REQUISITOS PARA POSESIÓN VIRTUALES POR MOTIVO DE CUARENTENA OBLIGATORIA DE DOCENTES Y DIRECTIVOS DOCENTES EN PROVISIONALIDAD (DEFINITIVA, TEMPORAL) Y PARA PERIODO DE PRUEBA Y PARA LOS QUE SE INCORPORAN DE OTRO ENTES TERRITORIALES

. PAGAR ESTAMPILLA EN LA GOBERNACIÓN, COMUNICARSE AL SIGUIENTE CORREO

gestiontributaria@magdalena.gov.co

. FORMATO DE AUTORIZACIÓN DE NOTIFICACIÓN POR CORREO ELECTRÓNICO IMPRIMIR LLENAR Y ENVIAR AL CORREO notificacionesacsedmag@gmail.com. PARA SU NOTIFICACIÓN DE LA RESOLUCIÓN INTERNA DE NOMBRAMIENTO

. 1 FOTOCOPIAS DE LA CEDULA AL 150%

. 1 REGISTROS CIVIL LEGIBLE

. CERTIFICADO POLICÍA ACTUALIZADO

. CERTIFICADO DE CONTRALORÍA ACTUALIZADO

. CERTIFICADO DE PROCURADURÍA ACTUALIZADO

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

. 1 COPIAS AUTENTICADAS DE LOS DIPLOMAS (DE BACHILLER EN ADELANTE)

. 1 ACTA DE GRADO AUTENTICADA (DE BACHILLER EN ADELANTE)

ADJUNTO LOS SIGUIENTES FORMATOS PARA QUE LOS IMPRIMAN LOS LLENEN Y LOS FIRMEN

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

. 1 FORMATO DE BIENES Y RENTAS

. 1 FORMATOS DE FIDUPREVISORA DILIGENCIADO FIRMADO

. 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.

. FORMATO DE DECLARACIÓN JURAMENTADA

. OFICIO DE ACEPTACIÓN DEL NOMBRAMIENTO

. 1 FORMULARIO DE AFILIACIÓN A CAJAMAG IMPRIMIR LLENAR FIRMAR ENVIAR AL CORREO notificacionesacsedmag@gmail.com CUANDO SE LOS ENVÍEN FIRMADOS IR PERSONALMENTE RADICARLOS EN CAJAMAG CON LOS ANEXOS

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

NOTA: QUEDA PENDIENTE

. EL EXAMEN MEDICO DE INGRESO (SE LES COMUNICARA A SU CORREO ELECTRÓNICO)

AUTORIZACIÓN NOTIFICACIÓN POR CORREO ELECTRÓNICO

Yo, _____, identificado con cedula de ciudadanía N° _____ 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 articulo 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 diligenciado y firmado al siguiente correo:

notificacionesacsedmag@gmail.com

Ley 1437 de 2011, Articulo 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.

Libertad y Orden

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 ◯ C.E ◯ PAS ◯ No. _____

SEXO
F ◯ M ◯

NACIONALIDAD
COL. ◯ EXTRANJERO ◯

PAÍS _____

LIBRETA MILITAR
PRIMERA CLASE ◯ SEGUNDA CLASE ◯ NÚMERO _____ D.M _____

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO
FECHA DÍA [ ] MES [ ] AÑO [ ]
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 [ ]

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 MES AÑO	*FECHA DE RETIRO* DÍA MES AÑO	
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 MES AÑO	*FECHA DE RETIRO* DÍA MES AÑO	
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 MES AÑO	*FECHA DE RETIRO* DÍA MES AÑO	
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 MES AÑO	*FECHA DE RETIRO* DÍA MES AÑO	
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		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA		

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).

_____

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.

