



ITEM	LISTA DE CHEQUEO REQUISITOS PARA EL NOMBRAMIENTO Y POSESIÓN DE DOCENTES Y DE DIRECTIVOS DOCENTES	FOLIO
1	ACTA DE POSESIÓN (DOCUMENTO ENTREGADO EN LA SECRETARÍA DE EDUCACIÓN DEL MAGDALENA)	
2	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO - NO TIENE COSTO - NO DEBE IR EN AYUNAS, REVISAR LAS IPS AUTORIZADAS, PARA QUE ESCOJA LA DE SU PREFERENCIA. VER HOJA N° 2	
3	PAGAR ESTAMPILLA, EN LA OFICINA DE GESTIÓN TRIBUTARIA EN LA DIRECCIÓN CALLE 22 # 15 –21 FRENTE A LA CLÍNICA CEHOCA EN SANTA MARTA O COMUNICARSE AL SIGUIENTE CORREO gestiontributaria@magdalena.gov.co	
4	ACTO ADMINISTRATIVO DE NOMBRAMIENTO	
5	NOTIFICACIÓN O COMUNICACIÓN DEL ACTO DE NOMBRAMIENTO	
6	OFICIO DE ACEPTACIÓN DEL NOMBRAMIENTO	
7	UNA FOTOCOPIA DE LA CEDULA AL 150%	
8	UN REGISTRO CIVIL LEGIBLE	
9	ACREDITAR LA DEFINICIÓN SITUACIÓN MILITAR VARONES MENORES DE 50 AÑOS	
10	UN FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA DE LA FUNCIÓN PÚBLICA, DILIGENCIADO Y FIRMADO (PREFERIBLEMENTE DILIGENCIADO EN COMPUTADOR)	
11	COPIA AUTENTICADA DE LOS DIPLOMAS Y DE LAS ACTAS DE GRADO DE LOS ESTUDIOS FORMALES (DE BACHILLER, NORMALISTA, LICENCIADO, ESPECIALISTA Y DEMÁS) TARJETA PROFESIONAL	
12	EXPERIENCIA LABORAL (CERTIFICADOS DONDE INDICUEN CARGO, FECHA DE INGRESO, Y FECHA DE RETIRO)	
13	ANTECEDENTES POLICÍA (ACTUALIZADO) https://antecedentes.policia.gov.co:7005/WebJudicial/	
14	ANTECEDENTES DE MEDIDAS CORRECTIVAS RNMC POLICÍA (ACTUALIZADO) https://srvcnpsc.policia.gov.co/PSC/frm_cnp_consulta.aspx	
15	ANTECEDENTES CONTRALORÍA, (ACTUALIZADO) https://www.contraloria.gov.co/control-fiscal/responsabilidad-fiscal/certificado-de-antecedentes-fiscales	
15	ANTECEDENTES PROCURADURÍA, (ACTUALIZADO) https://www.procuraduria.gov.co/Pages/Consulta-de-Antecedentes.aspx	
17	CERTIFICADO DE DELITOS CONTRA LA LIBERTAD, INTEGRIDAD Y FORMACIÓN SEXUALES (ACTUALIZADO) https://inhabilidades.policia.gov.co:8080/	
18	UN FORMATO DE BIENES Y RENTAS DE LA FUNCIÓN PÚBLICA, DILIGENCIADO Y FIRMADO (PREFERIBLEMENTE DILIGENCIADO EN COMPUTADOR)	
19	UN FORMATO DE FIDUPREVISORA, DILIGENCIADO Y FIRMADO	
20	UN FORMULARIO DE AFILIACIÓN A CAJAMAG ÚLTIMA VERSIÓN, DILIGENCIADO Y FIRMADO. EL PROCESO DE AFILIACIÓN A CAJAMAG, DEBE RADICARLO PERSONALMENTE EN ESA ENTIDAD, PREVIA FIRMA DEL JEFE DE TALENTO HUMANO DE LA SED, ADJUNTANDO LOS DOCUMENTOS DE SUS BENEFICIARIOS POR FAVOR VERIFICAR EN LA PAGINA DE CAJAMAG LA ÚLTIMA VERSION	
21	FORMATO DE DECLARACIÓN JURAMENTADA	
22	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.	
23	CERTIFICADO DE CUENTA BANCARIA ACTUALIZADO Y ACTIVADO	
UNA FOTO TAMAÑO 3X4 FONDO BLANCO		
UNA CARPETA BLANCA, CUATRO ALAS, ANTIACIDO		
NOTA	<p>Los formatos enviados deben ser diligenciados en su totalidad, preferiblemente en medio digital. Los documentos deberán ser organizados y presentados en la carpeta cuatro aletas de color blanco, en el orden especificado, cumpliendo y siguiendo las instrucciones entregadas, foliando cada una sus hojas en la parte superior derecha con lápiz N° 2. Las copias de los documentos solicitados deberán ser presentadas en tamaño carta y en alta resolución.</p> <p>MUY PORTANTE UNA VEZ SE TERMINE EL PROCESO DE POSESIÓN Y FIRMANDO SU RESPECTIVA ACTA DE POSESIÓN DEBEN COMUNICARSE INMEDIATAMENTE ANTE EL SR(A) RECTOR DE LA INSTITUCIÓN ASIGNADA Y SOLICITAR LA CERTIFICACIÓN DE INICIO DE LABORES.</p>	
LA DOCUMENTACIÓN DEBEN APORTARLA COMPLETA, FIRMADA, Y LEGIBLE SIN EXCEPCIÓN		

