUR N 18C 12	

Firma electronica validador: FREDDY ALONSO BUITRAGO PAEZ 06/06/2024 10:04:37

1324109

Documento electrónico: 180e54190ae2fe483483d278f46ea1bd34e7a64114c832ab708f7ef4993197c7  
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 3 de 5



# FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente  
E.S.E.



Última Actualización: 06-jun-2024

Fecha Validación: 06-jun-2024

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 ACIEL COLOMBIA SOLUCIONES MEDICAS	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD jospina@acielcolombia.com	
TELÉFONOS 3152075411	FECHA DE INGRESO DIA <input type="text" value="1"/> MES <input type="text" value="3"/> AÑO <input type="text" value="2011"/>		FECHA DE RETIRO DIA <input type="text" value="31"/> MES <input type="text" value="5"/> AÑO <input type="text" value="2012"/>
CARGO O CONTRATO COORDINADORA NACIONAL DE PYP	DEPENDENCIA SERVICIOS DE SALUD	DIRECCIÓN CRA 31 30A 26	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD MUTUAL SER EPSS	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD www.mutualser.org	
TELÉFONOS 3720484	FECHA DE INGRESO DIA <input type="text" value="15"/> MES <input type="text" value="9"/> AÑO <input type="text" value="2003"/>		FECHA DE RETIRO DIA <input type="text" value="30"/> MES <input type="text" value="9"/> AÑO <input type="text" value="2009"/>
CARGO O CONTRATO GESTORA PARA EL MEJORAMIENTO DE	DEPENDENCIA SERVICIOS DE SALUD	DIRECCIÓN AV CARACAS N 22 21	

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	9	10
Pública	9	5
Total	19	3

Firma electronica validador: FREDDY ALONSO BUITRAGO PAEZ 06/06/2024 10:04:37

1324109

Documento electrónico: 180e54190ae2fe483483d278f46ea1bd34e7a64114c832ab708f7ef4993197c7  
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 4 de 5



# FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente  
E.S.E.



Última Actualización: 06-jun-2024

Fecha Validación: 06-jun-2024


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. - 06-jun-2024  
Ciudad y fecha del diligenciamiento

Firma electrónica:   
DANNYS IVETH TEHERAN TURIZO 06/06/2024 08:20:04  
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.

Bogotá, 06 de junio del 2024  
Ciudad y fecha

  
NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

Firma electronica validador: FREDDY ALONSO BUITRAGO PAEZ 06/06/2024 10:04:37