Tema: **Cambio en la supervisión temporal de contratos de prestación de servicios - Grupo Gestión de Peticiones Ciudadanas – Subdirección de Garantía del Aseguramiento de la Dirección de Aseguramiento y Garantía del Derecho a la Salud.**

Dependencia (Dirección / Oficina)	**Proceso**
Dirección de Aseguramiento y Garantía del Derecho a la Salud	Asegurar Salud

Objetivo	Fecha:15/10/2024			
Realizar cambio de Supervisión temporal de contratos de prestación de servicios - Grupo Gestión de Peticiones Ciudadanas – Subdirección de Garantía del Aseguramiento.	Tipo de reunión	Asistencia Técnica: Asesoría ( ) Capacitación ( ) Orientación ( ) Acompañamiento ( )		
		Otro (X) Distribución supervisión OPS		
	Modalidad:	Presencial (X)	Virtual ( )	Mixta ( )
	Lugar: Oficina Subdirección Garantía del Aseguramiento			
	Hora Inicio: 2:00 pm Hora Fin: 2:30 pm			
	Notas por: Nasly Vanessa Palacios Muñoz			
	Próxima Reunión: N/A			
	Quien cita: Subdirector de Garantía del Aseguramiento			

TEMAS Y COMENTARIOS TRATADOS *

Se inicia la reunión por la referente de contratación quien socializa a los asistentes el memorando con radicado 2023-IE-24576 del 29/09/2023 expedido por la Subdirección de Contratación de la Entidad, donde en su momento realizó la devolución de un trámite de cambio de supervisión radicado desde la Sub. de Administración del Aseguramiento argumentando que: *"(…) la designación de los supervisores de los contratos o convenios se hace por medio del estudio previo y este se realiza al cargo no a la persona, en el caso mencionado como se trata del mismo cargo, no se hace necesario un memorando por parte del ordenador del gasto (…)".*

En virtud de lo anterior, El Subdirector de Garantía del Aseguramiento informa que considera pertinente realizar el cambio de supervisión temporal de los contratos de prestación de servicios profesionales y de apoyo a la gestión del grupo de gestión de peticiones ciudadanas, por los días de permiso y la licencia no remunerada autorizados a la profesional Adriana Marcela Millán Bautista, del personal a su cargo, el tiempo de supervisión es del 16 de octubre del 2024 hasta el 25 del mismo mes de la presente anualidad, quien es Profesional Universitaria Código 219 grado 14. La propuesta es que dicha supervisión de contratos de

prestación de servicios la realice la funcionaria Ligia Yanira Salamanca Aldana Profesional Universitaria Código 219 grado 14 y que se relacionan en el siguiente cuadro:

ITEM	NOMBRES Y APELLIDOS	No. CONTRATO VIGENTE	SUPERVISOR	PERFIL FUNCIONARIO – SUPERVISOR
1	LIZETH VIVIANA SANTAMARIA ARIZA-	6738569-2024	ADRIANA MARCELA MILLÁN BAUTISTA	PROFESIONAL UNIVERSITARIO CÓDIGO 219 GRADO 14-SUBDIRECCIÓN DE GARANTÍA DEL ASEGURAMIENTO
2	JULIANITA MERCHAN CARDENAS-	6668941 - 2024	ADRIANA MARCELA MILLÁN BAUTISTA	PROFESIONAL UNIVERSITARIO CÓDIGO 219 GRADO 14-SUBDIRECCIÓN DE GARANTÍA DEL ASEGURAMIENTO
3	MONICA TATIANA RODRIGUEZ BLANCO	6645609 - 2024	ADRIANA MARCELA MILLÁN BAUTISTA	PROFESIONAL UNIVERSITARIO CÓDIGO 219 GRADO 14-SUBDIRECCIÓN DE GARANTÍA DEL ASEGURAMIENTO
4	DIANA MARIA CORDOBA POSADA	6681681-2024	ADRIANA MARCELA MILLÁN BAUTISTA	PROFESIONAL UNIVERSITARIO CÓDIGO 219 GRADO 14-SUBDIRECCIÓN DE GARANTÍA DEL ASEGURAMIENTO
5	IVONNE MARITZA LEON MORENO	6648654 - 2024	ADRIANA MARCELA MILLÁN BAUTISTA	PROFESIONAL UNIVERSITARIO CÓDIGO 219 GRADO 14-SUBDIRECCIÓN DE GARANTÍA DEL ASEGURAMIENTO
6	LEIDY PAOLA VARGAS GONZALEZ	6656881 - 2024	ADRIANA MARCELA MILLÁN BAUTISTA	PROFESIONAL UNIVERSITARIO CÓDIGO 219 GRADO 14-SUBDIRECCIÓN DE GARANTÍA DEL ASEGURAMIENTO
7	LUIS ALBERTO SICACHA RAMIREZ	6686372-2024	ADRIANA MARCELA MILLÁN BAUTISTA	PROFESIONAL UNIVERSITARIO CÓDIGO 219 GRADO 14-SUBDIRECCIÓN DE GARANTÍA DEL ASEGURAMIENTO