REVISADO POR:



IPS HABILITADAS PARA LOS EXAMENES MÉDICOS OCUPACIONALES

NOMBRE IPS	SEDE	COBERTURA	DIRECCION	CONTACTO GERENTE-DIRECTOR	TELEFONO	CORREO ELECTRONICO
Bonavita IPS SAS	Barranquilla (7)	Cerro San Antonio, Concordia, El Piñón, Remolino, Pedraza, Salamina, Sitio Nuevo	Cra 50 #60-05 local 1 Barranquilla	Rossana Iglesias Vásquez	3103674915	gerencia@bonavitaips.com
IPS Segursalud LTDA	Santa Marta (4)	Ciénaga, Pueblo viejo, Santa Marta, Zona Bananera	Calle 18 #21-41 Barrio Jardín-Santa Marta	Hugo Mejía Carbono	3015758262	ipssegursalud@gmail.com
Meddyz Del Norte IPS SAS	El Banco (7)	El Banco, Guamal, Pijiño Del Carmen, San Sebastián De Buenavista, San Zenón, Santa Ana, Santa Barbara De Pinto	Calle 5 #9-32 Bario San Francisco-El Banco	María del Carmen Florez Pérez	3205626977	meddyzdelnorte@yahoo.es
Unidad De Medicina Integral PSS SAS	Fundación (12)	Algarrobo, Aracataca, Ariguaní, Chibolo, El Reten, Fundación, Nueva Granada, Pivijay, Plato, Sabanas de San Ángel, Tenerife, Zapayán	Cra 7B 10-38 Barrio San Nicolas-Fundación	Carlos Yeison Acosta De La Hoz	3008078819	umipssas@gmail.com

IMPORTANTE: Los Exámenes médicos ocupacionales no tienen costo, tampoco debe asistir en ayunas.



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 22 No. 15-100 JARDIN

CIUDAD

SANTA MARTA, MAGDALENA

TELÉFONO FIJO

654209645

CORREO ELECTRÓNICO:

talentohumano@sedmagdalena.gov.co

Ciudad: _____ fecha: _____

Señores

SECRETARIA DE EDUCACIÓN DEPARTAMENTAL DEL MAGDALENA

REF. ACEPTACIÓN NOMBRAMIENTO

Yo, _____, identificado(a) con la Cédula de ciudadanía No _____ expedida en _____

Manifiesto a ustedes que **ACEPTO** el nombramiento en:

PROPIEDAD VACANCIA VACANCIA PERÍODO DE
DEFINITIVA TEMPORAL PRUEBA

para el cargo de _____, en la
I.E.D. _____ del
Municipio de _____, del Magdalena para el cual
Fui Nombrado(a) Mediante. DECRETO RESOLUCIÓN No _____
de fecha _____

Atentamente,

Firma

Cédula No. _____ de _____

Correo Electrónico _____

Celular: _____

Ciudad: _____ fecha: _____

Señores

SECRETARIA 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 EDUCACIÓN DEPARTAMENTAL DEL MAGDALENA
Ciudad

REFERENCIA: DECLARACION JURAMENTADA

YO _____, identificado(a) con la

Cedula de ciudadanía No _____ de _____

Con el fin de tomar posesión del cargo de _____

En la I.E.D. _____ del

Municipio de _____, del Magdalena para el cual fui Nombrado(a)

Mediante. RESOLUCIÓN () 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 articulo No 2.2.5.1.8 del Decreto 648 del 19 de abril de2017

Atentamente,

Firma

Cédula. _____ de _____



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 _____ DEPTO _____ MUNICIPIO _____ TELÉFONO _____ EMAIL _____	
PAÍS _____ DEPTO _____ MUNICIPIO _____			

