



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. <b>VER HOJA N° 2</b>	
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 <a href="mailto:gestiontributaria@magdalena.gov.co">gestiontributaria@magdalena.gov.co</a>	
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 <b>VARONES MENORES DE 50 AÑOS</b>	
10	UN FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA DE LA FUNCIÓN PÚBLICA, DILIGENCIADO Y FIRMADO ( <b>PREFERIBLEMENTE DILIGENCIADO EN COMPUTADOR</b> )	
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 INDIQUEN CARGO, FECHA DE INGRESO, Y FECHA DE RETIRO)	
13	ANTECEDENTES POLICÍA (ACTUALIZADO) <a href="https://antecedentes.policia.gov.co:7005/WebJudicial/">https://antecedentes.policia.gov.co:7005/WebJudicial/</a>	
14	ANTECEDENTES DE MEDIDAS CORRECTIVAS RNMCM POLICÍA(ACTUALIZADO) <a href="https://srvcnpc.policia.gov.co/PSC/frm_cnp_consulta.aspx">https://srvcnpc.policia.gov.co/PSC/frm_cnp_consulta.aspx</a>	
15	ANTECEDENTES CONTRALORÍA, (ACTUALIZADO) <a href="https://www.contraloria.gov.co/control-fiscal/responsabilidad-fiscal/certificado-de-antecedentes-fiscales">https://www.contraloria.gov.co/control-fiscal/responsabilidad-fiscal/certificado-de-antecedentes-fiscales</a>	
15	ANTECEDENTES PROCURADURÍA, (ACTUALIZADO) <a href="https://www.procuraduria.gov.co/Pages/Consulta-de-Antecedentes.aspx">https://www.procuraduria.gov.co/Pages/Consulta-de-Antecedentes.aspx</a>	
17	CERTIFICADO DE DELITOS CONTRA LA LIBERTAD, INTEGRIDAD Y FORMACIÓN SEXUALES (ACTUALIZADO) <a href="https://inhabilidades.policia.gov.co:8080/">https://inhabilidades.policia.gov.co:8080/</a>	
18	UN FORMATO DE BIENES Y RENTAS DE LA FUNCIÓN PÚBLICA, DILIGENCIADO Y FIRMADO ( <b>PREFERIBLEMENTE DILIGENCIADO EN COMPUTADOR</b> )	
19	UN FORMATO DE FIDUPREVISORA, DILIGENCIADO Y FIRMADO	
20	UN FORMULARIO DE AFILIACIÓN A CAJAMAG ULTIMA 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 <b>POR FAVOR VERIFICAR EN LA PAGINA DE CAJAMAG LA ULTIMA VERSION</b>	
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	Los formatos enviados deben ser diligenciados en su totalidad, preferiblemente en medio digital. <i>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.</i>	
	MUY PORTANTE UNA VEZ SE TERMINE EL PROCESO DE POSESIÓN Y FIRMANDO SU RESPECTIVA ACTA DE POSESIÓN DEBEN COMUNICARSE INMEDIATAMENTE ANTE EL SR(A) <b>RECTOR DE LA INSTITUCIÓN ASIGNADA Y SOLICITAR LA CERTIFICACIÓN DE INICIO DE LABORES.</b>	
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	umipsssas@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	<input type="checkbox"/>	VACANCIA DEFINITIVA	<input type="checkbox"/>	VACANCIA TEMPORAL	<input type="checkbox"/>	PERIODO DE PRUEBA	<input type="checkbox"/>
-----------	--------------------------	------------------------	--------------------------	----------------------	--------------------------	----------------------	--------------------------

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		SEXO	NACIONALIDAD		PAÍS
C.C. <input type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. _____		F <input type="radio"/> M <input type="radio"/>	COL. <input type="radio"/> EXTRANJERO <input type="radio"/>		_____
LIBRETA MILITAR					
PRIMERA CLASE <input type="radio"/>		SEGUNDA CLASE <input type="radio"/>		NÚMERO _____	D.M. _____
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA			
FECHA DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>		_____			
PAÍS _____		PAÍS _____ DEPTO _____			
DEPTO _____		MUNICIPIO _____			
MUNICIPIO _____		TELÉFONO _____ EMAIL _____			

## 2 FORMACIÓN ACADÉMICA

### EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO ( LOS GRADOS DE 1o. A 6o. DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6o. A 11o. DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA )

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO:	
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO	
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	11	MES <input type="text"/>	AÑO <input type="text"/>

### EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:

TC (TÉCNICA), TL (TECNOLÓGICA), TE (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA), UN (UNIVERSITARIA),

ES (ESPECIALIZACIÓN), MG (MAESTRÍA O MAGISTER), DOC (DOCTORADO O PHD),

RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).

