

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

I. MARQUE EL TIPO DE NOVEDAD A REPORTAR

- Activación de cotizante pensionado o sustituto pensional
- Inclusión de beneficiarios
- Modificación datos básicos de identificación
- Exclusión de beneficiarios
- Actualización del documento de identidad
- Inclusión de cotizantes dependientes
- Actualización y corrección de datos complementarios
- Exclusión de cotizantes dependientes
- Reingreso de beneficiarios
- Cambio de condición de cotizante a beneficiario
- Traslado
- Cambio de condición de beneficiario a cotizante
- Actualización de certificado de discapacidad
- Otro
- Reporte de fallecimiento

II. DATOS DEL COTIZANTE PRINCIPAL

Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____

Primer Nombre _____ Segundo Nombre _____

Tipo de Identificación: CC CE PA RC CN AS S SC NIUP

Numero de Identificación: _____

Lugar y Fecha de nacimiento: _____ / _____ / _____

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

Departamento de residencia _____ Municipio de residencia _____

Dirección _____ Teléfono _____

Zona de Residencia: Rural Urbana Estado civil _____

Correo Electrónico _____

Secretaria de Educación a la cual se encuentra adscrito _____

Departamento donde labora _____ Municipio donde labora _____

III. DATOS DE BENEFICIARIOS EN PRIMER GRADO DE CONSEGUINIDAD, CONYUGUEO O COTIZANTES DEPENDIENTES AFILIAR

No.	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Sexo	Fecha de nacimiento
B1						MM/DD/AAAA
B2						MM/DD/AAAA
B3						MM/DD/AAAA
B4						MM/DD/AAAA
B5						MM/DD/AAAA

No.	Tipo documento	No. documento	Fecha de expedición	Departamento de expedición	Municipio de expedición
B1			MM/DD/AAAA		
B2			MM/DD/AAAA		
B3			MM/DD/AAAA		
B4			MM/DD/AAAA		
B5			MM/DD/AAAA		

No.	Departamento de residencia	Municipio de residencia	Dirección de residencia	Teléfono de contacto	Correo electrónico
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

Observaciones

IV. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- Declaración de dependencia económica de los de beneficiarios para la prestación de servicios de salud de los docentes activos o pensionados afiliados al Fondo de Prestaciones Sociales del Magisterio FOMAG.
- Autorización para que el Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio - Fiduprevisora solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales
- Autorización para que el Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio - Fiduprevisora reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran
- Autorización para que el Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio - Fiduprevisora maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
- Autorización para que el Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio - Fiduprevisora. envíe información al correo electrónico o al celular como mensaje de texto

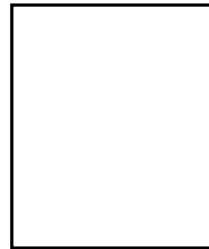
V. OBLIGACIONES

- * Si la documentación no está completa, su solicitud será devuelta para que anexe los documentos faltantes
 - * Los términos empezarán a correr una vez se aporte toda la documentación requerida
 - * La información registrada debe ser legible y clara, sin enmendaduras o tachones
 - * Los documentos señalados con (X) son requisitos según el tipo de prestación que usted desea solicitar
- Toda solicitud de afiliación de un cotizante dependiente debe traer adjunta LA OBLIGACION DE PAGO y pagare adjunto, debidamente diligenciadas (VER ANEXO 1)

VI. FIRMAS

Firma del Cotizante

No. De Documento del Cotizante



VI. ESPACIO EXCLUSIVO PARA EL FUNCIONARIO DEL CAU QUE RECEPCIONA LA SOLICITUD

- * La solicitud es clara frente al formato diligenciado
- * Se adjuntan los soportes correspondientes a cada beneficiario
- * Solicita la afiliación de un cotizante dependiente (radicar a el funcionario encargado)
- * Registrar No Orfeo de la radicación de la Solicitud _____
- * Validación de cada uno de los usuarios afiliar en ADRES
- * Fecha que volición DD/MM/AAAA _____
- Nombre Funcionario que valida _____

vii. CARTA DE INSTRUCCIONES

La siguiente información podrá despejar sus dudas en el diligenciamiento del formato de "DATOS DE AFILIACIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE DATOS BENEFICIARIO, COTIZANTES DEPENDIENTES Y PENSIONADOS AL SERVICIO DE SALUD"

I. MARQUE EL TIPO DE NOVEDAD A REPORTAR

- * Modificación de datos básicos de identificación: cambio de nombres y fechas de nacimiento de alguno de los afiliados
- * Actualización del documento de identidad: cambio de tipo y No. de documento de alguno de los afiliados
- * Actualización y corrección de datos complementarios: cambio de datos de contacto, actualización de fechas de defunción de alguno de los afiliados
- * Reingreso de beneficiarios: si el beneficiario o cotizante ya existe en base y fue inactivado, debe explicar en las observaciones por que fue retirado anteriormente
- * Traslado: cambio de ciudad o de punto de atención debidamente soportado, no aplica para docentes activos si no seda una novedad administrativa
- * Actualización de certificado de discapacidad: reporte de la discapacidad del beneficiarios discapacitado
- * Reporte de fallecimiento: de cualquiera de los afiliados al Fondo, con el correspondiente soporte
- * Otro: si su solicitud no esta tipificada por favor descríbala
- * Inclusión de beneficiario: para la afiliación de un nuevo beneficiario, tener en cuenta la documentación solicitada
- * Exclusión de beneficiarios: retiro del beneficiario, explicando la razón en observaciones
- * Inclusión de cotizantes dependientes: para la afiliación de un padre cotizante, tener en cuenta la documentación solicitada y anexo 1
- * Exclusión de cotizantes dependientes: retiro un padre cotizante, explicando la razón en observaciones
- * Cambio de condición de cotizante a beneficiario: cuando el docente se retira del servicio y va hacer beneficiario de un cotizante o pensionado activo
- * Cambio de condición de beneficiario a cotizante: dejar de depender del servicio de un cotizante y cotizar ahora como docente o sustituto pensional
- * Activación de cotizante pensionado o sustituto pensional

II. DATOS DEL COTIZANTE PRINCIPAL

- * El campo tipo de identificación debe ir diligenciado solo con los siguientes códigos
 CC: Cedula de ciudadanía. CE: Cedula de Extranjería
 PA: Pasaporte RC: Registro civil
 CN: Certificado vivo AS: Adulto sin identificar
 MS: Menor sin identificar CD: Carnet Diplomático
 NIUP: Numero único de identificación personal
 SC: Salvoconducto de permanencia
- * En este capitulo se ingresan los datos del cotizante principal, bien sea docente activo, pensionado o sustituto pensional
- * Los campo de Secretaria donde se encuentra adscrito, Departamento Municipio donde labora aplica solo para docente activo
- * El servicio de salud del docente activo se dará en el Municipio y Departamento donde el docente este laborando
- * En el campo estado civil pueden ir los siguiente conceptos: casado, unión libre, soltero, divorciado, viudo, religioso

III. DATOS DE BENEFICIARIOS EN PRIMER GRADO DE CONSEGUINIDAD, CONYUGUEO O COTIZANTES DEPENDIENTES AFILIAR

- * El campo parentesco debe ir diligenciado solo con los siguientes códigos
 CY: Cónyuge CP: Compañera permanente
 HI: Hijos HC: Hijo del cónyuge
 HB: Hijos de un beneficiarios PD: Padre cotizante
 PA: Padre MA: Madre
 HE: Hermano si posee la custodia formal de el
- * El campo sexo debe diligenciarse según la información que tenga en el documento de identidad
- * La dirección y ubicación que diligencie de cada uno de sus beneficiarios será donde se preste el servicio de salud
- * Si necesita incluir sus beneficiarios directos y simultáneamente una afiliación de un padre cotizante, por favor realizar en un formato aparte con los soportes correspondiente

