

**FORMATO DE ACTUALIZACION DEL DOCENTE AFILIADO AL FONDO NACIONAL DE
PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO**

Fecha de Diligenciamiento (MM/DD/AAAA) ____/____/____

Datos Personales Docente:

Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____

Primer Nombre _____ Segundo Nombre _____

Estado Civil: Casado Unión Libre Separado Divorciado Viudo

Tipo de Identificación: CC CE Número de Identificación: _____

Lugar y fecha de expedición: _____ (MM/DD/AAAA) ____/____/____

Fecha Nacimiento (MM/DD/AAAA) ____/____/____ Sexo M F

Lugar de Nacimiento: Departamento _____ Municipio _____

Datos de Contacto Docente:

Dirección: _____

Barrio: _____

Departamento: _____ Municipio: _____

Zona de Residencia: Rural Urbana

Teléfono Fijo _____

Celular _____

Correo electrónico _____

(En caso de no tener correo electrónico diligenciar el correo del establecimiento educativo o el de un familiar)

INFORMACIÓN LABORAL

Último nivel educativo aprobado _____ ----- _____

Fecha de vinculación: (MM/DD/AAAA) ____/____/____

Entidad Territorial _____

Establecimiento Educativo _____

Zona que atiende	1 Zona Urbana	2 Zona rural
------------------	---------------	--------------

Departamento del Establecimiento Educativo _____

Municipio del Establecimiento Educativo _____

Sitio de de Atención _____

Firma del Docente _____