_____

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

Departamento Administrativo de la Función Pública

FORMULARIO ÚNICO
DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONÓMICA PRIVADA
PERSONA NATURAL
(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

I. DECLARACIÓN JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO,

IDENTIFICADO CON : C.C. [1] C.E. [2] OTRO [3] No. _____ CON DOMICILIO PRINCIPAL EN :

DIRECCIÓN | TELÉFONOS

MUNICIPIO | DEPARTAMENTO | PAÍS

Y TENIENDO COMO PARIENTES EN PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD (PADRES E HIJOS) A :

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 122, INCISO 3o., DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTÍCULOS 13 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995, **PARA TOMAR POSESIÓN** [ ], **PARA RETIRARME** [ ], **PARA ACTUALIZACIÓN** [ ], **PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE** [ ], QUE LOS ÚNICOS BIENES Y RENTAS QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACIÓN :

a) Los ingresos y rentas que obtuve en el "último" año gravable fueron :

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	
CESANTÍAS E INTERESES DE CESANTÍAS	
GASTOS DE REPRESENTACIÓN	
ARRIENDOS	
HONORARIOS	
OTROS INGRESOS Y RENTAS	
TOTAL	

b) Las cuentas corrientes y de ahorro que poseo en Colombia y en el exterior son:

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NÚMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes :

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACIÓN DEL BIEN	VALOR

1.1 DE BIENES Y RENTAS (CONTINUACIÓN)

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR

1.2 DE PARTICIPACIÓN EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y ASOCIACIONES

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

ENTIDAD O INSTITUCIÓN	CALIDAD DE MIEMBRO

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

CORPORACIÓN, SOCIEDAD O ASOCIACIÓN	CALIDAD DE SOCIO

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

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CÒNYUGE	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☐ C.E. ☐ OTRO ☐	Nº

2. ACTIVIDAD ECONÓMICA 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 PARTICIPACIÓN

3. FIRMA

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO

CIUDAD Y FECHA

Santa Marta, _____ de 2020

Señores

SECRETARIA DE EDUCACIÓN DEL DEPARTAMENTO DEL MAGDALENA

L. C.

YO _____

Identificado (a) con la Cedula de ciudanía No _____ de

_____

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

Atentamente,

_____

CC._____ DE _____

Santa Marta DCTH, _____

Señores
SECRETARIA DE EDUCACION
Departamento del Magdalena
Presente

REFERENCIA: DECLARACIÓN JURAMENTADA

Yo_____, identificado (a) con la cédula de ciudadanía No. _____, con el fin de tomar posesión del cargo de _____, en la Institución Educativa Departamental _____, del municipio _____, según nombramiento Decreto No._____ de _____, 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. 2.2.5.1.8 del Decreto No. 648 del 19 de Abril de 2017.

Atentamente

_____

C.C. _____

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, Bolivar, 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 S	Hijo inválido N	Día	Mes	Año
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.

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL MAGDALENA
FORMULARIO DE AFILIACIÓN

NIT. 891.780.093-3

INFORMACIÓN RESERVADA PARA LA CAJA

☐ INSCRIPCIÓN NUEVO TRABAJADOR ☐ TRASPASO
☐ ADICIÓN ☐ REINTEGRO

TIPO DE AFILIADO

- ● DEPENDIENTE ☐
- ● SERVICIO DOMESTICO ☐
- ● MADRE COMUNITARIA ☐
- ● TAXISTA ☐
- ● TRAB. INDEPENDIENTE 0.6% ☐
- ● TRAB. INDEPENDIENTE 2.% ☐
- ● CONTRATISTA ☐
- ● COL. RESIDENTE EN EL EXT. ☐
- ● PENSIONADO 0.6% ☐
- ● PENSIONADO 2% ☐
- ● PENSIONADO EXENTO ☐

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)

1er. APELLIDO _____ 2do. APELLIDO _____ NOMBRES _____

C.C. ☐ C.E. ☐ PAS. ☐ 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 ☐ ¿Cúal? ☐ NO ☐

Ingreso a la Empresa

DÍA	MES	AÑO

Salario

$ _____ 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 ☐ ¿Cúal?. _____

Dirección del trabajador _____ Barrio _____ Rural ☐ Urbano ☐ Ciudad _____ Pais _____

