

## REQUISITOS PARA POSESIÓN VIRTUALES POR MOTIVO DE CUARENTENA OBLIGATORIA DE DOCENTES Y DIRECTIVOS DOCENTES -

. PAGAR ESTAMPILLA, EN LA GOBERNACIÓN, COMUNICARSE AL SIGUIENTE CORREO

**[gestiontributaria@magdalena.gov.co](mailto:gestiontributaria@magdalena.gov.co)**

. FORMATO DE AUTORIZACIÓN DE NOTIFICACIÓN POR CORREO ELECTRÓNICO IMPRIMIR LLENAR Y ENVIAR AL CORREO **[notificacionesacsedmag@gmail.com](mailto:notificacionesacsedmag@gmail.com)**. PARA SER NOTIFICADO DEL ACTO ADMINISTRATIVO DE NOMBRAMIENTO

. 1 FOTOCOPIAS DE LA CEDULA

. 1 REGISTROS CIVIL LEGIBLE

. ANTECEDENTES POLICÍA

. ANTECEDENTES CONTRALORÍA

. ANTECEDENTES PROCURADURÍA

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

. 1 COPIA AUTENTICADA DEL DIPLOMA Y DEL ACTA DE GRADO DE LOS ESTUDIOS FORMALES (DE BACHILLER EN ADELANTE)

**ADJUNTO LOS SIGUIENTES FORMATOS PARA QUE LOS IMPRIMAN LOS LLENEN Y LOS FIRMIEN (NO CAMBIEN NINGÚN FORMATO)**

. 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

. 1 FORMATOS DE FIDUPREVISORA, DILIGENCIADO Y FIRMADO

. FORMATO DE DECLARACIÓN JURAMENTADA

. OFICIO DE ACEPTACIÓN DEL NOMBRAMIENTO

. 1 FORMULARIO DE AFILIACIÓN A CAJAMAG

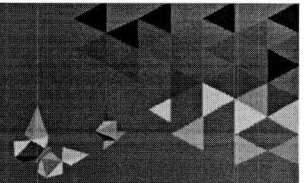
EL PROCESO DE AFILIACIÓN DEBE SER PERSONAL EN CAJAMAG, DEBE IMPRIMIR LLENAR FIRMAR ENVIAR EL FORMATO AL CORREO **[notificacionesacsedmag@gmail.com](mailto:notificacionesacsedmag@gmail.com)**. CUANDO SE LOS REGRESEN FIRMADOS, IR PERSONALMENTE RADICARLOS EN CAJAMAG CON LOS ANEXOS

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

NOTA:

Una vez reunido todos los requisitos, deben ser escaneados en PDF, en un solo archivo, (No envíe los documentos en fotos ni escaneados a color) los documentos deben ser legibles, Enviarlos solamente al correo **[posesionessedmagdalena@gmail.com](mailto:posesionessedmagdalena@gmail.com)**.

. En caso de cualquier inquietud, pueden comunicarse al whatsapp. **3147926929**



## 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](mailto: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"/> 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="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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.			
<b>EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE</b>			
<i>EMPRESA O ENTIDAD</i>	<i>PÚBLICA</i>	<i>PRIVADA</i>	<i>PAÍS</i>
<i>DEPARTAMENTO</i>	<i>MUNICIPIO</i>		<i>CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD</i>
<i>TELÉFONOS</i>	<i>FECHA DE INGRESO</i> DÍA <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> MES <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> AÑO <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>		<i>FECHA DE RETIRO</i> DÍA <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> MES <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> AÑO <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>
<i>CARGO O CONTRATO ACTUAL</i>	<i>DEPENDENCIA</i>		<i>DIRECCIÓN</i>
<b>EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR</b>			
<i>EMPRESA O ENTIDAD</i>	<i>PÚBLICA</i>	<i>PRIVADA</i>	<i>PAÍS</i>
<i>DEPARTAMENTO</i>	<i>MUNICIPIO</i>		<i>CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD</i>
<i>TELÉFONOS</i>	<i>FECHA DE INGRESO</i> DÍA <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> MES <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> AÑO <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>		<i>FECHA DE RETIRO</i> DÍA <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> MES <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> AÑO <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>
<i>CARGO O CONTRATO</i>	<i>DEPENDENCIA</i>		<i>DIRECCIÓN</i>
<b>EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR</b>			
<i>EMPRESA O ENTIDAD</i>	<i>PÚBLICA</i>	<i>PRIVADA</i>	<i>PAÍS</i>
<i>DEPARTAMENTO</i>	<i>MUNICIPIO</i>		<i>CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD</i>
<i>TELÉFONOS</i>	<i>FECHA DE INGRESO</i> DÍA <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> MES <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> AÑO <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>		<i>FECHA DE RETIRO</i> DÍA <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> MES <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> AÑO <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>
<i>CARGO O CONTRATO</i>	<i>DEPENDENCIA</i>		<i>DIRECCIÓN</i>
<b>EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR</b>			
<i>EMPRESA O ENTIDAD</i>	<i>PÚBLICA</i>	<i>PRIVADA</i>	<i>PAÍS</i>
<i>DEPARTAMENTO</i>	<i>MUNICIPIO</i>		<i>CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD</i>
<i>TELÉFONOS</i>	<i>FECHA DE INGRESO</i> DÍA <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> MES <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> AÑO <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>		<i>FECHA DE RETIRO</i> DÍA <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> MES <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> AÑO <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>
<i>CARGO O CONTRATO</i>	<i>DEPENDENCIA</i>		<i>DIRECCIÓN</i>

