

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

Marque el tipo de novedad solicitada.

Activación <input type="checkbox"/>	Reingreso <input type="checkbox"/>	Traslado <input type="checkbox"/>	Retiro <input type="checkbox"/>	Actualización de datos básicos <input type="checkbox"/>
Cambio entre cotizantes <input type="checkbox"/>	Cambio de documento <input type="checkbox"/>	Actualización certificado de discapacidad <input type="checkbox"/>		

Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____

Primer Nombre _____ Segundo Nombre _____

Tipo de Identificación: RC TI NUIP CC CE PASAPORTE

Numero de Identificación sin Guión: _____

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

Edad Cumplida _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Ciudad: _____ Depto.: _____

Dirección Electrónica _____

Parentesco con el Cotizante 1 Cónyuge o compañero(a) permanente 2 Hijo (a) 3 Padre o madre 4 Otro

Institución Educativa: _____

Zona de Residencia: Rural Urbana

Sitio de Atención: _____

***En caso de que el beneficiario desee su servicio en otra región, el cotizante deberá diligenciar el formato de afiliación indicando Ciudad y Departamento de residencia con la respectiva firma**

Firma del Cotizante Entidad Elegida (en la región diferente a la del Cotizante)

Nombre Cotizante

Región:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

FIDUPREVISORA S.A identificada con Nit 860525148-5, manifiesta en su condición de responsable del tratamiento o actuando bajo la figura de encargado de acuerdo fiduciario o mandato legal, con fundamento en lo dispuesto en el régimen de protección de datos personales consagrado en la Ley 1581 de 2012 y sus normas reglamentarias y complementarias, que con ocasión al diligenciamiento del presente formato se recolectará, almacenará, usará, dispondrá o eventualmente se podrá llegar a transmitir o transferir a nivel nacional o internacional, información personal de su titularidad o de terceros por usted referidos o representados. La información personal objeto de tratamiento es de tipo general identificación, ubicación y socioeconómica, la cual será utilizada para las siguientes finalidades: i) Gestionar, facilitar y/o cumplir con las actividades relativas al trámite de solicitud de afiliación de beneficiario; ii) Registrar o actualizar información relacionada con novedades y actualización de datos de ubicación y de contacto.; iii) Mantener actualizada la base de datos de los profesores del magisterio; iv) Establecer y mantener un canal habitual de comunicación que permite informarle las características, ventajas, y beneficios de los servicios financieros de FIDUPREVISORA S.A; v) Permitir la transmisión nacional o internacional de la información a terceros aliados o proveedores que soportan o contribuyen al adecuado funcionamiento de la infraestructura y la correcta ejecución de los procesos tecnológicos e informáticos de FIDUPREVISORA S.A. En razón de lo anterior, los titulares de la información registrada en el presente formulario, cuentan con el derecho a conocer, actualizar, rectificar y solicitar supresión sus datos personales; abstenerse de suministrar información personal de naturaleza sensible o relativa a niños, niñas o adolescentes, solicitar la prueba de la autorización otorgada, ser informado sobre el uso que se le da a sus datos personales; revocar la autorización otorgada, consultar los datos personales previamente suministrados y acudir ante la Superintendencia de Industria y Comercio cuando no se atienda en debida forma sus consultas o reclamos en materia de protección de datos personales. Los anteriores derechos podrán ser ejercidos presentando una consulta o reclamo a través de los siguientes canales de atención: i) Correo electrónico: protecciondedatos@fiduprevisora.com.co; ii) Teléfono: (1) 5945111; iii) Dirección física: Calle 72 No. 10-03 Bogotá, Colombia. Con el diligenciamiento y suscripción del presente formulario Usted declara conocer y aceptar de manera expresa y por escrito, el contenido de la presente solicitud de autorización, así como el contenido de la política de protección de datos personales de FIDUPREVISORA S.A publicada en www.fiduprevisora.com.co



