



REPÚBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DE MAGDALENA
SECRETARÍA DE EDUCACIÓN

REQUISITOS PARA POSESIÓN DE DOCENTES Y DIRECTIVOS DOCENTES
DEL AÑO 2019

- . PAGAR ESTAMPILLA EN LA GOBERNACIÓN
- . EXAMEN MEDICO DE INGRESO (PEDIR EN VENTANILLA AL MOMENTO DE NOTIFICARSE LA ORDEN PARA EL EXAMEN)
- . FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA DE LA FUNCIÓN PÚBLICA DILIGENCIADO
- . FOTO Y UN FOLDER MARRÓN TAMAÑO OFICIO
- . 1 FORMATO DE BIENES Y RENTAS
- . 2 FOTOCOPIAS DE LA CEDULA AL 150%
- . CERTIFICADO POLICÍA ACTUALIZADO
- . CERTIFICADO DE CONTRALORÍA ACTUALIZADO
- . CERTIFICADO DE PROCURADURÍA ACTUALIZADO
- . 2 REGISTROS CIVILES LEGIBLES
- . 2 FORMATOS DE FIDUPREVISORA DILIGENCIADOS FIRMADOS
- . FOTO COPIA DE LA LIBRETA MILITAR PARA VARONES MENORES DE 50 AÑOS - LEGIBLE
- . OFICIO DONDE MANIFIESTA LIBREMENTE BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE NO DEVENGA SALARIO POR PARTE DEL ESTADO Y NO SE ENCUENTRA INCURSO EN INHABILIDAD PARA OCUPAR CARGOS PÚBLICOS.
- . FORMATO DE DECLARACION JURAMENTADA
- . FORMATO DE AUTORIZACION DE NOTIFICACION POR CORREO ELECTRONICO
- . OFICIO DE ACEPTACIÓN DEL NOMBRAMIENTO
- . 4 COPIAS DEL DECRETO O RESOLUCIÓN DE NOMBRAMIENTO
- . 2 COPIAS AUTENTICADAS DE LOS DIPLOMAS (DE BACHILLER EN ADELANTE)
- . 2 ACTA DE GRADO AUTENTICADA (DE BACHILLER EN ADELANTE)
- . 2 FORMULARIO DE AFILIACIÓN A CAJAMAG
- . CERTIFICADO DE CUENTA BANCARIA (BANCOLOMBIA, BBVA, POPULAR, AGRARIO)

TRAMITES QUE SE REALIZAN EN LA SECRETARIA

- . COMUNICACIÓN DEL NOMBRAMIENTO
- . NOTIFICACIÓN DEL NOMBRAMIENTO

Página Web:

<http://www.magdalena.gov.co>

E-mail:

educaciondepartamental@sedmagdalena.gov.co



Dirección:

Edificio los Corales Cra 12 no.18-56

Teléfono: 4380128

Santa Marta D.T.C.H.

FORMULARIO PARA INSCRIPCIÓN DEL TRABAJADOR

TIPO DE AFILIACIÓN RESERVADO PARA LA CAJA

INSCRIPCIÓN NUEVO TRABAJADOR TRASPASO
 ADICIÓN REINTEGRO

NIT. DE LA EMPRESA

RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA _____

Ciudad _____ Teléfono _____ Dirección de la empresa _____ Correo electrónico de la empresa _____

DATOS DEL TRABAJADOR (A)

C.C. C.E. PAS

N° _____

1er. APELLIDO _____

2do. APELLIDO _____

NOMBRES _____

Fecha de nacimiento

Genero

Estado civil

Ingreso a la empresa

Salario

DÍA	MES	AÑO

M	F	I

CAS.	SOL.	VIU.	U.L.	SEP.

DÍA	MES	AÑO

\$ _____

Cargo que desempeña _____

Horas trabajadas _____

Municipio _____

Dirección del trabajador _____

Barrio: _____

Tel: _____

Correo electrónico: _____

PRESENTA ALGUNA DISCAPACIDAD? SI Visual Auditivo Físico Sensorial Otro Cual _____ NO

EMPLEA UN LENGUAJE ESPECIAL? SI Cual _____ NO

USTED LABORA EN VARIAS EMPRESAS. SI NO Si la respuesta es afirmativa, indique el nombre de las empresas.

