

REQUISITOS PARA POSESIÓN - DOCENTES Y DIRECTIVOS DOCENTES

. PAGO DE ESTAMPILLA EN LA GOBERNACIÓN, COMUNICARSE AL SIGUIENTE CORREO:
gestiontributaria@magdalena.gov.co

. FORMATO DE AUTORIZACIÓN DE NOTIFICACION POR CORREO ELETRONICO, IMPRIMIR LLENAR Y ENVIAR AL CORREO notificacionesacsedmag@gmail.com. PARA SER NOTIFICADO DEL ACTO ADMINISTRATIVO DE NOMBRAMIENTO.

. CÉDULA DE CIUDADANÍA

. REGISTRO CIVIL LEGIBLE

. LIBRETA MILITAR PARA VARONES MENORES DE 50 AÑOS- LEGIBLE

. **DIPLOMA Y ACTA DE GRADO AUTENTICADOS** DE LOS ESTUDIOS FORMALES (DESDE 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 PUBLICA

. FORMATO DE BIENES Y RENTAS DE LA FUNCIÓN PUBLICA

. FORMATO DE FIDUPREVISORA

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

. FORMATO DE DECLARACIÓN JURAMENTADA

. OFICIO DE ACEPTACIÓN DEL NOMBRAMIENTO

. FORMULARIO DE AFILIACIÓN A CAJAMAG, IMPRIMIRLO, LLENARLO, FIRMARLO Y ENVIAR AL CORREO notificacionesacsedmag@gmail.com CUANDO SE LOS REGRESEN FIRMADO POR LA ENTIDAD, DEBEN RADICARLO PERSONALMENTE ANTE CAJAMAG CON LOS RESPECTIVOS ANEXOS.

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

. EL EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO, SE LES INFORMARÁ A SU CORREO ELECTRÓNICO, CUÁNDO Y DÓNDE DEBEN REALIZARLO.

- **Una vez haya reunido todos los requisitos, deben ser escaneados en un solo archivo, formato PDF y enviarlos al correo posesionessedmagdalena@gmail.com.** (no se reciben fotos de los documentos, ni escaneados a color.) de esta manera se agiliza el proceso.
- **En caso de inquietudes, pueden comunicarse al WhatsApp : 3147926929**





AUTORIZACION NOTIFICACION POR CORREO ELECTRONICO

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 al siguiente correo:
notificacionesacsedmag@gmail.com

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"/>			DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA _____		
PAÍS _____			PAÍS _____		DEPTO. _____
DEPTO. _____			MUNICIPIO _____		
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 <input type="text"/>	AÑO <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)

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"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>		FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <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"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>		FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <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"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>		FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <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"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>		FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <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		
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).

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. PARA TOMAR POSESION PARA RETIRARME PARA ACTUALIZACION
PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE ,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	-
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	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

Ciudad _____ Fecha _____

Señores

SECRETARÍA DE EDUCACIÓN DEPARTAMENTAL DEL MAGDALENA

L. C.

YO _____,

Identificado (a) con la Cédula de ciudadanía No _____ de

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 _____

Ciudad _____ Fecha _____

Señores

SECRETARIA DE EDUCACION DEPARTAMENTAL 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 de _____ según Decreto No. _____ de _____, **ME PERMITO DECLARAR BAJO 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,

C.C. _____

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 <table border="1" style="display: inline-table; text-align: center;"><tr><td>D</td><td>D</td><td>M</td><td>M</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td></tr></table>	D	D	M	M	A	A	A							
D	D	M	M	A	A	A											
Fecha Posesión <table border="1" style="display: inline-table; text-align: center;"><tr><td>D</td><td>D</td><td>M</td><td>M</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td></tr></table>	D	D	M	M	A	A	A	Fecha de Retiro <table border="1" style="display: inline-table; text-align: center;"><tr><td>D</td><td>D</td><td>M</td><td>M</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td></tr></table>		D	D	M	M	A	A	A	
D	D	M	M	A	A	A											
D	D	M	M	A	A	A											
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"/>	Nit <input type="text"/>		<input type="text"/>														
Pensión <input type="text"/>	Nit <input type="text"/>		<input type="text"/>														
Cesantías <input type="text"/>	Nit <input type="text"/>		<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 <table border="1" style="display: inline-table; text-align: center;"><tr><td>D</td><td>D</td><td>M</td><td>M</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td></tr></table>	D	D	M	M	A	A	A							
D	D	M	M	A	A	A											
Fecha Posesión <table border="1" style="display: inline-table; text-align: center;"><tr><td>D</td><td>D</td><td>M</td><td>M</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td></tr></table>	D	D	M	M	A	A	A	Fecha de Retiro <table border="1" style="display: inline-table; text-align: center;"><tr><td>D</td><td>D</td><td>M</td><td>M</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td></tr></table>		D	D	M	M	A	A	A	
D	D	M	M	A	A	A											
D	D	M	M	A	A	A											
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"/>	Nit <input type="text"/>		<input type="text"/>														
Pensión <input type="text"/>	Nit <input type="text"/>		<input type="text"/>														
Cesantías <input type="text"/>	Nit <input type="text"/>		<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 <table border="1" style="display: inline-table; text-align: center;"><tr><td>D</td><td>D</td><td>M</td><td>M</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td></tr></table>	D	D	M	M	A	A	A							
D	D	M	M	A	A	A											
Fecha Posesión <table border="1" style="display: inline-table; text-align: center;"><tr><td>D</td><td>D</td><td>M</td><td>M</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td></tr></table>	D	D	M	M	A	A	A	Fecha de Retiro <table border="1" style="display: inline-table; text-align: center;"><tr><td>D</td><td>D</td><td>M</td><td>M</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td></tr></table>		D	D	M	M	A	A	A	
D	D	M	M	A	A	A											
D	D	M	M	A	A	A											
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"/>	Nit <input type="text"/>		<input type="text"/>														
Pensión <input type="text"/>	Nit <input type="text"/>		<input type="text"/>														
Cesantías <input type="text"/>	Nit <input type="text"/>		<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

