



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Secretaría Distrital De Salud



Última Actualización: 09-jul-2024

Fecha Validación: 16-jul-2024

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO ARIZA	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) ROMERO	NOMBRES LINDA VICTORIA
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 37324742	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. _____		

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

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
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 electronica validador: HUGO ALDEMAR SOLORZANO TAUTIVA 16/07/2024 08:08:14

1343185

Documento electrónico: ebfccc6475b03d5526bb10765d283d8e3d1b4383637f3716a2223e2899a6bf5c
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 De Salud



Última Actualización: 09-jul-2024

Fecha Validación: 16-jul-2024

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 Superintendencia Nacional de Salud	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD correointernosns@supersalud.gov.co	
TELÉFONOS 018000513700	FECHA DE INGRESO DÍA 4 MES 6 AÑO 2019	FECHA DE RETIRO DÍA 6 MES 2 AÑO 2024	
CARGO O CONTRATO Asesor de despacho	DEPENDENCIA Delegada de Operadores logísticos de	DIRECCIÓN Carrera 68A N.º 24B – 10	

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD Dirección General de Sanidad Militar	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD atencion.usuario@sanidadfuerzasmilitares.mil.co	
TELÉFONOS 0180051847095	FECHA DE INGRESO DÍA 1 MES 12 AÑO 2005	FECHA DE RETIRO DÍA 12 MES 4 AÑO 2019	
CARGO O CONTRATO Servidor misional en sanidad militar	DEPENDENCIA Subdirección de salud	DIRECCIÓN av calle 26 #69-76	

Firma electronica validador: HUGO ALDEMAR SOLORZANO TAUTIVA 16/07/2024 08:08:14

1343185

Documento electrónico: ebfdcc6475b03d5526bb10765d283d8e3d1b4383637f3716a2223e2899a6bf5c
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 De Salud



Última Actualización: 09-jul-2024

Fecha Validación: 16-jul-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 Dirección general de Sanidad Militar	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD atencion.usuario@sanidadfuerzasmilitares.mil.co	
TELÉFONOS 0180051847095	FECHA DE INGRESO DIA <input type="text" value="26"/> MES <input type="text" value="4"/> AÑO <input type="text" value="2001"/>		FECHA DE RETIRO DIA <input type="text" value="29"/> MES <input type="text" value="3"/> AÑO <input type="text" value="2005"/>
CARGO O CONTRATO Coordinador de grupo	DEPENDENCIA Subdirección de salud	DIRECCIÓN Av calle 26 #69-76	

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	21	11
Total	21	11

Firma electronica validador: HUGO ALDEMAR SOLORZANO TAUTIVA 16/07/2024 08:08:14

1343185

Documento electrónico: ebfdcc6475b03d5526bb10765d283d8e3d1b4383637f3716a2223e2899a6bf5c
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 De Salud



Última Actualización: 09-jul-2024

Fecha Validación: 16-jul-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. - 09-jul-2024
Ciudad y fecha del diligenciamiento

Firma electrónica:
LINDA VICTORIA ARIZA ROMERO 09/07/2024 13:01:09
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: HUGO ALDEMAR SOLORZANO TAUTIVA 16/07/2024 08:08:14

1343185

Documento electrónico: ebfdcc6475b03d5526bb10765d283d8e3d1b4383637f3716a2223e2899a6bf5c
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 4 de 4