

Señores/ras,  
CAJA DE COMPENSACIÓN DE CALDAS - CONFA.

**Referencia:** Certificación de situación de discapacidad menesterosa de servicios de cuidador y certificación de calidad de cuidador.

El presente documento se expide para que tenga como único objeto su presentación ante la Caja de Compensación Familiar de Caldas - CONFA con el fin de acreditar la calidad de cónyuge cuidador y optar por los beneficios a su favor que definió la Ley 2225 de 2022, a saber: **ARTÍCULO 8. Adiciónese el numeral 8 al Parágrafo 1 del Artículo 3 de la ley 789 de 2002: (...) Para efectos de la entrega de este beneficio, será necesario tener la certeza médica expedida por la EPS, IPS o entidad competente, sobre la situación de discapacidad de la persona que requiere asistencia en actividades de higiene, aseo o alimentación, ayuda en la administración de medicamentos por vía oral. Labores que pueden ser desempeñadas por un cuidador, que para efectos de la presente Ley es el cónyuge o compañero(a) permanente.**

Por lo tanto, certifica que dentro de los procedimientos médicos y por la situación del paciente, el/la paciente que se identifica más adelante se encuentra en una situación de discapacidad que amerita la presencia de un cuidador para el cumplimiento de actividades cotidianas y certifica una calidad de cuidador/ra.

Bajo las anteriores precisiones, \_\_\_\_\_ (Entidad Prestadora de Salud (\_\_\_)/Institución Prestadora de Salud (\_\_\_)/ certifica que, \_\_\_\_\_ identificado/da con CC (\_\_\_) CE (\_\_\_) PT (\_\_\_) TI (\_\_\_) número \_\_\_\_\_, padece una condición de discapacidad que le impide satisfacer de manera autónoma sus necesidades básicas y de autocuidado, como las actividades propias de higiene \_\_\_\_\_, aseo \_\_\_\_\_, alimentación \_\_\_\_\_, ayuda en la administración de medicamentos vía oral \_\_\_\_\_ (marque X en las que aplica).

Y que, \_\_\_\_\_ identificado/da con con CC (\_\_\_) CE (\_\_\_) PT (\_\_\_) TI (\_\_\_) número \_\_\_\_\_, se encarga de asistir a quien recién se mencionó en las necesidades básicas y de autocuidado, en las actividades propias de higiene \_\_\_\_\_, aseo \_\_\_\_\_, alimentación \_\_\_\_\_, ayuda en la administración de medicamentos vía oral \_\_\_\_\_ (marque X en las que aplica).

La presente certificación se expide en la ciudad de \_\_\_\_\_ a los \_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ de 202 \_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Profesional que certifica