vii. SOPORTES DOCUMENTALES OBLIGATORIOS

DOCUMENTOS EXIGIDOS PARA RADICAR	Activación							Novedades			
	Cónyuge del Afiliado.	Compañero (a) permanente del Afiliado.	Hijos del Afiliado, del Cónyuge o adoptivo.			Nietos primeros 30 días	Padres de Afiliado	Traslado de Beneficiarios o cotizantes dependientes	Retiros	Actualización Datos Básicos	Cambio de Beneficiarios entre cotizantes
			Menores de 18 años	Entre 18 a 25 años	Con incapacidad permanente mayor de 18 años						
1	Formato de Solicitud de Afiliación de Beneficiario completamente diligenciado	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
2	Fotocopia ampliada y legible de la cédula de ciudadanía del Afiliado.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
3	Certificación de no estar Afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES-	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
4	Fotocopia ampliada y legible de la cédula de ciudadanía del Beneficiario. Adjuntar cuando sea la madre o padre del nieto del afiliado.	X	X		X	X	X	X	X	X	X
5	Original o copia de Registro civil del matrimonio.	X									
6	Declaración juramentada de convivencia con compañero permanente.	X	X								
7	Original o copia de registro civil en donde conste el parentesco. El hijo beneficiario se identificará con el registro civil hasta que cumpla 7 años y con la tarjeta de identidad entre los 7 y los 18 años.			X			X				
8	Original o copia de registro civil en donde conste el parentesco				X	X	X	X			
9	Certificación anual expedida en concordancia con lo establecido en el Decreto 1352 de					X					
10	Solo la solicitud de afiliación de un cotizante dependiente debe adjuntar el Anexo 1 de este formato, "OBLIGACION DE PAGO "instrucciones y pagare (solo UPS adicionales)										X

ANEXO 1. ESCLUSIVO PARA AFILIACIÓN DE COTIZANTES DEPENDIENTES (PADRES COTIZANTES)

ESTIMADO DOCENTE, LEA CON DETENIMIENTO Y ATENCIÓN LA SIGUIENTE INFORMACIÓN ANTES DE PROCEDER CON LA FIRMA DEL PRESENTE FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN.

1. Las solicitudes de afiliación de los padres como COTIZANTES DEPENDIENTES de los docentes afiliados al Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio (FNPSM), se recibirán entre el 1° y el 25 de cada mes, estarán sujetos a previo estudio y cumplimiento de requisitos establecidos. Una vez aprobada, el servicio médico asistencial será prestado a partir del mes siguiente.
2. Acepto que en caso de ser desvinculado por cualquier motivo del Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio (FNPSM), la atención en salud a mi padre y/o madre inscrito como COTIZANTES DEPENDIENTES, la cobertura que se hará, será igual a la establecida para el servicio médico por la legislación colombiana.
3. 4) Cuando el pago del servicio medico adicional UPC se efectuó diferente a descuentos por nomina/mesada pensional, se diligenciará un pagare y se efectuara ingresando a la página web <https://www.fomag.gov.co> - DOCENTE – PAGOS EN LÍNEA – PAGOS A TERCEROS – PSE -VER SERVICIOS FRECUENTES - PADRES COTIZANTES (ingresa valor a pagar) - + SIGUIENTES – DILIGENCIAR CON INFORMACIÓN DEL DOCENTE EN SERVICIO 2 – AGREGAR - REALIZAR PAGO, en esta parte le dará la opción de pago por PSE o para que genere su cupón de pago en el banco BBVA
* El pago se debe hacer de forma mensual entre los primeros 5 días corrientes de cada mes
* Para validar la tarifa se debe ingresar www.fomag.gov.co - docente - prestaciones económicas - inscripción padres cotizantes dependientes, esta tarifa se actualiza anualmente o si el docente se traslada de lugar de residencia o cada vez que cambie del rango de edad en marcado en las tarifas
4. Autorizo expresamente a la entidad Fiduciaria que administra los Recursos del FNPSM, a descontar de mis PRESTACIONES ECONÓMICAS SUSCEPTIBLES DE DESCUENTO, los valores que llegue adeudar por mora en el pago de los servicios médicos de UPC adicional.
5. Para el caso de efectuar los pagos por medio de descuento de nómina o mesada pensional se debe diligenciar la autorización de descuentos de nómina.
6. El no pago oportuno de los servicios médicos asistenciales de los cotizantes dependientes, generara automáticamente la suspensión de los mismos.
7. En el caso de alguna modificación en los servicios de salud de UPC adicional se deberá notificar y diligenciar los documentos requeridos.
8. En caso de querer desvincular a su COTIZANTE DEPENDENTE se deberá realizar la solicitud de retiro entre el 1° y el 20 de cada mes, de manera expresa y escrita a Fiduprevisora S.A. Siempre y cuando se encuentre al día con las correspondientes tarifas al servicio de salud de UPC adicional.

