

FOMAG



LOGIN

MODO
LECTURA

(fiduprevisora)

Gobierno de
Colombia[Inicio](#)[Quiénes somos](#) ▾[Afilaciones, recaudos y pagos](#) ▾[Prestaciones económicas](#) ▾[Pagos en línea](#) ▾[Secretaría](#) ▾[Salud](#) ▾

El Fondo Nacional de Prestaciones
Sociales del Magisterio - FOMAG
invita a los prestadores de salud a
ratificar su participación en el nuevo
modelo de atención.

Más información [aquí](#)



Centros de atención al usuario



Buenaventura

Calle 1ra # 6A - 53 Hotel Balcones
de la Bahía Piso 1
3174415334

FOMAG



LOGIN



MODO

LECTURA

(fiduprevisora)

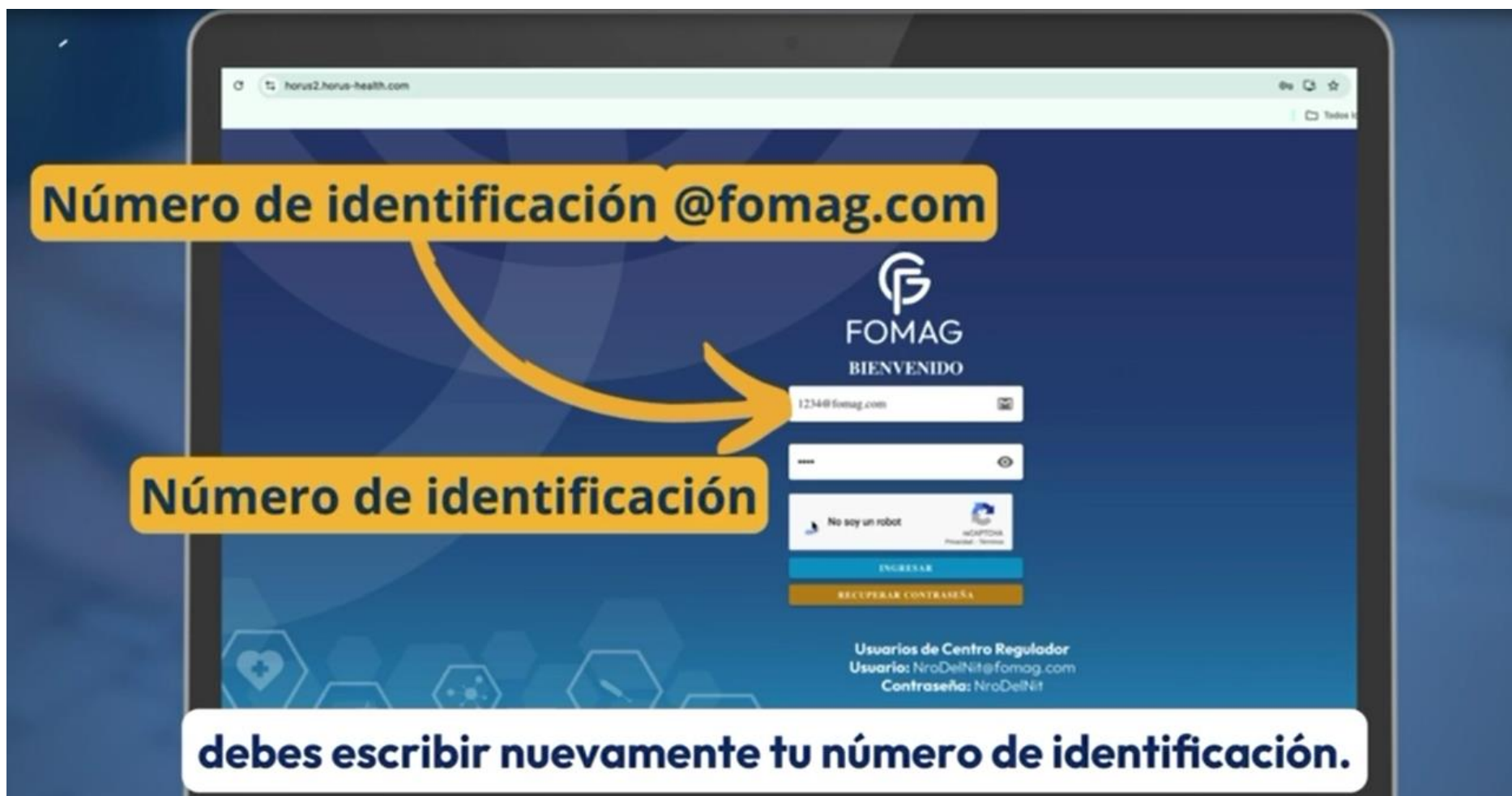
Gobierno de
Colombia[Inicio](#)[Quiénes somos](#) ▾[Afilaciones, recaudos y pagos](#) ▾[Prestaciones económicas](#) ▾[Pagos en línea](#) ▾[Secretaría](#) ▾[Salud](#) ^[> MODELO DE SALUD](#)[> RED DE MEDICAMENTOS](#)[> MÓDULO DE SOLICITUDES HORUS](#)[> PRESTADORES DE SALUD](#)[> SERVICIOS ADMINISTRATIVOS](#)[> SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO](#)

