FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Secretaría Distrital De Salud

Sideap 2.0

Última Actualización: 24-nov-2026

Fecha Validación: 24-nov-2026

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
ARIZA	ROMERO	LINDA VICTORIA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 37324742

SEXO: F (X) M ( )

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( )

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NUMERO _____ D.M _____

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA [redacted] MES [redacted] AÑO [redacted]

PAÍS [redacted]

DEPTO [redacted]

CIUDAD [redacted]

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA [redacted]

PAÍS [redacted] DEPTO [redacted]

CIUDAD [redacted] TELEFONO [redacted]

EMAIL [redacted]

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
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO
1°.	2°.	3°.	4°.	5°.	6°.	7°.	8°.	9°.	10°.	11°.	MES NOVIEMBRE AÑO 1988
										X	

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	GRADUADO NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TITULO OBTENIDO	TERMINACIÓN MES	TERMINACIÓN AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
Maestría	3	X		MAGÍSTER EN ADMINISTRACIÓN DE NEGOCIOS GLOBALES	6	2017	
Especialización universitaria	2	X		ESPECIALIZACION EN AUDITORIA DE SALUD	3	2001	
Especialización universitaria	3	X		ESPECIALIZACION EN GERENCIA DE INSTITUCIONES DE SEGURIDAD SOCIAL EN	6	1999	
Universitaria	12	X		MEDICINA	6	1996	01349198

Firma electrónica validador: JULIAN SANTIAGO PINTO BALLESTEROS 24/11/2026 14:41:26

Documento electrónico: 5513c6dcbe59172819f82cfd7bb2006895e00ae4adfcedf4dc64bf6ebb361f45

NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

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)

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 Secretaría Distrital De Salud	*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	*MUNICIPIO* Bogotá D.C.		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* contactenos@saludcapital.gov.co
TELÉFONOS 3649090	*FECHA DE INGRESO* DIA 1 MES 9 AÑO 2025		*FECHA DE RETIRO* DIA MES AÑO
CARGO O CONTRATO Director Técnico Código 009, Grado 07, de la	*DEPENDENCIA* SUBSECRETARIA DE SERVICIOS DE		*DIRECCIÓN* CARRERA 32 12 81

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD Secretaría Distrital De Salud	*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	*MUNICIPIO* Bogotá D.C.		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* contactenos@saludcapital.gov.co
TELÉFONOS 3649090	*FECHA DE INGRESO* DIA 1 MES 8 AÑO 2024		*FECHA DE RETIRO* DIA 29 MES 8 AÑO 2025
CARGO O CONTRATO Subdirector Técnico 068, Grado 06, de la	*DEPENDENCIA* DIRECCIÓN DE URGENCIAS Y		*DIRECCIÓN* CRA 32 12 81

Firma electrónica validador: JULIAN SANTIAGO PINTO BALLESTEROS 24/11/2026 14:41:26

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*
Superintendecia Nacional de Salud	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	correointernosns@supersalud.gov.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
018000513700	DIA 4 MES 6 AÑO 2019	DIA 6 MES 2 AÑO 2024

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
Asesor de despacho	Delegada de Operadores logísticos de	Carrera 68A N.º 24B – 10

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
Dirección General de Sanidad Militar	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	atencion.usuario@sanidadfuerzasmilitares.mil.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
0180051847095	DIA 1 MES 12 AÑO 2005	DIA 12 MES 4 AÑO 2019

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
Servidor misional en sanidad militar	Subdirección de salud	av calle 26 #69-76

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
Dirección general de Sanidad Militar	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	atencion.usuario@sanidadfuerzasmilitares.mil.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
0180051847095	DIA 26 MES 4 AÑO 2001	DIA 29 MES 3 AÑO 2005

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
Coordinador de grupo	Subdirección de salud	Av calle 26 #69-76

Firma electrónica validador: JULIAN SANTIAGO PINTO BALLESTEROS 24/11/2026 14:41:26

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Secretaría Distrital De Salud

Sideap 2.0

Última Actualización: 24-nov-2026

Fecha Validación: 24-nov-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	0	0
Pública	24	3
Total	24	3

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE SI ___ NO _X_ 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. - 24-nov-2026

Ciudad y fecha del diligenciamiento

Firma electrónica:

LINDA VICTORIA ARIZA ROMERO 24/11/2026 11:07:40

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: JULIAN SANTIAGO PINTO BALLESTEROS 24/11/2026 14:41:26

Documento electrónico: 5513c6dcbe59172819f82cfd7bb2006895e00ae4adfcedf4dc64bf6ebb361f45

NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente