

SECRETARIA DE EDUCACIÓN: \_\_\_\_\_  
FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO  
FORMATO SOLICITUD DE INDEMNIZACIÓN

Radicado No.

Fecha de Radicación

(Para uso exclusivo de la entidad territorial)

Este formato debe estar completamente diligenciado en letra imprenta y legible. No se aceptan abreviaturas ni enmendaduras

I. DATOS PERSONALES

1 Primer Apellido  Segundo Apellido

Primer Nombre  Segundo Nombre

2 Tipo de Documento  CC  CE Nombre Documento:

3 Dirección Residencia (o para correspondencia)

Ciudad o Municipio:  Departamento:

Teléfono

4 Nombre del Establecimiento educativo donde donde labora:

Ciudad o Municipio:  Departamento:

Nivel  Preescolar  Primaria  Basica Secundaria  Directivo

Correo electrónico:

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

Tipo de Vinculación

Nacional:  Nacionalizado:  Departamental:  Municipal:  Distrital:

FECHA ULTIMO INGRESO A LA DOCENCIA OFICIAL:

\_\_\_\_\_  
FIRMA DOCENTE

\_\_\_\_\_  
FIRMA APODERADO

SI USTED ACTUA 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.

FECHA:

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL FUNCIONARIO RADICADOR

**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 <b>Formato de Solicitud de prestación completamen</b>   | <input type="checkbox"/> |
| 2 <b>Fotocopia ampliada y legible de la cédula de ciudadanía del educador.</b>  | <input type="checkbox"/> |
| 3 <b>Certificado de incapacidad expedido por el médico de la entidad donde se encuentra afiliado el educador.</b><br>(Donde conste si es enfermedad profesional o accidente de trabajo)   | <input type="checkbox"/> |
| 4 <b>Original del certificado expedido por la entidad méd</b><br>(Donde se encuentre afiliado el docente en el cual conste el daño sufrido de cuerdo con la tabla de valuación de incapacidades establecida en el Código Sustantivo del trabajo.  | <input type="checkbox"/> |
| 5 <b>Original del certificado de salarios expedido por la entidad pagadora sobre el último salario devengado al momento de producirse la incapacidad.</b><br>(Donde indique el tipo de vinculacion del educador, última fecha de ingreso a la docencia. Este certificado debe indicar además los aportes de Ley al Fondo del Magisterio). | <input type="checkbox"/> |
| 6 <b>Original del acta del accidente firmada por el superior inmediato.</b><br>(En el cual conste las circunstancias de modo, tiempo y lugar del hecho).  | <input type="checkbox"/> |

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