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"/>		

EDUCACIÓN 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							

ESPECIFIQUE 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
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
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
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
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 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 3º, 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 INTERPUERTA 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		
	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 acasional o permanente son las siguientes:

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION

3. FIRMA

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

CIUDAD Y FECHA

DAFP-OAP

HISTORIA LABORAL*Relacione su experiencia laboral, empezando por el actual, en estricto orden cronológico*

Tiempo total de servicio en meses:											
Empresa o Entidad	Privada <input type="checkbox"/> Pública <input type="checkbox"/>										
Dirección	Teléfonos										
Departamento	Municipio	País									
Acto administrativo de nombramiento:	Número	Fecha D D M M A A A									
Fecha Posesión	<input type="checkbox"/>	Fecha de Retiro D D M M A A A									
Cargo	Asignación básica \$										
Fuente de Recursos	Grado escalafón										
<u>Entidad a la cual ha aportado:</u>											
Salud	Nít										
Pensión	Nít										
Cesantías	Nít										
Empresa o Entidad	Privada <input type="checkbox"/> Pública <input type="checkbox"/>										
Dirección	Teléfonos										
Departamento	Municipio	País									
Acto administrativo de nombramiento:	Número	Fecha D D M M A A A									
Fecha Posesión	<input type="checkbox"/>	Fecha de Retiro D D M M A A A									
Cargo	Asignación básica \$										
Fuente de Recursos	Grado escalafón										
<u>Entidad a la cual ha aportado:</u>											
Salud	Nít										
Pensión	Nít										
Cesantías	Nít										
Empresa o Entidad	Privada <input type="checkbox"/> Pública <input type="checkbox"/>										
Dirección	Teléfonos										
Departamento	Municipio	País									
Acto administrativo de nombramiento:	Número	Fecha D D M M A A A									
Fecha Posesión	<input type="checkbox"/>	Fecha de Retiro D D M M A A A									
Cargo	Asignación básica \$										
Fuente de Recursos	Grado escalafón										
<u>Entidad a la cual ha aportado:</u>											
Salud	Nít										
Pensión	Nít										
Cesantías	Nít										

* 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

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL MAGDALENA

SOLICITUD DE AFILIACIÓN

INFORMACIÓN RESERVADA PARA LA CAJA

<input type="checkbox"/> INSCRIPCIÓN NUEVO TRABAJADOR	<input type="checkbox"/> TRASPASO
<input type="checkbox"/> ADICIÓN	<input type="checkbox"/> REINTEGRO

- DEPENDIENTE
- SERVICIO DOMESTICO
- MADRE COMUNITARIA
- TAXISTA

TIPO DE AFILIADO

- TRAB. INDEPENDIENTE 0.6%
- TRAB. INDEPENDIENTE 2%
- COL. RESIDENTE EN EL EXT.

- PENSIONADO 0.6%
- PENSIONADO 2%
- PENSIONADO EXENTO
- VETERANO DE LA FUERZA PÚBLICA

RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA

Nº NIT CC CE PPT

Dirección de la empresa

Ciudad

Teléfono

Celular

Correo electrónico de la empresa

DATOS DEL TRABAJADOR (A)

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

Nº.

1er. APELLIDO

2do. APELLIDO

NOMBRES

Fecha de Nacimiento

DÍA	MES	AÑO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Sexo

H	M	I
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Estado Civil

U.L.	CAS.	DIV.	SEP.	VIU.	SOLT.
<input type="text"/>					

Emplea un lenguaje especial?

SI

¿Cuál?:

NO

Ingreso a la Empresa

DÍA	MES	AÑO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Salario

\$

Tipo de Salario

FIJO	VARIABLE	INTEGRAL (F/V/I)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Ocupación

Gana comisión Si No Horas trabajadas diarias Cel. Correo electrónico

Rural

Dirección del lugar donde desarrolla su labor. Barrio Ciudad

Urbano

Usted labora en otra empresa. SI NO ¿Cuál?:

Dirección del trabajador

Barrio

Rural Urbano

Ciudad

País

NIVEL DE ESCOLARIDAD

- PREESCOLAR
- BÁSICA
- SECUNDARIA
- MEDIA.

- BÁSICA ADULTOS
- SECUNDARIA ADULTOS
- MEDIA ADULTOS
- PRIMERA INFANCIA

- TECNICO/TECNOLOGICO
- PROFESIONAL UNIVERSITARIO
- POSGRADO/MAESTRIA
- NINGUNO.

