

Departamento del Valle del Cauca  Gobernación	INSTRUCTIVO PARA TOMAR POSESIÓN DE UN CARGO EN LA ADMINISTRACIÓN CENTRAL DE LA GOBERNACIÓN DEL VALLE DEL CAUCA	Código: IN-M8-P1-01 Versión: 01 Fecha de Aprobación: 15/08/2018 Página 1 de 1
--	--	---

Para posesionarse de un cargo en la Administración Central Departamental, debe seguir las siguientes Instrucciones:

1. ANEXAR LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS:

- ✓ COMUNICACIÓN DEL DECRETO DE NOMBRAMIENTO
- ✓ TRES (3) COPIAS DEL DECRETO DE NOMBRAMIENTO
- ✓ SOLICITAR HABILITACIÓN EN EL SISTEMA DE INFORMACIÓN Y EMPLEO PÚBLICO SIGEP
- ✓ FORMATO FO-M8-P1-2 ÚNICO DE HOJA DE VIDA DAFP DILIGENCIADO, IMPRESO Y VALIDADO EN EL SIGEP (www.sigep.com.co) (Los documentos subrayados en este instructivo deben ser escaneados para adjuntarlos al SIGEP)
- ✓ FORMATO FO-M8-P1-3 DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONÓMICA PRIVADA DILIGENCIADO E IMPRESO EN EL SIGEP (www.sigep.com.co)
- ✓ TRES (3) COPIAS CEDULA DE CIUDADANÍA (Ampliada al 150%)
- ✓ COPIA LIBRETA MILITAR (Menores de 50 años)
- ✓ COPIA CERTIFICADOS DE ESTUDIO
- ✓ COPIA DE LA TARJETA PROFESIONAL
- ✓ CONSTANCIAS LABORALES CON FUNCIONES
- ✓ COPIA DEL RUT ACTUALIZADO
- ✓ CERTIFICADO DE RETENCIÓN EN LA FUENTE
- ✓ CERTIFICADO DEL CONTRATO(S) Y ACTA(S) DE LIQUIDACIÓN (si ha sido contratista)
- ✓ ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS (Procuraduría General de la Nación vía Internet).
- ✓ CONSTANCIA BOLETÍN DE RESPONSABILIDAD FISCAL (Contraloría Departamental vía Internet).
- ✓ CERTIFICADO DEL REGISTRO NACIONAL DE MEDIDAS CORRECTIVAS (Para verificar que la persona se encuentra al día en el pago de las multas establecidas en el Código de Policía. Lo expide la Policía Nacional y se obtiene vía Internet)
- ✓ CERTIFICADO DE ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS DEL CONSEJO SUPERIOR DE LA JUDICATURA (Abogados)
- ✓ DECLARACIÓN JURAMENTADA DE QUE NO TIENE CONOCIMIENTO DE PROCESOS PENDIENTES DE CARÁCTER ALIMENTARIO O QUE CUMPLIRÁ CON SUS OBLIGACIONES DE FAMILIA, SI HA SIDO NOTIFICADO DE LA DEMANDA CORRESPONDIENTE. NO SE ENCUENTRA INCURSO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD O INCOMPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL PARA OCUPAR UN EMPLEO PÚBLICO. NO ESTÁ GOZANDO DE PENSIÓN QUE LE IMPIDA EJERCER UN EMPLEO PÚBLICO Y NO SE ENCUENTRA EN INTERDICCIÓN PARA EL EJERCICIO DE FUNCIONES PÚBLICAS.
- ✓ EXAMENES MÉDICOS: HEMOGRAMA, VISIOMETRÍA, AUDIOMETRÍA, CARTA DENTAL Y EXÁMEN GENERAL DE APTITUD FÍSICA Y MENTAL (ORIGINAL Y COPIA DEL ÚLTIMO EXAMEN).
- ✓ DOS FOTOS TAMAÑO CARNET
- ✓ FORMATO BENEFICIARIOS SEGURO DE VIDA Y ACCIDENTES PERSONALES

2. CERTIFICAR CUENTA BANCARIA: Debe abrir una cuenta Bancaria (Corriente o Ahorros) y solicitar certificado en las siguientes Entidades Financieras: Banco Davivienda, Banco AV villas o Banco de Bogotá. Si ya tiene cuenta bancaria en estas Entidades Financieras, solicitar solamente el certificado.

