



FONDO DE BIENESTAR SOCIAL
CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
NIT. 800.252.683-3

FBSCGR

FECHA: 11/1/2018

HORA: 09:15:14

FO

CIRCULAR N° **0002** REGISTRO NO: **21800121**
DESTINO: FUNCIONARIOS FONDO DE BIENESTAR SOCIAL
DIRECCION: 1
BOGOTÁ-BOGOTÁ

Bogotá,

FUNCIONARIOS CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA Y FONDO DE BIENESTAR SOCIAL

Asunto: Convocatoria "Programa para Funcionarios de la Contraloría General de la República y Fondo de Bienestar Social, con Hijos en condición de discapacidad y capacidades excepcionales 2018"

El Fondo de Bienestar Social de la Contraloría General de la República, en cumplimiento de su misión, continuará con el Programa para Funcionarios de la Contraloría General de la República y Fondo de Bienestar Social, con Hijos en condición de discapacidad y capacidades excepcionales, con el propósito de mejorar la calidad de vida de los miembros de nuestra comunidad.

Que mediante el Acuerdo 004 del 5 de mayo de 2016, la Junta Directiva reglamentó el Programa, indicando documentación a solicitar, meses y cuantías a pagar.

Para los funcionarios de la Contraloría General de la República y el Fondo de Bienestar Social de la CGR que tienen hijos en condición de discapacidad o con capacidades excepcionales, y que deseen beneficiarse de este programa, deberán radicar en la oficina de Atención al Usuario del FBS (Carrera 69 No. 44-35 Piso 4 Bogotá, Colombia) **antes de 16 DE FEBRERO DE 2018, HASTA LAS 4:00 PM**, la documentación completa conforme cada caso. **Ver anexo.**

En caso de faltar documentos, no se realizarán pagos y el ingreso oficial al programa en la vigencia iniciará a partir del mes en que complementen los requisitos exigidos, sin retroactivos.

Una vez sea aprobada su solicitud, el funcionario debe aportar dentro de los primeros diez (10) días hábiles de cada mes, la certificación de la prestación del servicio del mes inmediatamente anterior, de lo contrario, no tendrá derecho al beneficio económico del mes certificado; a excepción del servicio correspondiente al mes de diciembre, la cual debe ser aportada antes del 28 de diciembre de 2018.

PROGRAMACIÓN DE RADICACIÓN DE DOCUMENTACIÓN	
DOCUMENTOS	PLAZO DE RADICACIÓN
Documentación de ingreso al programa	16 de febrero de 2018
Certificación de asistencia mes de enero	16 de febrero de 2018
Certificación de asistencia mes de febrero	14 de marzo de 2018
Certificación de asistencia mes de marzo	13 de abril de 2018
Certificación de asistencia mes de abril	16 mayo de 2018
Certificación de asistencia mes de mayo	18 de junio de 2018
Certificación de asistencia mes de junio	16 de julio de 2018
Certificación de asistencia mes de julio	15 de agosto de 2018
Certificación de asistencia mes de agosto	14 de septiembre de 2018
Certificación de asistencia mes de septiembre	12 de octubre de 2018
Certificación de asistencia mes de octubre	16 de noviembre de 2018
Certificación de asistencia mes de noviembre	14 de diciembre de 2018
Certificación de asistencia mes de diciembre	27 de diciembre de 2018

NOTAS:

- Si el valor de la pensión es menor al valor del apoyo educativo, el Fondo de Bienestar Social, girará solamente el valor certificado por la institución Educativa, Centro Especializado o Profesional, en el momento inicial de radicación de documentos.

11/01/2018 9:15 a. m.