1. _____
2. _____

DATOS DEL CÓNYUGE O COMPAÑERA (O)

Fecha de nacimiento

Salario

DÍA	MES	AÑO

\$ _____

Nombre del esposo (a) o Compañero (a) _____

C.C. No. _____

Empresa donde trabaja _____

Cargo _____

Dirección residencia y barrio. _____

Celular _____

Correo electrónico _____

PERSONAS QUE DEPENDEN ECONÓMICAMENTE DEL TRABAJADOR	PARENTESCO							INV.	FECHA DE NACIMIENTO			SEXO	No. Registro Civil (NUIP) y para los padres No. C.C.
	HIJOS				Hijos no biológicos	Madre	Padre		DÍA	MES	AÑO		
NOMBRES Y APELLIDOS	Leg.	Ext.	Hijos	Adop.									
1.													
2.													
3.													
4.													
5.													

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.

Autorización para uso de la información

En cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, autorizo y acepto de manera voluntaria, previa y explícita, el uso y tratamiento de mis datos personales que suministro en este formulario o que suministre en documentos anteriores para afiliarme, en virtud de la función que le compete de administrar el Sistema del Subsidio Familiar, de acuerdo con la Política de Tratamiento de Datos Personales de la Caja de Compensación Familiar del Magdalena.

FIRMA DEL TRABAJADOR _____

C.C. _____

SI: NO:

FIRMA DE LA EMPRESA _____

FIRMA DEL TRABAJADOR
C.C. No. _____

OBSERVACIONES: _____

DILIGENCIE ESTE FORMULARIO SIN DEJAR ESPACIO EN BLANCO ORIGINAL Y COPIA.

Fecha de recibido:

DÍA	MES	AÑO

Firma del funcionario de CAJAMAG

REQUISITOS PARA LA AFILIACIÓN DEL TRABAJADOR A LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL MAGDALENA

REQUISITOS GENERALES OBLIGATORIOS

- Formulario de afiliación.
- Documento de identificación del trabajador.

TRABAJADOR SOLTERO

- Los requisitos generales.

CON CÓNYUGE SIN HIJOS:

- Documento de identificación del cónyuge o compañera permanente.
- Manifestación del estado civil: utilizar formato de declaración juramentada establecido por el Ministerio del Trabajo y Cajamag en caso de unión libre y casados partida de matrimonio.

CON CÓNYUGE E HIJOS DE LA UNIÓN:

- Documento de identificación del cónyuge o compañera permanente.
- Registro Civil de Nacimiento de los hijos para acreditar parentesco: sin autenticar, legible y no interesa la vigencia.
- Certificado de estudio o el boletín de calificaciones para hijos mayores de 12 años.
- 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.
- Manifestación del estado civil: utilizar formato de declaración juramentada establecido por el Ministerio del Trabajo y Cajamag en caso de unión libre, preferiblemente con la firma de la madre y casados partida de matrimonio.
- Constancia laboral del cónyuge o compañero permanente, si él o ella no laboran, diligenciar formato de declaración juramentada establecido por el Ministerio del Trabajo y Cajamag.

CON CÓNYUGE E HIJASTROS:

- Documento de identificación del cónyuge o compañera permanente.
- Declaración de dependencia económica de los hijastros: utilizar formato establecido por el Ministerio del Trabajo y Cajamag.
- Registro civil de nacimiento de los hijastros para acreditar parentesco con el padre aportante, sin autenticar, legible y no interesa la vigencia.
- Manifestación del estado civil: utilizar formato de declaración juramentada establecido por el Ministerio del Trabajo y Cajamag en caso de unión libre y casados partida de matrimonio.
- Certificado de estudio o el boletín de calificaciones para hijastros mayores de 12 años.
- 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.
- Constancia laboral del cónyuge o compañero permanente, si él o ella no laboran, diligenciar formato de declaración juramentada establecido por el Ministerio del Trabajo y Cajamag.
- Custodia expedida por autoridad competente (Juzgado de Familia - I.C.B.F. - Comisaría de Familia) según sea el caso.

TRABAJADOR SOLTERO O SEPARADO CON HIJOS

- Cédula de Ciudadanía de la madre o padre del menor.
- Registro Civil de nacimiento de los hijos para acreditar parentesco, legible y no interesa la vigencia.
- Certificado de estudio o el boletín de calificaciones para hijos mayores de 12 años.
- Manifestación del estado civil: utilizar formato de declaración juramentada establecido por el Ministerio del Trabajo y Cajamag en caso de unión libre y casados partida de matrimonio.
- Para los hijos con discapacidad: 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.

PADRES MAYORES DE 60 AÑOS NO PENSIONADOS

- Documento de identificación del padre o madre.
- Registro Civil de nacimiento del trabajador para acreditar parentesco. Fotocopia simple, legible y no interesa la vigencia.
- Manifestación de dependencia económica rendida por el padre o madre, manifestando que no recibe pensión, salario, ni renta firmado por el trabajador y padres, utilizar formato de declaración juramentada establecido por el Ministerio de Trabajo y Cajamag.
- Certificado de EPS donde conste el tipo de afiliación.

