# SINDICATO ÚNICO DE TRABAJADORES DE LA EDUCACION DEL VALLE
# AUXILIO DE SOLIDARIDAD POR FALLECIMIENTO DEL AFILIADO(A)

## DATOS PERSONALES

Nombres y Apellidos:

CC. No.

Expedida en:

Lugar de Nacimiento:

Fecha:

No. De Contacto:

Estado Civil:

Cónyuge o Compañera(o):

Personas a Cargo

Dirección:

Municipio:

Correo Electrónico:

## INFORMACIÓN LABORAL

Institución Educativa:

Municipio:

Sede:

GAGEM No.:

Cargo:

Tipo de Nombramiento:

Fecha de Afiliación al SUTEV:

## BENEFICIARIOS DEL AUXILIO DE SOLIDARIDAD POR MUERTE

| NOMBRES Y APELLIDOS | IDENTIFICACION | No. CONTACTO | PARENTESCO | % |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

## REQUISITOS. A) Autenticar Firma B) Una Foto C) Ultimo Desprendible de Pago

"Luchamos por la defensa de la Educación Pública estatal, la cultura; por mejores condiciones de vida para el maestro, y defensa del régimen prestacional, laboral y docente"

## HOJA DE AUXILIO DE SOLIDARIDAD POR MUERTE

Al firmar esta hoja de AUXILIO DE SOLIDARIDAD POR MUERTE, manifiesto conscientemente a la Junta Directiva Central 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 expresado, firmo la presente, hoy _____ de _____, del año _____.

_____
Nombres y Apellidos
CC. No.

TESTIGOS

_____
Nombres y Apellidos
CC. No.

_____
Nombres y Apellidos
CC. No.