



REQUISITOS PARA POSESIÓN DE DOCENTES Y DIRECTIVOS DOCENTES EN PERÍODO DE PRUEBA (ACTIVOS)

- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO (EN LA IPS DEL LISTADO ANEXO) O EN PREVENIR 1 A CARRERA 20 # 12 – 32 BARRIO SAN FRANCISCO (SANTA MARTA) FRENTE AL EDIFICIO DAVINCI (SEGÚN SEAN CITADOS) 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 gestiontributaria@magdalena.gov.co
.1 FORMATO DE AUTORIZACIÓN DE NOTIFICACIÓN POR CORREO ELECTRÓNICO IMPRIMIR LLENAR COLOCAR HUELLA
1 FOTO TAMAÑO 3X4 FONDO BLANCO
. 2 - FOTOCOPIAS DE LA CEDULA AL 150%
. 1 COPIA DE ACTA DE ESCOGENCIA DE PLAZA
. ACREDITAR LA DEFINICIÓN SITUACIÓN MILITAR
. 2 COPIAS DE LOS DIPLOMAS Y DE LAS ACTAS DE GRADO DE LOS ESTUDIOS FORMALES (DE ESPECIALISTA Y DEMÁS), <u>QUE NO REPOSEN EN SU HISTORIA LABORAL</u>
ADJUNTO LOS SIGUIENTES FORMATOS PARA QUE LOS IMPRIMAN LOS LLENEN Y LOS FIRMAN (NO CAMBIAR NINGÚN DE LOS FORMATOS ESTIPULADOS)
. 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
. 1 FORMATO DE DECLARACIÓN JURAMENTADA POR ALIMENTOS
. 1 OFICIO DE ACEPTACIÓN DEL NOMBRAMIENTO EN PERIODO DE PRUEBA
. 2 FORMULARIO DE AFILIACIÓN A CAJAMAG VERSIÓN 9, DILIGENCIADO Y FIRMADO. (EN CASO DE QUE AÚN NO SE HAYA AFILIADO) 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).
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, LA CUAL DEBE SER ENVIADA POR EL SAC
LA DOCUMENTACIÓN DEBEN APORTARLA COMPLETA, FIRMADA, Y LEGIBLE SIN EXCEPCIÓN
DOCUMENTOS QUE APORTA LA SECRETARÍA DE EDUCACIÓN DEPARTAMENTAL
. 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

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="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		
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



FUNCIÓN PÚBLICA

**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	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

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 _____



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



INFORMACIÓN RESERVADA PARA LA CAJA

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

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	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			
NOMBRES Y APELLIDOS													
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 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:

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	CIENAGA Calle12 N°. 10 - 92 PBX. 4217900 Ext. 3040 - 3041
	EL BANCO 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

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