HERMANOS HUERFANOS DE PADRES

- Declaración juramentada donde conste la convivencia y dependencia económica del hermano huérfano de padres, con el trabajador, utilizar formato establecido por el Ministerio del Trabajo y Cajamag.
- Registro Civil de nacimiento del trabajador para acreditar parentesco: fotocopia simple sin límite de fecha.
- Registro Civil de nacimiento del hermano para acreditar parentesco y edad: fotocopia simple, sin límite de fecha.
- Registro Civil de defunción de los padres.
- Certificado de estudio o el boletín de calificaciones para hermanos mayores de 12 años.
- 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.

SELLO Y FIRMA GRABADOR CAJAMAG.

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
Calle 18 No. 8-74 Centro de Capacitación
Cra. 1C No. 10C - 17 Centro Cultural y de Capacitación

CIENAGA

Calle 12 N°. 10 - 92
Teléfono: N°. 4240779
PBX. 4217900 Ext. 3040 - 3041

FUNDACIÓN

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

PIVIJAY

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

PLATO

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

EL BANCO

Calle 4 N°. 335.
Teléfono. 4291053 - 4295796
PBX. 4217900 Ext. 3055

SANTA ANA

Camera 7°. Calle 2 Esquina
PBX. 4217900 Ext. 5010

DILIGENCIE ESTE FORMULARIO EN ORIGINAL Y COPIA



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	
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 (CONTINUACION)

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 CÓNYUGE	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

Santa Marta, _____ del 2019

Señores

SECRETARIA DE EDUCACIÓN DEPARTAMENTAL DEL MAGDALENA

L. C.

YO _____,

Identificado (a) con la cedula de Ciudadania No _____

Expedida en _____

Manifiesto libremente bajo la gravedad del 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. _____

Santa Marta DCTH, _____

Señores
SECRETARIA DE EDUCACION
Departamento del Magdalena
Presente

REFERENCIA: DECLARACION 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 TENGO PROCESOS PENDIENTES DE CARÁCTER ALIMENTARIO EN MI CONTRA, Y QUE CUMPLIRÉ CON LAS OBLIGACIONES DE FAMILIA ESTIPULADAS POR LA LEY.

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. _____



**REPÚBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DE MAGDALENA
SECRETARÍA DE EDUCACIÓN**

Santa Marta, _____ de 2019

Señores
SECRETARIA DE EDUCACIÓN DEPARTAMENTAL DEL MAGDALENA

ASUNTO: AUTORIZACION NOTIFICACION POR CORREO ELECTRONICO

Cordial Saludo,

YO _____, identificado(a) con el documento
de Identidad No _____ expedida en _____,

Autorizo a la Secretaria de Educacion Departamental del Magdalena notificarme de
Cualquier acto administrativo proferido por esta entidad al correo electrónico.

TELÉFONO - CELULAR _____

DIRECCION DOMICILIO _____

Atentamente,

FIRMA	
NOMBRE	
CEDULA	



HUELLA

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

Ubicación Residencia: Ciudad Departamento

Dirección Tel. Celular

FORMACIÓN ACADÉMICA

Educación básica y media											Título Obtenido: <input type="text"/>
Primaria			Secundaria				Media				Fecha de grado: Mes <input type="text"/> Año <input type="text"/>
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	

Educación Superior

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

INSCRIPCIÓN A SERVICIOS DE SALUD

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

Identificación de Beneficiarios de Servicios de Salud

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

HISTORIA LABORALRelación su experiencia laboral, **empezando por la actual**, en estricto orden cronológicoTiempo 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"/>
Entidad a la cual ha aportado:			
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"/>
Entidad a la cual ha aportado:			
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"/>
Entidad a la cual ha aportado:			
Salud	<input type="text"/>	Nit	<input type="text"/>
Pensión	<input type="text"/>	Nit	<input type="text"/>
Cesantías	<input type="text"/>	Nit	<input type="text"/>

Para todos los efectos legales certifico que los datos por mí 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.

Santa Marta, D. T. C. H. _____ de 2019

Señores

SECRETARIA DE EDUCACIÓN DEPARTAMENTAL DEL MAGDALENA

Gobernación del Magdalena

L. C.

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 manifestarles que en caso de determinarse con posterioridad al acto de mi 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 Secretaria de Educación Departamental retirarme definitivamente del servicio, aplicando para tal efecto el procedimiento administrativo a que haya lugar

Conforme 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,

CC. _____, de _____