



## REQUISITOS PARA POSESIÓN DE DOCENTES Y DE DIRECTIVOS DOCENTES EN PERIODO DE PRUEBA (POR PRIMERA VEZ O NO ACTIVOS)

- <b>EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO</b> (EN LA IPS DEL LISTADO ANEXO) O EN PREVENIR 1 A CARRERA 20 # 12 – 32 BARRIO SAN FRANCISCO (SANTA MARTA) FRENTE AL EDIFICIO DAVINCI ( <b>SEGÚN SEAN CITADOS</b> ) NO TIENE COSTO NO DEBEN IR EN AYUNAS
- PAGAR ESTAMPILLA, EN LA OFICINA DE GESTIÓN TRIBUTARIA EN LA DIRECCIÓN CALLE 22 # 15 – 21 FRENTE A LA CLÍNICA CEHOCA EN SANTA MARTA Y O COMUNICARSE AL SIGUIENTE CORREO <a href="mailto:gestiontributaria@magdalena.gov.co">gestiontributaria@magdalena.gov.co</a>
.1 FOTO TAMAÑO 3X4 FONDO BLANCO
.1 CARPETA CAFÉ TAMAÑO OFICIO
. 2 - FOTOCOPIAS DE LA CEDULA AL 150%
. 2 - REGISTROS CIVILES LEGIBLES
1. COPIA DE ACTA DE ESCOGENCIA DE PLAZA
. ACREDITAR LA DEFINICIÓN DE LA SITUACIÓN MILITAR
. 2 COPIAS DE LOS <b>DIPLOMAS</b> Y DE LAS <b>ACTAS</b> DE GRADO DE LOS ESTUDIOS FORMALES (DE BACHILLER, NORMALISTA, LICENCIADO, ESPECIALISTA Y DEMÁS)
- CERTIFICADOS DE EXPERIENCIA LABORAL (EN CASO DE TENERLA, DONDE SE INDIQUE CARGO, INICIO Y FINALIZACIÓN DE LABORES)
<b>ADJUNTO LOS SIGUIENTES FORMATOS PARA QUE LOS IMPRIMAN, LOS LLENEN Y LOS FIRMEN (NO CAMBIAR NINGÚN FORMATO ESTIPULADO)</b>
.1 FORMATO DE AUTORIZACIÓN DE NOTIFICACIÓN POR CORREO ELECTRÓNICO IMPRIMIR LLENAR Y COLOCAR HUELLA
. 1 FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA DE LA FUNCIÓN PÚBLICA, DILIGENCIADO Y FIRMADO
. 1 FORMATO DE BIENES Y RENTAS DE LA FUNCIÓN PÚBLICA, DILIGENCIADO Y FIRMADO
. 2 FORMATOS DE FIDUPREVISORA, DILIGENCIADO Y FIRMADO
. 1 FORMATO DE DECLARACIÓN JURAMENTADA POR ALIMENTOS
. 1 OFICIO DE ACEPTACIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN PERIODO DE PRUEBA
. 1 FORMATO DE NO DEVENGAR SALARIOS CON EL ESTADO, DILIGENCIADO Y FIRMADO
. 2 FORMULARIO DE AFILIACIÓN A CAJAMAG VERSIÓN 9, DILIGENCIADO Y FIRMADO POSTERIOR A LA FIRMA DE LA OFICINA DE TALENTO HUMANO DE LA SECRETARIA DE EDUCACION, EL PROCESO DE AFILIACIÓN ANTE CAJAMAG, DEBE HACERLO PERSONALMENTE, ADJUNTANDO LOS SOPORTES DE LOS BENEFICIARIOS A REGISTRAR (HIJOS Y DEMÁS QUE VA A AFILIAR)
. 1 CERTIFICADO DE CUENTA DE AHORROS ACTUALIZADO Y ACTIVADO (NO SUPERIOR A 30 DÍAS DE EXPEDICIÓN)
. EN CASO DE ESTAR VINCULADO AL SIGEP, EN OTRA ENTIDAD DEBERÁ SOLICITAR QUE SU HV SEA DESVINCULADA Y DESASOCIADA EN EL MENCIONADO SISTEMA
UNA VEZ HAYA FIRMADO EL ACTA DE POSESIÓN DEBEN PRESENTARSE INMEDIATAMENTE ANTE EL (LA) RECTOR (A) DE LA INSTITUCIÓN ASIGNADA Y SOLICITAR LA CERTIFICACIÓN DE INICIO DE LABORES, <b>LA CUAL DEBE SER ENVIADA POR EL SAC</b>
<b>LA DOCUMENTACIÓN DEBEN APORTARLA COMPLETA, FIRMADA, Y LEGIBLE SIN EXCEPCIÓN</b>
<b>DOCUMENTOS QUE APORTA LA SECRETARÍA DE EDUCACIÓN DEPARTAMENTAL</b>
. ANTECEDENTES POLICÍA
. ANTECEDENTES DE MEDIDAS CORRECTIVAS RNMC POLICÍA
. ANTECEDENTES CONTRALORÍA
. ANTECEDENTES PROCURADURÍA
. CERTIFICADO DE INDUCCIÓN

