

ISBM

**INSTITUTO SALVADOREÑO DE
BIENESTAR MAGISTERIAL**

INSTRUCTIVO No. ISBM 09/2010

**INSTRUCTIVO PARA TRÁMITES DE AFILIACIÓN DE DOCENTES Y
SU GRUPO FAMILIAR AL INSTITUTO SALVADOREÑO DE
BIENESTAR MAGISTERIAL**

**Aprobado en Punto Once, del Acta Cuarenta y Uno de la sesión ordinaria
de Consejo Directivo del ISBM de fecha 22 de abril de 2010**

ABRIL 2010





INSTRUCTIVO PARA TRÁMITES DE AFILIACIÓN DE DOCENTES Y SU GRUPO FAMILIAR AL INSTITUTO SALVADOREÑO DE BIENESTAR MAGISTERIAL

I. OBJETIVO

Contar con lineamientos y requisitos institucionales a seguir para la afiliación de usuarios y usuarias del Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial, ISBM, para tener derecho a gozar de los Servicios Medico-Hospitalarios, prestaciones y Beneficios que brinda el Instituto.

II. ALCANCE

Quedan sujetos a la aplicación del presente instructivo, los servidores públicos docentes que prestan sus servicios al Estado en el Ramo de Educación y sus beneficiarios que, de conformidad a la Ley del Instituto, tienen derecho a recibir los servicios de asistencia médica y hospitalaria, prestaciones y beneficios que otorga el ISBM; así como los funcionarios y empleados de las dependencias administrativas del ISBM y el MINED.

III. BASE LEGAL

El presente Instructivo se emite de conformidad a lo establecido en la Ley del Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial, ISBM, según Decreto Legislativo 485, de fecha veintidós de Noviembre del año dos mil siete, publicado en el Diario Oficial No. 236, Tomo 377, de fecha 18 de diciembre del año 2007, Capítulo I "Denominación, Naturaleza, Domicilio, Objeto y Alcances", Art. 2, 4, 5, 6; y Capítulo XI "Disposiciones Transitorias", Art. 79.

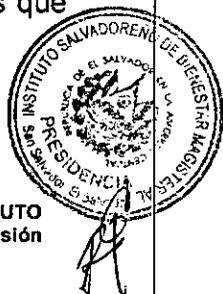
IV. NORMAS

1. OBLIGATORIEDAD DE AFILIACIÓN Y DERECHO A COBERTURA

De conformidad con lo establecido en la Ley del ISBM, la afiliación al Instituto será de carácter obligatorio para los servidores públicos docentes.

Tendrán derecho a recibir la cobertura de los servicios médicos y hospitalarios que brinda el Instituto, previa afiliación al mismo:

- a) Los servidores públicos docentes.



- b) El cónyuge o su conviviente y los hijos menores de veintiún años de edad que se encuentren solteros, de los Servidores Públicos Docentes.
- c) El hijo de cualquier edad, si es invalido total y su invalidez se hubiese originado siendo beneficiario, y previo dictamen de la Comisión Calificadora de Invalidez definida en la Ley del Sistema de Ahorro para Pensiones.

2. EXCLUSIÓN DEL REGIMEN DE SALUD DEL INSTITUTO

Conforme a lo dispuesto en la Ley del ISBM, están excluidos del Régimen de Salud de éste Instituto y, consecuentemente, están exceptuados de afiliarse, las personas siguientes:

- a) Los servidores públicos docentes que prestan sus servicios por hora clase y que no acumulen un mínimo de ochenta horas clase cada mes calendario;
- b) Los docentes pensionados que reingresen al servicio del Estado en el Ramo de Educación; y
- c) El cónyuge o conviviente e hijos de servidores públicos docentes que laboren y coticen obligatoriamente a cualquier otro régimen de salud.

3. PÉRDIDA DE LA CALIDAD DE AFILIADO Y DEL DERECHO A COBERTURA

La calidad y los derechos de los afiliados al ISBM, salvo las excepciones previamente determinadas por la Ley, se extinguirán por cualquiera de las siguientes causas:

- a) Por fallecimiento del docente cotizante;
- b) Por disolverse legalmente el vínculo matrimonial. Esta circunstancia aplica solamente al cónyuge que no ejerce la docencia y deberá ser comprobada



por el docente presentando la certificación de la Partida de Divorcio respectiva.

- c) Por solicitud de los /as docentes para desactivar al compañero de vida. (Anexo 2).
- d) Por haber cumplido los veintiún años de edad los hijos/as beneficiarios/as.
- e) Por haber finalizado por cualquier causa la relación laboral del cotizante con el Estado en el Ramo de Educación.

