



CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE FENALCO DEL TOLIMA COMFENALCO
 NIT. 890.700.148-4
FORMULARIO DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN DE SUBSIDIO FAMILIAR TRABAJADORES DEPENDIENTES
 SE DEBE DILIGENCIAR LA INFORMACIÓN AL RESPALDO DE ESTE FORMULARIO
 TRABAJADOR NUEVO REACTIVACIÓN ADICIÓN BENEFICIARIOS

Código: FO-SUB
 Fecha: Agosto 2023
 Versión: 13
 S.G.C.

INFORMACIÓN TRABAJADOR

1. Tipo documento identidad: CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PEP <input type="checkbox"/> PPT <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>					
2. No. documento identidad:	3. Lugar de expedición:	4. Fecha de expedición (dd/mm/aaaa):	5. Género: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Otro: _____	6. Orientación sexual: Heterosexual <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Homosexual <input type="checkbox"/> Otro: _____	
7. Primer apellido:	Segundo apellido:	Primer nombre:		Segundo nombre:	
8. Contacto telefónico:	9. Discapacidad: <input type="checkbox"/> Tipo: _____	10. Correo electrónico:		11. Tipo de vivienda: Propia <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Alquilada <input type="checkbox"/>	
12. Dirección residencia:	13. Barrio:	14. Municipio:	15. Departamento:	16. Sector: Urbano <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>	
17. Lugar de nacimiento:	18. Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa):	19. Estado Civil: Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Unión Libre <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/>			
20. Nivel escolaridad: Ninguno <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Bachillerato <input type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Otros: _____		21. Pasatiempos:		22. Deportes que prefiere:	

INFORMACIÓN SECUNDARIA OPCIONAL (Datos solicitados por disposición Superintendencia de Subsidio Familiar)

23. Ocupación: Técnico <input type="checkbox"/> Empleado oficina <input type="checkbox"/> Operario <input type="checkbox"/> Servicios y vendedores <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> Cuál: _____		24. Pertenencia étnica: Comunicad negra <input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> Resguardo <input type="checkbox"/> Afrocolombiano <input type="checkbox"/> Palenquero <input type="checkbox"/> Otros: _____			
25. Condición de vulnerabilidad: Desplazado <input type="checkbox"/> Cabeza de familia <input type="checkbox"/> Desmovilizado <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> Cuál: _____					

INFORMACIÓN EMPRESA

26. Tipo y No. Documento Empresa:	27. Razón Social:	28. Dirección Empresa:		29. Municipio Empresa:	
		30. Correo Talento Humano:			
31. Teléfono contacto Empresa:	32. Salario Trabajador: \$ _____ Variable <input type="checkbox"/>	33. Tipo Contrato: Fijo <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/>	34. Fecha ingreso a la empresa (dd/mm/aaaa):	35. Cargo:	36. No. horas laboradas/mes:
37. Aplica Ley de Veteranos: Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		38. Página web: _____			

INFORMACIÓN CÓNYUGE O COMPAÑERO(A)

39. Tipo documento identidad: CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PEP <input type="checkbox"/> PPT <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>					
40. No. documento identidad:	41. Lugar de expedición:	42. Fecha de expedición (dd/mm/aaaa):	43. Género: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Otro: _____		
44. Primer apellido:	Segundo apellido:	Primer nombre:		Segundo nombre:	
45. No. Celular:	46. Discapacidad: <input type="checkbox"/>	47. Correo electrónico:		48. Cónyuge <input type="checkbox"/> Compañero(a) <input type="checkbox"/>	
49. Trabaja: Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	50. Fecha de ingreso a la empresa (dd/mm/aaaa):	51. Recibe Subsidio por parte de otra Caja de Compensación: Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Cuál: _____			