DIRECCIÓN POSESIÓN: SECRETARIA DE EDUCACIÓN DEPARTAMENTAL CARRERA 12 # 18 – 56 EDIFICIO LOS CORALES EN LA AVENIDA DE LOS ESTUDIANTES



## IPS HABILITADAS PARA LOS EXAMENES MÉDICOS OCUPACIONALES

CIUDAD	IPS	DIRECCION
SANTA MARTA	PREVENIR 1 A	CRA 20 # 12-32 BARRIO SAN FRANCISCO
VALLEDUPAR	APREHSI IPS	TRANSVERSAL 18 B # 20-32 LAS DELICIAS
BARRANQUILLA	SSTA CONSULTING	CARRERA 47 # 79-129- BARRIO PORVENIR
CARTAGENA	GSL OCUPACIONAL	BARRIO MANGA AV. LACIDES SEGOVIA CALLE 26 # 15- 114
RIOHACHA	APREHSI IPS	CARRERA 10 # 14-60 BARRIO LIBERTADOR DIAGONAL A COOMEVA

**IMPORTANTE:** Los Exámenes médicos ocupacionales no tienen costo, tampoco debe asistir en ayunas.



## AUTORIZACIÓN NOTIFICACIÓN POR CORREO ELECTRÓNICO

Yo, \_\_\_\_\_, identificado con  
cedula de ciudadanía No. \_\_\_\_\_ expedida en  
\_\_\_\_\_, por medio del presente **AUTORIZO** a la  
Secretaria de Educación del Magdalena para que esta en uso de las  
facultades que la ley le otorga (ley 1437 de 2011 artículo 56 y el Decreto 491  
de 2020 en sus artículos 3 y 4), pueda **NOTIFICARME** de cualquier  
actuación de carácter administrativo que se desprenda y sea proferida por  
esa entidad, al correo electrónico:

\_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_.

Dirección: \_\_\_\_\_.

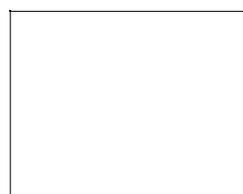
Municipio y Fecha: \_\_\_\_\_.

Numero Resolución \_\_\_\_\_

Atentamente,

\_\_\_\_\_  
C.C.

HUELLA



Favor enviar este formato al siguiente correo:

[notificacionessac@sedmagdalena.gov.co](mailto:notificacionessac@sedmagdalena.gov.co)

Ley 1437 de 2011, Artículo 56: Las autoridades podrán notificar sus actos a través de medios electrónicos, siempre que el administrado haya aceptado este medio de notificación.

Sin embargo, durante el desarrollo de la actuación el interesado podrá solicitar a la autoridad que las notificaciones sucesivas no se realicen por medios electrónicos, sino de conformidad con los otros medios previstos en el Capítulo Quinto del presente Título.

La notificación quedará surtida a partir de la fecha y hora en que el administrado acceda al acto administrativo, fecha y hora que deberá certificar la administración.



# FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

ENTIDAD RECEPTORA

## 1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO ( O DE CASADA )		NOMBRES	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. _____			SEXO F <input type="radio"/> M <input type="radio"/>	NACIONALIDAD COL. <input type="radio"/> EXTRANJERO <input type="radio"/>	PAÍS _____
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE <input type="radio"/> SEGUNDA CLASE <input type="radio"/> NÚMERO _____ D.M. _____					
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> PAÍS _____ DEPTO. _____ MUNICIPIO _____			DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA _____ PAÍS _____ DEPTO. _____ MUNICIPIO _____ TELÉFONO _____ 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 OBTENIDO:	
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO	
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	11	MES	AÑO
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>										

**EDUCACION 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	

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

# FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

3

## EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text"/> <input type="text"/> MES <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text"/> <input type="text"/> MES <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA		DIRECCIÓN
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text"/> <input type="text"/> MES <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text"/> <input type="text"/> MES <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA		DIRECCIÓN
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text"/> <input type="text"/> MES <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text"/> <input type="text"/> MES <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA		DIRECCIÓN
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text"/> <input type="text"/> MES <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text"/> <input type="text"/> MES <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA		DIRECCIÓN

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA.

