

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 impresa y legible. No se aceptan abreviaturas ni enmendaduras

PARA USO DEL SOLICITANTE

Tipo de Pensión

Formulario for selecting pension type: PENSIÓN DE SOBREVIVIENTE, INDEMNIZACIÓN SUSTITUTIVA DE LA PENSIÓN DE VEJEZ, INDEMNIZACIÓN SUSTITUTIVA DE LA PENSIÓN DE INVALIDEZ, INDEMNIZACIÓN SUSTITUTIVA DE LA PENSIÓN DE SOBREVIVIENTE.

Datos de Educador Fallecido

Formulario for deceased educator data: 1. Primer Apellido, Segundo Apellido, Primer Nombre, Segundo Nombre; 2. Tipo de Documento, Nombre Documento; 3. Nombre del último establecimiento educativo donde laboró, Ciudad o Municipio, Departamento, Nivel; 4. Fecha de fallecimiento del educador.

Tipo de Vinculación docente

Formulario for teacher linkage type: Departamental, Municipal, Distrital; FECHA ÚLTIMO INGRESO A LA DOCENCIA OFICIAL; 5. Activo al Servicio Docente a la fecha de fallecimiento; 6. Era pensionado por otra entidad.

Datos del solicitante

Formulario for applicant data: 1. Primer Apellido, Segundo Apellido, Primer Nombre, Segundo Nombre; 2. Tipo de Documento, 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 TARIETA PROFESIONAL

DESPRENDIBLE PARA EL SOLICITANTE DE LA PRESTACIÓN

RADICADO No.

Empty box for Radicado No.

FECHA:

D D M M A A A A

NOMBRE Y FIRMA DEL FUNCIONARIO RADICADOR

DOCUMENTOS PARA LA SOLICITUD DEPENDENCIA DE SOBREVIVIENTES E INDEMNIZACIONES SUSTITUTIVAS

SEÑOR SOLICITANTE

Si la documentación no esta 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, 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		PENSIÓN DE SOBREVIVIENTE	INDEMNIZACIÓN SUSTITUTIVA PENSIÓN DE VEJEZ	INDEMNIZACIÓN SUSTITUTIVA PENSIÓN INVALIDEZ	INDEMNIZACIÓN SUSTITUTIVA PENSIÓN SOBREVIVIENTES	USO EXCLUSIVO DE LA ENTIDAD TERRITORIAL
1	Formato de Solicitud de prestación completamente diligenciado	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
2	En caso de ser más de un beneficiario debe anexar Formato Detalle de Beneficiarios debidamente diligenciado	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
	Fotocopia ampliada y legible de la cédula de ciudadanía del docente.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
4	Original o copia autenticada del Registro civil de defunción del educador	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
5	Original del certificado de tiempo de servicio expedido por la Entidad Territorial. (Con fecha de expedición no superior a tres (3) meses a la fecha de radicación de la solicitud, debe contener el tipo de vinculación, nombramientos, traslados, comisiones, permutas, licencias, suspensiones y demás novedades administradas. Si ha laborado en otras entidades, anexar certificación de tiempo de servicio con los mismos requisitos anteriores)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
6	Original del certificado de salarios de todo el tiempo cotizado, expedido por la entidad competente (Debe contener el tipo de vinculación del educador, cargo, grado en el escalafón, si hay extras certificarlas mes por mes, si hubo ascensos en el año de adquisición del estatus certificar a partir de que fecha surte efectos fiscales de los últimos 10 Años anteriores al reconocimiento o es todo el tiempo si este es inferior.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
7	Copia de la publicación de los edictos. (Uno (1) por 30 días publicado o (2) con intervalos de 15 días cada uno)	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
8	Original o copia auténtica del Registro Civil de Matrimonio. (Con fecha de expedición no superior a tres (3) meses a fecha de radicación de la solicitud)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
9	Fotocopia ampliada y legible del documento de identidad de cada uno de los beneficiarios.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
10	Registro Civil de nacimiento de cada uno de los beneficiarios.	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
11	Dos declaraciones extrajudio de terceros en donde conste que el cónyuge sobreviviente, compañera o compañero permanente convivió con el docente hasta la fecha de su fallecimiento. (En caso de la compañera(o) permanente debe demostrar la convivencia permanente con el docente).	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
12	Certificado de la Secretaría de Educación de semanas cotizadas desde el ingreso a la docencia hasta la fecha de retiro		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
13	Certificado de invalidez de hijos mayores o hermanos. (Expedido por la entidad médico asistencial donde se encuentra afiliado el educador indicando: la causa invalidante, el porcentaje de la pérdida de la capacidad y la fecha de la calificación de la invalidez, con fecha de expedición no superior a tres (3) meses a la fecha de radicación)	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		
14	Manifiestación expresa dependencia económica de hijos mayores estudiantes y/o inválidos. <i>Certificado de escolaridad</i> (Expedido por el establecimiento donde se cursan los estudios, el cual debe estar reconocido por el Ministerio de Educación Nacional, el certificado debe indicar nombre de la carrera, pensum académico, jornada de estudio, intensidad horaria, semestre que cursa o año lectivo, debe ser educación formal y presencial). Anexar concepto médico expedido por la entidad donde se encontraba afiliado el docente que demuestren invalidez	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
15	Manifiestación expresa dependencia económica de padres y/o hermanos inválidos. Anexar concepto medico expedido por la entidad donde se encontraba afiliado el docente	<input checked="" type="checkbox"/>				
16	Fallo o sentencia judicial que otorga curaduría o tutoría, si el beneficiario está a cargo de persona diferente a los padres.	<input checked="" type="checkbox"/>				
17	En caso de padres beneficiarios y/o hermanos inválidos se debe anexar el certificado de Entidades Administradoras de Pensión indicando si se encuentran o no pensionados. (En caso de estar pensionado de anexar la copia de la resolución que lo pensionó)	<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	
18	Declaración juramentada ante notario del Docente y/o beneficiarios sobre si devengan o no pensión	<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	
19	Certificado de las administradoras de pensión en la cual conste que no es pensionado, en caso contrario anexar copia legible del acto administrativo de reconocimiento			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
20	Solicitud mediante la cual se solicita el recurso y/o la revocatoria directa (Para los docentes que apliquen al recurso de reposición)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
21	Primera copia de la Sentencia - (Fallo contencioso Art. 115 del C.P.C.) (Solo para prestaciones con Fallo contencioso)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
22	Certificado de constancia de fecha de ejecutoria de la sentencia	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
23	Declaración expresa y escrita del docente sobre la imposibilidad de seguir cotizando		<input checked="" type="checkbox"/>			
24	Si el educador fallecido devengaba pensión anexar copia de la resolución que lo pensionó.	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		
25	Certificado médico de invalidez, expedido por la entidad contratista donde se encuentre afiliado el docente donde se registre el porcentaje de Pérdida de Capacidad Laboral.			<input checked="" type="checkbox"/>		

CUANDO HAYA TIEMPOS DE SERVICIOS DIFERENTES A LOS TIEMPOS DOCENTES DEBE APORTARSE CERTIFICACIÓN LABORAL POR CADA ENTIDAD DONDE INDIQUE TIEMPO DE SERVICIO Y ENTIDAD A DONDE SE HICIERON LOS APORTES.

NOMBRE Y FIRMA DEL FUNCIONARIO RADICADOR