FONDO DE BIENESTAR SOCIAL

CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA

NIT. 800.252.683-3

- El Fondo de Bienestar Social efectuará los pagos únicamente a las instituciones reconocidas por el Ministerio de Educación o profesionales con tarjeta para ejercer.
- Si tanto el padre como la madre son funcionarios de la Contraloría General de la República o del Fondo de Bienestar Social, deberán elevar conjuntamente una sola solicitud del aporte.
- Durante el tiempo en que el Fondo de Bienestar Social se encuentre en el proceso de trámite del giro, se recomienda a los funcionarios continuar con el pago mensual de las mensualidades, para evitar inconvenientes que afecten la obligación que el padre de familia adquiere con la institución educativa o profesional que presta el servicio.
- En caso de requerir información adicional el Fondo de Bienestar Social se comunicará directamente con la institución educativa.
- Para solicitar los soportes de pago, lo puede hacer por medio escrito a fondobienestar@fbscgr.gov.co

PARA EL ENVÍO DE LA CERTIFICACIÓN MENSUAL, TENGA EN CUENTA LOS SIGUIENTES LINEAMIENTOS:

Usted debe elegir el medio más conveniente para su envío, ya que solo deberá hacerlo por uno solo (el que considere más confiable), con el fin de evitar doble registro de la certificación.

En el caso de enviarla en correo físico:

- Por ser un deber del funcionario más no de la institución, profesional prestador del servicio, Gerente Departamental o Delegado de la Gerencia, la remisión de la certificación de asistencia, esta deberá estar acompañada de un oficio firmado por el funcionario que recibe el apoyo del programa, indicando sus datos de notificación.
- Recuerde que es una certificación de asistencia, más no una cuenta de cobro y deberá ser legible, sin enmendaduras ni tachones y firmadas por el prestador del servicio.

En caso de enviarla por correo electrónico:

- El único correo habilitado para el ingreso de la certificación de asistencia en los plazos establecidos en la presente circular es fondobienestar@fbscgr.gov.co. Sólo se tendrán en cuenta las certificaciones que lleguen a esta dirección.
- En el asunto del correo electrónico indique: Programa de discapacidad y capacidades excepcionales.
- Por ser un deber del funcionario más no de la institución profesional prestador del servicio, Gerente Departamental o Delegado de la Gerencia, la remisión de la certificación de asistencia, esta deberá ser remitida desde el correo institucional del funcionario indicando sus datos de notificación.
- En el caso en que este documento sea remitido desde una dirección electrónica diferente a la institucional por fuerza mayor, deberá adjuntar a la certificación de asistencia (legible y firmada), un oficio remisario firmado por el funcionario, indicando los datos de notificación del mismo.

Cordial saludo,

INDIRA MARÍA GUTIERREZ ACUÑA
Gerente

Folios: 2

Revisó: Lidia Ana Hernández Ayala. Directora Desarrollo y Bienestar Social (e)
Proyectó: Luisa Fernanda Hernández León. Profesional Especializado 19

PROGRAMA PARA FUNCIONARIOS DE LA CONTRALORIA GENERAL DE LA REPUBLICA Y FONDO DE BIENESTAR SOCIAL, CON
HIJOS EN CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD Y CAPACIDADES EXCEPCIONALES VIGENCIA 2018

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 "Documentación e Información de Programa Discapacidad y Capacidades Excepcionales", el cual se encuentra adjunto a la presente circular, totalmente diligenciado, con letra legible.	X	X
Registro civil del hijo (a) del funcionario.	NO APLICA	X
Certificación bancaria de una cuenta VIGENTE**	X	X
Diagnóstico médico expedido por la Entidad Prestadora de Servicios de Salud EPS, en el cual certifique la discapacidad del hijo del funcionario	NO APLICA	X
Para casos de Capacidades Excepcionales: Certificación expedida por autoridad competente de las pruebas W.A.I, o la que aplique de acuerdo a la edad, en la que se evidencie el coeficiente intelectual. Este deberá ser superior a 130, en caso de pruebas W.A.I.***	...	X