4. REQUISITOS PARA AFILIACION.

Toda solicitud de afiliación podrá ser retirada y presentada en las oficinas del ISBM Central, Centros de Atención Oriente/Occidente y futuras dependencias del Instituto, así mismo también podrán ser retiradas en las oficinas de Recursos Humanos de las Direcciones Departamentales del Ministerio de Educación que se encuentran a nivel nacional. (Anexo 1)

Para realizar el trámite de su afiliación o la de sus beneficiarios, el docente deberá presentar personalmente las respectivas solicitudes, acompañadas de la documentación que en cada caso corresponda, según se especifica a continuación:

a) **AFILIACIÓN DE EDUCADORES QUE PRESTEN SUS SERVICIOS AL ESTADO EN EL RAMO DE EDUCACIÓN DESEMPEÑANDO LA DOCENCIA O LABORES DE DIRECCIÓN:**

- ***Copia del Acuerdo de su Nombramiento***, el cual será emitido por el área encargada de los Recursos Humanos del Ministerio de Educación o de la Dirección Departamental de Educación correspondiente al lugar de trabajo del docente.
- ***Copia de documentos personales del docente:***
 - ✓ *Documento Único de Identidad, (DUI) o Carné de Residente del docente extranjero, vigente.*
 - ✓ *Número de Identificación Profesional, (NIP)*
 - ✓ *Número de Identificación Tributaria (NIT) y*
 - ✓ *Número Único Previsional (NUP)*



b) AFILIACIÓN DE EDUCADORES QUE LABORAN EN LAS UNIDADES TÉCNICAS DEL MINISTERIO DE EDUCACIÓN

- **Constancia de Salario, original y reciente**, la cual será emitida por la Pagaduría Departamental del Ministerio de Educación correspondiente al lugar de trabajo del docente.

- **Copia de documentos personales:**
 - ✓ Documento Único de Identidad, (DUI) o Carné de Residente del docente extranjero vigente.
 - ✓ Número de Identificación Profesional, (NIP)
 - ✓ Número de Identificación Tributaria (NIT) y
 - ✓ Número Único Previsional (NUP)

En el caso de los maestros no pensionados que reingresen al servicio del Estado en el Ramo de Educación, estos deberán de presentar la documentación descrita anteriormente para cada caso.

c) AFILIACIÓN DE BENEFICIARIOS

La afiliación al Instituto será de carácter personal y para inscribir a los beneficiarios, el cotizante deberá avocarse juntamente con ellos a las oficinas encargadas de afiliación del ISBM central ó de los Centros de Atención Oriente/Occidente u otros, para la entrega de la respectiva solicitud y documentación, y para la toma de fotografía para la emisión del carné.

La documentación que acompañará a la solicitud, según el beneficiario a inscribir es la siguiente:



- **AFILIACIÓN DE CÓNYUGE¹:**

- ✓ Copias de los Documentos Únicos de Identidad o de los Carnés de Residente del/la cotizante y del/la cónyuge.
- ✓ Certificación de la Partida de Matrimonio la cual debe de ser original y reciente, con no más de dos meses de haber sido expedida.
- ✓ Declaración Jurada que establezca que el beneficiario/a no cotiza a otra de las instituciones de Seguridad Social que integran el Sistema Nacional de Salud.

- **AFILIACIÓN DE CONVIVIENTE²:**

- ✓ Copias de los Documentos Únicos de Identidad o Carnés de Residente del/la cotizante y del/la conviviente.
- ✓ Certificaciones de las Partidas de Nacimiento del maestro cotizante y del/la conviviente, las cuales deben ser originales y recientes, con no más de tres meses de haber sido expedidas.
- ✓ Declaración Jurada en la que declaren que ni el docente ni la persona que pretende afiliarse como su conviviente, se encuentran unidos por vínculos matrimoniales con otras personas; que no existe entre ellos ningún otro impedimento legal para contraer matrimonio entre sí; y que tienen más de tres años de estar haciendo libremente vida en común, de forma voluntaria, singular, continua, estable y notoria como establece el Artículo 118 del Código de Familia. Además que establezca que el beneficiario/a no cotiza a otra de las instituciones de Seguridad Social que integran el Sistema Nacional de Salud.

- **AFILIACIÓN DE HIJOS/AS DE SERVIDORES PÚBLICOS DOCENTES**

Conforme a las edades de los hijos e hijas, los requisitos serán los siguientes:

- **Hijos/as menores de seis meses:**

- ✓ **Carné de afiliación al ISBM del/la maestro/a cotizante**

¹ Reformado de conformidad al Punto 6 del Acta número 67 de sesión extraordinaria de Consejo Directivo de fecha 13-10-2010.-

² Ídem



- ✓ *Certificación de Partida de Nacimiento* del beneficiario/a, original y reciente, con no más tres meses de haber sido expedida.