52. INFORMACIÓN GRUPO FAMILIAR

Tipo y No. Documento Identidad	Primer apellido	Segundo apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Sexo	Fecha nacimiento (d/m/aa)	Discapacidad Sí NO	Parentesco (Hijo, Hijastró, Madre, Padre, Hermano, Dependiente por custodia)

Observaciones Comfenalco Tolima:




Declaro bajo la gravedad de juramento que la información aquí suministrada es verídica y ha sido revisada por la empresa y trabajador, autorizo a COMFENALCO TOLIMA para que por cualquier medio verifique los datos aquí contenidos y que en caso de falsedad se apliquen las sanciones contempladas por Ley, así como autorizo que se realicen los cruces correspondientes con otras Cajas para verificación de la información y pago de subsidio, me comprometo a dar cumplimiento al artículo 37 de la ley 21 de 1982 en lo que respecta a reportar a Comfenalco cualquier hecho que determine modificaciones en la cuantía del subsidio monetario.

IMPORTANTE: PARA CULMINAR EL PROCESO DE AFILIACIÓN POR FAVOR DILIGENCIAR AL RESPALDO DE ESTE FORMULARIO:

- TRATAMIENTO Y PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES
- EN CASO DE AFILIACIÓN DE BENEFICIARIOS FORMATO DECLARACIÓN JURAMENTADA

AUTORIZO EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Sí

Firma autorizada EMPLEADOR	Firma y CC TRABAJADOR	Firma y sello COMFENALCO TOLIMA
----------------------------	-----------------------	---------------------------------

  	<h2 style="margin: 0;">DECLARACIÓN JURAMENTADA</h2>		Fecha de Solicitud			
			Año:	Mes:	Día:	Ciudad/Municipio:
Yo Identificado(a): CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> PE <input type="checkbox"/> PPT <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> Número: _____						
MOTIVO DE LA DECLARACIÓN						
Marque con una X el motivo de la declaración:						
1. Convivencia y dependencia económica <input type="checkbox"/>		2. Unión marital de hecho / Unión libre <input type="checkbox"/>		3. Padres o hermanos huérfanos de padres <input type="checkbox"/>		4. Otros <input type="checkbox"/>
Declaro bajo la gravedad de juramento que toda la información aquí suministrada es VERÍDICA. Autorizo que por cualquier medio se verifique los datos aquí contenidos y en caso de falsedad, se apliquen las sanciones contempladas en la Ley.						
1. CONVIVENCIA Y DEPENDENCIA ECONÓMICA						
A través del diligenciamiento del siguiente recuadro usted demostrará y aceptará que las personas relacionadas hacen parte de su grupo familiar (cónyuge, hijos, hijastros) conviven y dependen económicamente del trabajador(a).						
Nombre completo del beneficiario	Documento de identificación		Parentesco	Teléfono de contacto del beneficiario	Correo electrónico del beneficiario	
	CC	Número				
2. UNIÓN MARITAL DE HECHO (UNIÓN LIBRE)						
A través del diligenciamiento del siguiente espacio demostrará y aceptará que usted convive y tiene una comunidad de vida singular con su compañero(a) permanente.						
Declaro que el(la) Señor(a): _____ Identificado(a) con el tipo de documento: _____						
Número: _____ Es mi compañero(a) permanente y convivimos desde hace: _____ años _____ meses.						
Además el(la) Señor(a) actualmente se desempeña como:						
Dependiente: _____ Independiente: _____ Pensionado(a): _____ Estudiante: _____ No labora: _____						
3. PADRES O HERMANO(S) HUÉRFANO(S)						
A través del diligenciamiento del siguiente recuadro declaro que mi padre / madre, hermano(a)(s) huérfano(a)(s) de padres relacionado(a)(s) como parte del núcleo familiar, no recibe(n) subsidio familiar, salario, renta o pensión alguna, ni está(n) afiliado(a)(s) a otra Caja de Compensación Familiar, y me comprometo a dar cumplimiento al artículo 37 de la ley 21 de 1982 en lo que respecta a reportar a Comfenalco cualquier hecho que determine modificaciones en la cuantía del subsidio monetario (nacimientos, muertes, termino de convivencia, pensión, etc) dentro del mes en que cualquiera de dichos eventos ocurra.						
Nombre completo del beneficiario	Documento de identificación		Parentesco	Teléfono de contacto del beneficiario	Correo electrónico del beneficiario	
	CC	Número				
4. OTROS						
Declaro que conozco la ubicación del(la) Señor(a): _____ Identifico con: _____						
Padre/madre biológico(a) del menor: _____ Identifico con: _____						
por lo que no puedo aportar los datos relacionados con su certificación laboral.						
NOTA: La fecha de diligenciamiento de la presente declaración juramentada no puede tener una vigencia superior a treinta (30) días y deberá ser firmada por el(la) declarante. La información contiene la manifestación expresa del trabajador y su grupo familiar, y por tal razón se presume que corresponden a sus condiciones y realidad actual, no obstante, las Cajas de Compensación Familiar podrán realizar las verificaciones internas y externas, en cualquier momento durante su vinculación, con el fin de corroborar la veracidad de la información a través de los mecanismos que considere pertinentes. En todo caso, de evidenciar inconsistencias en lo manifestado a través del presente documento, tendrán la facultad de retirar del grupo familiar a la(s) persona(s) a cargo y/o suspender el reconocimiento del subsidio familiar.						
Autorizo el tratamiento de datos personales de acuerdo a la política de Comfenalco Tolima: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>						
Firma del declarante: Documento identidad:			Observaciones: 			



CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE FENALCO DEL TOLIMA COMFENALCO
 NIT. 890.700.148-4
FORMULARIO DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN DE SUBSIDIO FAMILIAR TRABAJADORES DEPENDIENTES
 SE DEBE DILIGENCIAR LA INFORMACIÓN AL RESPALDO DE ESTE FORMULARIO
 TRABAJADOR NUEVO REACTIVACIÓN ADICIÓN BENEFICIARIOS

Código: FO-SUB
 Fecha: Agosto 2023
 Versión: 13
 S.G.C.

INFORMACIÓN TRABAJADOR

1. Tipo documento identidad: CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PEP <input type="checkbox"/> PPT <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>					
2. No. documento identidad:	3. Lugar de expedición:	4. Fecha de expedición (dd/mm/aaaa):	5. Género: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Otro: _____	6. Orientación sexual: Heterosexual <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Homosexual <input type="checkbox"/> Otro: _____	
7. Primer apellido:	Segundo apellido:	Primer nombre:		Segundo nombre:	
8. Contacto telefónico:	9. Discapacidad: <input type="checkbox"/> Tipo: _____	10. Correo electrónico:		11. Tipo de vivienda: Propia <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Alquilada <input type="checkbox"/>	
12. Dirección residencia:	13. Barrio:	14. Municipio:	15. Departamento:	16. Sector: Urbano <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>	
17. Lugar de nacimiento:	18. Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa):	19. Estado Civil: Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Unión Libre <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/>			
20. Nivel escolaridad: Ninguno <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Bachillerato <input type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Otros: _____		21. Pasatiempos:		22. Deportes que prefiere:	

INFORMACIÓN SECUNDARIA OPCIONAL (Datos solicitados por disposición Superintendencia de Subsidio Familiar)

23. Ocupación: Técnico <input type="checkbox"/> Empleado oficina <input type="checkbox"/> Operario <input type="checkbox"/> Servicios y vendedores <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> Cuál: _____		24. Pertenencia étnica: Comunicad negra <input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> Resguardo <input type="checkbox"/> Afrocolombiano <input type="checkbox"/> Palenquero <input type="checkbox"/> Otros: _____			
25. Condición de vulnerabilidad: Desplazado <input type="checkbox"/> Cabeza de familia <input type="checkbox"/> Desmovilizado <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> Cuál: _____					