NIVEL DE ESCOLARIDAD

- ● PREESCOLAR ☐
- ● BÁSICA ☐
- ● SECUNDARIA ☐
- ● MEDIA. ☐
- ● BÁSICA ADULTOS ☐
- ● SECUNDARIA ADULTOS ☐
- ● MEDIA ADULTOS ☐
- ● PRIMERA INFANCIA ☐
- ● TECNICO/TECNOLOGICO ☐
- ● PROFESIONAL UNIVERSITARIO ☐
- ● POSGRADO/MAESTRIA ☐
- ● NINGUNO. ☐

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

PRESENTA ALGUNA DISCAPACIDAD?*

SI ☐ ¿Cúal?. ☐ NO ☐

FACTOR DE VULNERABILIDAD*

- ● DESPLAZADO ☐
- ● VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO (NO DESPLAZADO) ☐
- ● DESMOVILIZADO O REINSERTADO ☐
- ● HIJO (AS) DE DESMOVILIZADOS O REINSERTADOS ☐
- ● DAMNIFICADO DESASTRE NATURAL ☐
- ● CABEZA DE FAMILIA ☐
- ● HIJO (AS) DE MADRES CABEZA DE FAMILIA ☐
- ● EN CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD ☐
- ● POBLACIÓN MIGRANTE ☐
- ● POBLACIÓN ZONAS FRONTERAS (NACIONALES) ☐
- ● EJERCICIO DEL TRABAJO SEXUAL ☐
- ● NO APLICA ☐

PERTENENCIA ÉTNICA*

- ● AFROCOLOMBIANO ☐
- ● COMUNIDAD NEGRA ☐
- ● INDÍGENA ☐
- ● PALENQUERO ☐
- ● RAIZAL DEL ARCHIPIÉLAGO DE SAN ANDRÉS, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA ☐
- ● ROOM/GITANO ☐
- ● NO SE AUTO RECONOCE EN NINGUNO DE LOS ANTERIORES ☐

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.

VIGILADO SuperSubsidio

DATOS DEL CÓNYUGE O COMPAÑERA (O)

1er. APELLIDO | 2do. APELLIDO | NOMBRES

C.C. C.E. T.I.

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

Dirección residencia | Barrio | Rural Urbano

Ciudad | Pais | Celular | Correo electrónico

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

OBSERVACIONES:

Declaración Jurada

Declaro bajo la gravedad del juramento que toda la información aquí suministrada, así como los documentos adjuntos es verídica y se entenderá presentada bajo la gravedad del juramento con su suscripción. Autorizo para que por cualquier medio se verifique los datos aquí contenidos y en caso de falsedad, se apliquen las sanciones correspondientes.

FIRMA DEL TRABAJADOR

Autorización para uso de la información

En cumplimiento de la Ley 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 mis datos personales que suministro en este formulario y aquellos clasificados como "datos sensibles" para los cuales tengo derecho a contestar o no las preguntas que me formulen y a entregar o no los datos solicitados, siendo estos: Discapacidad, Pertenencia Étnica, Factor de Vulnerabilidad y Orientación Sexual, datos recolectados en cumplimiento de la Circular Externa N°. 00007 de 2019, de la Superintendencia del Subsidio Familiar y de acuerdo con la Política de Tratamiento de Datos Personales que se encuentra en la pagina web de Cajamag **www.cajamag.com.co**

FIRMA DEL TRABAJADOR SI: NO:

Firma de la Empresa

Firma del funcionario de CAJAMAG

SELLO Y FIRMA GRABADOR CAJAMAG. **NOTA: FIRMA SOLO VALIDA PARA AFILIACIÓN DE INDEPENDIENTE Y PENSIONADO.**

Fecha : DÍA MES AÑO

Firma Jefe de Unidad Subsidio y Aportes

Fecha : DÍA MES AÑO

Firma del Filtro CAJAMAG

DILIGENCIE ESTE FORMULARIO SIN DEJAR ESPACIO EN BLANCO ORIGINAL Y COPIA. Fecha de recibido: DÍA MES AÑO

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
Cra. 1C No. 10C - 17 Centro Cultural y de Capacitación

