- Deben aportar original de estos documentos y 2 copias
- Dos copias de la Resolucion de nombramiento
- Dos copias de cedula de ciudadania.

Deben diligenciarlo completamente con sus datos personales

fiduprevisora

**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: MUNICIPIO DE SANTIAGO DE CALI DEPARTAMENTO: VALLE DEL CAUCA

***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 D D M M A A A

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***

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

***INSCRIPCION A SERVICIOS DE SALUD***

| REGION | 5 |
|---|---|
| CONTRATISTA MEDICO | UT SUROCCIDENTE |

***Identificación de Beneficiarios de Servicios de Salud***

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

Deben ingresar los datos del nombramiento actual en el cual se van a posesionar.

Información del anterior empleo

**HISTORIA LABORAL**

***Relacione su experiencia laboral, empezando por el último, en estricto orden cronológico***

Tiempo total de servicio en meses: Ø

Empresa o Entidad _____ Privada ☐ Pública X

Departamento Valle del cauca Municipio Santiago de Cali Pais Colombia

Acto administrativo de nombramiento: Número ☐ DD ☐ MM ☐ AAAA ☐

Fecha Posesión DD ☐ MM ☐ AAAA ☐ Fecha de Retiro DD ☐ MM ☐ AAAA ☐

Teléfonos Entidad _____ Asignación básica $ _____

Cargo _____ Dirección entidad _____

Fuente de Recursos 8 Grado escalafón ☐

Entidad a la cual ha aportado:

Salud FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO Nit _____

Pensión FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO Nit _____

Cesantías FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO Nit _____

Empresa o Entidad _____ Privada ☐ Pública ☐

Departamento _____ Municipio _____ Pais _____

Acto administrativo de nombramiento: Número ☐ DD ☐ MM ☐ AAAA ☐

Fecha Posesión DD ☐ MM ☐ AAAA ☐ Fecha de Retiro DD ☐ MM ☐ AAAA ☐

Teléfonos Entidad _____ Asignación básica $ _____

Cargo _____ Dirección entidad _____

Fuente de Recursos ☐ Grado escalafón ☐

Entidad a la cual ha aportado:

Salud _____ Nit _____

Pensión _____ Nit _____

Cesantías _____ Nit _____

Empresa o Entidad _____ Privada ☐ Pública ☐

Departamento _____ Municipio _____ Pais _____

Acto administrativo de nombramiento: Número ☐ DD ☐ MM ☐ AAAA ☐

Fecha Posesión DD ☐ MM ☐ AAAA ☐ Fecha de Retiro DD ☐ MM ☐ AAAA ☐

Teléfonos Entidad _____ Asignación básica $ _____

Cargo _____ Dirección entidad _____

Fuente de Recursos ☐ Grado escalafón ☐

Entidad a la cual ha aportado:

Salud _____ Nit _____

Pensión _____ Nit _____

Cesantías _____ Nit _____

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 si ☐ no ☐ me encuentro dentro de las causales de inhabilidad e incompatibilidad del orden constitucional o legal para ejercer cargo público. marcar X.

x Firma del docente y/o directivo docente.

Firma del Servidor Público

Nombre y Firma del Jefe de Personal

***NOTA: Si requiere adicionar mas experiencia laboral, imprima nuevamente esta hoja.***
***SE DEBE ENTREGAR EL FORMATO ORIGINAL Y CON COPIA AMPLIADA AL 150% DE LA CEDULA DE CIUDADANIA***

fiduprevisora

# FORMATO REPORTE DE AFILIACIONES
## VICEPRESIDENCIA FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTRIO

colocar los ultimos 4 numeros de la Resolucion de nombramiento

Entidad Territorial: Municipio de Santiago de Cali

Reporte de Afiliación(es) correspondiente(s) al mes de: _____ Año: _____ Hoja No. _____ de_____

| ENTIDAD TERRITORIA QUE AFILIA | | ENTIDAD TERRITORIAL DONDE LABORA EL DOCENTE | | TIPO DOCUMENTO | NÚMERO DE DOCUMENTO | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE | TIPO DE NOMBRAMIENTO | CARGO | FECHA DE NACIMIENTO | SEXO | ESTADO CIVIL | NO. DECRETO O RESOL. DE NOMBRAMIENTO | FECHA DECRETO O RESOL. DE NOMBRAMIENTO | FECHA EFECTOS DE POSESIÓN | GRADO EN EL ESCALAFÓN | CESANTÍAS PARCIALES PAGADAS ANTES DE LA AFILIACIÓN | CON PASIVO / SIN PASIVO | REGIMEN CESANTÍAS | REGIMEN PENSIONES |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CODIGO DEL DEPARTAMENTO | CODIGO DEL MUNICIPIO | CODIGO DEL DEPARTAMENTO | CODIGO DEL MUNICIPIO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 76 | 1 | 76 | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | — | NA | 101 | 204 |

NOMBRE SECRETARIO (A) DE EDUCACION: _____

FIRMA: _____

CC.

NOMBRE JEFE DE PERSONAL: _____

FIRMA: _____

CC.