INFORMACIÓN EMPRESA

26. Tipo y No. Documento Empresa:	27. Razón Social:	28. Dirección Empresa:		29. Municipio Empresa:	
		30. Correo Talento Humano:			
31. Teléfono contacto Empresa:	32. Salario Trabajador: \$ _____ Variable <input type="checkbox"/>	33. Tipo Contrato: Fijo <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/>	34. Fecha ingreso a la empresa (dd/mm/aaaa):	35. Cargo:	36. No. horas laboradas/mes:
37. Aplica Ley de Veteranos: Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		38. Página web: _____			

INFORMACIÓN CÓNYUGE O COMPAÑERO(A)

39. Tipo documento identidad: CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PEP <input type="checkbox"/> PPT <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>					
40. No. documento identidad:	41. Lugar de expedición:	42. Fecha de expedición (dd/mm/aaaa):	43. Género: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Otro: _____		
44. Primer apellido:	Segundo apellido:	Primer nombre:		Segundo nombre:	
45. No. Celular:	46. Discapacidad: <input type="checkbox"/>	47. Correo electrónico:		48. Cónyuge <input type="checkbox"/> Compañero(a) <input type="checkbox"/>	
49. Trabaja: Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	50. Fecha de ingreso a la empresa (dd/mm/aaaa):	51. Recibe Subsidio por parte de otra Caja de Compensación: Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Cuál: _____			

52. INFORMACIÓN GRUPO FAMILIAR

Tipo y No. Documento Identidad	Primer apellido	Segundo apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Sexo	Fecha nacimiento (d/m/aa)	Discapacidad Sí NO	Parentesco (Hijo, Hijastró, Madre, Padre, Hermano, Dependiente por custodia)

Observaciones Comfenalco Tolima:

Declaro bajo la gravedad de juramento que la información aquí suministrada es verídica y ha sido revisada por la empresa y trabajador, autorizo a COMFENALCO TOLIMA para que por cualquier medio verifique los datos aquí contenidos y que en caso de falsedad se apliquen las sanciones contempladas por Ley, así como autorizo que se realicen los cruces correspondientes con otras Cajas para verificación de la información y pago de subsidio, me comprometo a dar cumplimiento al artículo 37 de la ley 21 de 1982 en lo que respecta a reportar a Comfenalco cualquier hecho que determine modificaciones en la cuantía del subsidio monetario.

IMPORTANTE: PARA CULMINAR EL PROCESO DE AFILIACIÓN POR FAVOR DILIGENCIAR AL RESPALDO DE ESTE FORMULARIO:

- TRATAMIENTO Y PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES
- EN CASO DE AFILIACIÓN DE BENEFICIARIOS FORMATO DECLARACIÓN JURAMENTADA

AUTORIZO EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Sí

Firma autorizada EMPLEADOR	Firma y CC TRABAJADOR	Firma y sello COMFENALCO TOLIMA
----------------------------	-----------------------	---------------------------------



REQUISITOS PARA LA AFILIACIÓN DE TRABAJADORES DEPENDIENTES Y SUS BENEFICIARIOS AL RÉGIMEN DE SUBSIDIO FAMILIAR DOCUMENTOS DE IDENTIFICACIÓN Y ACTUALIZACIÓN