FORMATO ÚNICO  
**HOJA DE VIDA**

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

**4 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		
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO		
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
<b>TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA</b>		

**5 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

**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

**FORMULARIO UNICO  
DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS  
Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA  
PERSONA NATURAL  
(LEY 190 DE 1995)**

ENTIDAD RECEPTORA
-------------------

1. DECLARACION JURAMENTADA				
1.1. DE BIENES Y RENTAS				
YO,				
IDENTIFICADO CON: C.C.    C.E.    T.I.    N°    CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:				
País	Departamento	Municipio		
Dirección		Teléfonos		
Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:				
NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO		
DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTICULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995, <b>PARA TOMAR POSESION    PARA RETIRARME    PARA ACTUALIZACION</b> <b>PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE</b> , QUE LOS UNICOS BIENES Y RENTAS QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACION:				
a) Los ingresos y rentas que obtuve en el "último" año gravable fueron:				
CONCEPTO	VALOR			
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES				
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS				
GASTOS DE REPRESENTACION	-			
ARRIENDOS	-			
HONORARIOS	-			
OTROS INGRESOS Y RENTAS	-			
<b>TOTAL</b>	<b>\$ -</b>			
b) Las cuentas corrientes y de ahorro que poseo en Colombia y en el exterior son:				
ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:				
TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR		

EMPLEADOR O CONTRATANTE

**1.1 DE BIENES Y RENTAS (CONTINUACION)**

d) Las acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR

**1.2. DE PARTICIPACION EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y ASOCIACIONES**

a) En la actualidad participo como miembro de las siguientes juntas y consejos directivos:

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO

b) A la fecha soy socio de las siguientes corporaciones, sociedades y/o asociaciones:

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO

c) En la actualidad: **SI** **NO** tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE	DOCUMENTO DE IDENTIFICACION			N°
	C.C.	C.E.	T.I.	

**2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA**

Las actividades económicas de carácter privado, adicionales a las declaradas anteriormente, que he venido desarrollando de forma ocasional o permanente son las siguientes:

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION

**3. FIRMA**

\_\_\_\_\_

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

\_\_\_\_\_

CIUDAD Y FECHA

DAFP-OAP



**HISTORIA LABORAL**

Relacione su experiencia laboral, empezando por el actual, en estricto orden cronológico

Tiempo total de servicio en meses:

Empresa o Entidad <input type="text"/>		Privada <input type="checkbox"/>	Pública <input type="checkbox"/>
Dirección <input type="text"/>		Teléfonos <input type="text"/>	
Departamento <input type="text"/>	Municipio <input type="text"/>	País <input type="text"/>	
Acto administrativo de nombramiento: <input type="text"/>		Número <input type="text"/>	Fecha <input type="text"/>
Fecha Posesión <input type="text"/>			Fecha de Retiro <input type="text"/>
Cargo <input type="text"/>		Asignación básica \$	<input type="text"/>
Fuente de Recursos <input type="text"/>	Grado escalafón		<input type="text"/>
<u>Entidad a la cual ha aportado:</u>			
Salud <input type="text"/>	Nít		<input type="text"/>
Pensión <input type="text"/>	Nít		<input type="text"/>
Cesantías <input type="text"/>	Nít		<input type="text"/>

Empresa o Entidad <input type="text"/>		Privada <input type="checkbox"/>	Pública <input type="checkbox"/>
Dirección <input type="text"/>		Teléfonos <input type="text"/>	
Departamento <input type="text"/>	Municipio <input type="text"/>	País <input type="text"/>	
Acto administrativo de nombramiento: <input type="text"/>		Número <input type="text"/>	Fecha <input type="text"/>
Fecha Posesión <input type="text"/>			Fecha de Retiro <input type="text"/>
Cargo <input type="text"/>		Asignación básica \$	<input type="text"/>
Fuente de Recursos <input type="text"/>	Grado escalafón		<input type="text"/>
<u>Entidad a la cual ha aportado:</u>			
Salud <input type="text"/>	Nít		<input type="text"/>
Pensión <input type="text"/>	Nít		<input type="text"/>
Cesantías <input type="text"/>	Nít		<input type="text"/>

Empresa o Entidad <input type="text"/>		Privada <input type="checkbox"/>	Pública <input type="checkbox"/>
Dirección <input type="text"/>		Teléfonos <input type="text"/>	
Departamento <input type="text"/>	Municipio <input type="text"/>	País <input type="text"/>	
Acto administrativo de nombramiento: <input type="text"/>		Número <input type="text"/>	Fecha <input type="text"/>
Fecha Posesión <input type="text"/>			Fecha de Retiro <input type="text"/>
Cargo <input type="text"/>		Asignación básica \$	<input type="text"/>
Fuente de Recursos <input type="text"/>	Grado escalafón		<input type="text"/>
<u>Entidad a la cual ha aportado:</u>			
Salud <input type="text"/>	Nít		<input type="text"/>
Pensión <input type="text"/>	Nít		<input type="text"/>
Cesantías <input type="text"/>	Nít		<input type="text"/>