El Fondo Nacional de Prestaciones
Sociales del Magisterio - FOMAG
invita a los prestadores de salud a
ratificar su participación en el nuevo
modelo de atención.

Más información [aquí](#) 



Centros de atención al usuario



EJEMPLO:

USUARIO: 1116796158@FOMAG.COM

CONTRASEÑA: 1116796158

Importante

Señor(a) [REDACTED]

Es importante conocer las observaciones del servicio, pues nos permite implementar las acciones de mejoras para cada día fortalecer la atención a nuestros usuarios. En este modulo usted puede consultar el estado de su radicación o ir al formulario para realizar la radicación.

Que desea hacer ?

CONSULTAR

RADICAR

FOMAG

¡Bienvenido!

Inicio

Autogestión

Certificado de Afiliación

Solicitudes

Órdenes

PQRSDF

Cedula ciudadanía

Fecha de Nacimiento

Departamento de Atención

ARAUCA

N° de Documento

Edad Cumplida

Municipio de Atención

SARAVENA

Nombre Completo

Tipo de Afiliación

IPS Primaria

HOSPITAL DEL SARARE ESE

Entidad

Tipo de Afiliado

Medico de Familia

Sin Médico de Familia

Región

Estado de Afiliación

Medico de Familia 2

Sin Médico de Familia

Sexo

Ciclo de Vida

Colegio

INSTITUCION EDUCATIVA JOSE EUSTASIO RIVERA

Clasificaciones del afiliado

Sin clasificaciones

Datos de Contacto

Teléfono

Celular Principal

Celular Secundario

Correo Electrónico Secundario

Segundo Numero Interior *

Municipio *

(Calle, Avenida, Carrera, etc)

Interior *

Nombre del responsable

Numero Exterior *

Barrio

Telefono del responsable

Correo Electrónico Principal *

Primer Numero Interior *

Departamento *

Parentesco del responsable

AFILIACIONES

TRANSCRIPCIONES

Transcripciones

GUARDAR

Información del Afiliado

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

Tipo de Documento Cédula ciudadanía	N° de Documento 1234	Nombre Completo USUARIO PRUEBA	Entidad FOMAG	Región Región 1	Sexo Masculino
Fecha de Nacimiento 20-05-1989	Edad Cumplida 35 Años	Tipo de Afiliación EXCEPCIÓN (ESPECIAL)	Tipo de Afiliado COTIZANTE	Estado de Afiliación Activo	Ciclo de Vida Adultez
Departamento de Atención BOGOTA	Municipio de Atención BOGOTA, D.C.	IPS Primaria SERVISALUD QCL AV CALLE 116	Medico de Familia Sin Médico de Familia	Medico de Familia 2 Sin Médico de Familia	Colegio COLEGIO GARCES NAVAS (IED)

Datos de Contacto

Teléfono 6799634	Celular Principal 1234567	Celular Secundario 1234567890	Correo Electrónico Principal * eguzman@fomag.gov.co
Correo Electrónico Secundario 0	(Calle, Avenida, Carrera, etc) Calle	Numero Exterior * 76	Primer Numero Interior * 23
Segundo Numero Interior * 54	Interior * 201	Barrio prueba	Departamento * BOGOTA
Municipio *			

Transcripción de incapacidad

Transcri

y seleccionar transcripción de incapacidad.

