

FORMATO INTEGRADO DE AFILIACIÓN Y NOVEDADES



FONDO DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO

Fecha de diligenciamiento	DD/MM/AAAA
---------------------------	------------

I. NOVEDAD A REPORTAR (Seleccione una opción)

A. Activación de cotizante pensionado o sustituto pensional en salud	<input type="checkbox"/>	H. Modificación de datos complementarios (Dirección, teléfono)	<input type="checkbox"/>
B. Actualización de certificado de discapacidad	<input type="checkbox"/>	I. Reingreso de beneficiarios	<input type="checkbox"/>
C. Afiliación de beneficiarios	<input type="checkbox"/>	J. Reporte de fallecimiento	<input type="checkbox"/>
D. Afiliación de Padres cotizantes	<input type="checkbox"/>	K. Retiro de beneficiarios	<input type="checkbox"/>
E. Cambio de condición de beneficiario a cotizante	<input type="checkbox"/>	L. Retiro de Padres cotizantes	<input type="checkbox"/>
F. Cambio de condición de cotizante a beneficiario	<input type="checkbox"/>	M. Traslado de puntos de atención por cambio de lugar de residencia	<input type="checkbox"/>
G. Modificación datos básicos de identificación	<input type="checkbox"/>		

II. DATOS DEL COTIZANTE PRINCIPAL

A. Apellidos y nombres		Primer apellido		Segundo apellido		Primer nombre		Segundo nombre					
B. Tipo de documento de identidad		AS <input type="checkbox"/>	CC <input type="checkbox"/>	CD <input type="checkbox"/>	CE <input type="checkbox"/>	CN <input type="checkbox"/>	MS <input type="checkbox"/>	NIUP <input type="checkbox"/>	PA <input type="checkbox"/>	RC <input type="checkbox"/>	SC <input type="checkbox"/>	TI <input type="checkbox"/>	PEP <input type="checkbox"/>
C. Número de documento de identidad		Número		D. Lugar y fecha de expedición		Lugar		DD/MM/AAAA					
E. Genero		Femenino <input type="checkbox"/>	Masculino <input type="checkbox"/>	Binario <input type="checkbox"/>	F. Discapacidad		Física <input type="checkbox"/>	Intelectual <input type="checkbox"/>	¿Otra? ¿Cuál?				
G. Etnia		Comunidades Negras - Afrocolombianas <input type="checkbox"/>		Raizales y Palenqueras- NARP <input type="checkbox"/>		Pueblos Indígenas <input type="checkbox"/>		Pueblo Rrom o Gitano <input type="checkbox"/>					
H. Lugar y fecha de nacimiento		Lugar		DD/MM/AAAA		I. Residencia		Dirección					
J. Departamento		Departamento		K. Municipio		Municipio		L. Zona Urbana <input type="checkbox"/>		Zona Rural <input type="checkbox"/>			
M. Teléfono		Fijo		Celular		N. Correo electrónico		Correo electrónico					
O. Estado civil		Casado <input type="checkbox"/>	Divorciado <input type="checkbox"/>	Religioso <input type="checkbox"/>	Soltero <input type="checkbox"/>	Unión libre <input type="checkbox"/>	Viudo <input type="checkbox"/>						
P. Secretaría de Educación a la cual se encuentra adscrito				Nombre de la Secretaría de Educación									
Q. Departamento donde labora		Departamento		R. Municipio donde labora		Municipio							

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

No.	A. Parentesco										Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
	CY	CP	HI	HC	HB	PD	PA	MA	HE					
B1											Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
B2											Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
B3											Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
B4											Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
B5											Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

No.	B. Tipo de documento												C. No. De documento	D. Departamento de expedición	E. Municipio de expedición
	AS	CC	CD	CE	CN	MS	NIUP	PA	RC	SC	TI				
B1													Número	Departamento	Municipio
B2													Número	Departamento	Municipio
B3													Número	Departamento	Municipio
B4													Número	Departamento	Municipio
B5													Número	Departamento	Municipio

No.	F. Dirección de residencia		G. Municipio y departamento de residencia		H. Teléfono de contacto		I. Correo electrónico	
	Dirección		Municipio	Departamento	Teléfono		Correo	
B1	Dirección		Municipio	Departamento	Teléfono		Correo	
B2	Dirección		Municipio	Departamento	Teléfono		Correo	
B3	Dirección		Municipio	Departamento	Teléfono		Correo	
B4	Dirección		Municipio	Departamento	Teléfono		Correo	
B5	Dirección		Municipio	Departamento	Teléfono		Correo	

J. Etnia		B1	B2	B3	B4	B5	K. Genero		B1	B2	B3	B4	B5	L. Discapacidad		B1	B2	B3	B4	B5
Comunidades Negras - Afrocolombianas							Masculino							Física						
Raizales y Palenqueras- NARP							Femenino							Intelectual						
Pueblos Indígenas							Binario							¿Otra? ¿Cuál?						
Pueblo Rrom o Gitano																				

Observaciones

IV. DATOS UBICACIÓN DE ATENCIÓN EN SALUD (Diligencie este campo solo en los casos en que los datos de residencia no sean los mismos que el lugar donde desea recibir atención en salud).

