FONDO DE BIENESTAR SOCIAL
CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA

ANEXO CIRCULAR No.

PROGRAMA PARA EMPLEADOS DE LA CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA Y DEL FONDO DE BIENESTAR SOCIAL CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA CON HIJOS EN SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD Y CAPACIDADES

Adjunte los documentos marcados con "X", según su caso y prestador del servicio.

DOCUMENTOS DEL FUNCIONARIO	PARA FUNCIONARIOS QUE FUERON BENEFICIARIOS EN LA VIGENCIA ANTERIOR	PARA FUNCIONARIOS QUE **NO** FUERON BENEFICIARIOS EN LA VIGENCIA ANTERIOR
Formato denominado "Solicitud Programa para Empleados de la Contraloría General de la República y del Fondo de Bienestar Social Contraloría General de la República con hijos en situación de discapacidad y capacidades excepcionales", diligenciado en su integridad	X	X
Registro civil del hijo(a) del empleado(a)	No aplica	X
Certificación bancaria del empleado(a), que corresponda a una cuenta activa en donde conste el número y tipo de cuenta.	X	X
Para el caso de personas en situación de discapacidad: se requiere el diagnóstico médico expedido por la Entidad Prestadora de Servicios de Salud EPS, en el cual certifique la condición de discapacidad del hijo del empleado(a),	No aplica	X
Para el caso de capacidad excepcional: se deberá aportar certificación expedida por autoridad y/o institución competente, de la Categoría de Capacidad Excepcional del hijo del beneficiario del apoyo financiero, resultante de la aplicación de pruebas científicas avaladas y en la cual también se evidencie la necesidad de un programa educativo especial, certificación que deberá renovarse según criterio y seguimiento del comité que aprueba las solicitudes de este programa	***	X

DOCUMENTOS DEL PRESTADOR DEL SERVICIO	EN CASO DE UN PROFESIONAL DEL ÁREA DE LA SALUD O LA EDUCACIÓN		EN CASO DE UNA INSTITUCIÓN EDUCATIVA O DE SALUD	
	QUE PRESTÓ EL SERVICIO LA VIGENCIA ANTERIOR	QUE **NO** PRESTÓ EL SERVICIO EN LA VIGENCIA ANTERIOR	QUE PRESTÓ EL SERVICIO LA VIGENCIA ANTERIOR	QUE **NO** PRESTÓ EL SERVICIO EN LA VIGENCIA ANTERIOR
Fotocopia de la resolución de aprobación de funcionamiento de la Institución Educativa o Centro Docente Especializado, expedido por la autoridad competente	No aplica	No aplica	No aplica	X
Certificado de existencia y representación legal con una vigencia no mayor de tres (3) meses.	No aplica	No aplica	X	X
Certificación expedida por la Institución, en donde conste que el hijo del empleado(a) está matriculado, el valor de la pensión mensual, la fecha de inicio y finalización de clases o terapias; este documento no podrá tener enmendaduras.	No aplica	No aplica	X	X
Propuesta de trabajo en donde aparezca el número de identificación del hijo del empleado(a), diagnóstico, tratamiento a seguir, intensidad horaria y valor mensual a pagar, con firma y fecha del profesional que la expide	X	X	No aplica	No aplica
Fotocopia legible de la Cédula de Ciudanía del Profesional prestador del servicio.	No aplica	X	No aplica	No aplica
Fotocopia legible de la Tarjeta Profesional vigente del Profesional de la salud que prestará el servicio.	No aplica	Aplica en caso de ser profesional en salud	No aplica	No aplica
Fotocopia del acta de grado del profesional en educación que demuestre la idoneidad del prestador del servicio.	No aplica	Aplica en caso de ser profesional en educación	No aplica	No aplica