DOCUMENTACIÓN EXIGIDA PARA RADICAR

	INSCRIPCIÓN BENEFICIARIOS						NOVEDADES							
	Activación	Reingreso	Traslado de regional		Padres del docente (sin beneficiarios)	Retiro	Cambio entre cotizantes	Actualización dependencia económica (Hijo entre 18 y 25 años en calidad de estudiante)	Actualización certificado de discapacidad					
			Cambio de tipo de documento											
			Compañero (a) permanente del Afiliado	Hijos del Afiliado, del Cónyuge o adoptivo.						Nietos primeros 30 días				
Entre 19 a 25 años	Con incapacidad permanente mayor 19 años													
	Actualización de datos básicos (por primera vez)	Menores de 19 años	Entre 19 a 25 años	Compañero (a) permanente del Afiliado	Padres del docente (sin beneficiarios)									
1 Formato datos de afiliación beneficiario completamente diligenciado y firmado por el docente Formato declaración juramentada de dependencia económica para la inclusión de beneficios para la prestación de servicios de salud al FNPSM	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X			
2 Fotocopia ampliada y legible (150%) de la cédula de ciudadanía del Docente	X		X	X			X			X				
3 Fotocopia ampliada y legible (150%) de la cédula de ciudadanía del Beneficiario. <i>Adjuntar cuando sea la madre del nieto del afiliado</i>	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X			
4 Fotocopia ampliada y legible (150%) de la tarjeta de identidad del Beneficiario	X	X	X	X	X	X	X	X	X					
5 Original o copia de registro civil	X	X	X	X	X	X	X	X	X					
6 Original o copia de Registro civil del matrimonio	X	X	X	X	X	X	X	X	X					
7 Declaración juramentada de convivencia con compañero permanente	X	X	X	X	X	X	X	X	X					
8 Certificación de no estar Afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES-FOSYGA). Debe descargarlo de la página www.adres.gov.co	X	X	X	X	X	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	X	X	X	X	X	X	X	X					
10	X	X	X	X	X	X	X	X	X					X

Señor usuario por favor tenga en cuenta:

- ✓ Los documentos señalados con (X) son requisitos necesarios según el tipo de solicitud que usted requiere.
- ✓ Si la documentación no está completa, se enviará vía correo electrónico la información de los requisitos faltantes.
- ✓ Es indispensable que todos los espacios en los formatos estén completamente diligenciados, no se aceptan tachones ni enmendaduras.
- ✓ Se entiende por hijos, compañero o compañera permanente lo que determine la Ley.
- ✓ Los términos empezarán a correr una vez se aporte la documentación requerida.
- ✓ El Beneficiario en condición de Sustituto Pensional, no puede tener beneficiarios.

En todo caso se entenderá afiliado y con derecho a la prestación de servicios únicamente a partir de la afiliación reconocida y efectuada por Fiduprevisor S.A, previa la inscripción y verificación del cumplimiento de requisitos documentales referidos.

Tenga en cuenta que de conformidad al ANEXO No 01. COBERTURA Y PLAN DE BENEFICIOS. **Numeral 1.4. Traslado a Otra Entidad contratista del Fondo: tendrá vigencia a partir del primer día del mes siguiente a la aprobación de la solicitud por parte de Fiduprevisor S.A., cuando el contratista que lo recibe encuentre el correspondiente ingreso o activación en la base de datos de su región.**

AFILIACIÓN UPC ADICIONAL PADRES COTIZANTES DEPENDIENTES

El Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio, ha creado el servicio de UPC Adicional únicamente para los Padres de los docentes cotizantes adscritos al FOMAG, esta condición se cumple cuando el docente tiene afiliado activo algún miembro a su grupo familiar primario, es decir hijos y/o conyugue.

Consulte los requisitos para la afiliación de padre o madre como UPC adicional a través de <http://www.fomag.gov.co>, sección servicios de salud, inscripción padres cotizantes dependientes