



ITEM	LISTA DE CHEQUEO REQUISITOS PARA EL NOMBRAMIENTO Y POSESIÓN DE DOCENTES Y DE DIRECTIVOS DOCENTES	
1	ACTO ADMINISTRATIVO DE NOMBRAMIENTO	
2	NOTIFICACIÓN O COMUNICACIÓN DEL ACTO DE NOMBRAMIENTO	
3	OFICIO DE ACEPTACIÓN DEL NOMBRAMIENTO	
4	DOS FOTOCOPIAS DE LA CEDULA AL 150%	
5	DOS REGISTROS CIVIL LEGIBLE	
6	ACREDITAR LA DEFINICIÓN SITUACIÓN MILITAR	
7	UNA FOTO TAMAÑO 3X4 FONDO BLANCO	
8	UN FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA DE LA FUNCIÓN PÚBLICA, DILIGENCIADO Y FIRMADO	
9	DOS COPIAS AUTENTICADAS DE LOS DIPLOMAS Y DE LAS ACTAS DE GRADO DE LOS ESTUDIOS FORMALES (DE BACHILLER, NORMALISTA, LICENCIADO, ESPECIALISTA Y DEMÁS) TARJETA PROFESIONAL	
10	EXPERIENCIA LABORAL (CERTIFICADOS DONDE INDIQUEN CARGO, FECHA DE INGRESO, Y FECHA DE RETIRO)	
11	ACTA DE POSESIÓN (DOCUMENTO ENTREGADO EN LA SECRETARÍA DE EDUCACIÓN DEL MAGDALENA)	
12	ANTECEDENTES POLICÍA (ACTUALIZADO) https://antecedentes.policia.gov.co:7005/WebJudicial/	
13	ANTECEDENTES DE MEDIDAS CORRECTIVAS RNMC POLICÍA(ACTUALIZADO) https://srvcnpc.policia.gov.co/PSC/frm_cnp_consulta.aspx	
14	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	
16	CERTIFICADO DE DELITOS CONTRA LA LIBERTAD, INTEGRIDAD Y FORMACIÓN SEXUALES (ACTUALIZADO) https://inhabilidades.policia.gov.co:8080/	
17	UN FORMATO DE BIENES Y RENTAS DE LA FUNCIÓN PÚBLICA, DILIGENCIADO Y FIRMADO	
18	PRESENTAR PARA EXAMEN MEDICO DE INGRESO EN PREVENIR 1A CARRERA 20 #12-32 BARRIO SAN FRANCISCO FRENTE AL EDIFICIO DAVINCI - NO TIENE COSTO - NO DEBE IR EN AYUNAS	
19	DOS FORMATOS DE FIDUPREVISORA, DILIGENCIADO Y FIRMADO	
20	DOS FORMULARIOS 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	
21	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	
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	FORMATO DE DECLARACIÓN JURAMENTADA.	
24	CERTIFICADO DE CUENTA BANCARIA (BANCOLOMBIA, BBVA, POPULAR, AGRARIO) ACTUALIZADO Y ACTIVADO	
	UNA CARPETA BLANCA, CUATRO ALAS, ANTIACIDO	
NOTA	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.	
LA DOCUMENTACIÓN DEBEN APORTARLA COMPLETA, FIRMADA, Y LEGIBLE SIN EXCEPCIÓN		





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.



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

SECRETARÍA DE EDUCACIÓN DEPARTAMENTAL DEL MAGDALENA

REF. ACEPTACIÓN NOMBRAMIENTO EN PROVISIONALIDAD EN VACANCIA TEMPORAL

Yo, _____,

identificado(a) con la Cédula de Ciudadanía No. _____ expedida en

_____, manifiesto a ustedes que ACEPTO el

nombramiento **EN VACANCIA TEMPORAL** 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 _____



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. ☐ C.E. ☐ PAS ☐ No. _____		F ☐ M ☐	COL. ☐ EXTRANJERO ☐		_____
LIBRETA MILITAR					
PRIMERA CLASE ☐		SEGUNDA CLASE ☐		NÚMERO _____	D.M. _____
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA			
FECHA DÍA MES AÑO		_____			
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	AÑO

EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ECTRICO 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				

ESPECÍFQUE 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 MES AÑO		FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO
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 MES AÑO		FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO
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 MES AÑO		FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO
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 MES AÑO		FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO
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: SI NO 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	
_____	_____
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	
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											
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]

Tiempo total de servicio en meses:

Salud		Nít	
Pensión		Nít	
Cesantías		Nít	

Salud		Nít	
Pensión		Nít	
Cesantías		Nít	

Salud		Nít	
Pensión		Nít	
Cesantías		Nít	

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.

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.% ☐
• COL. RESIDENTE EN EL EXT. ☐

• PENSIONADO 0.6% ☐
• PENSIONADO 2% ☐
• PENSIONADO EXENTO ☐
• 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)

1er. APELLIDO

2do. APELLIDO

NOMBRES

C.C. C.E. PAS C.D. PEP T.I. PPT

N°

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 (FVII)

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.	PAS	C.D	PEP	T.I						
N°.		Fecha de Expedición		<table border="1" style="display: inline-table;"> <tr> <td>DIA</td> <td>MES</td> <td>AÑO</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>		DIA	MES	AÑO			
DIA	MES	AÑO									
Fecha de nacimiento		Empresa donde trabaja		Salario							
<table border="1" style="display: inline-table;"> <tr> <td>DÍA</td> <td>MES</td> <td>AÑO</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>		DÍA	MES	AÑO						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.	Fecha de Expedición CC. Padres.		
	HUJOS	Hijo/Hija de Padres	Hijastro	Adoptado	Madre	Padre								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

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

FUNDACIÓN

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

PLATO

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

PIVIJAY

Calle 7 N°.12 - 56
PBX 4217900 ext 1146

EL BANCO

Calle 4 N°. 3 35.
PBX. 4217900 Ext.3055

SANTA ANA

Carrera 7 N°. 2 - 19
PBX. 4217900 Ext. 5010

CIENAGA

Calle12 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
subsidi@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 - 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.

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.
- 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 de 60 años que presenten discapacidad se deben presentar los mismos documentos exigible en los requisitos: 1 2 4 6 7 10
- 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 párrafo 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. |
| ■ 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. |

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

Ciudad _____ Fecha _____

Señores

SECRETARÍA DE EDUCACIÓN DEPARTAMENTAL DEL MAGDALENA

L. C.

YO _____,

Identificado (a) con la Cédula de ciudadanía No _____ de

Manifiesto libremente, bajo la gravedad de juramento que no devengo salario por parte del estado, y no me encuentro incurso en inhabilidad o incompatibilidad para ocupar cargos públicos

Atentamente,

Nombre y Firma

Cédula No. _____ de _____

Ciudad _____ Fecha _____

Señores

SECRETARIA DE EDUCACION DEPARTAMENTAL DEL MAGDALENA

Presente

REFERENCIA: DECLARACIÓN JURAMENTADA

YO _____, identificado (a) con
la cédula de ciudadanía No. _____, con el fin de tomar
posesión del cargo de _____,
En la Institución Educativa Departamental _____
del municipio de _____ según Decreto No. _____
de _____, **ME PERMITO DECLARAR BAJO GRAVEDAD DE
JURAMENTO, QUE NO TENGO CONOCIMIENTO DE PROCESOS PENDIENTES
DE CARÁCTER ALIMENTARIO EN MI CONTRA.**

Lo anterior, de acuerdo con el artículo No. 648 del 19 de abril de 2017.

Atentamente,

C.C. _____