➤ ***Hijos/as de seis meses a menores de dieciocho años:***

- ✓ *Carné de afiliación al ISBM* del/la maestro/a cotizante
- ✓ *Certificación de Partida de Nacimiento*, original y reciente, con no más tres meses de haber sido expedida.
- ✓ Presentarse el/la maestro/a con el/la hijo/a para la toma de la fotografía.

➤ ***Hijos/as de dieciocho años a menores de veintiún años³:***

- ✓ *Carné de afiliación al ISBM* del/la maestro/a cotizante
- ✓ *Certificación de Partida de Nacimiento*, original y reciente, con no más de tres meses de haber sido expedida.
- ✓ *Copia del Documento Único de Identidad (DUI)*, del/la hijo/a del/la cotizante.
- ✓ *Declaración jurada que establezca que el beneficiario/a no cotiza a otra de las instituciones de Seguridad Social* que integran el Sistema Nacional de Salud.
- ✓ Presentarse el/la maestro/a con el/la hijo/a para la toma de la fotografía.

• **CASOS ESPECIALES DE AFILIACIÓN Y COBERTURA:**

➤ **Para hijo/as recién nacidos que aún no estén afiliados al ISBM.**

Los hijos/as recién nacidos/as, nacidos en partos atendidos dentro de la red de proveedores del Instituto, que requieran de los servicios médicos hospitalarios previamente a su afiliación, se prestarán los servicios hasta los primeros treinta días, durante los cuales el docente deberá afiliarlo para garantizar la continuidad de los servicios.

³ Reformado de conformidad al Punto 6 del Acta número 67 de sesión extraordinaria de Consejo Directivo de fecha 13-10-2010.-



Si fuera el caso que nacieran fuera de la Red de Proveedores del Instituto, que en los primeros treinta días de nacidos requieran de los servicios médico hospitalarios, y no cuente con la Partida de Nacimiento respectiva, deberá presentar para efectos de afiliación temporal, los plantares y la constancia de atención del parto.

- **Para hijo/as mayores de veintiún años de edad, si son inválidos total y su invalidez se hubiese originado siendo beneficiarios, previo dictamen de la Comisión Calificadora de Invalidez definida en la Ley del Sistema de Ahorro para Pensiones:**

El docente cotizante deberá presentar, además de la documentación contemplada para los hijos cuyas edades oscilan entre los dieciocho y veintiún años, la copia del documento mediante el cual se le haya notificado la autorización del Consejo Directivo del ISBM para la reincorporación o continuidad de su hijo o hija en la cobertura de salud que brinda el Instituto, con base a lo establecido en la Ley del ISBM.

- **Docentes que habiendo ingresado a laborar para el Estado en el Ramo de Educación, no cuenten con su acuerdo de nombramiento dentro de los treinta días posteriores a su toma de posesión,** podrán realizar su trámite de afiliación, atendiendo las disposiciones siguientes:

▪ **DOCENTES PROPIETARIOS**

- ✓ Presentar personalmente la solicitud a la Sección de Afiliación u oficinas habilitadas;
- ✓ Constancia del fallo del Tribunal Calificador;
- ✓ Acta de toma de Posesión presentada a la Dirección Departamental del MINED y certificada por el Director del Centro Escolar;
- ✓ **Copia de documentos personales:**



[Handwritten signature]

- a) Copia del Documento Único de Identidad o Carné de Residente.
- b) Copia de Número de Identificación Profesional
- c) Copia de Número de Identificación Tributaria.
- d) Copia del Número Único Previsional.

▪ **DOCENTES CONTRATADOS POR HORAS CLASES O INTERINOS**

En el caso de los docentes que laboran en horas clase que acumulen un mínimo de ochenta horas clase cada mes calendario y los docentes contratados interinamente que aun no posean el acuerdo de nombramiento, podrán afiliarse al Instituto de **manera provisional** mediante la presentación de la siguiente documentación:

- ✓ Presentar personalmente la solicitud a la Sección de Afiliación u oficinas habilitadas;
- ✓ Acta de toma de Posesión presentada a la Dirección Departamental del MINED y certificada por el director del Centro Escolar;
- ✓ **Copia de documentos personales:**
 - a) Copia del Documento Único de Identidad o Carné de Residente.
 - b) Copia de Número de Identificación Profesional
 - c) Copia de Número de Identificación Tributaria.
 - d) Copia del Número Único Previsional.

