

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

Radicado No.	<input style="width: 95%;" type="text"/>	Fecha de Radicación:	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">D</td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">D</td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">M</td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">M</td> <td style="width: 20px; height: 20px; 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 formulario debe estar completamente diligenciado en letra impresa y legible. No se aceptan abreviaturas ni enmendaduras

PARA USO DEL SOLICITANTE

DATOS DEL EDUCADOR FALLECIDO

1 Primer Apellido <input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/> Primer Nombre <input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>	Segundo Apellido <input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/> Segundo Nombre <input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>							
2 Tipo de Documento: <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE Numero Documento: <input style="width: 80px;" type="text"/>								
3 Nombre del último establecimiento educativo donde laboró: <input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/> Ciudad o Municipio : <input style="width: 40%; height: 20px;" type="text"/> Departamento: <input style="width: 40%; height: 20px;" 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="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">D</td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">D</td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">M</td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">A</td> </tr> </table>		D	D	M	A	A	A	A
D	D	M	A	A	A	A		

TIPO DE VINCULACIÓN

Nacional: <input type="checkbox"/>	Nacionalizado: <input type="checkbox"/>	Departamental: <input type="checkbox"/>	Municipal: <input type="checkbox"/>	Distrital: <input type="checkbox"/>
------------------------------------	---	---	-------------------------------------	-------------------------------------

FECHA ULTIMO INGRESO A LA DOCENCIA OFICIAL:

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

DATOS DEL SOLICITANTE

1 Primer Apellido <input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/> Primer Nombre <input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>	Segundo Apellido <input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/> Segundo Nombre <input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>
2 Tipo de Documento: <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> C.E. Numero Documento: <input style="width: 80px;" type="text"/>	
3 Dirección Residencia (o para correspondencia): <input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/> Ciudad o Municipio Departamento <input style="width: 40%; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 40%; height: 20px;" type="text"/>	
4 Correo Electrónico <input style="width: 95%; height: 20px;" 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 ACTÚA 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. <input style="width: 95%;" type="text"/>	FECHA: <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">D</td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">D</td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">M</td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">M</td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">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 CESANTÍA DEFINITIVA BENEFICIARIOS

SEÑOR SOLICITANTE

- Si la documentación no está completa , su solicitud será devuelta para que anexe los documentos faltantes.
- Los términos empezarán a correr una vez se aporte toda la documentación requerida.
- Estos documentos deben ser presentados en carpeta tamaño oficio corriente, debidamente legajados en el mismo orden en que se están relacionando.

LAS CASILLAS SON 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 **Dos fotocopias ampliadas y legibles de la cédula de ciudadanía del educador.**
- 4 **Original o copia autentica del Registro civil de defunción del educador**
- 5 **Acto administrativo de retiro definitivo del servicio docente donde se indique la fecha de efectos fiscales.**
- 6 **Original del Certificado de tiempo de servicio expedido por la entidad territorial no superior a tres (3) meses a la fecha de radicación de la 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 administrativos de las novedades con fecha de ingreso y retiro).
- 7 **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, si hubo ascensos en el escalafón certificar a partir de que fecha surte efectos fiscales).
- 8 **Certificado de la entidad que cancelaba las cesantías antes de la creación del FNPSM sobre anticipos pagados.**
(En el que conste los anticipos cancelados o en su defecto certificado de no pago, excepto para docentes del Régimen Nacional).
- 9 **Paz y Salvo expedido por la pagaduría de la entidad empleadora sobre cancelación de pagos y deudas**
- 10 **Reportes anuales de las cesantías de 1990 en adelante o reportes desde la fecha de posesión.**
(Para docentes Nacionales con Régimen de Nacional)
- 11 **Paz y salvo del Fondo Nacional del Ahorro.**
(Para los docentes Nacionales y los vinculados a partir del 1 de Enero de 1991)
- 12 **Copia de la publicación de los edictos.**
(Uno (1) por 30 días publicado o dos (2) con intervalos de 15 días cada uno).
- 13 **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).
- 14 **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).
- 15 **Fotocopia ampliada y legible del documento de identidad de cada uno de los beneficiarios**
- 16 **Original o copia autentica del registro civil de nacimiento de cada uno de los beneficiarios**
- 17 **Declaración extrajuicio en donde conste dependencia económica de hermanos menores de 18 años y hermanas mayores del educador fallecido.**
- 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.**
- 20 **Escritura pública de sucesión, en caso de herederos.**
(Donde se registre la partida de la cesantía definitiva en valor y distribución que le corresponde a cada uno de los herederos, en el evento de no existir ninguna de las órdenes sucesorales establecidas en la norma).

NOMBRE Y FIRMA DEL FUNCIONARIO RADICADOR