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

PRESENTA ALGUNA DISCAPACIDAD?*

SI ¿Cuál?: NO

FACTOR DE VULNERABILIDAD*

- DESPLAZADO
- VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO (NO DESPLAZADO)
- DESMOVILIZADO O REINSERTADO
- HIJO (AS) DE DESMOVILIZADOS O REINSERTADOS

- DAMNIFICADO DESASTRE NATURAL
- CABEZA DE FAMILIA
- HIJO (AS) DE MADRES CABEZA DE FAMILIA
- EN CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD

- POBLACIÓN MIGRANTE
- POBLACIÓN ZONAS FRONTERAS (NACIONALES)
- EJERCICIO DEL TRABAJO SEXUAL
- NO APLICA

PERTENENCIA ÉTNICA*

- AFROCOLOMBIANO
- COMUNIDAD NEGRA
- PERTENENCIA ÉTNICA

- PALENQUERO
- ROOM/GITANO

- RAIZAL DEL ARCHIPIÉLAGO DE SAN ANDRÉS, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA
- NO SE AUTO RECONOCE EN NINGUNO DE LOS ANTERIORES

Orientación Sexual*

- Heterosexual
- 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性.

DATOS DEL CÓNYUGE O COMPAÑERA (O)
 C.C. C.E. T.I. PPT

Nº.

1er. APELLIDO

2do. APELLIDO

NOMBRES

DIA	MES	AÑO

Fecha de Expedición

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.º Registro Civil (NUIP) y para los Padres N.º de C.C.	Fecha de Expedición CC. Padres. DÍA MES AÑO
	Hijos	Hermanos de Padres	Hijo/a	Adoptado	Madre		DÍA	MES	AÑO			
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

Al diligenciar este formulario autorizo de manera expresa, libre y voluntariamente a la Caja de Compensación Familiar del Magdalena – CAJAMAG, para que de conformidad con las Leyes 1581 de 2012, 2300 de 2023, el Decreto 1377 de 2013 y la Política de Tratamiento de Datos Personales de CAJAMAG, publicada en la página web www.cajamag.com.co, pueda realizar el tratamiento de todos los datos personales recolectados en este documento y sean utilizados para fines estadísticos y de mejora continua, así como también para la promoción de servicios, beneficios y ofertas dispuestas por CAJAMAG, a través de medios de comunicación como el correo electrónico, mensajes de texto (SMS), WhatsApp y llamadas telefónicas, de igual manera para envío de notificaciones y adelantar gestión de cobranza de obligación adquiridas con esta Corporación, sólo cuando sea estrictamente necesario, garantizando la protección de mi privacidad y el manejo adecuado de mis datos personales. De igual manera, entiendo que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento mediante los canales proporcionados por parte de CAJAMAG para tal fin, siempre que no exista un deber legal o contractual que lo impida.

Por todo lo anterior y enmarcados en el artículo 2 de la Ley 2300 de 2023, si usted desea ser contactado o que la información solo sea emitida por un único medio o algunos en particular, por favor marque la(s) casilla(s) que correspondan al o los canales que está autorizando, al no marcar ninguno se entenderá que autoriza todos los medios.

Correo Electrónico Llamada Telefónica WhatsApp Mensaje de Texto (SMS)
Firma del Trabajador

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
Calle 15 No. 1C - 40 Unidad Integral de Servicios Centro Histórico

FUNDACIÓN

Calle 8 N.º. 6 - 17
PBX: +57 (605) 4237129 ext. 3045 -3046

PLATO

Carrera 15A No. 6-62
PBX. +57 (605) 4237129 Ext. 3050

PIVIJAY

Calle 7 N.º.12 - 56
PBX. +57 (605) 4237129 Ext. 1146

SANTA ANA

Carrera 7 N.º. 2 - 19
PBX. +57 (605) 4237129 Ext. 5010

EL BANCO

Calle 4 N.º. 3- 35
PBX. +57 (605) 4237129 Ext. 3055

CIENAGA

Calle 12 N.º. 10 - 92
PBX. +57 (605) 4237129 Ext. 3040 - 3041

Calle 23 No. 7 - 78 Santa Marta D.T.C.H, Magdalena - Contact Center 4365058 Línea gratuita 018000 189 894
subsidió@cajamag.com.co - www.cajamag.com.co

REQUISITOS GENERALES PARA LA AFILIACIÓN A CAJAMAG

- 1.- Formulario de Afiliación.
- 2.- Fotocopia del documento de identidad del trabajador, padre y/o madre o el documento valido de identificación para extranjeros.
- 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, con fecha no superior a 30 días, para el caso de unión libre; para casados partida de matrimonio; para el caso de afiliación de padres se declare que el padre y/o madre no recibe pensión, salario, ni renta
- 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 del padre o madre como beneficiario del trabajador. Este certificado debe ser presentado en los meses de marzo y septiembre de cada año.
- 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 ultimo 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 ingreso 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.
- 19.- Sentencia ejecutoriada y/o Escritura Pública que reconoce condición como hijo de crianza.

