

Radicado No.	<input style="width: 95%;" type="text"/>	Fecha de Radicación	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>D</td><td>D</td><td>M</td><td>M</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>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 formulario debe estar completamente diligenciado en letra imprenta y legible. No se aceptan abreviaturas ni enmendaduras

<b>I. Tipo de solicitud</b>	
<input type="checkbox"/> Auxilio Funerario	<input type="checkbox"/> Seguro por muerte

<b>II. Datos de Educador Fallecido</b>									
1 Primer Apellido <input style="width: 95%;" type="text"/> Primer Nombre <input style="width: 95%;" type="text"/>	2 Segundo Apellido <input style="width: 95%;" type="text"/> Segundo Nombre <input style="width: 95%;" type="text"/>								
2 Tipo de Documento <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE      Nombre Documento: <input style="width: 95%;" type="text"/>									
3 Nombre del último establecimiento donde laboró <input style="width: 95%;" type="text"/> Ciudad o Municipio: <input style="width: 95%;" type="text"/> Departamento: <input style="width: 95%;" type="text"/>									
4 Fecha de fallecimiento del educador <table border="1" style="width: 100%; text-align: center; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>D</td><td>D</td><td>M</td><td>M</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td> </tr> </table>		D	D	M	M	A	A	A	A
D	D	M	M	A	A	A	A		

3 Nombre del último establecimiento educativo donde laboró: <input style="width: 95%;" type="text"/> Ciudad o Municipio: <input style="width: 95%;" type="text"/> Departamento: <input style="width: 95%;" type="text"/>									
Nivel <input type="checkbox"/> Preescolar <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Básica Secundaria <input type="checkbox"/> Directivo									
4 Fecha de fallecimiento del educador <table border="1" style="width: 100%; text-align: center; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>D</td><td>D</td><td>M</td><td>M</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td> </tr> </table>		D	D	M	M	A	A	A	A
D	D	M	M	A	A	A	A		

<b>Tipo de Vinculación</b>													
Nacional: <input type="checkbox"/>	Nacionalizado: <input type="checkbox"/>	Departamental: <input type="checkbox"/>	Municipal: <input type="checkbox"/>	Distrital: <input type="checkbox"/>									
FECHA ÚLTIMO INGRESO A LA DOCENCIA OFICIAL:					<table border="1" style="width: 100%; text-align: center; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>D</td><td>D</td><td>M</td><td>M</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td> </tr> </table>	D	D	M	M	A	A	A	A
D	D	M	M	A	A	A	A						

<b>III. Datos del Solicitante</b>	
1 Primer Apellido <input style="width: 95%;" type="text"/> Primer Nombre <input style="width: 95%;" type="text"/>	Segundo Apellido <input style="width: 95%;" type="text"/> Segundo Nombre <input style="width: 95%;" type="text"/>
2 Tipo de Documento <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE      Numero Documento: <input style="width: 95%;" type="text"/>	
3 Dirección de Residencia: <input style="width: 95%;" type="text"/> Ciudad o Municipio: <input style="width: 95%;" type="text"/> Departamento: <input style="width: 95%;" type="text"/>	
4 Correo Electrónico <input style="width: 95%;" type="text"/>	
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 BENEFICIARIO O 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.	<input style="width: 95%;" type="text"/>	FECHA:	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>D</td><td>D</td><td>M</td><td>M</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td> </tr> </table>	D	D	M	M	A	A	A	A
D	D	M	M	A	A	A	A				

\_\_\_\_\_  
 NOMBRE Y FIRMA DEL FUNCIONARIO RADICADOR

**DOCUMENTOS PARA LA SOLICITUD DE AUXILIO FUNERARIO Y SEGURO POR MUERTE**

**SEÑOR SOLICITANTE**

\*Si la documentación no es completa, su solicitud será devuelta para que anexe los documentos faltantes.  
 \*Los términos empezarán a correr una vez se aporte la documentación requerida.  
 \*Los documentos exigidos deben ser presentados en carpeta tamaño oficio corriente, debidamente legajados en el mismo orden en que se están relacionando.  
 \* Los documentos señalados con ( ✓ ) son requisitos según el tipo de prestación que usted desea solicitar

DOCUMENTOS EXIGIDOS		AUXILIO FUNERARIO	SEGURO POR MUERTE	USO EXCLUSIVO DE LA ENTIDAD TERRITORIAL
1	Formato de Solicitud de prestación completamente diligenciado	✓	✓	
2	En caso de ser más de un beneficiario debe anexar Formato Detalle de Beneficiarios debidamente diligenciado		✓	
3	Fotocopia Ampliada y legible de la cédula de ciudadanía del docente.	✓	✓	
4	Original del Registro civil de defunción del educador	✓	✓	
5	Original de la factura con sello de cancelación (En que conste la cuantía de los gastos y el nombre e identificación de la persona que lo sufragó)	✓		
6	Copia de la resolución que lo pensionó por el Fondo del Magisterio.	✓		
7	Copia del comprobante de pago de última mesada pensional.	✓		
8	Fotocopia ampliada y legible del documento de identidad de cada uno de los beneficiarios o de la persona que sufragó los gastos del sepelio.	✓	✓	
9	Original del certificado de tiempo de servicio expedido por la Entidad Territorial no superior a tres (3) meses a la fecha de radicación de solicitud) (Debe contener el tipo de vinculación del educador para determinar el régimen prestacional, las novedades administrativas como: nombramientos, traslados, comisiones, permutas, licencias, suspensiones, reflejando el número y fecha de los actos administrativo		✓	
10	Original del certificado de salarios expedido por la entidad pagadora, sobre el último salario devengado. (Si el salario ha variado en los tres (3) últimos meses anexar el certificado de los doce (12) meses del último año de servicio, reflejando el tipo de vinculación del educador, cargo, grado en el escalafón, horas extras certificadas mes por mes).		✓	
11	Acto Administrativo de retiro definitivo del servicio si está retirado o acto administrativo que declara la vacancia por fallecimiento.		✓	
12	Copia de la publicación de los edictos. (Uno (1) por 30 días publicado o (2) con intervalos de 15 días cada uno)		✓	
13	Cuando se trate de accidente de trabajo anexar original del acta del accidente firmada por el superior inmediato. (En el cual conste las circunstancias de modo, tiempo y lugar del hecho)		✓	
14	Original o Copia auténtica legible del Registro civil de nacimiento del educador (En donde refleje el nombre de los padres para demostrar parentesco, en caso que el educador fuese soltero).		✓	
15	Original o copia auténtica del Registro Civil de Matrimonio y/o declaraciones de convivencia (Con fecha de expedición no superior a tres (3) meses a fecha de radicación de la solicitud)		✓	
16	Registro civil de nacimiento de cada uno de los beneficiarios, con el fin de demostrar parentesco.		✓	
17	Manifestación expresa dependencia económica de hermanos menores de 18 años y hermanas mayores que dependían económicamente del educador.		✓	
18	Certificado de ingresos y retenciones del educador donde conste que tenía a cargo a los hermanos menores de 18 años y hermanas mayores que dependían económicamente.		✓	
19	En caso de hermanas mayores beneficiarias se debe anexar el certificado de Entidades Administradoras de Pensión indicando si se encuentran o no pensionadas. (En caso de estar pensionada debe anexar la copia de la resolución que la pensión)		✓	

\_\_\_\_\_  
 NOMBRE Y FIRMA DEL FUNCIONARIO RADICADOR