MODALIDAD ACADÉMICA	No.SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN					No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO				

ESPECÍFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE: HABLA, LEE, ESCRIBE DE FORMA, REGULAR (R), BIEN (B) O MUY BIEN (MB)

IDIOMA	LO HABLA			LO LEE			LO ESCRIBE		
	R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB

# FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural  
(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

## 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"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>		FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>
CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA		DIRECCIÓN
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>		FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA		DIRECCIÓN
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>		FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA		DIRECCIÓN
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>		FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA		DIRECCIÓN

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA .



FORMATO ÚNICO  
**HOJA DE VIDA**

Persona Natural  
(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

**4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA**

INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NÚMERO DE AÑOS Y MESES.

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO		
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO		
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA		

**5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA**

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI ☐ NO ☐ ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA.

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

Ciudad y fecha de diligenciamiento \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

**6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS**

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE HAN SIDO PRESENTADOS COMO SOPORTE.

\_\_\_\_\_  
Ciudad y fecha

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS



FORMULARIO UNICO  
DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS  
Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA  
PERSONA NATURAL  
(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA
-------------------

1. DECLARACION JURAMENTADA				
1.1. DE BIENES Y RENTAS				
YO,				
IDENTIFICADO CON: C.C. C.E. T.I. N° CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:				
País	Departamento		Municipio	
Dirección		Teléfonos		
Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:				
NOMBRES Y APELLIDOS		DOCUMENTO DE IDENTIDAD		PARENTESCO
DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTICULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995,				
PARA TOMAR POSESION		PARA RETIRARME		PARA ACTUALIZACION
PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE, QUE LOS UNICOS BIENES Y RENTAS QUE POSEO A LA FECHA,				
EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACION:				
a) Los ingresos y rentas que obtuve en el "último" año gravable fueron:				
CONCEPTO				VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES				
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS				
GASTOS DE REPRESENTACION				-
ARRIENDOS				-
HONORARIOS				-
OTROS INGRESOS Y RENTAS				-
TOTAL				\$ -
b) Las cuentas corrientes y de ahorro que poseo en Colombia y en el exterior son:				
ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	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: <b>SI</b> <b>NO</b> tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:		
NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE	DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	Nº
	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	
<div><div></div><div></div></div>	
FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA	CIUDAD Y FECHA

DAFP-OAP

**FIDUPREVISORA S.A.**  
**FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA**  
**FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO**

Fecha de Diligenciamiento	D	D	M	M	A	A	A
---------------------------	---	---	---	---	---	---	---

ENTIDAD TERRITORIAL QUE AFILIA		DEPARTAMENTO	
--------------------------------	--	--------------	--

## **DATOS PERSONALES**

Primer Apellido		Segundo Apellido		Nombres	
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Tipo de Documento:		C.C. <input type="checkbox"/>	C.E. <input type="checkbox"/>	Número	<input type="text"/>
Nacionalidad:		Colombiano <input type="checkbox"/>	Extranjero <input type="checkbox"/>	País:	<input type="text"/>
Libreta Militar:		Primera Clase <input type="checkbox"/>	Segunda Clase <input type="checkbox"/>	D. M.	<input type="text"/> Número <input type="text"/>
Sexo :		M <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>	Estado Civil:	<input type="text"/> Correo electrónico <input type="text"/>
Lugar y Fecha de nacimiento:		Ciudad <input type="text"/>	Fecha <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
Ubicación Residencia:		Ciudad <input type="text"/>	Departamento <input type="text"/>		
Dirección		<input type="text"/>		Tel.	<input type="text"/> Celular <input type="text"/>

## FORMACIÓN ACADÉMICA

Educación básica y media											
Primaria					Secundaria				Media		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	

Título Obtenido:

Fecha de grado:

Mes

Año

## Educación Superior

[illegible]

## INSCRIPCIÓN A SERVICIOS DE SALUD

REGIONES POR DEPARTAMENTOS	CONTRATISTAS MÉDICOS	
REGIÓN 1 (Arauca, Cesar, Santander, Norte de Santander)	U.T. AVANZAR MÉDICO	FUNDAMEP
REGIÓN 2 (Bogotá, Amazonas, Casanare, Guainía, Guaviare, San Andrés, Vaupés, Vichada)	U.T. FERSALUD	U.T. MEJORSALUD
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, Bolivar, Guajira, Magdalena, Sucre)	U.T. DEL NORTE	
REGIÓN 8 (Caldas, Quindío, Risaralda)	COSMITET LTDA.	