Autogestión

> Radicar

> Certificar

Segundo Numero Interior *

54

Interior *

201

Barrio

prueba

Departamento *

BOGOTA

Municipio *

BOGOTA, D.C.

Correo Electrónico *

eguzman@fomag.gov.co

Celular *

123456734

Tipo Incapacidad *

Incapacidad medica

Fecha Inicial *
2024-09-09Fecha Final *
2024-09-10Fotocopia de la historia clinica que soporte la incapacidad *
HISTORIA CLINICA.pdfIncapacidad original con firma y sello del médico tratante *
INCAPACIDA...MEDICA.pdfFotocopia del documento de identidad del solicitante *
copia de CEDULA1.pdfObservaciones *
DESCRIPCION DE INCAPACIDAD

Con el diligenciamiento de este formato

Da clic en el recuadro,

según Ley 1581 de 2012.

AFILIACIONES

TRANSCRIPCIONES

Transcripciones

Transcripción de Incapacidad

Correo Electrónico *

eguzman@fomag.gov.co

Celular *

123456734

Tipo Incapacidad *

Incapacidad medica

Fecha Inicial *

 2024-09-09

Fecha Final *

 2024-09-10

Fotocopia de la historia clínica que soporte la incapacidad *

 HISTORIA CLINICA.pdf

Incapacidad original con firma y sello del médico tratante *

 INCAPACIDA_MEDICA.pdf

Fotocopia del documento de identidad del solicitante *

 copia de CEDULA1.pdf

Observaciones *

DESCRIPCION DE INCAPACIDAD

para finalizar debes seleccionar el botón enviar

Todos los campos marcados con * son obligatorios

ENVIAR

Importante

Señor(a) USUARIO PRUEBA

Es importante conocer las observaciones del servicio, pues nos permite implementar las acciones de mejoras para cada día fortalecer la atención a nuestros usuarios. En este modulo usted puede consultar el estado de su radicación o ir al formulario para realizar la radicación.

Que desea hacer ?

