

**ESTIMADO DOCENTE, LEA CON DETENIMIENTO Y ATENCIÓN LA SIGUIENTE INFORMACIÓN ANTES DE PROCEDER CON LA FIRMA DEL PRESENTE FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN.**

1. Acepto que en caso de ser desvinculado por cualquier motivo del Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio (FNPSM), la atención en salud a mi padre y/o madre inscrito como **COTIZANTES DEPENDIENTES**, se mantendrá durante el periodo correspondiente a un (1) mes, donde solamente se atenderán Urgencias, de conformidad con lo establecido para los beneficiarios en las Convocatorias Proceso de Selección Pública LP-FNPSM 003 de 2011 y Proceso de Selección Abreviada SA- FNPSM 001 de 2012
2. En caso de presentarse, antes de culminar el periodo mínimo de permanencia (18 meses), alguna de las situaciones indicadas o cualquier otra que implique la suspensión o interrupción en el descuento autorizado por nomina, o que al momento efectuarlo, este no pueda hacerse, **AUTORIZO DE MANERA EXPRESA E IRREVOCABLE A FIDUPREVISORA S.A., PARA DESCONTAR DE LAS PRESTACIONES SOCIALES A MI ADEUDADAS POR EL FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO, EL VALOR CORRESPONDIENTE AL TIEMPO FALTANTE PARA COMPLETAR EL PERIODO DE PERMANENCIA MÍNIMA INDICADO POR MI PADRE Y/O MADRE COTIZANTES DEPENDIENTES, AL IGUAL QUE LOS INCREMENTOS DEBIDAMENTE AUTORIZADOS A DICHS VALORES.**
3. Si pasados los dieciocho (18) meses correspondientes al periodo mínimo de permanencia el docente no manifiesta su intención de retirar del sistema de salud a su padre y/o madre cotizante dependiente, los descuentos continuarán efectuándose por el ente nominador correspondiente. En caso de querer desvincularlos, deberá, siempre y cuando el periodo de permanencia mínima haya sido cumplido, solicitar con un (1) mes de antelación, de manera expresa y escrito a Fiduprevisora S.A el respectivo retiro.
4. A partir del 1° de julio de 2010 las solicitudes de afiliación como **COTIZANTES DEPENDIENTES** de los padres de docentes afiliados al Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio, que se reciban entre el 1° y el 25 de cada mes, se aprobarán previo estudio y cumplimiento de requisitos establecidos. Los servicios médico asistenciales serán prestados a partir del primer día calendario del mes siguiente. Las solicitudes de afiliación que se reciban después del día 26 de cada mes, se harán efectivas a partir del primer día del segundo mes. El cumplimiento de esta disposición permitirá el reporte oportuno al contratista médico.
5. Autorizo expresamente a la entidad Fiduciaria que administra los Recursos del FNPSM, a descontar de mis PRESTACIONES ECONÓMICAS los valores que llegue adeudar por mora en el pago de los servicios médicos.
6. Cuando tenga que retirar al retirar al Cotizante Dependiente, este lo debe informar con un (1) mes de anticipación.
7. Para realizar el pago por concepto de Padres Cotizantes debe ingresar a la página [WWW.FOMAG.GOV.CO](http://WWW.FOMAG.GOV.CO) – PAGOS EN LÍNEA – PAGOS A TERCEROS – SELECCIONAR LA OPCIÓN PADRES COTIZANTES – DILIGENCIAR CON INFORMACIÓN DEL **DOCENTE** – PAGO POR CUPÓN EN BANCO – DESCARGAR CUPÓN – LLEVAR CUPÓN AL BANCO BBVA Y REALIZAR EL PAGO.
8. El no pago oportuno de los servicios médicos asistenciales de los cotizantes dependientes generara interés de mora.
9. El pagare solo deberá ser firmado, de llegar diligenciado no procede a la afiliación y será causal de devolución.

Acepto todas las condiciones informadas para proceder a la afiliación de mi padre/madre dependiente al los servicios médicos asistenciales del Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio

**INSTRUCCIONES PARA DILIGENCIAMIENTO DE TITULO VALOR EN BLANCO, CORRESPONDIENTE AL PAGARE SUSCRITO POR (nombre del 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 mío 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 (nombre del cotizante dependiente) \_\_\_\_\_ (nombre padre o madre) al sistema de salud del magisterio, por un periodo mínimo de dieciocho (18) meses, 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.

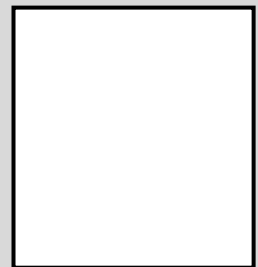
FECHA \_\_\_\_\_ (no diligenciar) PAGARÉ No. \_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_



DATOS PERSONALES DEL DOCENTE

NOMBRE

PRIMER APELLIDO

SEGUNDO APELLIDO

TIPO DOCUMENTO

CC	CE	TI
----	----	----

NUMERO

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

SEXO

F	M
---	---

FECHA DE NACIMIENTO

D	M	A
---	---	---

TELÉFONOS

CORREO ELECTRÓNICO

DIRECCIÓN DOMICILIO

CIUDAD

DEPARTAMENTO

ENTIDAD NOMINADORA ACTUAL

PLANTEL DONDE LABORA

DATOS PERSONALES DEL PADRE O MADRE A INSCRIBIR

NOMBRE

PRIMER APELLIDO

SEGUNDO APELLIDO

TIPO DOCUMENTO

CC	CE
----	----

NÚMERO

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ESTADO CIVIL

FECHA DE NACIMIENTO

D	M	A
---	---	---

CIUDAD DE NACIMIENTO

DEPARTAMENTO DE NACIMIENTO

FECHA DE EXPEDICIÓN DOCUMENTO

D	M	A
---	---	---

CIUDAD

DEPARTAMENTO

DIRECCIÓN DOMICILIO

TELÉFONO

CIUDAD RESIDENCIA

DEPARTAMENTO RESIDENCIA

FIRMA DOCENTE

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO

D	M	A
---	---	---

Huella índice derecho