

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

Radicado No.	<input type="text"/>	Fecha de Radicación	<input type="text"/> D <input type="text"/> D <input type="text"/> M <input type="text"/> M <input type="text"/> A <input type="text"/> A <input type="text"/> A <input type="text"/> 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

DATOS DEL EDUCADOR

1 Primer Apellido	<input type="text"/>	2 Segundo Apellido	<input type="text"/>
Primer Nombre	<input type="text"/>	Segundo Nombre	<input type="text"/>
2 Tipo de Documento	<input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE	Nombre Documento:	<input type="text"/>
3 Dirección de Residencia (o para correspondencia): <input type="text"/>			
Departamento:	<input type="text"/>	Ciudad o Municipio:	<input type="text"/>
Teléfono de Residencia (o donde se pueda ubicar)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4 Nombre del Establecimiento educativo donde labora: <input type="text"/>			
Ciudad o Municipio:	<input type="text"/>	Departamento:	<input type="text"/>
Nivel	<input type="checkbox"/> Preescolar	<input type="checkbox"/> Primaria	<input type="checkbox"/> Básica Secundaria <input type="checkbox"/> Directivo
5 Correo electrónico	<input type="text"/>		

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

TIPO DE VINCULACIÓN

Nacional: Nacionalizado: Departamental: Municipal: Distrital:

FECHA ÚLTIMO INGRESO A LA DOCENCIA OFICIAL:

DDMMAAAA

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 DOCENTE

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.	<input type="text"/>	FECHA:	<input type="text"/> D <input type="text"/> D <input type="text"/> M <input type="text"/> M <input type="text"/> A <input type="text"/> A <input type="text"/> A <input type="text"/> A
--------------	----------------------	--------	---

NOMBRE Y FIRMA DEL FUNCIONARIO RADICADOR