

Radicado No. <input style="width: 90%;" 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 imprenta y legible. No se aceptan abreviaturas ni enmendaduras

I. DATOS PERSONALES

1 Primer Apellido	Segundo Apellido
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
Primer Nombre	Segundo Nombre
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
2 Tipo de Documento: <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.E.	
Numero Documento: <input style="width: 95%;" type="text"/>	
3 Dirección Residencia (o para correspondencia)	
<input style="width: 95%;" type="text"/>	
Ciudad o Municipio	Departamento
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
Teléfono	
<input style="width: 95%;" type="text"/>	
4 Nombre del Establecimiento educativo donde labora:	
<input style="width: 95%;" type="text"/>	
Ciudad o Municipio	Departamento
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
Nivel	
<input type="checkbox"/> Preescolar <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Básica Secundaria <input type="checkbox"/> Directivo	
5 Correo electrónico:	
<input style="width: 95%;" type="text"/>	

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

Tipo de Vinculación

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

FECHA ULTIMO INGRESO A LA DOCENCIA OFICIAL:

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

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

DESPRENDIBLE PARA EL SOLICITANTE DE LA PRESTACIÓN

RADICADO No. <input style="width: 90%;" 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			

FIRMA DEL FUNCIONARIO RADICADOR

II. DOCUMENTOS PARA LA SOLICITUD DE INDEMNIZACIÓN

SEÑOR EDUCADOR

- 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 **Fotocopia ampliada y legible de la cédula de ciudadanía del educador.**
- 3 **Certificado de incapacidad expedido por el médico de la entidad donde se encuentra afiliado el educador.**
(Donde conste si es enfermedad profesional o accidente de trabajo).
- 4 **Original del certificado expedido por la entidad médico asistencial**
(donde se encuentre afiliado el docente en el cual conste el daño sufrido de acuerdo con la tabla de valuación de incapacidades establecida en el Código Sustantivo del trabajo).
- 5 **Original del certificado de salarios expedido por la entidad pagadora sobre el último salario devengado al momento de producirse la incapacidad.**
(Donde indique el tipo de vinculación del educador, última fecha de ingreso a la docencia. Este certificado debe indicar además los aportes de Ley al Fondo del Magisterio).
- 6 **Original del acta del accidente firmada por el superior inmediato.**
(En el cual conste las circunstancias de modo, tiempo y lugar del hecho).

NOMBRE Y FIRMA DEL FUNCIONARIO RADICADOR