

**SINDICATO UNICO DE
 TRABAJADORES
 DE LA EDUCACION DEL VALLE
 "SUTEV"**

HOJA DE DATOS PERSONALES DEL AFILIADO

No. _____

| | | |
|--------------------------|-----------|--------|
| NOMBRE COMPLETO | | CODIGO |
| CEDULA DE CIUDADANIA No. | DE | |
| LUGAR DE NACIMIENTO | FECHA | |
| ESTADO CIVIL | DIRECCION | |
| ESPOSA(O) ó COMPAÑERO | | |
| NUMERO DE HIJOS | | |

SITIO DE TRABAJO

| |
|--------------------------------|
| CENTRO DOCENTE |
| MUNICIPIO |
| DISTRITO EDUCATIVO |
| FECHA DE INGRESO AL MAGISTERIO |

BENEFICIARIOS DEL AUXILIO DE SOLIDARIDAD POR MUERTE

| Nombres y Apellidos | C.C. No. | Parentesco | % |
|---------------------|----------|------------|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

REQUISITOS: A) Una foto. B) Autenticar firma del docente. C) último desprendible de pago

COMPROBANTE DE ENTREGA

No. _____

| | |
|--------------------|------------|
| Nombre completo | C.C. No. |
| Fecha de Recibido | Código No. |
| DIRECTIVO RECEPTOR | |

HOJA DE AUXILIO DE SOLIDARIDAD POR MUERTE

Al firmar esta hoja de AUXILIO DE SOLIDARIDAD POR MUERTE manifiesto conscientemente a la directiva del "SUTEV" y al magisterio en general; que es mi voluntad dejar el valor de este AUXILIO DE SOLIDARIDAD POR MUERTE a mis beneficiarios ya mencionados y en la proporción estipulada.

Para constancia de lo antes expuesto, firmo la presente ante (2) dos testigos, hoy _____ de _____ de _____

EL AFILIADO _____

Nombre

C.C. No.

TESTIGO

Nombre

C.C. No.

TESTIGO

Nombre

C.C. No.