Cotizante	Municipio	Departamento	Beneficiario 3	Municipio	Departamento
Beneficiario 1	Municipio	Departamento	Beneficiario 4	Municipio	Departamento
Beneficiario 2	Municipio	Departamento	Beneficiario 5	Municipio	Departamento

**V. 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:**

SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	Hijos mayores de 18 años y menores de 26 años dependen económicamente del docente
SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	Hijos mayores de 26 años presentan condición de discapacidad
SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	Padres
SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	Cónyuge o compañero permanente
SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	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.
SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	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.
SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	Autorizo para que Fiduprevisora - Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio envíe información al correo electrónico o al celular como mensaje de texto
SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	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 publicas que tengan información del usuario para realizar los trámites relacionados con la prestación y mejora de los tramites .

**VI. FIRMAS**

<p>_____</p> <p><b>Firma del Cotizante</b></p>	<div style="border: 1px solid black; width: 80px; height: 80px; margin: 0 auto;"></div> <p><b>Huella</b></p>
<p><b>No. De Documento del Cotizante:</b> <input style="width: 150px;" type="text" value="Número"/></p>	

Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo IV del formulario

**VII. INSTRUCCIONES**

**INSTRUCTIVO DE DILIGENCIAMIENTO FORMATO INTEGRADO DE AFILIACIÓN Y NOVEDADES**

**La información que se registre en este formulario es muy importante para el FOMAG, por favor, para su diligenciamiento, utilice tinta de color negro, sin tachones ni enmendaduras, y siga las instrucciones de este documento.**

**Capítulo I: Novedad a reportar**

Estos datos se refieren a la descripción de la operación, trámite o transacción que se realiza mediante la suscripción del FORMATO INTEGRADO DE AFILIACIÓN Y NOVEADES, por tanto, son obligatorios para el cotizante, cuando se registre una afiliación, actualización de datos beneficiario, cotizantes dependientes y pensionados al servicio de salud. Por tal deberá seleccionar el tipo de novedad que requiere reportar

**Capítulo 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 campos de Secretaría 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

**Capítulo III: Datos de beneficiarios en primer grado de consanguinidad, cónyuge o cotizantes dependientes**

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.

**A) Tipo de documento de identidad:**

Debe colocar en el espacio el código que corresponde al documento con el cual se va a identificar, según la siguiente tabla:

AS	Adulto sin identificar
CC	Cédula de Ciudadanía, es el documento expedido por la Registraduría Nacional del Estado Civil con el que se identifican las personas al cumplir 18 años de edad.
CD	Carné Diplomático, es el documento que identifica a extranjeros que cumplen funciones en las embajadas, legaciones, consulados y delegaciones en representación de gobiernos extranjeros
CE	Cédula de Extranjería, es el documento de identificación expedido por Migración Colombia, que se otorga a los extranjeros.
CN	Certificado de Nacido Vivo, es el documento expedido por la Institución Prestadora de Servicios (IPS) donde nació el neonato. Solo tiene validez para realizar la afiliación y máximo hasta el tercer mes de vida. Debe ser reemplazado por el registro civil.
MS	Menor sin identificar
NIUP	Número Único de Identificación Personal (NIUP)
PA	Pasaporte, es el documento que acredita la identidad de un extranjero
RC	Registro Civil de Nacimiento, Es el documento con el que se identifican los menores
SC	Salvoconducto de Permanencia, es un documento de carácter temporal expedido por la Unidad Administrativa Especial de Migración Colombia

	a los extranjeros que deban permanecer en el país mientras resuelven su situación de refugiados o asilados
TI	Tarjeta de Identidad, es el documento expedido por la Registraduría Nacional del Estado Civil con el que se identifican los menores entre de edad entre 7 y 17 años
PEP	Permiso Especial de Permanencia, es el documento expedido por Migración Colombia.

**B) Datos de beneficiarios en primer grado de consanguinidad, conyugue o cotizantes dependientes**

Debe colocar en el espacio el código que corresponde al parentesco con el cual se va a identificar, según la siguiente tabla:

PA	Padre
MA	Madre
HE	Hermano (a)
CY	Cónyuge
CP	Compañera(o) permanente
HI	Hijos menores de veinticinco(25)
HC	Los hijos del cónyuge o compañera o compañero permanente del afiliado, incluyendo los de las parejas del mismo sexo.
HB	Los hijos de los beneficiarios.
PD	Padres del cotizante

**Capítulo V: Declaraciones y autorizaciones**

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

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

La información registrada debe ser legible y clara, sin enmendaduras o tachones.
Los términos empezarán a correr una vez se aporte toda la documentación requerida.
Si la documentación no está completa, su solicitud será devuelta para que anexe los documentos faltantes.
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 2).

**VIII. 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	X
2	Fotocopia ampliada y legible de la cédula de ciudadanía del Afiliado.	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
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
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	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 <a href="https://www.fomag.gov.co">https://www.fomag.gov.co</a> - 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.
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	En el caso de alguna modificación en los servicios de salud de UPC adicional se deberá notificar y diligenciar los documentos requeridos.
7	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 Fidupervisora 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

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

**No. De Documento del Cotizante:**

**ANEXO 2. INSTRUCCIONES PARA DILIGENCIAMIENTO DE TITULO VALOR EN BLANCO, CORRESPONDIENTE AL PAGARE SUSCRITO POR EL DOCENTE A FAVOR DE LA NACION – 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	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 (cotizante dependiente) <input type="text" value="Primer apellido"/> <input type="text" value="Segundo apellido"/> <input type="text" value="Primer nombre"/> siempre y cuando no llegare a configurarse ninguna de las causales previstas en el reglamento respectivo para su desvinculación.
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 Cotizante**

**No. De Documento del Cotizante:**

**PAGARE**

Yo,    , mayor de edad, domiciliado (a) en la ciudad de , identificado 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 de 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.

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

**No. De Documento del Cotizante:**

**Huella**