SECRETARIA DE EDUCACIÓN DEPARTAMENTAL DEL MAGDALENA

Santa Marta

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 y Firma

Cedula. _____ de _____

INFORMACIÓN RESERVADA PARA LA CAJA	TIPO DE AFILIADO
<input type="checkbox"/> INSCRIPCIÓN NUEVO TRABAJADOR <input type="checkbox"/> TRASPASO <input type="checkbox"/> ADICIÓN <input type="checkbox"/> REINTEGRO	<input type="checkbox"/> DEPENDIENTE <input type="checkbox"/> TRAB. INDEPENDIENTE 0.6% <input type="checkbox"/> PENSIONADO 0.6% <input type="checkbox"/> SERVICIO DOMESTICO <input type="checkbox"/> TRAB. INDEPENDIENTE 2% <input type="checkbox"/> PENSIONADO 2% <input type="checkbox"/> MADRE COMUNITARIA <input type="checkbox"/> CONTRATISTA <input type="checkbox"/> PENSIONADO EXENTO <input type="checkbox"/> TAXISTA <input type="checkbox"/> COL. RESIDENTE EN EL EXT. <input type="checkbox"/>
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. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> PAS <input type="checkbox"/>												
1er. APELLIDO _____	2do. APELLIDO _____	NOMBRES _____ N°. _____												
Fecha de Nacimiento DÍA _____ MES _____ AÑO _____ Ingreso a la Empresa DÍA _____ MES _____ AÑO _____	Sexo H <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/>	Estado Civil U.L. <input type="checkbox"/> CAS. <input type="checkbox"/> DIV. <input type="checkbox"/> SEP. <input type="checkbox"/> VIU. <input type="checkbox"/> SOLT. <input type="checkbox"/>												
Salario \$ _____ Ocupación _____ Gana comisión Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Horas trabajadas diarias _____ Cel. _____ Correo electrónico _____ Dirección del lugar donde desarrolla su labor. _____ Barrio _____ Rural <input type="checkbox"/> Urbano <input type="checkbox"/> Ciudad _____ Usted labora en otra empresa. Si <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ¿Cuál? _____ Dirección del trabajador _____ Barrio _____ Rural <input type="checkbox"/> Urbano <input type="checkbox"/> Ciudad _____ País _____		Emplea un lenguaje especial?. SI <input type="checkbox"/> ¿Cuál? _____ NO <input type="checkbox"/>												
NIVEL DE ESCOLARIDAD <table style="width:100%;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> PREESCOLAR</td> <td><input type="checkbox"/> BÁSICA ADULTOS</td> <td><input type="checkbox"/> TECNICO/TECNOLOGICO</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> BÁSICA</td> <td><input type="checkbox"/> SECUNDARIA ADULTOS</td> <td><input type="checkbox"/> PROFESIONAL UNIVERSITARIO</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> SECUNDARIA</td> <td><input type="checkbox"/> MEDIA ADULTOS</td> <td><input type="checkbox"/> POSGRADO/MAESTRIA</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> MEDIA.</td> <td><input type="checkbox"/> PRIMERA INFANCIA</td> <td><input type="checkbox"/> NINGUNO.</td> </tr> </table>			<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.
<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 <input type="checkbox"/> ¿Cuál? _____ NO <input type="checkbox"/>													
FACTOR DE VULNERABILIDAD* <table style="width:100%;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> DESPLAZADO</td> <td><input type="checkbox"/> DAMNIFICADO DESASTRE NATURAL</td> <td><input type="checkbox"/> POBLACIÓN MIGRANTE</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO (NO DESPLAZADO)</td> <td><input type="checkbox"/> CABEZA DE FAMILIA</td> <td><input type="checkbox"/> POBLACIÓN ZONAS FRONTERAS (NACIONALES)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> DESMOVILIZADO O REINSERTADO</td> <td><input type="checkbox"/> HIJO (AS) DE MADRES CABEZA DE FAMILIA</td> <td><input type="checkbox"/> EJERCICIO DEL TRABAJO SEXUAL</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> HIJO (AS) DE DESMOVILIZADOS O REINSERTADOS</td> <td><input type="checkbox"/> EN CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD</td> <td><input type="checkbox"/> NO APLICA</td> </tr> </table>		<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
<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* <table style="width:100%;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> AFROCOLOMBIANO</td> <td><input type="checkbox"/> INDÍGENA</td> <td><input type="checkbox"/> RAIZAL DEL ARCHIPIÉLAGO DE SAN ANDRÉS, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA</td> <td><input type="checkbox"/> NO SE AUTO RECONOCE EN NINGUNO DE LOS ANTERIORES</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> COMUNIDAD NEGRA</td> <td><input type="checkbox"/> PALENQUERO</td> <td><input type="checkbox"/> ROOM/GITANO</td> <td></td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/> AFROCOLOMBIANO	<input type="checkbox"/> INDÍGENA	<input type="checkbox"/> RAIZAL DEL ARCHIPIÉLAGO DE SAN ANDRÉS, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA	<input type="checkbox"/> NO SE AUTO RECONOCE EN NINGUNO DE LOS ANTERIORES	<input type="checkbox"/> COMUNIDAD NEGRA	<input type="checkbox"/> PALENQUERO	<input type="checkbox"/> ROOM/GITANO					
<input type="checkbox"/> AFROCOLOMBIANO	<input type="checkbox"/> INDÍGENA	<input type="checkbox"/> RAIZAL DEL ARCHIPIÉLAGO DE SAN ANDRÉS, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA	<input type="checkbox"/> NO SE AUTO RECONOCE EN NINGUNO DE LOS ANTERIORES										
<input type="checkbox"/> COMUNIDAD NEGRA	<input type="checkbox"/> PALENQUERO	<input type="checkbox"/> ROOM/GITANO											
Orientación Sexual* <input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> 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. T.I.

