

FORMATO INTEGRADO DE AFILIACIÓN Y NOVEDADES

Fecha de diligenciamiento

DD/MM/AAAA

fiduprevisora

FONDO DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO

I. NOVEDAD A REPORTAR (Seleccione una opción)

A. Activación de cotizante pensionado o sustituto pensional en salud

B. Actualización de certificado de discapacidad

C. Afiliación de beneficiarios

D. Afiliación de Padres cotizantes

E. Cambio de condición de beneficiario a cotizante

F. Cambio de condición de cotizante a beneficiario

G. Modificación datos básicos de identificación

H. Modificación de datos complementarios (Dirección, teléfono)

I. Reingreso de beneficiarios

J. Reporte de fallecimiento

K. Retiro de beneficiarios

L. Retiro de Padres cotizantes

M. Traslado de puntos de atención por cambio de lugar de residencia

II. DATOS DEL COTIZANTE PRINCIPAL

A. Apellidos y nombres

Primer apellido

Segundo apellido

Primer nombre

Segundo nombre

B. Tipo de documento de identidad

AS

CC

CD

CE

CN

MS

NIUP

PA

RC

SC

TI

PEP

C. Número de documento de identidad

Número

D. Lugar y fecha de expedición

Lugar

DD/MM/AAAA

E. Genero

Femenino

Masculino

Binario

F. Discapacidad

Física

Intelectual

¿Otra? ¿Cuál?

G. Etnia

Comunidades Negras - Afrocolombianas

Raizales y Palenqueras- NARP

Pueblos Indígenas

Pueblo Rrom o Gitano

H. Lugar y fecha de nacimiento

Lugar

DD/MM/AAAA

I. Residencia

Dirección

J. Departamento

Departamento

K. Municipio

Municipio

L. Zona Urbana

Zona Rural

M. Teléfono

Fijo

Celular

N. Correo electrónico

Correo electrónico

O. Estado civil

Casado

Divorciado

Religioso

Soltero

Unión libre

Viudo

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

B2

B3

B4

B5

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

B2

B3

B4

B5

No.

F. Dirección de residencia

G. Municipio y departamento de residencia

H. Teléfono de contacto

I. Correo electrónico

Dirección

Municipio

Departamento

Teléfono

Correo

B1

B2

B3

B4

B5

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

Femenino

Binario

Física

Intelectual

¿Otra? ¿Cuál?

Raizales y Palenqueras- NARP

Pueblos Indígenas

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

Firma del Cotizante

No. De Documento del Cotizante:

Número

Huella

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 NOVEVADES, 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 campo 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).

FR-GNE-06-011

Versión 4