Los docentes que laboran bajo la modalidad de horas clase y que acumulen un mínimo de ochenta horas en cada mes calendario y los docentes contratados interinamente, la afiliación será de carácter provisional debido a que se le dará cobertura en el sistema de afiliados del ISBM, según la fecha de vigencia del acuerdo de nombramiento, si la tuviere, y si no hasta al 31 de enero del siguiente año, para lo cual

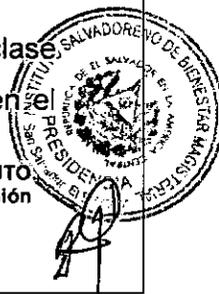


deberá presentar el nuevo acuerdo o la copia de la refrenda a fin de mantener la continuidad de los Servicios de Salud del Instituto.

5. REPOSICIÓN DE CARNÉ

En caso de requerirse reponer el carné de afiliado o para la emisión de carné provisionales, el interesado deberá tomar en cuenta las disposiciones siguientes:

- a) En caso de deterioro o extravío del carné de afiliado, el Docente y sus beneficiarios deberán tramitar la reposición correspondiente en las oficinas del ISBM, previo al pago de un dólar con cincuenta centavos (US \$ 1.50) para su reposición en formato PVC, o de cincuenta y siete centavos de dólar (\$ 0.57), para carné provisionales que se emitan para los hijos menores de seis meses de edad.
- b) En el caso de los hijos mayores de dieciocho años de edad, deberán presentar para la renovación del carné, la certificación de la partida de nacimiento original y reciente, es decir con no más de tres meses de haberse expedido, constancias de que no cotizan a otro régimen de salud emitida por las Instituciones de Seguridad Social que integran el Sistema Nacional de Salud, así como también original y copia de su DUI vigente; en estos casos, la cobertura de servicios en el Sistema ISBM Online será otorgada hasta un día después de su siguiente cumpleaños.
- c) Toda reposición estará sujeta a la presentación de la documentación mencionada en los literales a, b y c del N°4, del Romano IV "Normas" del presente instructivo, de acuerdo a cada caso, siempre y cuando el interesado no la tuviere en el archivo correspondiente. En caso de contar con el expediente completo, únicamente deberá identificarse con el Documento Único de Identidad o Número de Identificación Profesional original.
- d) Los maestros que acumulen un mínimo de ochenta horas clase cada mes calendario y los interinos, renovarán su cobertura en el



Sistema ISBM Online cada año, para lo cual deberán de presentar únicamente la refrenda o el Acuerdo de Nombramiento en vigencia, siempre y cuando esté la documentación completa en su expediente del archivo de afiliación.

6. MODIFICACIONES DE LA AFILIACIÓN

En caso de cualquier cambio en los datos personales tales como el estado familiar, cambio de domicilio, etc., del cotizante o de sus beneficiarios, el interesado deberá notificarlos al ISBM y para ello acatará las normas siguientes:

- a) Los docentes deberán informar por escrito los cambios de su estado familiar, modificaciones de su nombre, así como cualquier otro cambio que afecte su afiliación o la de sus beneficiarios al ISBM, presentando original y copia del Documento Único de Identidad y otros que le requiera el Instituto, según se trate la modificación a realizar.
- b) En caso de que las modificaciones impliquen la afiliación de nuevos beneficiarios(as), el docente deberá presentar la documentación correspondiente conforme a lo establecido en este instructivo.
- c) En los casos de cambios de domicilio, deberán de presentar la hoja de cambio de domicilio que se extiende en la Dirección Departamental del Ministerio de Educación, para efectos de reasignación de Médicos Magisterial.
- d) En los casos de cambio de beneficiarios(as) de un/a maestro/a cotizante a otro (cuando el padre y la madre del/los beneficiario/s sean docentes), deberán llenar por escrito la solicitud de cambio en la Sección de Afiliación u oficinas habilitadas, la cual deberán firmar ambos docentes. (Anexo 5)
- e) Los docentes que se trasladen de un centro escolar a otro, deberán de presentar copia del Acta de Toma de Posesión del centro educativo actual.

7. DE LA ACTUALIZACIÓN DE EXPEDIENTES

El ISBM se reserva el derecho de solicitar a sus afiliados, según sea necesario, la actualización de información y documentación de los



expedientes de afiliación, quienes estarán obligados a presentar lo solicitado en la forma y plazos que establezca el Instituto, para garantizar la continuidad de la prestación de los servicios.