\* En la casilla Fuente de Recursos coloque: **3** - Recursos Propios, **8** - Sistema General de Participaciones

Para todos los efectos legales certifico que los datos por mi anotados en el presente formato de hoja de vida son veraces y manifiesto bajo la gravedad de juramento que Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ me encuentro dentro de las causales de inhabilidad e incompatibilidad del orden constitucional o legal para ejercer cargo público.

\_\_\_\_\_  
Firma del Servidor Público

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma del Jefe de Personal

NOTA: Si requiere adicionar más experiencia laboral, imprima nuevamente esta hoja.

Ciudad: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Señores

**SECRETARÍA DE EDUCACIÓN DEPARTAMENTAL DEL MAGDALENA**

Presente

Yo, \_\_\_\_\_,

identificado(a) con la Cédula de Ciudadanía No. \_\_\_\_\_ expedida en

\_\_\_\_\_. Con el fin de tomar posesión para el cargo

de \_\_\_\_\_

en la Institución Educativa Departamental \_\_\_\_\_

del municipio de \_\_\_\_\_, del Magdalena según

DECRETO No. \_\_\_\_\_ de fecha \_\_\_\_\_, **ME**

**PERMITO DECLARAR BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO, QUE NO**

**TENGO CONOCIMIENTO DE PROCESOS PENDIENTES DE CARÁCTER**

**ALIMENTARIO EN MI CONTRA.**

**Lo anterior, de acuerdo con el artículo No. 648 del 19 de abril de 2017.**

Atentamente,

\_\_\_\_\_  
**NOMBRE Y FIRMA**

Cédula No: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Señores

**SECRETARÍA DE EDUCACIÓN DEPARTAMENTAL DEL MAGDALENA**

**REF. ACEPTACIÓN NOMBRAMIENTO EN PERIODO DE PRUEBA**

Yo, \_\_\_\_\_,

identificado(a) con la Cédula de Ciudadanía No. \_\_\_\_\_ expedida en

\_\_\_\_\_, manifiesto a ustedes que **ACEPTO** el

nombramiento **EN PERIODO DE PRUEBA** para el cargo de

\_\_\_\_\_.

I.E.D. \_\_\_\_\_

Municipio de \_\_\_\_\_, del Magdalena para el

cual fui nombrado (a) mediante DECRETO No. \_\_\_\_\_ de fecha

\_\_\_\_\_.

Atentamente,

\_\_\_\_\_  
**NOMBRE Y FIRMA**

Cédula No: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Señores  
**SECRETARÍA DE EDUCACIÓN DEPARTAMENTAL DEL MAGDALENA**  
L.C.

Yo, \_\_\_\_\_,  
identificado(a) con la Cédula de Ciudadanía No. \_\_\_\_\_ expedida en  
\_\_\_\_\_.

Manifiesto libremente, bajo la gravedad de juramento que no devengo salario por parte del Estado, y no me encuentro incurso en inhabilidad o incompatibilidad para ocupar cargos públicos.

Atentamente,

\_\_\_\_\_  
**NOMBRE Y FIRMA**

Cédula No: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_



## INFORMACIÓN PARA DILIGENCIAR LOS FORMATOS DE CAJAMAG

### RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA

- GOBERNACIÓN DEL MAGDALENA

### NIT DE LA EMPRESA

- 800103920-6

### DIRECCIÓN DE LA EMPRESA:

- CARRERA 12 No. 18-56 EDIFICIO LOS CORALES  
AVENIDA DE LOS ESTUDIANTES

### CIUDAD

- SANTA MARTA, MAGDALENA

### TELEFÓNO FIJO

- 654209645

### CORREO ELECTRÓNICO:

- [talentohumano@sedmagdalena.gov.co](mailto:talentohumano@sedmagdalena.gov.co)



**INFORMACIÓN RESERVADA PARA LA CAJA**

<input type="checkbox"/> INSCRIPCIÓN NUEVO TRABAJADOR	<input type="checkbox"/> TRASPASO	<b>TIPO DE AFILIADO</b> <input type="checkbox"/> DEPENDIENTE <input type="checkbox"/> SERVICIO DOMESTICO <input type="checkbox"/> MADRE COMUNITARIA <input type="checkbox"/> TAXISTA	<input type="checkbox"/> TRAB. INDEPENDIENTE 0.6%	<input type="checkbox"/> PENSIONADO 0.6% <input type="checkbox"/> PENSIONADO 2% <input type="checkbox"/> PENSIONADO EXENTO <input type="checkbox"/> VETERANO DE LA FUERZA PUBLICA
<input type="checkbox"/> ADICIÓN	<input type="checkbox"/> REINTEGRO		<input type="checkbox"/> TRAB. INDEPENDIENTE 2.0%	
			<input type="checkbox"/> COL. RESIDENTE EN EL EXT.	

RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA \_\_\_\_\_

NIT. DE LA EMPRESA \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Dirección de la empresa \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

Celular \_\_\_\_\_

Correo electrónico de la empresa \_\_\_\_\_

**DATOS DEL TRABAJADOR (A)**

C.C. C.E. PAS. C.D. PEP. T.I. PPT

1er. APELLIDO \_\_\_\_\_

2do. APELLIDO \_\_\_\_\_

NOMBRES \_\_\_\_\_

N° \_\_\_\_\_

**Fecha de Nacimiento**

DÍA	MES	AÑO

**Sexo**

H	M	I

**Estado Civil**

U.L.	CAS.	DIV.	SEP.	VIU.	SOLT.

**Emplea un lenguaje especial?**

SI  ¿Cuál? \_\_\_\_\_ NO

**Ingreso a la Empresa**

DÍA	MES	AÑO

**Salario**

\$ \_\_\_\_\_

**Tipo de Salario**

FIJO	VARIABLE	INTEGRAL (F.V.I.)

Ocupación \_\_\_\_\_

Gana comisión SI  No  Horas trabajadas diarias \_\_\_\_\_ Cel. \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_

Dirección del lugar donde desarrolla su labor. \_\_\_\_\_ Barrio \_\_\_\_\_ Rural  Urbano  Ciudad \_\_\_\_\_

Usted labora en otra empresa. SI  NO  ¿Cuál? \_\_\_\_\_

Dirección del trabajador \_\_\_\_\_ Barrio \_\_\_\_\_ Rural  Urbano  Ciudad \_\_\_\_\_ Pais \_\_\_\_\_

**NIVEL DE ESCOLARIDAD**

- |                                     |   |  |
|-------------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> PREESCOLAR | <input type="checkbox"/> BÁSICA ADULTOS     | <input type="checkbox"/> TECNICO/TECNOLOGICO       |
| <input type="checkbox"/> BÁSICA     | <input type="checkbox"/> SECUNDARIA ADULTOS | <input type="checkbox"/> PROFESIONAL UNIVERSITARIO |
| <input type="checkbox"/> SECUNDARIA | <input type="checkbox"/> MEDIA ADULTOS      | <input type="checkbox"/> POSGRADO/MAESTRIA         |
| <input type="checkbox"/> MEDIA.     | <input type="checkbox"/> PRIMERA INFANCIA   | <input type="checkbox"/> NINGUNO.                  |

**DATOS SENSIBLES: TIENE DERECHO DE CONTESTAR O NO ESTAS PREGUNTAS\***

**PRESENTA ALGUNA DISCAPACIDAD?\***

SI  ¿Cuál? \_\_\_\_\_ NO

**FACTOR DE VULNERABILIDAD\***

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> DESPLAZADO                                   | <input type="checkbox"/> DAMNIFICADO DESASTRE NATURAL          | <input type="checkbox"/> POBLACIÓN MIGRANTE                     |
| <input type="checkbox"/> VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO (NO DESPLAZADO) | <input type="checkbox"/> CABEZA DE FAMILIA                     | <input type="checkbox"/> POBLACIÓN ZONAS FRONTERAS (NACIONALES) |
| <input type="checkbox"/> DESMOVILIZADO O REINSERTADO                  | <input type="checkbox"/> HIJO (AS) DE MADRES CABEZA DE FAMILIA | <input type="checkbox"/> EJERCICIO DEL TRABAJO SEXUAL           |
| <input type="checkbox"/> HIJO (AS) DE DESMOVILIZADOS O REINSERTADOS   | <input type="checkbox"/> EN CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD          | <input type="checkbox"/> NO APLICA                              |

**PERTENENCIA ÉTNICA\***

- |   |                                      |  |
|---|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> AFROCOLOMBIANO                                     | <input type="checkbox"/> PALENQUERO  | <input type="checkbox"/> RAIZAL DEL ARCHIPIÉLAGO DE SAN ANDRÉS, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA |
| <input type="checkbox"/> COMUNIDAD NEGRA                                    | <input type="checkbox"/> ROOM/GITANO | <input type="checkbox"/> NO SE AUTO RECONOCE EN NINGUNO DE LOS ANTERIORES                    |
| <input type="checkbox"/> PERTENENCIA ÉTNICA RESGUARDO PUEBLO INDIGENA _____ |                                      |  |