CIENAGA
Calle12 N°. 10 - 92
Teléfono: N°. 4240779
PBX. 4217900 Ext. 3040 - 3041

PIVIJAY
Calle 7 N°.12 - 56
Teléfono: N°. 4157425

SANTA ANA
Carrera 7°. Calle 2 Esquina
PBX. 4217900 Ext. 5010

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

PLATO
Calle 12 N°. 16 - 04
Teléfono: N°. 4850553
PBX. 4217900 Ext. 3050

EL BANCO
Calle 4 N°. 3 35.
Teléfono. 4291053 - 4295796
PBX. 4217900 Ext.3 055

Cajamag

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL MAGDALENA
FORMULARIO DE AFILIACIÓN

NIT. 891.780.093-3

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.
4.- Registro civil de nacimiento de los hijos - hijastros - hermanos huérfanos de padres - trabajador - tarjeta de identidad.
5.- Certificado de estudio o el boletín de calificaciones para hijos mayores de 12 años.
6.- Certificado del medico de la EPS o entidad competente donde conste la capacidad física disminuida que impida trabajar, indicando tipo de discapacidad, según sea el caso cuando aplique.
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..
8.- Constancia laboral del cónyuge o compañero permanente, si el o ella no laboran, diligenciar formato de declaración juramentada establecido por el Ministerio del Trabajo y Cajamag.
9.- Custodia expedida por autoridad permanente (juzgado de familia - ICBF - comisaria de familia), según sea el caso.
10.- Certificado de EPS, donde conste tipo de afiliación.
11.- Registro Civil de defunción de los padres.
12.- Copia del último recibo de pago de la EPS, y Fondo de Pensiones.
13.- Copia del RUT.
14.- Copia de la resolución que reconoce la calidad de pensionado (a) y copia del ultimo desprendible de pago.

MARCAR LOS DOCUMENTOS QUE APORTAN SEGÚN EL TIPO DE AFILIACIÓN.

- 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,
- Con cónyuge e hijastros — 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9,
- Trabajador soltero o separado con hijos — 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7,
- Padres mayores de 60 años no pensionados — 1, 2, 4, 7, 10,
- Hermanos huérfanos de padres — 1, 2, 4, 5, 6, 7, 11,
- Trabajador independiente — 1, 2, 3, 4, 5, 7, 12, 13,
- Pensionado sin derecho a pago de subsidio — 1, 2, 3, 4, 5, 14,

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

- Si el ingreso base de cotización es menor a 2 S.M.M.L.V. el aporte será sobre el 0.6% solo podrá disfrutar de los servicios de capacitación, recreación y turismo.
- Si el ingreso base de cotización supera los 2 S.M.M.L.V. el aporte será sobre el 2% sobre el total del ingreso, tendrá derecho a todos los servicios que ofrece la caja, excepto al pago del subsidio en dinero.

* S.M.M.L.V.: Salario Mínimo Mensual 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.

Santa Marta,_____ de 2020

Señores

SECRETARIA DE EDUCACIÓN DEPARTAMENTAL DEL MAGDALENA

REF. ACEPTACIÓN NOMBRAMIENTO EN PROVISIONALIDAD

YO_____, identificado(a) con la

Cedula de ciudadanía No _____ de _____

Manifiesto a ustedes que ACEPTO el nombramiento en PROVISIONALIDAD EN VACANCIA _____para el cargo de_____,

I.E.D._____

Municipio de _____, del magdalena para el cual fui Nombrado(a) Mediante. DECRETO_____ RESOLUCIÓN_____

De fecha_____

Atentamente,

_____

Nombre

Cedula._____ de _____