

SECRETARIA DE EDUCACIÓN: _____
FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO
FORMATO DE SOLICITUD DE CESANTÍA DEFINITIVA BENEFICIARIOS

Radicado No. <input style="width: 100%;" type="text"/>	Fecha de Radicación	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 12.5%; text-align: center;">D</td> <td style="width: 12.5%; text-align: center;">D</td> <td style="width: 12.5%; text-align: center;">M</td> <td style="width: 12.5%; text-align: center;">M</td> <td style="width: 12.5%; text-align: center;">A</td> </tr> </table>	D	D	M	M	A	A	A	A
D	D	M	M	A	A	A	A			
(Para uso exclusivo de la entidad territorial)										

Este formato debe estar completamente diligenciado en letra imprenta y legible. No se aceptan abreviaturas ni enmendaduras

PARA USO DEL SOLICITANTE

DATOS DEL EDUCADOR FALLECIDO

1 Primer Apellido <input style="width: 100%;" type="text"/> Primer Nombre <input style="width: 100%;" type="text"/>	2 Segundo Apellido <input style="width: 100%;" type="text"/> Segundo Nombre <input style="width: 100%;" type="text"/>								
2 Tipo de Documento <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE Nombre Documento: <input style="width: 100%;" type="text"/>									
3 Nombre del ultimo establecimiento educativo donde laboro: <input style="width: 100%;" type="text"/> Ciudad o Municipio: <input style="width: 45%;" type="text"/> Departamento: <input style="width: 45%;" type="text"/> Nivel <input type="checkbox"/> Preescolar <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Basica Secundaria <input type="checkbox"/> Directivo									
4 Fecha de fallecimiento del educador <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 12.5%; text-align: center;">D</td> <td style="width: 12.5%; text-align: center;">D</td> <td style="width: 12.5%; text-align: center;">M</td> <td style="width: 12.5%; text-align: center;">M</td> <td style="width: 12.5%; text-align: center;">A</td> </tr> </table>		D	D	M	M	A	A	A	A
D	D	M	M	A	A	A	A		

TIPO DE VINCULACIÓN

Nacional: Nacionalizado: Departamental: Municipal: Distrital:

FECHA ULTIMO INGRESO A LA DOCENCIA OFICIAL:

D	D	M	M	A	A	A	A
---	---	---	---	---	---	---	---

1 Primer Apellido <input style="width: 100%;" type="text"/> Primer Nombre <input style="width: 100%;" type="text"/>	Segundo Apellido <input style="width: 100%;" type="text"/> Segundo Nombre <input style="width: 100%;" type="text"/>
2 Tipo de Documento <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE Numero Documento: <input style="width: 100%;" type="text"/>	
3 Dirección de Residencia (o para correspondencia): <input style="width: 100%;" type="text"/> Ciudad o Municipio: <input style="width: 45%;" type="text"/> Departamento: <input style="width: 45%;" type="text"/>	
4 Correo Electronico <input style="width: 100%;" type="text"/>	

SEÑOR BENEFICIARIO A TRAVÉS DE ESTE CORREO ELECTRÓNICO USTED RECIBIRÁ INFORMACIÓN SOBRE EL TRAMITE DE LA PRESTACIÓN SOLICITADA

 FIRMA DOCENTE

 FIRMA APODERADO

SI USTED ACTUA A TRAVÉS DE ABOGADO DEBE ANEXAR PODER DEBIDAMENTE OTORGADO INDICANDO NOMBRE COMPLETO DEL ABOGADO Y NUMERO DE TARJETA PROFESIONAL

DESPRENDIBLE PARA EL SOLICITANTE DE LA PRESTACIÓN

RADICADO No.

FECHA:

D	D	M	M	A	A	A	A
---	---	---	---	---	---	---	---

 NOMBRE Y FIRMA DEL FUNCIONARIO RADICADOR