FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.

Sideap 2.0

Última Actualización: 25-nov-2020

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
LANCHEROS	NARANJO	FABIO ALFONSO

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 19208336

SEXO: F ( ) M (X)

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( )

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE (X) NUMERO 209516 D.M 1

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 4 MES SEP AÑO 1953

PAÍS Colombia

DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C.

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

Carrera 67 173 -A- 89

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 6693220

EMAIL fabiolancheros@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 BASICA											*TITULO* BACHILLER ACADÉMICO
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		*FECHA DE GRADO*
1°.	*2°.*	*3°.*	*4°.*	*5°.*	*6°.*	*7°.*	*8°.*	*9°.*	*10°.*	*11°.*	MES NOVIEMBRE AÑO 1970
										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	4	X		MAESTRIA EN MEDICINA ALTERNATIVA	12	2010	19208336
Maestría	4	X		MAESTRIA EN EDUCACION	4	2005	19208336
Especialización médico	6	X		Especialización en Pediatría	10	1984	19208336
Universitaria	12	X		Medicina	6	1979	19208336

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	*INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN*	*AÑO TERMINACIÓN*	*HORAS*
II CORSO DE ACTUALIZACIÓN EN	HOSPITAL DE LA MISERICORDIA	2012	24
IV SIMPOSIO INTERNACIONAL DE	UNIOVERSIDAD DEL BOSQUE	2012	24
VI CONGRESO NACIONAL DE OSTEOPOROSIS	ASOCIACION COLOMBIANA DE OSTEOLOGIA Y	2011	24
II SIMPOSIO INTERNACIONAL DE	TEXAS CHILDREN HOSPITAL. HOUSTON. TEXAS	2010	24
AVANCES Y APLICACIONES DE LA BIOLOGÍA	UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA	2008	32
VIII CONGRESO COLOMBIANO DE	ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE NEUMOLOGIA	2008	20
VII CONGRESO COLOMBIANO DE	ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE	2008	30
CURSO DE EXTENSIÓN EN MEDICINA	UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA	2006	540
XXIV CURSO DE ATUALIZACIONNES	FUNDACIÓN SANTA FE DE BOGOTA	2006	18
VII CONGRESO COLOMBIANO DE NEUMOLOGIA	ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE NEUMOLOGIA Y	2006	20
V CONGRESO COLOMBIANO DE	ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE	2006	18

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
inglés		X			X			X	
ruso		X			X			X	

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@subredsur.gov.co
TELÉFONOS 7300000	*FECHA DE INGRESO* DIA 2 MES 9 AÑO 2009		*FECHA DE RETIRO* DIA MES AÑO
CARGO O CONTRATO MEDICO PEDIATRA	*DEPENDENCIA* PEDIATRIA		*DIRECCIÓN* CARRERA 20 47 B35 SUR

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.

Sideap 2.0

Última Actualización: 25-nov-2020

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: MINISTERIO DE AGRICULTURA	*PÚBLICA*: X	*PRIVADA*	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: atencionalciudadano@minagricultura.gov.co	
TELÉFONOS: 2543300	*FECHA DE INGRESO*: DIA 2 MES 2 AÑO 1987	*FECHA DE RETIRO*: DIA 15 MES 7 AÑO 1990	
CARGO O CONTRATO: MEDICO PEDIATRA	*DEPENDENCIA*: TALENTO HUMANO	*DIRECCIÓN*: AVENIDA JIMENEZ No. 7 65	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: SECRETARIA DE SALUD DEL VICHADA	*PÚBLICA*: X	*PRIVADA*	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Vichada	*MUNICIPIO*: Puerto Carreño	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: secsaludvichada.gov.co	
TELÉFONOS: 85654210	*FECHA DE INGRESO*: DIA 10 MES 10 AÑO 1979	*FECHA DE RETIRO*: DIA 20 MES 9 AÑO 1981	
CARGO O CONTRATO: MEDICO RURAL	*DEPENDENCIA*: TALENTO HUMANO	*DIRECCIÓN*: AVENIDA ORINOCO CALLE 10	

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	16	7
Total	16	7

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.

Sideap 2.0

Última Actualización: 25-nov-2020

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE SI ___ NO X ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOPATIBILIDAD 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).

Ciudad y fecha del diligenciamiento

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