

Fecha de Diligenciamiento (MM/DD/AAAA) \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

**I. NOVEDAD A REPORTAR**

- |                            |   |                             |                                 |
|----------------------------|---|-----------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 | Activación de cotizante pensionado o sustituto pensional en salud | <input type="checkbox"/> 8  | Retiro de Padres cotizantes     |
| <input type="checkbox"/> 2 | Actualización de certificado de discapacidad                      | <input type="checkbox"/> 9  | Afiliación de beneficiarios     |
| <input type="checkbox"/> 3 | Modificación datos básicos de identificación                      | <input type="checkbox"/> 10 | Afiliación de Padres cotizantes |
| <input type="checkbox"/> 4 | Modificación de datos complementarios (Dirección, teléfono        | <input type="checkbox"/> 11 | Reingreso de beneficiarios      |
| <input type="checkbox"/> 5 | Cambio de condición de beneficiario a cotizante                   | <input type="checkbox"/> 12 | Reporte de fallecimiento        |
| <input type="checkbox"/> 6 | Cambio de condición de cotizante a beneficiario                   | <input type="checkbox"/> 13 | Retiro de beneficiarios         |
| <input type="checkbox"/> 7 | Traslado de puntos de atención por cambio de lugar de residen     |                             |                                 |

**II. DATOS DEL COTIZANTE PRINCIPAL**

Primer Apellido \_\_\_\_\_ Segundo Apellido \_\_\_\_\_

Primer Nombre \_\_\_\_\_ Segundo Nombre \_\_\_\_\_

Tipo de Identificación: CC CE PA RC CN AS MS CD 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

Correo Electrónico \_\_\_\_\_

Estado civil: casado  unión libre  soltero  divorciado  viudo  religioso

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.	Parentesco										Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Sexo		Fecha de nacimiento		
	CY	CP	HI	HC	HB	PD	PA	MA	HE	m					f	Año (AAAA)	Mes (MM)	Día (DD)	
B1																			
B2																			
B3																			
B4																			
B5																			

No.	Tipo documento											No. Documento	Departamento de expedición	Municipio de expedición	Fecha de expedición			
	CC	CE	PA	RC	CN	AS	MS	CD	SC	NIUP	Año (AAAA)				Mes (MM)	Día (DD)		
B1															MM/DD/AAAA			
B2															MM/DD/AAAA			



**IV. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES**

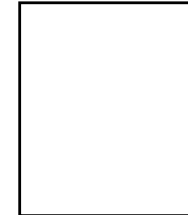
Declaró que mis beneficiarios dependen económicamente de mi para la prestación de servicios de salud según plan de beneficios de los servicios de salud de magisterio (anexo 1) y cumplen alguna de las siguientes condiciones:

- Hijos mayores de 18 años y menores de 26 años dependen económicamente del docente
- Hijos mayores de 26 años presentan condición de discapacidad.
- Padres
- Conyuge o compañero permanente
  
- Declaro conocer la obligación que me asiste de notificar a Fiduprevisora sobre las novedades de mis beneficiarios así como sobre el retiro de un beneficiario en razón a que se afilie a una EPS del régimen contributivo o del régimen subsidiado o a otro régimen de excepción o especial.
  
- Autorizo 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.
  
- Autorizo para que Fiduprevisora - Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio envíe información al correo electrónico o al celular como mensaje de texto
  
- El usuario de este formato acepta y autoriza de manera expresa al Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio - Fiduprevisora en calidad de responsable de efectuar el tratamiento de datos de carácter personal y reservado, a su recolección, gestión, personalización, actualización; así como la consulta, búsqueda y uso ; directamente y/o a través de medios electrónicos, informáticos o telemáticos en las centrales de riesgo y en aquellas entidades privadas y públicas que tengan información del usuario para realizar los trámites relacionados con la prestación y mejora de los tramites .

**V. FIRMAS**

\_\_\_\_\_  
Firma del Cotizante

\_\_\_\_\_  
No. De Documento del Cotizante



Huella

**VI. 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. Tipo de novedad a reportar:** Seleccione el tipo de novedad que requiere reportar

**II. Datos del cotizante principal:** Diligencie los datos del cotizante principal y seleccione su tipo de documento de identidad, En este capítulo se ingresan los datos del cotizante principal, bien sea docente activo, pensionado o sustituto pensional, diligencie los campo de Secretaria donde se encuentra adscrito, Departamento Municipio donde labora aplica solo para docente activo, tenga en cuenta que el servicio de salud del docente activo se dará en el Municipio y Departamento donde el docente este laborando

**III. Datos de beneficiarios en primer grado de consanguinidad, conyugue o cotizantes dependientes a afiliar.** El campo sexo debe diligenciarse según la información que tenga en el documento de identidad, 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

**iv. Declaraciones y autorizaciones:** Selecciones con una x si esta de acuerdo con la autorización o declaración expresada. Si algun campo no esta marcado no se recibirá el formulario

**v. Firmas:** Se debe estampar la información del cotizante

- \* 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).

**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.			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	X	X
2	Fotocopia ampliada y legible de la cédula de ciudadanía del Afiliado.	X	X	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-FOSYGA)	X	X	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	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 2014 y las normas que lo aclaren o lo modifiquen, o sentencia de interdicción judicial.					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 UPC adicionales)												X

**ANEXO 1. EXCLUSIVO 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 y estarán sujetos a 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 cobertura en la atención en salud a mis COTIZANTES DEPENDIENTES será igual a la establecida en los pliegos de condiciones (Anexo 1).
3. 4) Cuando el pago del servicio medico adicional UPC se efectuó diferente a descuentos por nomina/mesada pensional, se diligenciará un pagare, el cual 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](http://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.  
  
 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 POR EL 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 mi 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)a 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: \_\_\_\_\_

