

Radicado No. _____

Fecha de Radicación

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

Tipo de Pensión

SUSTITUCIÓN PENSIONAL

JUBILACIÓN POST-MORTEM

POST-MORTEM 20 AÑOS

POST-MORTEM 18 AÑOS

Datos de Educador Fallecido

1 Primer Apellido

2 Segundo Apellido

Primer Nombre

Segundo Nombre

2 Tipo de Documento CC CE

Nombre Documento:

3 Nombre del último establecimiento educativo donde laboró:

Ciudad o Municipio:

Departamento:

Nivel

Preescolar Primaria Básica Secundaria Directivo

4 Fecha de fallecimiento del educador

D D M M A A A A

Tipo de Vinculación docente

Nacional:

Nacionalizado:

Departamental:

Municipal:

Distrital:

FECHA ÚLTIMO INGRESO A LA DOCENCIA OFICIAL:

D D M M A A A A

5 Activo al Servicio Docente a la fecha de fallecimiento

Si No

Si no estaba activo al Servicio Docente cotizó a otra entidad?

Si No

Nombre de la Entidad a donde cotizó

6 Era pensionado por otra entidad

Si No

Entidad que lo pensionó

Fecha en la que se pensionó

D D M M A A A A

Datos del solicitante

1 Primer Apellido

Segundo Apellido

Primer Nombre

Segundo Nombre

2 Tipo de Documento CC CE

Número Documento:

3 Dirección de Residencia:

Ciudad o Municipio:

Departamento:

4 Correo Electrónico

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

De acuerdo con la Constitución Política de Colombia, la ley 1581 de 2012, el decreto 1377 de 2013 y demás normas concordantes relacionadas con el régimen general de protección de datos personales, los titulares de los mismos sean afiliados, representantes legales o causahabientes, tienen derecho a conocer, actualizar y rectificar sus datos frente al encargado o responsable del tratamiento de los mismos.

FIRMA DEL SOLICITANTE

FIRMA APODERADO

SI USTED ACTÚA A TRAVÉS DE ABOGADO DEBE ANEXAR PODER DEBIDAMENTE OTORGADO INDICANDO NOMBRE COMPLETO DEL ABOGADO Y NÚMERO 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