Acepto todas las condiciones informadas para proceder a la afiliación de mi padre/madre dependiente a los servicios médicos asistenciales del Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio

Autorización DE DESCUENTO

Yo, _____, mayor de edad, domiciliado en la ciudad de _____, identificado con cédula de ciudadanía No. _____, obrando en nombre propio AUTORIZO a _____ (Entidad Pagadora), realizar los descuentos de la nómina o mesada pensional por el valor e incrementos correspondientes mensual para el servicio médico UPC Adicional de mi padre o madre (Nombre) _____ identificado con cedula de ciudadanía _____, desde (fecha) ____/____/____, hasta el día de su desvinculación.

NOMBRE: _____

C.C.: _____

FIRMA: _____

ANEXO 1. INSTRUCCIONES PARA DILIGENCIAMIENTO DE TITULO VALOR EN BLANCO, CORRESPONDIENTE AL PAGARE SUSCRITO POREL DOCENTE A FAVOR DE LA NACIÓN – MINISTERIO DE EDUCACION – FIDUCIARIA LA PREVISORA S.A.

Yo, _____, mayor de edad, domiciliado en la ciudad de _____, identificado con cédula de ciudadanía No. _____, obrando en mío propio nombre y representación autorizo expresa e irrevocablemente a LA NACION – MINISTERIO DE EDUCACION - FIDUCIARIA LA PREVISORA S.A. a llenar los espacios dejados en blanco del pagaré correspondiente, los cuales podrán ser llenados por cualquier tenedor legítimo sin previo aviso en la siguiente forma:

1. La fecha para hacer efectivo el presente pagaré será aquella que corresponda al día del incumplimiento de la obligación.
2. 2) La cuantía del pagaré será igual al monto de las sumas que se adeuden por concepto de los pagos mensuales y sus correspondientes incrementos, derivados de la inscripción como cotizante dependiente de mi padre o madre (nombre del cotizante dependiente) _____ siempre y cuando no llegare a configurarse ninguna de las causales previstas en el reglamento respectivo para su desvinculación.
3. 3) Si no se llegare a hacer exigible el presente título valor, bien por la desvinculación del cotizante dependiente por justa causa, o bien por que el descuento puede efectuarse mensualmente a través de la nómina respectiva, Fiduciaria La Previsora S.A. de manera expresa e irrevocable le hará entrega del título valor no diligenciado correspondiente al suscriptor, dentro de los quince (15) días siguientes a la recepción de la solicitud efectuada en ese sentido, sin perjuicio de que FIDUPREVISORA S.A. lo remita a la dirección notificada por el suscriptor. Las anteriores instrucciones, de cuyo escrito conservo copia, las imparto de acuerdo al Artículo 622 del Código de Comercio.

Firma del docente

PAGARE

FECHA _____ (no diligenciar)

PAGARÉ No. _____

Yo, _____, mayor de edad, domiciliado(a) en la ciudad de _____, identificad(o) con cédula de ciudadanía No. _____, obrando en mi propio nombre y representación, me obligo a pagar solidaria e incondicionalmente el día _____ () (no diligenciar) de _____ del año _____ () (no diligenciar) a la orden de LA NACION – MINISTERIO DE EDUCACION - FIDUCIARIA LA PREVISORA S.A. o a quien represente sus derechos en la ciudad de Bogotá, la suma de \$ _____ () (no diligenciar) moneda legal Acepto que la solidaridad subsiste en caso de extensión del plazo. Igualmente autorizo a LA NACION MINISTERIO DE EDUCACION - FIDUCIARIA LA PREVISORA S.A. para debitar de cualquier acreencia que exista a mi favor, el monto insoluto, total o parcial de este pagaré de conformidad con lo establecido en el Artículo 1385 del Código de Comercio.

NOMBRE: _____

C.C.: _____

FIRMA: _____