**Orientación Sexual\***

- Heterosexual     Bisexual  
 Homosexual

**Heterosexual:** Persona cuya atracción afectiva, erótica o sexual se dirige hacia personas de sexo distinto al suyo.

**Homosexual:** Persona cuya atracción afectiva, erótica o sexual se dirige hacia personas de su mismo sexo.

**Bisexual:** Persona cuya atracción afectiva, erótica o sexual se dirige o materializa con personas de ambos sexos.

**DATOS DEL CÓNYUGE O COMPAÑERA (O)**

1er. APELLIDO \_\_\_\_\_ 2do. APELLIDO \_\_\_\_\_ NOMBRES \_\_\_\_\_ C.C. C.E. PAS C.D. PEP T.I PPT

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Empresa donde trabaja \_\_\_\_\_ Salario \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_  
DÍA MES AÑO \$ \_\_\_\_\_

Dirección residencia \_\_\_\_\_ Barrio \_\_\_\_\_ Rural   
 Urbano

Ciudad \_\_\_\_\_ País \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_

PERSONAS QUE DEPENDEN ECONÓMICAMENTE DEL TRABAJADOR NOMBRES Y APELLIDOS	PARENTESCO						Discapacitado	FECHA DE NACIMIENTO			SEXO	N°. Registro Civil (NUIP) y para los Padres N°. de C.C.
	HUJOS	Hijo/Hija de Padres	Hijastro	Adoptado	Madre	Padre		DÍA	MES	AÑO		
1.												
2.												
3.												
4.												
5.												
6.												

**Nota:** Quienes soliciten afiliación a la Caja deben diligenciar y firmar el formato anexo a la solicitud de afiliación, según corresponda (empresa, persona natural, pensionado o independiente).

**Declaración juramentada - Autorización para uso de la información**

Declaro bajo la gravedad del juramento, que al firmar el presente documento, toda la información suministrada en este formulario, así como los documentos adjuntos es verídica y se entenderá presentada bajo la gravedad del juramento con su suscripción, de igual manera, autorizo para que por cualquier medio se verifique los datos aquí contenidos y en caso de falsedad, se apliquen las sanciones correspondientes. En el mismo sentido y dando cumplimiento a la Ley Estatutaria 1581 de 2012, autorizo y acepto de manera voluntaria, previa y explícita, que la Caja de Compensación Familiar del Magdalena, haga uso y tratamiento de los datos personales que suministro en el presente formulario y aquellos clasificados como **"Datos Sensibles"** para los cuales tengo derecho a contestar o no, siendo estos: Discapacidad, Pertenencia Étnica, Factor de Vulnerabilidad y Orientación Sexual, los que son recolectados para dar cumplimiento de la Circular Externa No. 00007 de 2019 de la Superintendencia del Subsidio Familiar, como también para el envío de notificaciones respecto al trámite de la afiliación a través de medios electrónicos, este tratamiento se llevara a cabo de acuerdo a la normatividad vigente en Colombia como con la **Política de Tratamiento de Datos Personales** de Cajamag que se encuentra publicada en la página web [www.cajamag.com.co](http://www.cajamag.com.co) en el área de **Tramites y Servicios – Políticas**.

\_\_\_\_\_  
Firma del Trabajador

\_\_\_\_\_  
Firma de la Empresa

**DILIGENCIE ESTE FORMULARIO SIN DEJAR ESPACIO EN BLANCO ORIGINAL Y COPIA.**

Este formulario puede ser radicado en los puntos de atención al cliente de Cajamag relacionados a continuación:

<b>SANTA MARTA</b> Calle 23 No. 7 - 78 Sede Administrativa - Centro de Experiencia al Cliente Carrera 1C No. 10C - 17 Centro Cultural y de Capacitación Centro Comercial Arrecife - Rodadero Local 216 segundo piso	<b>PIVIJAY</b> Calle 7 N°.12 - 56 PBX. 4217900 ext 1146	<b>SANTA ANA</b> Carrera 7 N°. 2 - 19 PBX. 4217900 Ext. 5010
<b>FUNDACIÓN</b> Calle 8 N°. 6 - 17 PBX: 4217900 ext. 3045 -3046	<b>PLATO</b> Calle 12 N°. 16 - 04 PBX. 4217900 Ext. 3050	<b>CIENAGA</b> Calle12 N°. 10 - 92 PBX. 4217900 Ext. 3040 - 3041
	<b>EL BANCO</b> Calle 4 N°. 3 35. PBX. 4217900 Ext.3055	

