|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|   Nombre del Servidor Público: |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   | C.C |   |   |   |   |
|   |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |
|   Dependencia: |  |  |  |  |  |  |  | e-mail: |  | @fusagasugacundinamarca.gov.co |
|   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |
| Celular:  |  |   |   |   |   |   |   |   |  | Jefe inmediato: |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Horario Flexible Solicitado |   | Lunes a viernes 7:00 a.m. a 4:00 p.m., incluida una hora de almuerzo. |
|   | Lunes a viernes 7:30 a.m. a 4:30 p.m., incluida una hora de almuerzo. |
|   |  |  |  |  | Lunes a viernes 8:30 a.m. a 5:30 p.m., incluida una hora de almuerzo.  |
|   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |
|   |  |  | La hora de almuerzo corresponde a una (1) hora que debe estar entre las 12:00 m y las 2:00 pm. |   |
|   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |
|   |  |  |  |  |  |  | Fecha de Inicio: |  |   |   |   |   | Fecha Terminación:**(max 1 año desde Inicio)** |   |   |   |   |   |
|   |  |  |  |  |  |  |  |  | Espacio para diligenciamiento únicamente la Dirección de Gestión del Talento Humano |   |
| **Causal:** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |
|   | **1** |   | Servidores públicos en situación de discapacidad o con problemas especiales de salud. |
|   | **2** |   | Servidores públicos que tengan bajo su protección y cuidado hijos menores de edad o en condición de discapacidad sin importar la edad. |
|   | **3** |   | Servidoras públicas en estado de embarazo, en periodo de lactancia o con niños menores de dos años. |
|   | **4** |   | Servidores públicos con padres con discapacidad física o mayores de 80 años y que convivan con el servidor público. |
|   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |
|  |   |   |   |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| **Justificar y anexar evidencias:** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |   |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |  |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |  |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Número de Hijos: |   |   |  |  | EPS: |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| **DOCUMENTOS QUE DEBEN SER ADJUNTADOS DE ACUERDO A LA CAUSAL DE LA SOLICITUD** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **DOCUMENTO** | **CAUSAL** | **Entrega** |
| **1** | **2** | **3** | **4** |
| Certificación médica expedida por la EPS sobre estado especial de salud o la condición de discapacidad del servidor público. | **X** |  |  |  |   |
| Registro civil de nacimiento del hijo menor de edad y/o certificación medica expedida por la EPS, sobre la condición de discapacidad del hijo. |  | **X** | **X** | **X** |   |
| Certificación médica expedido por la EPS, registro civil de nacimiento del hijo. |  | **X** |  |  |   |
| Certificación médica expedida por la EPS acerca del estado de salud o de la condición de discapacidad del padre o madre del servidor público, registro civil del servidor público. |  |  |  | **X** |   |
|  |
| Declaración ante notario de una persona que pueda dar fe de la dependencia económica del padre o madre discapacitado respecto del servidor |  |  |  | **X** |   |  |
| Firma Servidor Público Solicitante: |   |   |   |   |   |   |   |  |
|   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |
|   |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Nombre: |   |  |  |  |  |  |   |  |
|   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |
|   |  |  |  |  |  |  |  |  |  | C.C.: |   |  |  |  |  |  |   |  |
|   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1. Declaro bajo la gravedad de juramento que toda la información suministrada en la presente solicitud es verídica.2. Con la suscripción de la presente solicitud, autorizo a la Dirección de Gestión de Talento Humano, notificar cualquier decisión relacionada con la misma a través de la dirección de correo electrónico arriba suministrada.3. Con la suscripción de la presente solicitud, declaro que conozco y acepto que por necesidades del servicio; por solicitud del Jefe Inmediato; o por encontrarse inconsistencias, cambios o desaparición de las circunstancias que motivaron la aprobación del horario flexible, este puede ser suspendido, motivo por el cual regresaré a cumplir mis funciones en el horario de trabajo ordinario definido por la entidad. Para lo anterior sólo bastará comunicación en dicho sentido por parte del Director (a) de Gestión del Talento Humano de la Administración Municipal de Fusagasugá. |  |
| **VISTO BUENO JEFE INMEDIATO** |  |
| Con la suscripción de la presente solicitud, certifico que la postulación y aplicación al horario flexible NO afectará la calidad en la prestación del servicio. |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |
|  Visto Bueno jefe Inmediato: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |
|   |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **NOMBE:** |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |  |   |  |
|   |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Empleo: |  |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |
|   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |
| \* El Jefe inmediato al conceder su aval, debe analizar que el otorgamiento de horario flexible no afecte la prestación del servicio. Artículo 2.2.5.5.53 del Decreto 1083 de 2015. |  |
| | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |
| \* El horario flexible es una forma de organización laboral mediante la cual se armonizan las responsabilidades laborales y la vida familiar de los funcionarios. No constituye una reducción en la jornada laboral, sino la posibilidad que los funcionarios cobijados por esta prerrogativa puedan cumplir su jornada laboral en un horario diferente al dispuesto para la entidad. Artículo 2.2.5.5.53 del Decreto 1083 de 2015. |  |