DOCUMENTOS DEL PRESTADOR DEL SERVICIO	EN CASO DE UN PROFESIONAL		EN CASO DE UNA INSTITUCIÓN EDUCATIVA	
	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	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	X
Fotocopia del certificado de existencia y representación legal expedida por autoridad competente	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	X
Fotocopia del RUT	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	X
Fotocopia de la cédula de ciudadanía del Representante legal	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	X
Certificación ORIGINAL de la Institución Educativa donde conste que está matriculado, el valor de la pensión mensual, la fecha de inicio y finalización de clases. Sin enmendaduras ni tachones.	NO APLICA	NO APLICA	X	X
Propuesta de trabajo ORIGINAL, especificando los datos del paciente, diagnóstico, tratamiento a seguir, intensidad horaria y valor a pagar mensual. Sin enmendaduras ni tachones.	X	X	NO APLICA	NO APLICA
Fotocopia de la cédula de ciudadanía del profesional de la salud.	NO APLICA	X	NO APLICA	NO APLICA
Fotocopia de la Tarjeta Profesional vigente del profesional que prestará el servicio, expedida por autoridad competente	NO APLICA	X	NO APLICA	NO APLICA
Certificación bancaria con una vigencia no mayor a 6 meses, donde conste el número y tipo de cuenta**	X	X	X	X

ASPECTOS A TENER EN CUENTA

* Serán considerados como beneficiarios de los servicios de este programa los menores que no sean hijos del funcionario(a), pero si hijo del cónyuge o compañero(a) permanente del servidor(a), que hagan parte del núcleo familiar, por habitar de manera permanente en el hogar y que dependan económicamente del funcionario(a), para lo cual deberá adjuntar una de estas pruebas: (i) Copia de los pagos de seguridad social en salud en donde conste que el menor es beneficiario del funcionario (a); (ii) Copia del registro civil de matrimonio o manifestación bajo la gravedad del juramento del funcionario (a) respecto de la unión marital de hecho; (iii) Certificación ante autoridad competente por parte de un tercero donde manifieste que existe una unión marital de hecho y que el menor hace parte del núcleo familiar; (iv) Copia expedida por una autoridad competente donde conste a quien le correspondió la custodia del menor en caso de separaciones o divorcios.

** Sólo se aceptarán cuentas bancarias reportadas en el siguiente link, para su consulta www.banrep.gov.co/es/contenidos/page/entidades-autorizadas-0

*** Este documento podrá ser solicitado a funcionarios que hayan sido beneficiarios la vigencia anterior, según lo justifique el Comité médico, para la respectiva aprobación.

 FONDO DE BIENESTAR SOCIAL CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA NIT. 800.252.883-3	SICME	Código: F-M-340-09
	MACROPROCESO: Misional	Versión: Vr.1
	PROCESO: Bienestar	Fecha de aprobación: Mayo 11 de 2016
	Nombre del Formato: Discapacidad y Capacidades Excepcionales	Página 1 de 1

PROGRAMA DISCAPACIDAD Y CAPACIDADES EXCEPCIONALES

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	dd	mm	aaaa	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			

DOCUMENTACIÓN PARA ACCEDER AL PROGRAMA (Marque con una x, el documento que adjunta)			
Funcionario	Institución Educativa	Profesional Especializado	
Registro Civil del hijo (a) del funcionario	Fotocopia resolución de aprobación de funcionamiento de la Institución Educativa o Centro Docente Especializado	Propuesta de trabajo en original	
Certificación Bancaria Vigente	Certificado de existencia y representación legal	Fotocopia de cédula de ciudadanía	
Diagnóstico médico expedido por la EPS	Fotocopia del RUT	Fotocopia de Tarjeta Profesional	
Certificación de las pruebas W.A.I.	Certificación de la Institución Educativa	Fotocopia del RUT	
	Certificación Bancaria Vigente	Certificación Bancaria vigente	
Otros			

DECLARACIÓN, AUTORIZACIÓN Y FIRMA		
		Declaro bajo la gravedad del juramento que la información registrada en este documento es cierta y acepto la verificación de los documentos e información aportada, así como las condiciones exigidas por el Fondo, con los parámetros de pago, facultando al FBS 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		No cumple		Motivo por el cual no cumple	
Valor de la Pensión		Valor Aporte			