Calle 23 No. 7 - 78 Santa Marta D.T.C.H, Magdalena - Contact Center 4365058 Línea gratuita 018000 189 894  
 subsidio@cajamag.com.co - [www.cajamag.com.co](http://www.cajamag.com.co)

## REQUISITOS GENERALES PARA LA AFILIACIÓN A CAJAMAG

- 1.- Formulario de Afiliación.
- 2.- Documento de identificación del trabajador - padre o madre.
- 3.- Documento de identificación del cónyuge o compañera permanente. Si el compañero permanente es pensionado/a, anexar certificado de la mesada
- 4.- Registro civil de nacimiento de los hijos - hijastros - hermanos huérfanos de padres - trabajador - adicionalmente los niños mayores de 7 años deben presentar tarjeta de identidad.
- 5.- Certificado de estudio o el boletín de calificaciones para hijos mayores de 12 años.
- 6.- En el caso de hijos, hermanos huérfanos de padre y madre e hijastros que presenten capacidad física disminuida, la acreditación puede ser expedida por las IPS autorizadas por la Secretarías de Salud o las entidades que hagan sus veces, las Juntas Regionales de Calificación y/o las Administradores de Riesgos Laborales, o cualquier otro que para ello autorice el Ministerio de Salud y Protección Social de acuerdo con la reglamentación que para ello emita.
- 7.- Manifestación del estado civil de dependencia económica o convivencia: utilizar formato de declaración juramentada establecido por el Ministerio del Trabajo y Cajamag para el caso de unión libre y casados partida de matrimonio, no superior a 30 días.
- 8.- Constancia laboral del cónyuge o compañero permanente no mayor a 3 meses, si el o ella no laboran, diligenciar formato de declaración juramentada establecido por el Ministerio del Trabajo y Cajamag no mayor a 30 días.
- 9.- Custodia expedida por autoridad competente (Juzgado de Familia - ICBF - Comisaría de Familia), según sea el caso.
- 10.- Certificado de EPS, donde conste tipo de afiliación.
- 11.- Registro Civil de defunción de los padres - en hijastros si el padre biológico falleció, anexar el registro civil de defunción.
- 12.- Copia del último recibo de pago de la EPS, y Fondo de Pensiones.
- 13.- Copia del RUT con vigencia no mayor a un mes.
- 14.- Copia de la resolución que reconoce la calidad de pensionado (a) y copia del último desprendible de pago.
- 15.- Carta de compromiso para cancelar el 0,6% sobre 1 s.m.l.v y/o 2% sobre la base de 2 s.m.l.v. (Artículo 139 Ley 019 del 2012).
- 16.- Declaración de ingresos: Que mis ingresos mensuales ascienden a la suma de \$ \_\_\_\_\_, provenientes de mi trabajo como \_\_\_\_\_.
- 17.- Está afiliado a otra Caja de Compensación Familiar Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_. Si está afiliado anexar Paz y Salvo.
- 18.- Beneficiarios mayores de 18 años deberán actualizar o presentar fotocopia de la cédula de ciudadanía.

### NOTA: VETERANOS DE LA FUERZA PUBLICA:

- Deberán anexar los documentos de afiliación generales de que trata la circular 2022-00002 y adicionalmente lo siguiente: Manifestación por parte del empleador donde indique:
  - a) Que se incremento el número de trabajadores con relación a los que tenían con corte a 31 de diciembre del año inmediatamente anterior.
  - b) Que se incremento el valor de la nómina con relación al que tenían con corte a 31 de diciembre del año inmediatamente anterior.
- Copia de la pila del mes de diciembre del año inmediatamente anterior y la del mes en la que se va hacer la nueva vinculación. Las Cajas de Compensación Familiar podrán validar esta información en las bases de datos dispuesta para tal fin.
- Acreditación de la calidad de veterano, expedida por el Ministerio de Defensa o quien haga sus veces.

### NOTA: RETIRO DE CÓNYUGE:

En caso de retirar a la persona que tiene relacionada como cónyuge o compañera(o) permanente se debe anexar documento en la que conste cesación de efectos civiles del matrimonio o liquidación de la sociedad conyugal o unión marital del hecho.

### NOTA: DEFUNCIÓN DEL TRABAJADOR

En el caso de la madre biológica del menor que no convivía con el trabajador fallecido, se debe presentar formato de declaración juramentada del Ministerio del Trabajo y Cajamag, donde conste que los beneficiarios conviven y dependen económicamente de ella.

En caso de que el solicitante no sea el padre o la madre biológica(o) de los beneficiarios, se debe anexar custodia legal emitida por la entidad competente, en la que conste que la custodia y cuidado del (los) menor (es) se le han otorgado al solicitante.