ASPECTOS A TENER EN CUENTA

Parágrafo. Serán considerados como beneficiarios de los servicios de este programa, las personas en situación de discapacidad o con capacidades excepcionales que no sean hijos del empleado(a), pero si hijos del cónyuge o compañero(a) permanente del empleado(a), y los hijos de crianza que hagan parte del núcleo familiar, por habitar de manera permanente en el hogar y que dependan económicamente del empleado(a), para lo cual el empleado(a) deberá adjuntar copia del registro civil de matrimonio, de la sentencia que declara la existencia de unión marital de hecho, o la manifestación bajo la gravedad del juramento en donde este declare que se encuentra conviviendo en una unión marital de hecho o unión libre. Además, deberá allegar al menos uno de estos documentos:

1.Copia de los pagos de seguridad social en salud en donde conste que el hijo es beneficiario del empleado(a).

2.Declaración de un tercero, dada ante notario público o juez, en donde manifieste que le consta la existencia de una unión marital de hecho y que el hijo en condición de discapacidad o con capacidad excepcional hace parte del núcleo familiar del empleado(a).

3.Copia del acta, auto y/o providencia proferida por autoridad competente, mediante la cual le es otorgada la custodia del hijo en situación de discapacidad o capacidad excepcional al empleado(a) o a su cónyuge o compañero(a) permanente. De igual manera se deberá probar la condición de tutor.

En caso de cambiar de prestador de servicio durante la vigencia, deberá anexar una nueva solicitud con los requisitos para acceder al programa, con el fin de ser evaluados nuevamente por el comité de que trata el artículo 5° del Acuerdo no. 002 del 5 de febrero de 2019

FONDO DE BIENESTAR SOCIAL CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA	**MACROPROSESO MISIONAL** **FORMATO SOLICITUD PROGRAMA HIJOS DE FUNCIONARIOS DE DISCAPACIDAD Y CAPACIDADES EXCEPCONALES**	**Código:** F-M-300-07 **Versión:** 3

SOLICITUD PROGRAMA HIJOS DE FUNCIONARIOS EN CONDICION DE DISCAPACIDAD Y CAPACIDADES EXCEPCIONALES

Fecha de la solicitud **Año** | **Mes** | **Día**

PRESTADOR DEL SERVICIO	Institución Educativa		Profesional Especialista	

INFORMACIÓN DEL FUNCIONARIO			
Nivel Central - Dependencia			
Gerencia Departamental Colegiada			
Cédula de Ciudadanía		**Nombre del Funcionario**	
Dirección Domicilio			
Ciudad		**Departamento**	
Número Teléfono Fijo		**Número de Celular**	
Correo Electrónico			

INFORMACIÓN DEL BENEFICIARIO (Hijo o Hija)								
Nombres y apellidos								
Fecha de nacimiento	Día	Mes	Año	**Sexo**	F	M	**Número Documento de Identidad**	
Discapacidad (Diagnóstico)								
Capacidad Excepcional								

INFORMACIÓN DEL PRESTADOR DEL SERVICIO			
Nombre de la Institución Educativa o Profesional Especializado			
NIT o RUT		**Número de Teléfono Fijo y Celular**	
Dirección			
Ciudad		**Departamento**	
Correo Electrónico			

DECLARACIÓN, AUTORIZACIÓN Y FIRMA		
	éste documento es cierta y acepto la verificación de los documentos e información aportada, así como las condiciones exigidas por el Fondo de Bienestar Social de la CGR (FBSCGR), con los parámetros de pago, facultando al FBSCGR para revocar la adjudicación si se llegare a comprobar falsedad"	
Firma solicitante	**Cédula de Ciudadanía**	

ESTE ESPACIO ES DILIGENCIADO POR EL FONDO DE BIENESTAR SOCIAL DE LA CGR

CUMPLE	NOVEDADES	
SUBSANAR	MOTIVOS POR LOS CUALES DEBE SUBSANAR	
NO CUMPLE	MOTIVOS POR LOS CUALES NO CUMPLE	