



Nombre del Funcionario : _____ C.C: _____
 Dependencia: _____ Cargo: _____
 Jefe Inmediato: _____ Email: _____

Horario Flexible Solicitado

<input type="checkbox"/>	lunes a jueves 7:00 am. a 1:30 pm. y de 2:00 pm. a 4:30 pm.	viernes 7:00 am a 1:30 pm y de 2:00 pm. a 4:00 pm
<input type="checkbox"/>	lunes a jueves 9:00 am. a 1:00 pm. y de 2:00 pm. a 7:00 pm.	viernes 9:00 am a 1:00 pm y de 2:00 pm. a 6:00 pm
<input type="checkbox"/>	lunes a jueves 7:00 am. a 12:00 pm. y de 2:00 pm. a 6:00 pm.	viernes 8:00 am a 1:00 pm y de 2:00 pm. a 5:00 pm

Fecha de Inicio _____ Fecha Terminación _____

Documentos requeridos según la condición:

- 1 Padres o madres con hijos en condición de discapacidad física, mental o sensorial sin límite de edad
Registro civil de nacimiento del hijo menor de edad
Certificación médica expedida por la EPS sobre la condición de discapacidad del hijo (en condición de discapacidad)

- 2 Servidor público que deba atender el acompañamiento a su cónyuge, compañera/o permanente, hijos menores de edad y padres, que se encuentren en estado grave de salud
Registro civil de nacimiento del servidor
Registro civil de matrimonio en el caso del cónyuge o declaración juramentada ante notario de convivencia en el caso del compañero permanente
Registro Civil de nacimiento del hijo del servidor público
Concepto médico expedida por la EPS que demuestre que el cónyuge, compañera/o permanente, hijos menores de edad y padres se encuentren en estado grave de salud, lo anterior previa presentación del concepto médico que así lo acredite

- 3 Padres de niños recién nacidos o en adopción.
Registro Civil del hijo recién nacido
Acta de adopción del menor

- 4 Mujeres en estado de embarazo
Constancia médica del estado de embarazo

- 5 Servidores que se encuentren cursando un programa académico universitario de pregrado
Certificación de la institución educativa en que esté cursando sus estudios, con indicación de la intensidad horaria y horario respectivo de clases

Firma Funcionario Solicitante:

Nombre: _____
 Firma: _____
 Doc. Id. _____

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, 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.

APROBACIÓN DEL 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: _____ Cargo: _____

* El Jefe inmediato al otorgar su aval debe analizar que el otorgamiento de horario flexible no afecte la prestación del servicio.

Artículo 4, parágrafo 1 Resolución 3843 de 2022.

CONTROL DE TRÁMITE Y AUTORIZACIONES

(Sin excepción alguna deben ser allegados todos los documentos junto con el original de esta solicitud)

Funcionario que recepciona la solicitud _____ Solicitud Aceptada

Solicitud Negada

Motivo de la negación _____

CONTROL DE CAMBIOS

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO	VERSION
2022-06-23	Elaboración de Documento	1.0