



SOLICITUD DE AFILIACIÓN

Señores

JUNTA DIRECTIVA CENTRAL DE ADEM
Asociación de Educadores del Meta
Villavicencio.

Foto

Asunto: Solicitud de afiliación.

Comendidamente me dirijo a Ustedes con el fin de solicitar mi admisión - afiliación a la Asociación de Educadores del Meta, ADEM, comprometiéndome a conocer y cumplir cabalmente los Estatutos que la rigen como organización sindical, y así mismo las decisiones y disposiciones adoptadas por la Asamblea General de Delegados, la Junta Directiva Central y demás organismos de dirección y asesoría.

Para los fines pertinentes, me permito suministrar los siguientes datos:

NOMBRES Y APELLIDOS				SEXO			
				M	<input type="checkbox"/>	F	<input type="checkbox"/>
CÉDULA	ESTADO CIVIL	LUGAR DE NACIMIENTO	FECHA DE NACIMIENTO		RH		
			DÍA	MES	AÑO		
CARGO QUE DESEMPEÑA			ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO				
DOCENTE <input type="checkbox"/>			DIRECTIVO DOCENTE <input type="checkbox"/>				
SEDE		MUNICIPIO	FECHA DE NOMBRAMIENTO (POSESIÓN)				
			DÍA	MES	AÑO		
GRADO ESCALAFON	UDEL Ó NÚCLEO No	PROFESIONAL - LICENCIADO (A) EN					
DIRECCIÓN RESIDENCIA		TELEFONO - CELULAR	E-MAIL				
NOMINADOR							
DEPARTAMENTO <input type="checkbox"/>		VILLAVICENCIO <input type="checkbox"/>					
ESTATUTO							
2277/1979 <input type="checkbox"/>		1278/2002 <input type="checkbox"/>					
PLAZA DOCENTE							
DEPARTAMENTAL <input type="checkbox"/>		NACIONAL <input type="checkbox"/>		NACIONALIZADO <input type="checkbox"/>		MUNICIPAL <input type="checkbox"/>	
VINCULACION							
PROPIEDAD <input type="checkbox"/>		PERIODO DE PRUEBA <input type="checkbox"/>		PROVISIONAL <input type="checkbox"/>			
FIRMA _____				FECHA DE SOLICITUD DE AFILIACIÓN			
CÉDULA _____ Exp. en _____				DÍA	MES	AÑO	

¿Afiliación a la ADEM por primera vez? SI ____ NO ____

Fecha aprobación Junta Directiva Central de ADEM: Día _____ Mes _____ Año _____

(No diligenciar) Observaciones: _____



APORTE SOLIDARIO POR FALLECIMIENTO

Autorización de descuento y relación de beneficiarios del educador (a) afiliado (a) a la Asociación de Educadores del Meta, ADEM, para el reconocimiento y pago del aporte solidario.

Yo, _____, identificado con cédula de ciudadanía número _____, de _____, en mi calidad de afiliado (a), declaro ante la Asociación de Educadores del Meta, ADEM, que la autorizo plena y ampliamente para que ordene y obtenga el descuento del uno por ciento (1%) del salario mínimo legal mensual vigente de mi asignación básica mensual devengada como docente al servicio del Estado, por una sola vez, cada vez que fallezca un educador afiliado a la Asociación, con destino al aporte solidario que le corresponda a sus beneficiarios, de acuerdo con la Resolución 004 de 2020, expedida por la Asamblea General de Delegados y la Junta Directiva Central de la ADEM.

Para efectos del reconocimiento de beneficiarios y el pago del aporte solidario en el caso de mi deceso, nombro las siguientes personas naturales y/o jurídicas para que soliciten, cobren y reciban el mencionado aporte en la cuantía según la distribución porcentual estipulada para cada una, así:

NOMBRE COMPLETO	IDENTIFICACION O PARENTESCO	PORCENTAJE
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____
4. _____	_____	_____
5. _____	_____	_____
6. _____	_____	_____
7. _____	_____	_____
8. _____	_____	_____
9. _____	_____	_____
10. _____	_____	_____

Son un total de _____ (_____) personas.

Nota: Para todos los efectos del Aporte Solidario, se tendrá como válido y vigente, al momento de su exigibilidad, el último formulario firmado y diligenciado con la fecha de radicación ante ADEM más cercana a la fecha de fallecimiento del docente causante.

En constancia, firmo la presente a los (_____) días del mes de _____ de _____.

Educador (a) afiliado (a)

**Recibido - radicado ADEM:
(Sin enmendaduras)**

C.C. _____ de _____