Fecha de nacimiento DIA MES AÑO Empresa donde trabaja _____ Salario \$ _____ Ocupación _____

Dirección residencia _____ Barrio _____ Rural Urbano

Ciudad _____ País _____ 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								DÍA	MES	AÑO		
1.													
2.													
3.													
4.													

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 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.

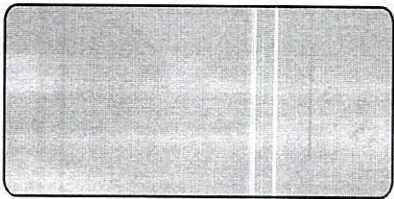
FIRMA DEL TRABAJADOR _____

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 página 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 Calle 12 N°. 10 - 92 Teléfono: N°. 4240779 PBX. 4217900 Ext. 3040 - 3041	PIVIJAY Calle 7 N°. 12 - 56 Teléfono: N°. 4157425	SANTA ANA Carrera 7ª. Calle 2 Esquina PBX. 4217900 Ext. 5010
FUNDACIÓN Calle 8 N°. 6 - 17 PBX: 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	

Calle 23 No. 7 - 78 Esq. Santa Marta D.T.C.H. - PBX: 4217900 - Call Center 4365058 - Línea Gratuita 018000 955474.
 subsidio@cajamag.com.co - 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.
- 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 médico 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 último desprendible de pago.
- 15.- Carta de compromiso para cancelar el 0,6% sobre 1 s.m.m.l.v. y/o 2% sobre la base de 2 s.m.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.

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. 15. 16. 17.
- Pensionado sin derecho a pago de subsidio 1. 2. 3. 4. 5. 14. 15. 17.

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.

Calle 23 No. 7 - 78 Esq. Santa Marta D.T.C.H. - PBX: 4217900 - Call Center 4365058 - Línea Gratuita 018000 955474.

subsidio@cajamag.com.co - www.cajamag.com.co

Ciudad _____ Fecha _____

Señores

SECRETARIA DE EDUCACION DEPARTAMENTO DEL MAGDALENA

Presente

YO _____, colombiano
(a), mayor de edad domiciliado en la ciudad de _____
identificado (a) como aparece al pie de la firma, ante ustedes con el debido
respeto comparezco con el objeto de manifestarle que en caso de
determinarse con posterioridad al acto de posesión del cargo como docente,
que los títulos académicos aportados para el ejercicio de empleo son falsos o
contrarios a la verdad, autorizo a la Secretaría de Educación Departamental
retirarme definitivamente del servicio, aplicando para tal efecto el
procedimiento administrativo a que haya lugar.

Conforme a lo anterior, manifiesto ser el (la) único (a) responsable por los
efectos de la presente autorización y, por lo tanto, asumo todas las
consecuencias jurídicas que ello acarrea, tanto penales como disciplinarias y
fiscales.

Atentamente,

C.C. _____ DE _____