



ASOCIACIÓN DE EDUCADORES DEL META - ADEM

La unidad nos hace fuertes, la organización grandes y la lucha...libres
Personería Jurídica N° 010380 de agosto 14 de 1959



SOLICITUD DE AFILIACIÓN

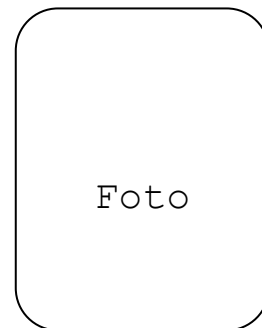
Fecha: _____

Señores

JUNTA DIRECTIVA CENTRAL DE ADEM

Asociación de Educadores del Meta

Villavicencio.



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:

DATOS PERSONALES

_____			RH _____
NOMBRES	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	
Cédula de Ciudadanía _____ de _____	Sexo M _____ F _____		
Estado civil _____	Lugar de Nacimiento _____	Fecha Nacimiento ____/____/____	
Cargo que desempeña: Docente _____	Directivo _____	Institución Educativa _____	
Sede: _____	Municipio: _____	Fecha nombramiento ____/____/____	
Grado escalafón _____	Profesional – Licenciado en: _____		
Dirección residencia _____	Municipio _____		
Teléfono _____	Correo Electrónico _____		

Secretaría de Educación del Meta

D. 2277/1979 _____ D. 1278/2002 _____

Propiedad ____ Periodo de Prueba ____ Provisional ____

Nacional ____ Nacionalizado ____

Departamental ____ Municipal ____

Secretaría de Educación de Villavicencio

D. 2277/1979 _____ D. 1278/2002 _____

Propiedad ____ Periodo de Prueba ____ Provisional ____

Nacional ____ Nacionalizado ____

Departamental ____ Municipal ____

Firma: _____

C.C. _____ de _____

¿Aprueba descuento servicio funerario? Sí ____ No ____ **¿Porque?** _____

Nota: No olvide diligenciar el formato de aporte solidario y allegar los dos documentos en original a nuestras oficinas.

Artículo 65° - párrafo 2, el afiliado que renuncie no se le concederá una nueva afiliación, sino transcurridos cinco (5) años a partir de la fecha de aceptación de su retiro.

(No diligenciar) **¿Afiliación a la ADEM por primera vez?** Si ____ No ____ **Observaciones:** _____

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

Nota: Con la firma de este formulario se obliga al acatamiento de los estatutos vigentes de la Asociación y autoriza a la Tesorería del Meta o de Villavicencio a descontar los aportes estatutarios.

Carrera 26 N° 35 -09 San Isidro- Villavicencio – Meta
Tel: 6740109 - Cel: 3102791931
E-mail: adem@ademfencode.org - www.adem.org.co



ASOCIACIÓN DE EDUCADORES DEL META - ADEM

La unidad nos hace fuertes, la organización grandes y la lucha...libres
Personería Jurídica N° 010380 de agosto 14 de 1959



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 2022, 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 _____