CIRCULAR N° 47 DE 01 AGO. 2016

PARA: DOCENTES LISTAS NACIONALES Y DEPARTAMENTALES

DE: SECRETARÍA DE EDUCACIÓN DEPARTAMENTAL

ASUNTO: POSESION EN PERIODO DE PRUEBA DEL 2 AL 9 DE AGOSTO DE 2016

Con el fin de tomar posesión en período de prueba, se convoca a los docentes que seleccionaron plaza en las audiencias virtuales -convocatorias Departamentales y Nacionales- realizadas por la CNSC, para que se acerquen a la Secretaría de Educación del Departamento del Magdalena con el lleno de los requisitos, así:

NOMBRE	APELLIDO	DECRETO	FECHA
RUBY	CAMACHO CALA	0353	27 de Julio de 2016
DEIRIS DANELLYS	DIAZ SERRANO	0352	27 de Julio de 2016
ELVIA ROSA	JIMENEZ DEL VALLE	0351	27 de Julio de 2016
NEILA PATRICIA	BARCELO MARTINEZ	0350	27 de Julio de 2016
MAILETH JOHANA	MEZA YANEZ	0349	27 de Julio de 2016
PIEDAD MARIA	MONTAÑO CONSTANTE	0348	27 de Julio de 2016
MARIA ISABEL	SOLANO.ESQUIVEL	0347	27 de Julio de 2016
NELCY JUDITH	COLON ALFARO	0346	27 de Julio de 2016
MARTHA DEL CARMEN	ROMERO DE AVILA	0345	27 de Julio de 2016
NAIR ENRIQUE	VERGARA CASTRO	0344	27 de Julio de 2016
MILEIDY	BARRERA ARRIETA	0343	27 de Julio de 2016

Atentamente

FRANCIA ELENA MEDINA MARIN
Talento Humano (E)

REQUISITOS PARA POSESIÓN DE DOCENTES Y DIRECTIVOS DOCENTES

. EXAMEN MEDICO DE PRE INGRESO EN CLÍNICA GENERAL DEL NORTE (PEDIR AL MOMENTO DE NOTIFICARSE LA ORDEN PARA EL EXAMEN)

. PAGAR ESTAMPILLA EN LA GOBERNACIÓN

. FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA DE LA FUNCIÓN PÚBLICA DILIGENCIADO

. FOTO Y UN FOLDER MARRÓN TAMAÑO OFICIO
. 1 FORMATO DE BIENES Y RENTAS
. 2 FOTOCOPIAS DE LA CEDULA AL 150%
. CERTIFICADO POLICÍA ACTUALIZADO
. CERTIFICADO DE CONTRALORÍA ACTUALIZADO
. CERTIFICADO DE PROCURADURÍA ACTUALIZADO

. 2 REGISTROS CIVILES LEGIBLES

. 2 FORMATOS DE FIDUPREVISORA DILIGENCIADOS

. FOTO COPIA DE LA LIBRETA MILITAR PARA VARONES MENORES DE 50 AÑOS LEGIBLE

. OFICIO DONDE MANIFIESTA LIBREMENTE BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE NO DEVENGA SALARIO POR PARTE DEL ESTADO Y NO SE ENCUENTRA INCURSO EN INHABILIDAD PARA OCUPAR CARGOS PÚBLICOS.

. OFICIO DE ACEPTACIÓN DEL NOMBRAMIENTO

. 2 COPIAS DEL DECRETO O RESOLUCIÓN DE NOMBRAMIENTO

. 2 COPIAS AUTENTICADAS DE LOS DIPLOMAS (DE BACHILLER EN ADELANTE)
. 1 ACTA DE GRADO ORIGINAL Y UNA COPIA AUTENTICADA (DE BACHILLER EN ADELANTE)

. FORMULARIO DE AFILIACIÓN A CAJAMAG

. CERTIFICADO DE CUENTA BANCARIA (BANCOLOMBIA, BBVA, POPULAR, AGRARIO)