CONSULTAR

RADICAR

**¡Exito!**

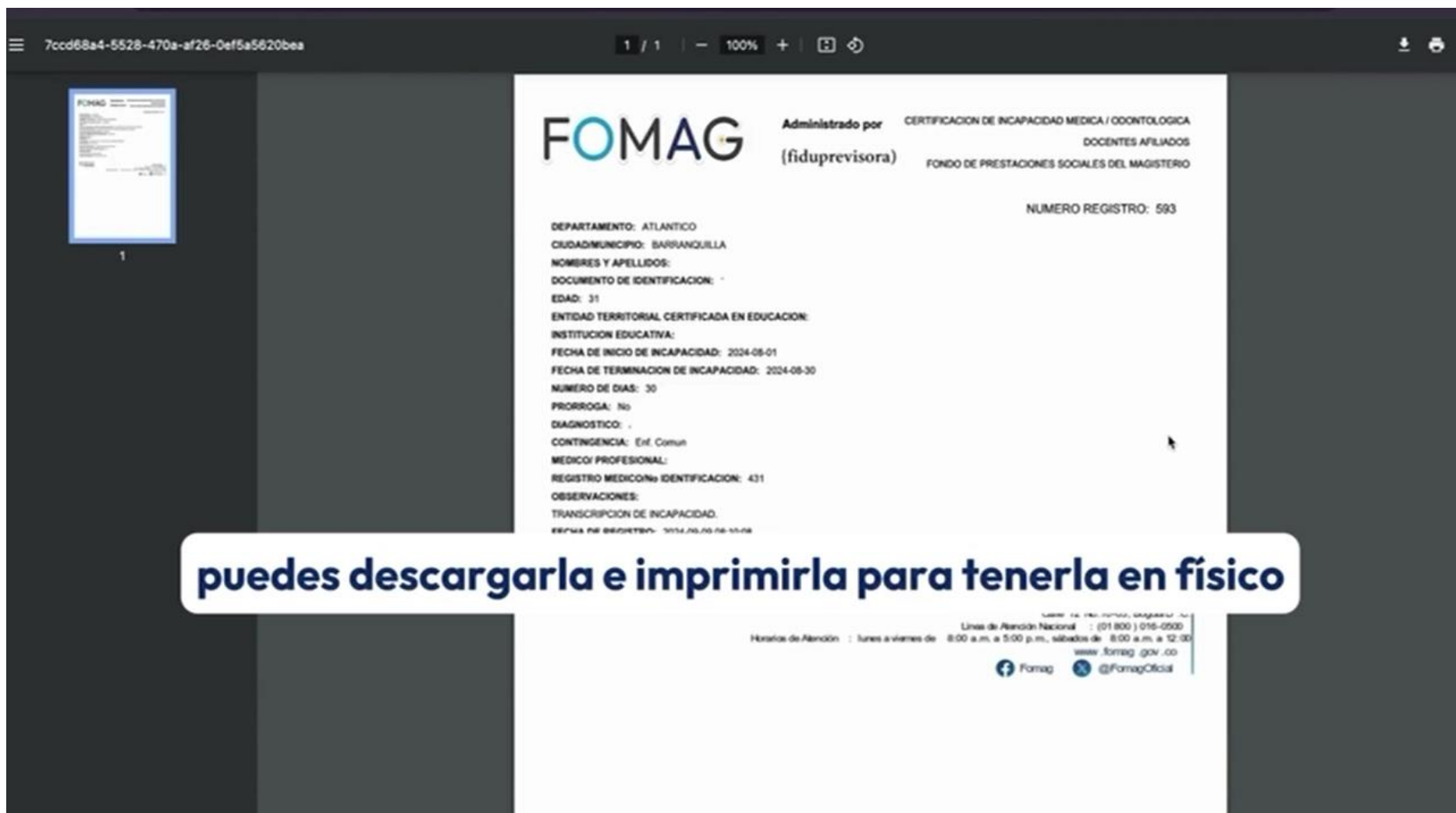
Sr(a) su solicitud fue radicada con éxito N° de radicado 55792

La respuesta será enviada a su correo electrónico dando cumplimiento a los tiempos de oportunidad establecidos

OK

Debes estar pendiente de tu correo electrónico

PASADOS UNOS DIAS TE LLEGARÁ AL CORREO ELECTRONICO REGISTRADO.



7ccd68a4-5528-470a-af26-0ef5a5620bea

1 / 1 100%

FOMAG Administrado por (fiduprevisora) CERTIFICACION DE INCAPACIDAD MEDICA / ODONTOLOGICA DOCENTES AFILIADOS FONDO DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO

NUMERO REGISTRO: 593

DEPARTAMENTO: ATLANTICO
CIUDADMUNICIPIO: BARRANQUILLA
NOMBRES Y APELLIDOS:
DOCUMENTO DE IDENTIFICACION: -
EDAD: 31
ENTIDAD TERRITORIAL CERTIFICADA EN EDUCACION:
INSTITUCION EDUCATIVA:
FECHA DE INICIO DE INCAPACIDAD: 2024-08-01
FECHA DE TERMINACION DE INCAPACIDAD: 2024-08-30
NUMERO DE DIAS: 30
PRORROGA: No
DIAGNOSTICO: -
CONTINGENCIA: Enf. Común
MEDICO/ PROFESIONAL:
REGISTRO MEDICO/ IDENTIFICACION: 431
OBSERVACIONES:
TRANSCRIPCION DE INCAPACIDAD:
FOMAG PW 08/08/2024 10:14:10.00

puedes descargarla e imprimirla para tenerla en físico

Unidad de Atención Nacional : (01 800) 015-0500
Horarios de Atención : lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m., sábados de 8:00 a.m. a 12:00 p.m.
www.fomag.gov.co
Facebook: Fomag Twitter: @FomagOficial