3. TRAMITAR LAS AFILIACIONES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN: RIESGOS LABORALES (ARL) – SALUD (EPS) - PENSIONES Y CESANTIAS – CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR. Dirigirse al 4° piso, Palacio de San Francisco, Subdirección de Gestión Humana. Si se encuentra afiliado a la Seguridad Social anteriormente, solicitar certificado de fecha de ingreso.

4. ADQUIRIR Y PRESENTAR ESTAMPILLAS (Ventanillas del Departamento Administrativo de Hacienda y Finanzas Públicas ubicadas en el primer piso del Palacio de San Francisco).

Santiago de Cali, _____

ASUNTO: Declaración Juramentada Inhabilidades, Incompatibilidades.

Yo, _____, identificado como aparece al pie de mi firma, declaro bajo la gravedad de juramento:

- a) No me hallo incurso en ninguna de las causales de inhabilidad o incompatibilidad del orden constitucional o legal para ocupar un empleo público.
- b) No tengo conocimiento sobre la existencia de procesos pendientes de carácter alimentario y que cumpla con las obligaciones de familia.
- c) No estoy gozando de pensión que me impida ejercer un empleo público.
- d) No me encuentro en interdicción para el ejercicio de funciones públicas.

La presente declaración se suscribe con el fin de acreditar documentos para posesión en el Departamento del Valle del Cauca, Administración Central Departamental.

Cordialmente,

NOMBRE: _____

IDENTIFICACION:

FIRMA: _____

Ciudad y Fecha _____

Empresa _____

Ref.: Certificación Decreto 1070 de 2013, Clasificación de Personas Naturales

CERTIFICACIÓN BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO

Yo _____, identificado
(a) con cedula de ciudadanía No _____, expedida en _____, para
efectos de dar cumplimiento con el artículo 1 del decreto 1070 del 28 de mayo de 2013, certifico bajo
la gravedad de juramento, lo siguiente:

1. Mis ingresos en el año gravable inmediatamente anterior provienen de la prestación de servicios de manera personal o del desarrollo de una actividad económica por cuenta y riesgo del empleador o contratante, **mediante una vinculación laboral o legal y reglamentaria**, en una proporción igual o superior a un ochenta por ciento (80%) del total de los ingresos percibidos por dicho periodo fiscal: **SI () NO ()**
2. Mis ingresos en el año inmediatamente anterior provienen de la prestación de servicios personales mediante el ejercicio de profesiones liberales o de la prestación de servicios técnicos que no requieran la utilización de materiales o insumos especializados, o de maquinaria o equipo especializado, en una proporción igual o superior a un ochenta por ciento (80%) del total de los ingresos percibidos en dicho periodo fiscal: **SI () NO ()**
3. Estoy obligado (a) a presentar declaración de renta por el año gravable inmediatamente anterior: **SI () NO ()**
4. Los ingresos totales en el año gravable inmediatamente anterior superaron los cuatro mil setenta y tres (4.073) UVT. **SI () NO ()**
5. En el año gravable inmediatamente anterior no desarrolle una de las actividades señaladas en el artículo 340 del Estatuto Tributario o que si la desarrolle no generó más del veinte por ciento (20%) de mis ingresos totales. **SI () NO ()**
6. Durante el año gravable inmediatamente anterior no preste servicios técnicos que requieran de materiales o insumos especializados, o maquinaria o equipo especializado, cuyo costo representa más del veinticinco por ciento (25%) del total de los ingresos percibidos por concepto de tales servicios técnicos. **SI () NO ()**

Cordialmente

CC _____

Departamento del Valle del Cauca  Gobernación	BENEFICIARIOS SEGURO DE VIDA Y ACCIDENTES PERSONALES	Código: FO-M9-P1-03 Versión: 01 Fecha de Aprobación: 15/08/2018 Página 1 de 2
--	--	---

ATENCIÓN

ANTES DE DILIGENCIAR LA DESIGNACION DE BENEFICIARIOS, PARA EL BENEFICIO QUE LE OTORGA LA COMPAÑÍA EN LAPÓLIZA DE VIDA GRUPO Y ACCIDENTES PERSONALES.

LEA ESTAS RECOMENDACIONES

La información que usted declara en este documento debe ser verídica.

Diligencie todos los campos que aparecen en el formulario, si se presenta alguna inquietud no dude en solicitar nuestra asesoría.

En el cuadro de RELACIÓN DE BENEFICIARIOS debe incluir las personas que usted considere beneficiarios. Tenga en cuenta que a cada uno de los beneficiarios le debe asignar un porcentaje y que la sumatoria de estos debe dar el 100%.