Trabajador	<ul style="list-style-type: none"> Fotocopia del documento de identidad del trabajador legible y ampliado al 150%
Trabajador (Hombre) con Hijos a cargo o Padre de los hijos beneficiarios que no conviven con la trabajadora	<ul style="list-style-type: none"> Fotocopia del documento de identidad legible y ampliado al 150%. Copia legible de la custodia del menor expedida por el ICBF, Juzgado de Familia, Comisaría de Familia, Casa de Justicia o Autoridad competente. En caso de la madre fallecida copia del Registro Civil, Certificado de Defunción o estado de cancelada por muerte de la cédula generado por la página Web de la Registraduría. Documentos solicitados para hijos.
Cónyuge o compañero(a) permanente	<ul style="list-style-type: none"> Fotocopia del documento de identidad del cónyuge o compañero permanente legible y ampliado al 150%. Casados: original o copia legible del registro civil de matrimonio. Unión Libre: declaración juramentada de unión marital de hecho (diligenciar al respaldo del formulario).
Madre de los hijos beneficiarios que no conviven con el trabajador	<ul style="list-style-type: none"> Dos fotocopias del documento de identidad legible y ampliado al 150%. Documentos solicitados para hijos.
Hijos de 0 a 18 años	<p>Hijos de 0 a 6 años</p> <ul style="list-style-type: none"> Original o copia legible del Registro Civil de nacimiento en donde figure el nombre de los padres. <p>NOTA: CUANDO EL BENEFICIARIO CUMPLA LOS 7 AÑOS DE EDAD ES RESPONSABILIDAD DEL TRABAJADOR REMITIR FOTOCOPIA DE LA TARJETA DE IDENTIDAD AMPLIADA AL 150%.</p> <p>Hijos de 7 a 18 años</p> <ul style="list-style-type: none"> Original o copia legible del registro civil de nacimiento en donde figure el nombre de los padres. Fotocopia legible y ampliada al 150% de la Tarjeta de Identidad o Cédula de Ciudadanía según sea el caso. <p>Mayores de 12 años</p> <ul style="list-style-type: none"> Adicional a los requisitos anteriores: Constancia de escolaridad original o copia simple sin tachones ni enmendaduras. <p>NOTA: Este documento debe renovarse anualmente antes del 10 de marzo. Para estudiantes Universitarios o Técnicos que estudien por semestre, debe renovarse antes del 10 de marzo y 10 de septiembre.</p>
Hijastros de 0 a 18 años	<p>Hijastros de 0 a 6 años</p> <ul style="list-style-type: none"> Original o copia legible del Registro Civil de nacimiento en donde figure el nombre de los padres. Declaración juramentada de dependencia económica de hijastros (diligenciar al respaldo del formulario de afiliación). <p>NOTA: CUANDO EL BENEFICIARIO CUMPLA LOS 7 AÑOS DE EDAD ES RESPONSABILIDAD DEL TRABAJADOR REMITIR FOTOCOPIA DE LA TARJETA DE IDENTIDAD AMPLIADA AL 150%.</p> <p>Hijastros de 7 a 18 años</p> <ul style="list-style-type: none"> Original o copia legible del registro civil de nacimiento en donde figure el nombre de los padres. Declaración juramentada de dependencia económica (diligenciar al respaldo del formulario de afiliación). Fotocopia legible y ampliada al 150% de la Tarjeta de Identidad o Cédula de Ciudadanía según sea el caso. <p>Mayores de 12 años</p> <ul style="list-style-type: none"> Adicional a los requisitos anteriores: Constancia de escolaridad original. <p>NOTA: Este documento debe renovarse anualmente antes del 10 de marzo. Para estudiantes Universitarios o Técnicos que estudien por semestre, debe renovarse antes del 10 de marzo y 10 de septiembre.</p> <p>PARA TODOS LOS CASOS: CUSTODIA expedida por el ICBF, Comisaría de Familia, Juzgados de Familia o en municipios donde hayan ausencia de estas entidades: Alcaldías e Inspecciones de Policía.</p>