## Identificación de Beneficiarios de Servicios de Salud

[illegible]

**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="text"/>	Pública	<input type="text"/>
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"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Fecha Posesión	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		Fecha de Retiro	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <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"/>	Nít	<input type="text"/>
Pensión	<input type="text"/>	Nít	<input type="text"/>
Cesantías	<input type="text"/>	Nít	<input type="text"/>

Empresa o Entidad	<input type="text"/>	Privada	<input type="text"/>	Pública	<input type="text"/>
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"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Fecha Posesión	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		Fecha de Retiro	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <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"/>	Nít	<input type="text"/>
Pensión	<input type="text"/>	Nít	<input type="text"/>
Cesantías	<input type="text"/>	Nít	<input type="text"/>

Empresa o Entidad	<input type="text"/>	Privada	<input type="text"/>	Pública	<input type="text"/>
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"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Fecha Posesión	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		Fecha de Retiro	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <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"/>	Nít	<input type="text"/>
Pensión	<input type="text"/>	Nít	<input type="text"/>
Cesantías	<input type="text"/>	Nít	<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.

## CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL MAGDALENA SOLICITUD DE AFILIACIÓN

### INFORMACIÓN RESERVADA PARA LA CAJA

☐ INSCRIPCIÓN NUEVO TRABAJADOR
 ☐ TRASPASO  
☐ ADICIÓN
 ☐ REINTEGRO

☐ DEPENDIENTE  
☐ SERVICIO DOMESTICO  
☐ MADRE COMUNITARIA  
☐ TAXISTA

#### TIPO DE AFILIADO

☐ TRAB. INDEPENDIENTE 0.6%  
☐ TRAB. INDEPENDIENTE 2.0%  
☐ COL. RESIDENTE EN EL EXT.

☐ PENSIONADO 0.6%  
☐ PENSIONADO 2%  
☐ PENSIONADO EXENTO  
☐ VETERANO DE LA FUERZA PUBLICA

### RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA

N°  Dirección de la empresa  Ciudad  Teléfono   
 Celular  Correo electrónico de la empresa

### DATOS DEL TRABAJADOR (A)

☐ C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ PPT

N°

1er. APELLIDO

2do. APELLIDO

NOMBRES

Fecha de Expedición

DÍA  MES  AÑO

#### 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 (FV/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

☐ 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 ☐ PALENQUERO ☐ RAIZAL DEL ARCHIPIÉLAGO DE SAN ANDRÉS, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA ☐  
☐ COMUNIDAD NEGRA ☐ ROOM/GITANO ☐ NO SE AUTO RECONOCE EN NINGUNO DE LOS ANTERIORES ☐  
☐ 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.	T.I.	PPT	
N°.		Fecha de Expedición		
		DÍA MES AÑO		
Fecha de nacimiento		Empresa donde trabaja		Salario
DÍA MES AÑO				Ocupación
		\$		
Dirección residencia			Barrio	Rural <input type="checkbox"/>
				Urbano <input type="checkbox"/>
Ciudad	País	Celular	Correo electrónico	

PERSONAS QUE DEPENDEN ECONÓMICAMENTE DEL TRABAJADOR	PARENTESCO						FECHA DE NACIMIENTO			SEXO	N°. Registro Civil (NUIP) y para los Padres N°. de C.C.	Fecha de Expedición CC. Padres.		
	HUOS	Hueros de Padres	Hijastra	Adoptado	Madre	Padre	Discapacitado	DÍA	MES	AÑO		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](http://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**
**Firma de la Empresa**

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

**PLATO**

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

**PIVIAJAY**

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

**EL BANCO**

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

**SANTA ANA**

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

**CIENAGA**

Calle 12 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  
subsidiario@cajamag.com.co - [www.cajamag.com.co](http://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 - Comisaria 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 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 trabador 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 (1, 2, 4, 6, 7, 10) 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 afiliarse 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. 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. 19.    |
| ■ Trabajador soltero o separado con hijos  | 1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 18. 19.              |
| ■ 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. 19. |
| ■ Pensionado                               | 1. 2. 3. 4. 5. 14. 15. 17. 19.            |

### 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

#### 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

#### PIVIJAY

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

#### EL BANCO

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

#### SANTA ANA

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

#### CIENAGA

Calle 12 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