NOTA: VETERANOS DE LA FUERZA PÚBLICA:

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 convivia 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.
- Si el padre y/o madre mayor de 60 años se encuentran afiliados al régimen subsidiado en salud, pueden ser beneficiarios del trabajador y recibir cuota monetaria.
- Para los padres menores que presenten discapacidad se deben presentar los mismos documentos exigible en los requisitos:
- Para el cónyuge o compañero permanente del mismo sexo se deben presentar los mismos requisitos exigidos para la afiliación del trabajador.
- Conforme a lo establecido en el numeral 3 del parágrafo 1 del artículo 3 de la Ley 789 de 2002, los trabajadores beneficiarios sólo podrán afiliar a los padres mayores de 60 años siempre y cuando ninguno de los dos reciba salario, renta o pensión alguna. Teniendo en cuenta lo anterior en caso de que cualquiera de los padres afiliados cambie su condición de dependencia económica, el trabajador tiene la obligación de informar la novedad a la Caja de Compensación. La omisión de este deber generará las acciones correspondientes en contra del trabajador (artículo 37 de la Ley 21 de 1982).
- Para padres menores de 60 años en condición de discapacidad, ninguno de los dos debe recibir salario, renta, o pensión alguna. En caso de que cualquiera de los padres cambie su condición de dependencia económica, el trabajador tiene la obligación de informar la novedad a la Caja de Compensación. La omisión de este deber generará las acciones correspondientes en contra del trabajador (artículo 37 de la Ley 21 de 1982).

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.

MARCAR LOS DOCUMENTOS QUE APORTAN SEGÚN EL TIPO DE AFILIACIÓN (VER LOS REQUISITOS RELACIONADOS EN ESTE FORMULARIO)

- | | |
|--|---|
| ■ Trabajador soltero | 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> |
| ■ Con cónyuge sin hijos | 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 7. <input type="checkbox"/> |
| ■ Con cónyuge e hijos de la unión | 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/> 6. <input type="checkbox"/> 7. <input type="checkbox"/> 8. <input type="checkbox"/> 18. <input type="checkbox"/> |
| ■ Con cónyuge e hijastros | 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/> 6. <input type="checkbox"/> 7. <input type="checkbox"/> 8. <input type="checkbox"/> 9. <input type="checkbox"/> 11. <input type="checkbox"/> 18. <input type="checkbox"/> 19. <input type="checkbox"/> |
| ■ Trabajador soltero o separado con hijos | 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/> 6. <input type="checkbox"/> 7. <input type="checkbox"/> 18. <input type="checkbox"/> 19. <input type="checkbox"/> |
| ■ Padres mayores de 60 años no pensionados | 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 7. <input type="checkbox"/> 10. <input type="checkbox"/> |
| ■ Hermanos huérfanos de padres | 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/> 6. <input type="checkbox"/> 7. <input type="checkbox"/> 11. <input type="checkbox"/> 18. <input type="checkbox"/> |
| ■ Trabajador independiente | 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/> 7. <input type="checkbox"/> 12. <input type="checkbox"/> 13. <input type="checkbox"/> 15. <input type="checkbox"/> 16. <input type="checkbox"/> 17. <input type="checkbox"/> 19. <input type="checkbox"/> |
| ■ Pensionado | 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/> 14. <input type="checkbox"/> 15. <input type="checkbox"/> 17. <input type="checkbox"/> 19. <input type="checkbox"/> |

GLOSARIO:

CC: Cédula de Ciudadanía
CE: Cédula de Extranjería

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
Calle 15 No. 1C - 40 Unidad Integral de Servicios Centro Histórico

PIVIJAY

Calle 7 N°.12 - 56
PBX. +57 (605) 4237129 Ext. 1146

SANTA ANA

Carrera 7 N°. 2 - 19
PBX. +57 (605) 4237129
Ext. 5010

FUNDACIÓN

Calle 8 N°. 6 - 17
PBX: +57 (605) 4237129 ext. 3045 -3046

PLATO

Carrera 15A No. 6-62
PBX. +57 (605) 4237129 Ext. 3050

EL BANCO

Calle 4 N°. 3- 35
PBX. +57 (605) 4237129 Ext. 3055

CIENAGA

Calle12 N°. 10 - 92
PBX. +57 (605) 4237129
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