Cabe aclarar que las personas allí registradas serán las que reciben el valor de la indemnización del seguro.

Por otro lado recuerde que los beneficiarios son de libre elección; sin embargo debe tener en cuenta que cuando la persona designada un menor de edad, ejemplo un hijo, por ley la indemnización se entregara al tutor que es el padre ó la madre del menor. Por lo tanto, si no desea que el beneficiario sea el progenitor sobreviviente, se debe designar como beneficiario un mayor de edad que sea de su confianza.

Ningún tipo de nota aclaratoria referente a lo anterior dentro de la designación de beneficiarios, tiene validez alguna en el momento de pagar una reclamación.

Beneficiarios Contingentes: Estos Beneficiarios son las personas que recibirán la indemnización en el evento en que uno ó todos los Beneficiarios nombrados falten en el momento que fallece el asegurado.

Beneficiarios con Derecho a Crecimiento: Esta figura es para que en el evento que un Beneficiario nombrado falte, este porcentaje se distribuya en los beneficiarios restantes., para tomar esta opción se coloca una nota "Con Derecho a Crecimiento".

SOLO SE PUEDE TOMAR UNA DE LAS DOS OPCIONES ANTERIORES.

Por último, es importante colocar la Ciudad, Fecha de diligenciamiento y Firma, ya que la compañía de seguros tiene en cuenta la fecha de la última actualización para realizar el pago del seguro.

***Estos formatos en original se debe guardar en la Hoja de Vida del empleado"**

Cualquier inquietud por favor comunicarse con la Ext. 2103-2120

Departamento del Valle del Cauca  Gobernación	BENEFICIARIOS SEGURO DE VIDA Y ACCIDENTES PERSONALES	Código: FO-M9-P1-03
		Versión: 01
		Fecha de Aprobación: 15/08/2018
		Página 2 de 2

DATOS PERSONALES ASEGURADO PRINCIPAL							
NOMBRES		PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	IDENTIFICACIÓN			
				☐ C.C.	☐ C.E.	No. _____	De _____
FECHA DE NACIMIENTO			ESTADO CIVIL				
AÑO	MES	DÍA	SOLTERO ☐ CASADO ☐ U. LIBRE ☐ DIVORCIADO ☐ OTRO ☐ BENEFICIARIOS CON DERECHO ACRECIMIENTO ☐				

BENEFICIARIOS POLIZA DE VIDA Y ACCIDENTES PERSONALES								
NOMBRES	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	IDENTIFICACION	FECHA DE NACIMIENTO			PARENTESCO	%
				AÑO	MES	DÍA		

BENEFICIARIOS CONTINGENTES								

“EN DESARROLLO DEL ARTICULO 34 DE LA LEY 23 DE 1981, AUTORIZAMOS A LA COMPAÑIA ASEGURADORA, PARA TENER ACCESO A NUESTRAS HISTORIAS CLINICAS Y A TODOS AQUELLOS DATOS QUE EN ELLA SE REGISTREN O LLEGUEN A SER REGISTRADOS. AUTORIZAMOS IGUALMENTE A LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SALUD O LOS MEDICOS TRATANTES LA ENTREGA DIRECTA A LA ASEGURADORA DE VIDA DE ESTA INFORMACION O SEGUNDAS OPINIONES MEDICAS, AUN DESPUES DE NUESTRO FALLECIMIENTO.”

FIRMA DEL ASEGURADO

FECHA DILIGENCIAMIENTO

CIUDAD DE DILIGENCIAMIENTO

ENTIDADES PARA EXAMENES MEDICOS

ESTAS SON SOLO ALTERNATIVAS, EL SITIO PARA LA REALIZACION DE LOS EXAMENES ES DE SU ELECCION

SANTANGEL IPS

Calle 36AN # 3G-20 Prados del Norte

Teléfono: 6602121

UNIDAD DE SALUD OCUPACIONAL

Calle 23B Norte # 3N-52

Teléfono: 6616747 – 6608412 - 6603773

SALUD OCUPACIONAL

venida 2EN # 24-58

Teléfono 6675006

CENTRO MEDICO LABORAL

Avenida 8 Norte # 21-37

Teléfono 5577620 - 3127248594

Oficina de Posesiones

Teléfono: 6200000 Extensión 2165

MIRLEY GONZALEZ CAMPO

Auxiliar Administrativo