**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).

\_\_\_\_\_  
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

**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 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	
<b>TOTAL</b>	

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	Nº
	C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>	

**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

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:	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"/>		Nit	<input type="text"/>	
Pensión	<input type="text"/>		Nit	<input type="text"/>	
Cesantías	<input type="text"/>		Nit	<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:	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"/>		Nit	<input type="text"/>	
Pensión	<input type="text"/>		Nit	<input type="text"/>	
Cesantías	<input type="text"/>		Nit	<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:	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"/>		Nit	<input type="text"/>	
Pensión	<input type="text"/>		Nit	<input type="text"/>	
Cesantías	<input type="text"/>		Nit	<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**

**REF. ACEPTACIÓN NOMBRAMIENTO EN PROVISIONALIDAD**

Yo, \_\_\_\_\_, identificado(a) con la  
Cédula de ciudadanía No \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
Manifiesto a ustedes que **ACEPTO** el nombramiento **PROVISIONALIDAD EN**  
**VACANCIA** \_\_\_\_\_ 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 \_\_\_\_\_



CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL MAGDALENA  
SOLICITUD DE AFILIACIÓN

NIT. 891.780.093-3

**INFORMACIÓN RESERVADA PARA LA CAJA**

INSCRIPCIÓN NUEVO TRABAJADOR     TRASPASO  
 ADICIÓN     REINTEGRO

**TIPO DE AFILIADO**

DEPENDIENTE     TRAB. INDEPENDIENTE 0.6%     PENSIONADO 0.6%  
 SERVICIO DOMESTICO     TRAB. INDEPENDIENTE 2%     PENSIONADO 2%  
 MADRE COMUNITARIA     CONTRATISTA     PENSIONADO EXENTO  
 TAXISTA     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

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. \_\_\_\_\_

**Ingreso a la Empresa**  
 DÍA \_\_\_\_\_ MES \_\_\_\_\_ AÑO \_\_\_\_\_  
**Salario**  
 \$ \_\_\_\_\_ **Ocupación** \_\_\_\_\_

**Emplea un lenguaje especial?**  
 SI  ¿Cuál? \_\_\_\_\_ NO

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 \_\_\_\_\_ País \_\_\_\_\_

**NIVEL DE ESCOLARIDAD**

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

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

**PRESENTA ALGUNA DISCAPACIDAD?\***  
 SI  ¿Cuál? \_\_\_\_\_ NO

**FACTOR DE VULNERABILIDAD\***

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

**PERTENENCIA ÉTNICA\***

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

**Orientación Sexual\***  
 Heterosexual     Bisexual  
 Homosexual

**Heterosexual:** Persona cuya atracción afectiva, erótica o sexual se dirige hacia personas de sexo distinto a 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 \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Empresa donde trabaja \_\_\_\_\_ Salario \$ \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_

DÍA \_\_\_\_\_ MES \_\_\_\_\_ AÑO \_\_\_\_\_

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

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

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

PERSONAS QUE DEPENDEN ECONÓMICAMENTE DEL TRABAJADOR	PARENTESCO							FECHA DE NACIMIENTO			SEXO	N°. Registro Civil (NUIP) y para los Padres N°. de C.C.
	HUJOS	Hijos/as. de Pareja	Hijas/os	Adoptado	Madre	Padre	Discapacitado	DÍA	MES	AÑO		
1. NOMBRES Y APELLIDOS												
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 verdadera 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**

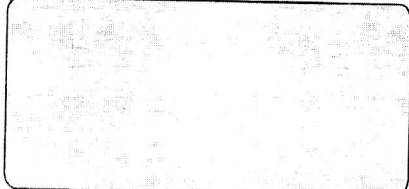
En cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, autorizo y acepto de manera voluntaria, previa y explícita, que la Caja de Compensación Familiar del Magdalena, haga uso y tratamiento de mis datos personales que suministro en este formulario y aquellos clasificados como "datos sensibles" para los cuales tengo 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](http://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:

<b>SANTA MARTA</b> Calle 23 No. 7-78 Sede Administrativa Cra. 1C No. 10C - 17 Centro Cultural y de Capacitación	<b>CIENAGA</b> Calle 12 N°. 10 - 92 Teléfono: N°. 4240779 PBX. 4217900 Ext. 3040 - 3041	<b>PIVIJAY</b> Calle 7 N°. 12 - 56 Teléfono: N°. 4157425	<b>SANTA ANA</b> Carrera 7°. Calle 2 Esquina 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 Teléfono: N°. 4850553 PBX. 4217900 Ext. 3050	<b>EL BANCO</b> 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.  
subsudio@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 \_\_\_\_\_