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	☐	**H.** Modificación de datos complementarios (Dirección, teléfono)	☐
B. Actualización de certificado de discapacidad	☐	**I.** Reingreso de beneficiarios	☐
C. Afiliación de beneficiarios	☐	**J.** Reporte de fallecimiento	☐
D. Afiliación de Padres cotizantes	☐	**K.** Retiro de beneficiarios	☐
E. Cambio de condición de beneficiario a cotizante	☐	**L.** Retiro de Padres cotizantes	☐
F. Cambio de condición de cotizante a beneficiario	☐	**M.** Traslado de puntos de atención por cambio de lugar de residencia	☐
G. Modificación datos básicos de identificación	☐		

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										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
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	☐	NO	☐	Hijos mayores de 18 años y menores de 26 años dependen económicamente del docente
SI	☐	NO	☐	Hijos mayores de 26 años presentan condición de discapacidad
SI	☐	NO	☐	Padres
SI	☐	NO	☐	Cónyuge o compañero permanente
SI	☐	NO	☐	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	☐	NO	☐	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	☐	NO	☐	Autorizo para que Fiduprevisora - Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio envíe información al correo electrónico o al celular como mensaje de texto
SI	☐	NO	☐	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

Huella

No. De Documento del Cotizante: Número

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.

Capitulo 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

Capitulo II: Datos del cotizante principal

Diligencie los datos del cotizante principal y seleccione su tipo de documento de identidad, En este capitulo 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

Capitulo 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 (NUIP)
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

Capitulo V: Declaraciones y autorizaciones

Declaraciones y autorizaciones: Seleccionescon unax 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).