

Radicado No.	<input type="text"/>	Fecha de Radicación:	<input type="text"/>
(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 DOCENTE O SOLICITANTE

<input type="checkbox"/> INDEMNIZACIÓN SUSTITUTIVA PENSIÓN DE VEJEZ	<input type="checkbox"/> INDEMNIZACIÓN SUSTITUTIVA PENSIÓN DE INVALIDEZ
------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------

**DATOS DEL DOCENTE**

Primer Apellido	<input type="text"/>	Segundo Apellido	<input type="text"/>
Primer Nombre	<input type="text"/>	Segundo Nombre	<input type="text"/>
Tipo de Documento:	<input type="checkbox"/> C.C.	<input type="checkbox"/> C.E.	Numero de Documento: <input type="text"/>
Nombre del establecimiento donde labora	<input type="text"/>		
Ciudad o Municipio :	<input type="text"/>	Departamento:	<input type="text"/>

**TIPO DE VINCULACIÓN**

<input type="checkbox"/> DEPARTAMENTAL - SGP	<input type="checkbox"/> MUNICIPAL -SGP
----------------------------------------------	-----------------------------------------

Dirección Residencia solicitante:	<input type="text"/>		
Ciudad o Municipio	<input type="text"/>	Departamento	<input type="text"/>
Correo Electrónico	<input type="text"/>		
<b>"SEÑOR DOCENTE A TRAVÉS DE ESTE CORREO ELECTRÓNICO USTED RECIBIRÁ INFORMACIÓN SOBRE EL TRÁMITE DE LA PRESTACIÓN SOLICITADA"</b>			

_____ FIRMA DEL DOCENTE O APODERADO O TUTOR			
Teléfono fijo	<input type="text"/>	Celular	<input type="text"/>

**SEÑOR SOLICITANTE**

- \* SI LA DOCUMENTACIÓN NO ESTA 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 CAFÉ TAMAÑO OFICIO, DEBIDAMENTE LEGAJADOS EN EL MISMO ORDEN EN QUE ESTAN RELACIONADOS.

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.

DOCUMENTOS EXIGIDOS		INDENIZACION SUSTITUTIVA DE LA PENSIÓN DE VEJEZ	INDENIZACION SUSTITUTIVA DE LA PENSIÓN DE INVALIDEZ
1	Formato de Solicitud de prestación completamente diligenciado.	✓	✓
2	Fotocopia ampliada y legible de la cédula de ciudadanía del docente al 150%	✓	✓
3	Original o Copia auténtica legible del Folio del Registro civil de nacimiento.	✓	✓
4	Original del Certificado de tiempo de servicio y salarios de todo el tiempo laborado con la Secretaria de Educación, con fecha de expedición no superior a tres (3) meses a la fecha de radicación de la solicitud - (Taquilla 12)	✓	✓
5	Certificación de horas extras devengadas durante todo el tiempo laborado con la Secretaria de Educación (Expedido por la Oficina de Nómina del Magisterio)	✓	✓
6	Si viene trasladado de otro Departamento o Municipio Certificado de Antioquia, aportar original del certificado de tiempo de servicio y salarios de todo el tiempo laborado con dicha entidad	✓	✓
7	Certificado de Entidades Administradoras de Pensión indicando si se encuentra o no pensionado 1) DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA: 2 piso Taquilla de la Dirección de Prestaciones Sociales 2) COLPENSIONES (Antes ISS): - Edif. "Distrito 65" CL. 50 (Colombia) # 64C-59 Local 1 - Edif. "Colmena" KR 43 A # 1 A Sur 25 (Av. El Poblado) - Ctro Comercial "Niquia" Diag 55 # 37 - 41 Ofic 301 y 318. 3) U.G.P.P (Antes CAJANAL): Centro Comercial Punto Clave (Local 123) En caso de estar pensionado debe anexar la copia de la resolución que lo pensionó	✓	✓
8	Manifestación expresa y escrita del docente si devenga o no pensión	✓	✓
9	Manifestación expresa y escrita del docente sobre la imposibilidad de seguir cotizando al sistema de pensión	✓	✓
10	Acto administrativo de retiro definitivo del servicio debidamente notificado	✓	✓
11	Original del Certificado médico de invalidez expedido por el contratista médico en donde se encuentre afiliado el docente.		✓
12	Copia de los dos últimos ascensos en el escalafón	✓	✓

**DOCUMENTOS ADICIONALES EN CASO DE SER PRESENTADO EL TRAMITE POR UN AUTORIZADO O APODERADO:**

**\*APODERADOS:**

\* Fotocopias legibles del documento de identidad y de la tarjeta profesional por ambas caras y ampliada al 150%.

\* Poder otorgado por el beneficiario en original con reconocimiento de firmas con huella ante notario o autoridad competente tanto del poderdante como del apoderado.

**\*AUTORIZADOS:**

\* Fotocopia del documento de identidad del autorizado por ambas caras al 150%.

\* Autorización en original con reconocimiento de firmas con huella ante notario o autoridad competente tanto de quien autoriza, como del autorizado

**\* CURADOR, GUARDADOR O TUTOR:**

\* Fotocopia del documento de identidad del curador, Guardador o Tutor por ambas caras al 150%

\* Copia del Acta de posesión y discernimiento del curador, guardador o tutor

\* Copia de la Setencia de Curaduría

Formato debidamente diligenciado y legible de la Autorización para la **NOTIFICACION ELECTRONICA** del docente o apoderado o tutor

SI  NO



