



SINDICATO DE EMPLEADOS PÚBLICOS DEL SENA  
SINDESENA  
PERSONERIA JURIDICA  
No. 1384 DE MAYO DE 1971  
NIT 800.232.309-8



FORMATO DE DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS DEL AUXILIO FUNEBRE PARA AFILIADOS DE SINDESENA

|                                           |  |                 |  |         |   |                        |   |
|-------------------------------------------|--|-----------------|--|---------|---|------------------------|---|
| Ciudad                                    |  | Departamento    |  | Fecha   | D | M                      | A |
| La solicitud que realiza es en calidad de |  | Por primera vez |  | Novedad |   | Actualización de datos |   |

Señores:  
SINDICATO DE EMPLEADOS PÚBLICOS DEL SENA  
SINDESENA  
Ciudad

Apreciados Señores:

En mi calidad de afiliado a la organización sindical SINDESENA, de manera voluntaria, libre e informada manifiesto al sindicato mi voluntad de designar en vida, como beneficiarios del aporte solidario por fallecimiento, que otorga el sindicato a los **parientes o allegados** del afiliado fallecido en ejercicio de su libertad y autonomía y de conformidad con sus estatutos y resoluciones que lo reglamenten, a las siguientes personas de acuerdo a los siguientes porcentajes, así:

| Beneficiarios                |                          |                      |            |            |
|------------------------------|--------------------------|----------------------|------------|------------|
| Nombre y apellidos completos | # Documento de identidad | Teléfono de contacto | Parentesco | % Asignado |
|                              |                          |                      |            |            |
|                              |                          |                      |            |            |
|                              |                          |                      |            |            |
|                              |                          |                      |            |            |
|                              |                          |                      |            |            |
|                              |                          |                      |            |            |
|                              |                          |                      |            |            |
|                              |                          |                      |            |            |
|                              |                          |                      |            |            |
|                              |                          |                      |            |            |

|                                                                     |      |  |      |  |      |                                                                         |                              |  |
|---------------------------------------------------------------------|------|--|------|--|------|-------------------------------------------------------------------------|------------------------------|--|
| Nombre y apellidos completos del afiliado que realiza la solicitud: |      |  |      |  |      |                                                                         |                              |  |
| Tipo de documento de Identidad:                                     | T.I. |  | C.C. |  | C.E. |                                                                         | No de documento de identidad |  |
| Firma del afiliado que realiza la solicitud                         |      |  |      |  |      | Huella digital del indice derecho del afiliado que realiza la solicitud |                              |  |

Observación para la aceptación del formato por parte de SINDESENA

El presente formato debe ser autenticado y entregado a la subdirectiva o comité sindical de Sindesena al cual pertenece el afiliado, el cual será custodio de mismo y tendrá la obligación de reportar copia digital a la Junta Nacional, es de aclarar que solo hasta que se haga el reporte formal por parte de la subdirectiva a Junta Nacional se considerará la solicitud como aceptada y con la validez jurídica para el reconocimiento del derecho.

| Espacio Reservado para SINDESENA                                  |   |   |   |                                                            |  |
|-------------------------------------------------------------------|---|---|---|------------------------------------------------------------|--|
| Fecha de recepción por parte de la subdirectiva o comité sindical | D | M | A | Nombre del Presidente de la subdirectiva o comité sindical |  |
| Fecha de reporte a Junta Nacional                                 | D | M | A | Firma del Presidente de la subdirectiva o comité sindical  |  |

NO A LA PRIVATIZACION DE LA FORMACION PROFESIONAL,  
INTEGRAL Y GRATUITA EN EL SENA  
Bogotá D.C. - Carrera 7 No. 34-50 - Teléfonos móviles y whatsapp: secretaria general 3241332063, tesorería y contabilidad 3202971664, apoyo jurídico 3168746892, información general 3134678325 y Edificio sindical 3150037098  
e-mail: correspondencia@sindesena.org  
www.sindesena.org  
Sindesenacol