V. ANEXOS

Formarán parte integrante del presente instructivo los anexos siguientes:

- Anexo 1. Formulario de solicitud de afiliación
- Anexo 2. Modelo de declaración jurada cónyuge⁴.
- Anexo 3. Modelo de declaración jurada compañero(a) de vida.
- Anexo 4. Modelo de declaración jurada hijo mayor de 18 años de edad.
- Anexo 5. Formulario de desactivación de cónyuge o compañero(a) de vida
- Anexo 6. Formulario de solicitud para asignación de médico de familia
- Anexo 7. Formulario de solicitud del cambio de beneficiarios de un maestro cotizante a otro.
- Anexo 8. Procedimiento para la afiliación.
- Anexo 9. Procedimiento para la reposición de carné

VI. VIGENCIA:

El presente instructivo entrará en vigencia a partir del día uno de mayo de dos mil diez.-

⁴ Reformado de conformidad al Punto 6 del Acta número 67 de sesión extraordinaria de Consejo Directivo de fecha 13-10-2010.-



ANEXO 1
INSTITUTO SALVADOREÑO DE BIENESTAR MAGISTERIAL
SECCION DE AFILIACION



SOLICITUD DE AFILIACION

INFORMACION PERSONAL:

NOMBRES: _____ APELLIDOS: _____
(SEGÚN DUI) (SEGÚN DUI)

NÚMERO DE DUI: _____ NÚMERO DE NIP: _____
NÚMERO DE NIT: _____ NÚMERO DE NUP: _____

ESTADO CIVIL: SOLTERO CASADO ACOMPAÑADO VIUDO DIVORCIADO

LUGAR DE NACIMIENTO: _____ FECHA: _____

DIRECCION: _____
MINICIPIO: _____ DEPARTAMENTO _____

TELEFONO: _____ CELULAR: _____ e-mail _____

TIPO DE TRÁMITE: PRIMERA VEZ REINGRESO

NOMBRAMIENTO:

LEY DE SALARIO ASESOR PEDAGOGICO TECNICO
CONTRATO INTERINO HORA CLASE TECNICO ASES. PEDA.

DATOS DEL CENTRO ESCOLAR

CENTRO EDUCATIVO _____ CODIGO _____
MUNICIPIO _____ DEPARTAMENTO _____

DATOS DE BENEFICIARIOS

CONYUGE O CONVIVIENTE:

NOMBRES: _____ APELLIDOS: _____
(SEGÚN DUI) (SEGÚN DUI)

DUI: _____ NIT _____

HIJOS:	NOMBRES	APELLIDOS	No. DE DUI/FECH. NAC
1.	_____	_____	_____
2.	_____	_____	_____
3.	_____	_____	_____
4.	_____	_____	_____
5.	_____	_____	_____

DECLARO QUE TODA LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA ES VERAZ Y POR ESTE MEDIO AUTORIZO AL INSTITUTO SALVADOREÑO DE BIENESTAR MAGISTERIAL, PARA QUE VERIFIQUE POR CUALQUIER MEDIO TODA LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA EN LA PRESENTE, EN CUANTO A LOS REQUISITOS DE AFILIACIÓN PARA RECIBIR LA COBERTURA DE LOS SERVICIOS MÉDICOS Y HOSPITALARIOS QUE BRINDA EL INSTITUTO.

_____, _____ de _____ del año _____
(Lugar) (día) (mes)

FIRMA DEL DOCENTE: _____



ANEXO 2

(Modelo de Declaración Jurada Cónyuge)

Yo _____, de _____ años de edad, (Profesión u oficio) _____, del domicilio de _____, con Documento Único de Identidad Número (DUI) _____, por este medio y **BAJO JURAMENTO DECLARO: I)** Que me desempeño en el cargo de (Cargo según Acuerdo) _____, nombrado(a) en el Centro Escolar _____ Código (Del centro escolar) _____, situado en el Municipio de _____, Departamento de _____. **II)** Que en mi calidad de servidor público docente que presto mis servicios al Estado en el Ramo de Educación conozco y entiendo sobre el régimen especial de salud que administra el Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial, el cual tiene su fundamento legal en la Constitución de la República de El Salvador, la Ley del Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial y el artículo doscientos veintiuno inciso segundo de la Ley del Sistema de Ahorro para Pensiones. **III)** Que no me encuentro comprendido(a) en las causales de exclusión del régimen de salud que administra el Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial expresadas en el artículo seis de la Ley del ISBM. **IV)** Que habiendo comprendido las disposiciones legales aplicables al Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial entiendo que para inscribir a mi cónyuge como beneficiario al derecho de recibir la cobertura de los servicios médicos y hospitalarios que brinda el Instituto, éste no debe laborar y cotizar obligatoriamente a cualquier otro régimen de Salud. **V)** Que con el objeto de afiliar como beneficiario de la cobertura de salud del Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial que por ley le corresponde a mi cónyuge de nombre _____, de _____ años de edad, (Profesión u oficio) _____, de mi mismo domicilio, con Documento Único de Identidad número _____; **DECLARO** que el/la mismo(a) no se encuentra cotizando obligatoriamente a cualquier otro régimen de Salud, por lo tanto cumple los requisitos legales establecidos para ser inscrito como mi beneficiario en el referido Instituto, siendo toda la información proporcionada en la Sección de Afiliación del ISBM, así como la documentación presentada y requerida totalmente veraz, facultando al Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial para que pueda verificar o investigar la veracidad de mis afirmaciones; **VI)** Que conozco y comprendo que en caso de no ser ciertas las aseveraciones contenidas en el presente documento, me obligo a responder por el costo de los servicios que mi cónyuge hubiere utilizado inadecuadamente o mediante falsedad más la penalización correspondiente, sin perjuicio de la responsabilidad penal a que hubiere lugar, de conformidad a lo establecido en los artículos cuarenta y cuarenta y ocho de la Ley del Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial. **VII)** Que conozco lo regulado en el artículo doscientos ochenta y cuatro del Código Penal en cuanto al delito de falsedad ideológica, así como las leyes que sancionan la falsedad, por lo que la presente constituye una información verdadera, exacta y completa, comprometiéndome a someterme a las leyes de la República que sancionan la falsedad de esta declaración, eximiendo al Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que se hubiere proporcionado, asumiendo la responsabilidad de lo aquí consignado.