TRAMITES QUE SE REALIZAN EN LA SECRETARIA

. COMUNICACIÓN DEL NOMBRAMIENTO

. NOTIFICACIÓN DEL NOMBRAMIENTO

Fiduprevisora S.A.
VALORES QUE HACEN DIFERENCIA

FIDUPREVISORA S.A.
FORMATO UNICO DE HOJA DE VIDA
FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO

Fecha de Diligenciamiento | D | D | M | M | A | A | A |

ENTIDAD TERRITORIAL QUE AFILIA _____ **DEPARTAMENTO** _____

DATOS PERSONALES

Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____ Nombres _____

Tipo de Documento: C.C. ☐ C.E. ☐ Número _____

Nacionalidad: Colombiano ☐ Extranjero ☐ País: _____

Libreta Militar: Primera Clase ☐ Segunda Clase ☐ D. M. _____ Número _____

Sexo : M ☐ F ☐ Estado Civil: ☐ Correo electrónico _____

Lugar y Fecha de nacimiento: Ciudad _____ Fecha | D | D | M | M | A | A | A |

Ubicación Residencia: Ciudad _____ Departamento _____

Dirección _____ Tel. _____ Celular _____

FORMACIÓN ACADÉMICA

Educación básica y media										
Primaria					Secundaria				Media	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Título Obtenido: _____

Fecha de grado: Mes _____ Año _____

Educación Superior

Modalidad Académica	No. Semestres aprobados	Graduado		Nombre de los estudios o título obtenido	Terminación		No. Tarjeta profesional
		Si	No		Mes	Año	

INSCRIPCION A SERVICIOS DE SALUD

REGIONES POR DEPARTAMENTOS	CONTRATISTAS MÉDICOS	
REGION 1 (Arauca, Cesar, Santander, Nte. Santander)	U.T. AVANZAR MÉDICO ☐	FUNDAMEP ☐
REGION 2 (Bogotá, Amazonas, Casanare, Guainía, Guaviare, San Andrés, Vaupés, Vichada)	U.T. FERSALUD ☐	U.T. MEJORSALUD ☐
REGIÓN 3 (Caquetá, Huila, Putumayo, Tolima)	U.T. SURCOLOMBIANA	
REGIÓN 4 (Antioquia, Chocó, Córdoba)	U.T. FUNDAMEP, SOCIEDAD CLÍNICA MONTERÍA, COMFACHOCÓ	
REGIÓN 5 (Cauca, Valle, Nariño)	U.T. DEL SUROCCIDENTE	
REGIÓN 6 (Boyacá, Cundinamarca, Meta)	U.T. MEDICOL	
REGIÓN 7 (Atlántico, Bolívar, Guajira, Magdalena, Sucre)	U.T. DEL NORTE	
REGIÓN 8 (Caldas, Quindío, Risaralda)	COSMITET LTDA.	

Identificación de Beneficiarios de Servicios de Salud

Número de Identificación	tipo de documento	Nombres Completos Beneficiarios			Sexo		Estado Civil	Parentesco			Fecha Nacimiento				
		1er Apellido	2do Apellido	Nombres	F	M		Cónyuge	Compañero (a)	Padre o Madre	Hijo inválido		Día	Mes	Año
											S	N			
1.															
2.															
3.															
4.															
5.															
6.															
7.															

HISTORIA LABORAL

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

Tiempo total de servicio en meses:

Empresa o Entidad | Privada | Pública

Dirección | Teléfonos:

Departamento | Municipio | País

Acto administrativo de nombramiento: Número | Fecha D D M M A A A

Fecha Posesión D D M M A A A | Fecha de Retiro D D M M A A A

Cargo | Asignación básica

Fuente de Recursos | Grado escalafón

Entidad a la cual ha aportado:

Salud | Nit

Pensión | Nit

Cesantías | Nit

Empresa o Entidad | Privada | Pública

Dirección | Teléfonos:

Departamento | Municipio | País

Acto administrativo de nombramiento: Número | Fecha D D M M A A A

Fecha Posesión D D M M A A A | Fecha de Retiro D D M M A A A

Cargo | Asignación básica

Fuente de Recursos | Grado escalafón

Entidad a la cual ha aportado:

Salud | Nit

Pensión | Nit

Cesantías | Nit

Empresa o Entidad | Privada | Pública

Dirección | Teléfonos:

Departamento | Municipio | País

Acto administrativo de nombramiento: Número | Fecha D D M M A A A

Fecha Posesión D D M M A A A | Fecha de Retiro D D M M A A A

Cargo | Asignación básica

Fuente de Recursos | Grado escalafón

Entidad a la cual ha aportado:

Salud | Nit

Pensión | Nit

Cesantías | Nit

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 si ☐ 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 mas experiencia laboral, imprima nuevamente esta hoja.