**NOTA:** La afiliación de pensionados e independientes no da derecho a la cuota del subsidio en dinero.

### MARCAR LOS DOCUMENTOS QUE APORTAN SEGÚN EL TIPO DE AFILIACIÓN (VER LOS REQUISITOS RELACIONADOS EN ESTE FORMULARIO)

- Trabajador soltero  1.  2.
- Con cónyuge sin hijos  1.  2.  3.  7.
- Con cónyuge e hijos de la unión  1.  2.  3.  4.  5.  6.  7.  8.  18.
- Con cónyuge e hijastros  1.  2.  3.  4.  5.  6.  7.  8.  9.  11.  18.
- Trabajador soltero o separado con hijos  1.  2.  3.  4.  5.  6.  7.  18.
- Padres mayores de 60 años no pensionados  1.  2.  4.  7.  10.
- Hermanos huérfanos de padres  1.  2.  4.  5.  6.  7.  11.  18.
- Trabajador independiente  1.  2.  3.  4.  5.  7.  12.  13.  15.  16.  17.
- Pensionado  1.  2.  3.  4.  5.  14.  15.  17.

## REQUISITOS GENERALES PARA LA AFILIACIÓN A CAJAMAG

**NOTA: LA AFILIACIÓN DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE NO DA LUGAR AL PAGO DE SUBSIDIO EN DINERO**

- Su aporte puede ser de 0.6% o del 2% sobre sus ingresos. El valor del aporte determina los derechos que tendrá como afiliado, de acuerdo con la normatividad vigente.  
En todo caso la base para realizar el aporte no podrá ser inferior a un salario mínimo legal vigente.

**NOTA: LA AFILIACIÓN PARA PENSIONADO NO DA LUGAR AL PAGO DE SUBSIDIO EN DINERO**

- - Pensión hasta uno y medio SMMLV, sin pago de cotización para recibir los servicios de recreación, deporte y cultura.
- - Pensión hasta uno y medio SMMLV, aportando el 0.6% del valor de la pensión, para recibir los servicios de recreación, deporte, cultura, turismo y capacitación.
- - Pensión hasta uno y medio SMMLV, aportando el 2% del valor de la pensión, para acceder a todos los servicios, excepto la cuota monetaria del subsidio.
- - Pensión mayor a uno y medio SMMLV, aportando el 0.6% del valor de la pensión, para acceder a los servicios de recreación, turismo y capacitación.
- - Pensión mayor a uno y medio SMMLV, aportando el 2% del valor de la pensión, para acceder a todos los servicios, excepto la cuota monetaria del subsidio.

**NOTA: ORIENTACIÓN SEXUAL**

**Heterosexual.** Persona cuya atracción afectiva, erótica o sexual se dirige hacia personas de sexo distinto al suyo.

**Homosexual.** Persona cuya atracción afectiva, erótica o sexual se dirige hacia personas de su mismo sexo.

**Bisexual.** Persona cuya atracción afectiva, erótica o sexual se dirige o materializa con personas de ambos sexos.

**GLOSARIO:**

CC: Cédula de Ciudadanía  
CE: Cédula de Extranjería  
PAS: Pasaporte  
PEP: Permiso Especial de Permanencia

PPT: Permiso de Protección Temporal  
Ciiu: Clasificación Industrial Uniforme de todas las Actividades Económicas.

**DILIGENCIE ESTE FORMULARIO SIN DEJAR ESPACIO EN BLANCO ORIGINAL Y COPIA.**

Este formulario puede ser radicado en los puntos de atención al cliente de Cajamag relacionados a continuación:

**SANTA MARTA**

Calle 23 No. 7 - 78 Sede Administrativa - Centro de Experiencia al Cliente  
Carrera 1C No. 10C - 17 Centro Cultural y de Capacitación  
Centro Comercial Arrecife - Rodadero Local 216 segundo piso

**PIVIJAY**

Calle 7 N°. 12 - 56  
PBX 4217900 ext 1146

**SANTA ANA**

Carrera 7 N°. 2 - 19  
PBX. 4217900 Ext. 5010

**FUNDACIÓN**

Calle 8 N°. 6 - 17  
PBX: 4217900 ext. 3045 -3046

**PLATO**

Calle 12 N°. 16 - 04  
PBX. 4217900 Ext. 3050

**EL BANCO**

Calle 4 N°. 3 35.  
PBX. 4217900 Ext.3055

**CIENAGA**

Calle 12 N°. 10 - 92  
PBX. 4217900 Ext. 3040 - 3041

Calle 23 No. 7 - 78 Santa Marta D.T.C.H, Magdalena - Contact Center 4365058 Línea gratuita 018000 189 894  
subsidio@cajamag.com.co - www.cajamag.com.co