En la ciudad de San Salvador, a los _____ días del mes de _____ de _____.

Maestro: _____ Firma: _____



INSTITUTO SALVADOREÑO DE BIENESTAR MAGISTERIAL

ANEXO 3

(Modelo de Declaración Jurada Compañero de vida)

Yo _____ de _____ años de edad, (profesión u oficio) _____ del domicilio de _____ con Documento Único de Identidad Número (DUI) _____ por este medio y BAJO JURAMENTO DECLARO: I) Que me desempeño en el cargo de (cargo según acuerdo) _____ nombrado(a) en el Centro Escolar _____ Código _____

situado en el Municipio de _____ Departamento de _____ II) Que en mi calidad de servidor público docente que presto mis servicios al Estado en el Ramo de Educación, conozco y entiendo sobre el régimen especial de salud que administra el Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial, el cual tiene su fundamento legal en la Constitución de la República de El Salvador, la Ley del Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial y el artículo doscientos veintiuno inciso segundo de la Ley del Sistema de Ahorro para Pensiones. III) Que no me encuentro comprendido(a) en las causales de exclusión del régimen de salud que administra el Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial expresadas en el artículo seis de la Ley del ISBM. IV) Que habiendo comprendido las disposiciones legales aplicables al Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial entiendo que para inscribir a mi conviviente como beneficiario al derecho de recibir la cobertura de los servicios médicos y hospitalarios que brinda el Instituto, éste no debe laborar y cotizar obligatoriamente a cualquier otro régimen de Salud. V) Presente en este acto, mi conviviente de nombre _____ de _____ años de edad, (profesión u oficio) _____ de mi mismo domicilio, con Documento Único de Identidad número (DUI) _____ y con la finalidad de acreditar la relación de convivencia en unión no matrimonial que mantenemos entre sí, formulamos las siguientes aseveraciones: 1) Que no nos encontramos unidos por vínculos matrimoniales con otras personas; 2) Que no existe entre nosotros ningún otro impedimento legal para contraer matrimonio entre sí; 3) Que tenemos más de tres años de estar haciendo libremente vida en común, de forma voluntaria, singular, continua, estable y notoria. Asimismo manifestamos que durante la unión, (Si) _____ (No) _____ hemos procreado a (Numero de hijos) _____ de nombre: _____ y _____ todos de apellidos _____

4) Que sobre nuestra unión no matrimonial y la veracidad de sus afirmaciones pueden declarar como testigos los señores: A) _____ Profesión u Oficio _____ del domicilio de _____ y; B) _____ (Profesión u Oficio) _____ del domicilio de _____ 5) En caso de ser requerido por cualquier autoridad judicial o administrativa, para el goce de los derechos que confiere el Código de Familia y/o otras leyes, en su oportunidad se iniciarán los trámites judiciales que sean necesarios para establecer judicialmente la Unión de Hecho o se declare la calidad de conviviente. VI) Que con el objeto de afiliarse como beneficiario de la cobertura de salud del Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial que por ley le corresponde a mi conviviente de las generales antes mencionadas; DECLARO que el/la mismo(a) no se encuentra cotizando obligatoriamente a cualquier otro régimen de Salud, por lo tanto cumple los requisitos legales establecidos para ser inscrito como mi beneficiario en el referido Instituto, siendo toda la información proporcionada en la Sección de Afiliación del ISBM, así como la documentación presentada y requerida totalmente veraz, facultando al Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial para que pueda verificar o investigar la veracidad de mis afirmaciones; VII) Que conozco y comprendo que en caso de no ser ciertas las aseveraciones contenidas en el presente documento, me obligo a responder por el costo de los servicios que mi conviviente hubiere utilizado inadecuadamente o mediante falsedad más la penalización correspondiente, sin perjuicio de la responsabilidad penal a que hubiere lugar, de conformidad a lo establecido en los artículos cuarenta y cuarenta y ocho de la Ley del Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial. VIII) Que conozco lo regulado en el artículo doscientos ochenta y cuatro del Código Penal en cuanto al delito de falsedad ideológica, así como las leyes que sancionan la falsedad, por lo que la presente constituye una información verdadera, exacta y completa, comprometiéndome a someterme a las leyes de la República que sancionan la falsedad de esta declaración, eximiendo al Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que se hubiere proporcionado, asumiendo la responsabilidad de lo aquí consignado.