Hermanos Huérfanos de padre y madre de 0 a 18 años	<p>Hermanos de 0 a 6 años</p> <ul style="list-style-type: none"> Original o copia legible del registro civil de nacimiento del trabajador en donde figure el nombre de los padres. Original o copia legible del registro civil de nacimiento del hermano en donde figure el nombre de los padres. Copia de Registro civil de Defunción, Certificado de Defunción o estado de cancelada por muerte de la cédula generado por la página web de la Registraduría de los padres (Padre y Madre). Declaración juramentada de dependencia económica de hermanos al respaldo del formulario de afiliación. Fotocopia legible y ampliada al 150% de la Tarjeta de Identidad o Cédula de Ciudadanía según sea el caso. <p>NOTA: CUANDO EL BENEFICIARIO CUMPLA LOS 7 AÑOS DE EDAD ES RESPONSABILIDAD DEL TRABAJADOR REMITIR FOTOCOPIA DE LA TARJETA DE IDENTIDAD AMPLIADA AL 150%.</p> <p>Hermanos de 7 a 18 años</p> <ul style="list-style-type: none"> Original o copia legible del registro civil de nacimiento del trabajador en donde figure el nombre de los padres. Original o copia legible del registro civil de nacimiento del hermano en donde figure el nombre de los padres. Copia de Registro civil de Defunción, Certificado de Defunción o estado de cancelada por muerte de la cédula generado por la página web de la Registraduría de los padres (Padre y Madre). Declaración juramentada de dependencia económica de hermanos al respaldo del formulario de afiliación. Fotocopia legible y ampliada al 150% de la Tarjeta de Identidad o Cédula de Ciudadanía según sea el caso. <p>Mayores de 12 años</p> <ul style="list-style-type: none"> Adicional a los requisitos anteriores: Constancia de escolaridad original. <p>NOTA: Este documento debe renovarse anualmente antes del 10 de marzo. Para estudiantes Universitarios o Técnicos que estudien por semestre, debe renovarse antes del 10 de marzo y 10 de septiembre.</p>
Padres mayores de 60 años	<ul style="list-style-type: none"> Fotocopia del documento de identidad de los padres legible y ampliado al 150%. Original o copia legible del registro civil de nacimiento del hermano en donde figure el nombre de los padres. Declaración juramentada de dependencia económica de padres (diligenciar al respaldo del formulario de afiliación). Fotocopia legible y ampliada al 150% de la Tarjeta de Identidad o Cédula de Ciudadanía según sea el caso. <p>NOTA: Solamente se podrán afiliar Padres que dependan económicamente del trabajador. Aquellos que reciban Pensión, se encuentren afiliados a otras Cajas o reciban otros subsidios no podrán ser afiliados. Pueden realizar la consulta en RUAF mediante el link; http://ruafsrv2.sispro.gov.co/AfiliacionPersona.</p>
Discapacitados: Padres, Hijos, Hijastros, Hermanos huérfanos de padre y madre (sin límite de edad)	<ul style="list-style-type: none"> Si tiene beneficiarios en condición de discapacidad, debe presentar adicionalmente a los documentos que correspondan de acuerdo al listado, CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD (no incapacidad) en original, o copia simple legible, sin manchas, tachones, enmendaduras, etc., el cual debe ser expedido por la EPS de Régimen Contributivo o EPSS de Régimen Subsidiado. NO se aceptan certificados de médicos particulares. en caso que el certificado sea expedido por una entidad diferente a la EPS, deberá realizarse el trámite ante la EPS para la transcripción del mismo. <p>NOTAS:</p> <ol style="list-style-type: none"> Si el beneficiario es menor de edad: el certificado de invalidez o constancia de disminución de la capacidad física, indicando origen de la contingencia. Si el beneficiario es menor de edad, tener en cuenta lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> - El certificado debe indicar la pérdida de la capacidad laboral, el grado de invalidez y el origen de estas contingencias. - Para el caso de certificados expedidos por el Programa de Adulto mayor Atención en Casa, la discapacidad igualmente debe ser transcrita por la EPS donde se encuentre afiliado.

RECUERDE: EL SUBSIDIO FAMILIAR EN DINERO CADUCA CON LA NO PRESENTACIÓN DE LOS DOCUMENTOS REQUERIDOS, ASÍ LA EMPRESA