

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;">D</td> <td style="width: 20px; height: 20px;">D</td> <td style="width: 20px; height: 20px;">M</td> <td style="width: 20px; height: 20px;">M</td> <td style="width: 20px; height: 20px;">A</td> <td style="width: 20px; height: 20px;">A</td> <td style="width: 20px; height: 20px;">A</td> <td style="width: 20px; height: 20px;">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

Primer Nombre  Segundo Nombre

2 Tipo de Documento:  C.C.  C.E. Numero Documento:

3 Dirección Residencia (o para correspondencia)

Ciudad o Municipio  Departamento

Teléfono

4 Nombre del Establecimiento educativo donde labora:

Ciudad o Municipio  Departamento

Nivel  Preescolar  Primaria  Básica Secundaria  Directivo

5 Correo electrónico:

**SEÑOR EDUCADOR A TRAVÉS 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 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**

RADCADO 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;">D</td> <td style="width: 20px; height: 20px;">D</td> <td style="width: 20px; height: 20px;">M</td> <td style="width: 20px; height: 20px;">M</td> <td style="width: 20px; height: 20px;">A</td> <td style="width: 20px; height: 20px;">A</td> <td style="width: 20px; height: 20px;">A</td> <td style="width: 20px; height: 20px;">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**