



FONDO NACIONAL DE
PRESTACIONES SOCIALES
DEL MAGISTERIO

FORMATO PARA ELEGIR EL PRESTADOR DE LOS SERVICIOS DE SALUD PARA LOS DOCENTES AFILIADOS AL FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO.

Por favor diligencie los siguientes datos:

- Nombres: _____
- Apellidos: _____
- Tipo de identificación: ____ CC ____ CE ____ Otro ____ (Si es Otro especifique cual _____)
- Número de identificación: _____
- Dirección de residencia: _____
- Ciudad de residencia: _____
- Departamento de residencia: _____
- Email: _____
- Teléfono con indicativo: _____

Manifiesto voluntariamente que deseo que mi prestador de servicios de salud sea:

CON MI FIRMA MANIFIESTO QUE MI ELECCIÓN ES VOLUNTARIA Y TUVE CONOCIMIENTO POR MEDIO DE LA RED DE SERVICIOS DE SALUD CONSULTANDO LA WEB DEL FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES www.fomag.gov.co

Firma:



Nota Si usted no ha elegido a través de la web, puede diligenciar este formato y entregarlo en cualquier punto de Servientrega del país sin ningún costo del 16 al 26 septiembre de 2008.
"En aquellas regiones donde exista más de un prestador de salud habilitado, es **OBLIGATORIO** que el afiliado elija la IPS que considere puede prestarle mejores servicios médico asistenciales"