En la Ciudad de San Salvador, a los _____ del mes de _____ de dos mil _____

Maestro Cotizante: _____ Firma: _____

Compañero de Vida: _____ Firma: _____



ANEXO 4

(Modelo de Declaración Jurada Hijos mayores de 18 años)

Yo _____, de _____ años de edad, (Profesión u oficio) _____, del domicilio de _____, con Documento Único de Identidad Número (DUI) _____, por este medio y **BAJO JURAMENTO DECLARO:** I) Que me desempeño en el cargo de (Cargo según Acuerdo) _____, nombrado(a) en el Centro Escolar _____, Código _____, situado en el Municipio de _____, Departamento de _____.

II) Que en mi calidad de servidor público docente que presto mis servicios al Estado en el Ramo de Educación conozco y entiendo sobre el régimen especial de salud que administra el Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial, el cual tiene su fundamento legal en la Constitución de la República de El Salvador, la Ley del Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial y el artículo doscientos veintiuno inciso segundo de la Ley del Sistema de Ahorro para Pensiones. III) Que no me encuentro comprendido(a) en las causales de exclusión del régimen de salud que administra el Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial expresadas en el artículo seis de la Ley del ISBM. IV) Que habiendo comprendido las disposiciones legales aplicables al Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial entiendo que para inscribir a mi hijo(a) mayor de dieciocho años de edad, como beneficiario al derecho de recibir la cobertura de los servicios médicos y hospitalarios que brinda el Instituto, éste no debe laborar y cotizar obligatoriamente a cualquier otro régimen de Salud. V) Que con el objeto de afiliarse como beneficiario de la cobertura de salud del Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial que por ley le corresponde a mi hijo(a), de nombre _____, de _____ años de edad, (Profesión u oficio) _____, de mi mismo domicilio, con Documento Único de Identidad Número _____; DECLARO que el/la mismo(a) no se encuentra cotizando obligatoriamente a cualquier otro régimen de Salud, por lo tanto cumple los requisitos legales establecidos para ser inscrito como mi beneficiario en el referido Instituto, siendo toda la información proporcionada en la Sección de Afiliación del ISBM, así como la documentación presentada y requerida totalmente veraz, facultando al Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial para que pueda verificar o investigar la veracidad de mis afirmaciones; VI) Que conozco y comprendo que en caso de no ser ciertas las aseveraciones contenidas en el presente documento, me obligo a responder por el costo de los servicios que mi hijo(a) hubiere utilizado inadecuadamente o mediante falsedad más la penalización correspondiente, sin perjuicio de la responsabilidad penal a que hubiere lugar, de conformidad a lo establecido en los artículos cuarenta y cuarenta y ocho de la Ley del Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial. VII) Que conozco lo regulado en el artículo doscientos ochenta y cuatro del Código Penal en cuanto al delito de falsedad ideológica, así como las leyes que sancionan la falsedad, por lo que la presente constituye una información verdadera, exacta y completa, comprometiéndome a someterme a las leyes de la República que sancionan la falsedad de esta declaración, eximiendo al Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que se hubiere proporcionado, asumiendo la responsabilidad de lo aquí consignado.

En la ciudad de San Salvador, a los _____ días del mes de _____ del _____.

Maestro: _____ Firma: _____



[Handwritten signature]

ANEXO 5



DESACTIVACION DE CÓNYUGE O COMPAÑERO DE VIDA

SECCION DE AFILIACION

**SEÑORES SERVICIO MEDICO HOSPITALARIO
INSTITUTO SALVADOREÑO DE BIENESTAR MAGISTERIAL
PRESENTE**

Yo, _____, cotizante del Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial, persona registrada bajo el número de afiliación _____ acreditada al uso del sistema de salud y demás prestaciones, respetuosamente **EXPONGO:**

- ✓ Que actualmente soy miembro activo del sistema de cotización del Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial.
- ✓ Que tengo como persona beneficiaria del Sistema a _____, en su calidad de _____

Por lo antes expuesto, a ustedes con todo respeto **PIDO:**

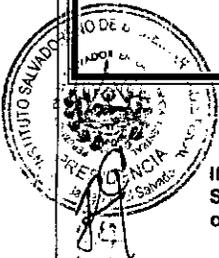
- ✓ Manifestar mi voluntad de desactivar del sistema a _____, en su calidad de _____
- ✓ Que dicha desactivación se haga por un periodo indefinido o hasta mi interés por reactivarlo en el sistema.

Las razones en las que fundamento mi petición se deben a:

Sin otro particular por el momento se firma la presente en la ciudad de _____ a los _____ días del mes de _____ del _____.-

F. _____

MAESTRO COTIZANTE



SECCIÓN DE AFILIACION

SOLICITUD PARA ASIGNACION DE MEDICO MAGISTERIAL

NOMBRE DEL DOCENTE: _____	
NUMERO DE AFILIACION: _____	FECHA DE SOLICITUD _____
LUGAR DE RESIDENCIA	_____
MUNICIPIO _____	DEPTO. _____

FIRMA DEL DOCENTE _____

ESPACIO RESERVADO PARA LA SECCION DE AFILIACION

MEDICO MAGISTERIAL CORRESPONDIENTE: _____
SEDE DE MEDICO MAGISTERIAL: _____

RECIBIDO POR: _____
_____ Vo. Bo. Jefe de Afiliación



ANEXO 7



SOLICITUD DEL CAMBIO DE BENEFICIARIOS DE UN MAESTRO COTIZANTE A OTRO

_____ Lugar , día / mes / año

Yo, _____ docente afiliado al Programa Especial de Salud del Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial, con número de afiliación _____, por medio de la presente solicito:

- Cambio de hijo Beneficiario del Padre a hijo Beneficiario de la madre
- Cambio de hijo Beneficiario de la madre a hijo beneficiario del padre

Justificación del Cambio: _____

Nombre de Beneficiario	ID	Inscritos con (numero de ID)	pasar a (numero de ID)

Firma Padre _____
 No. de DUI _____

Firma Madre _____
 No. de DUI _____

_____ Vo. Bo. Jefe de Afiliación



**ANEXO 8
PASO A PASO PROCESO DE AFILIACIÓN**

PASO	RESPONSABLE	DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD
1	Docente	Presenta solicitud de inscripción a la Sección de Afiliación identificándose con el carné de escalafón, anexando la documentación necesaria para afiliarse.
2	Técnico de Afiliación	Verifica en el sistema Cotiza, las cotizaciones del maestro, para determinar si es maestro activo y si sus cotizaciones han sido presentadas al Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial.
3	Técnico de Afiliación	Revisa la solicitud y la documentación anexa para verificar el cumplimiento de los requisitos establecidos.
4	Técnico de Afiliación	Ingreso de datos al Sistema Bienestar Magisterial en línea (BMOnline)
5	Técnico de Afiliación	Toma de fotografía
6	Técnico de Afiliación	Entrega solicitud para asignación de Médico Magisterial
7	Docente	Llena solicitud para Asignación de Médico Magisterial
8	Jefe de Afiliación	Recibe solicitud y autoriza la asignación de Médico Magisterial
9	Jefe de Afiliación	Asigna Médico Magisterial
10	Técnico de Afiliación	Impresión de ficha "Expediente Familiar" del Sistema Bienestar Magisterial en Línea (BMOnline)
11	Docente	Verifica información de ficha "Expediente Familiar", si está de acuerdo firma de aceptado
12	Técnico de Afiliación	Imprime y entrega carné



**ANEXO 9
PASO A PASO PROCESO DE REPOSICIÓN DE CARNÉ**

PASO	ENCARGADO	DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD
1	Docente	Se presenta a solicitar reposición de carné a la Sección de Afiliación identificándose con el carné de escalafón
2	Técnico de Afiliación	Verifica en sistema COTIZA las cotizaciones del maestro, para saber si es maestro activo y sus cotizaciones han sido presentadas al Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial.
3	Técnico de Afiliación	Elabora e imprime recibo por el costo de reposición de carné
4	Docente	Pasa a colecturía a cancelar el carné
5	Colector	Cobra el costo del carné, firma y sella de cancelado los recibos quedándose con el comprobante correspondiente
6	Docente	Entrega recibo firmado y sellado por colecturía al técnico de afiliación
7	Técnico de Afiliación	Elabora Carné
8	Docente	Revisa carné y firma de recibido
9	Técnico de Afiliación	Archiva recibo