Seguidamente, se procede a comunicarle a la funcionaria Ligia Yanira Salamanca Aldana, quien acepta la indicación dada por el Subdirector de Garantía del Aseguramiento.

Finalmente, el subdirector de Garantía del Aseguramiento manifiesta lo siguiente:

1. El rol de supervisión temporal que asumirá la funcionaria Ligia Yanira Salamanca Aldana para los contratos relacionados anteriormente será a partir del 16/10/2024 hasta el 25/10/2024, se anexa la autorización de permiso en los formatos de “SOLICITUD DE PERMISOS Y/O HABILITACIÓN EXCEPCIONAL DE TRABAJO EN CASA y SOLICITUD DE

LICENCIAS", así mismo los trámites que se encuentran pendientes serán asumidos por la funcionaria Ligia Yanira Salamanca Aldana.

2. El rol de supervisión de la funcionaria Adriana Marcela Millán Bautista se reanudará a partir del 26/10/2024.

COMPROMISOS*

ACCIÓN	RESPONSABLE	FECHA
Publicación de la presente acta en SECOP II en cada uno de los contratos relacionados.	Nasly Vanessa Palacios Muñoz	15/10/2024

REVISIÓN Y APROBACIÓN DEL ACTA

No	NOMBRES Y APELLIDOS	CORREO	TELÉFONO	DIRECCIÓN/ OFICINA/ ENTIDAD	FIRMA
1	Carlos Eduardo Galán Suarez	cegalan@saludcapital.gov.co	Ext. 9010	Subdirección de Garantía del Aseguramiento	Firmado digitalmente por Carlos Eduardo Galán Suárez Fecha: 2024.10.15 14:36:37 -05'00'
2	Ligia Salamanca Aldana	lysalamanca@saludcapital.gov.co	Ext. 9600	Subdirección de Garantía del Aseguramiento	Firmado digitalmente por Ligia Yanira Salamanca Aldana
3	Adriana Millán Bautista	ammillan@saludcapital.gov.co	Ext. 4142	Subdirección de Garantía del Aseguramiento	ADRIANA MARCELA MILLAN BAUTISTA
4	Nasly Vanessa Palacios Muñoz	nvpalacios@saludcapital.gov.co	Ext. 9966	Dirección de Aseguramiento y Garantía del Derecho a la Salud	
5					
6					
7					
8					
9					

ASISTENTES

Anexo listado de asistencia SDS-PYC-FT-002.

Nota: Cuando la asistencia es igual o superior a 10 personas, se debe hacer uso del formato Listado de asistencia a reuniones SDS-PYC-FT-002, según lineamiento SDS-PYC-LN-011

Evaluación y cierre de la reunión

¿Se logró el objetivo?	Observaciones (si aplica)
Si (X) **No ( )**	Ninguno

***** Se podrán incluir o eliminar filas de acuerdo con el requerimiento.

FORMATO PARA SOLICITUD DE PERMISOS Y/O HABILITACIÓN EXCEPCIONAL DE TRABAJO EN CASA*

Fecha de solicitud:	15/10/2024			**Numero del Caso:**
Nombres y apellidos:	ADRIANA MARCELA MILLAN BAUTISTA	**C.C.**	1016029495	
Cargo:	**PROFESIONAL UNIVERSITARIO**	**Dependencia**		**SUBDIRECCIÓN GARANTÍA DEL ASEGURAMIENTO**

Tipo de Permiso	Duración (días):	Marque	Documentación Necesaria
Asunto personal (entre 1 a 3 dias)	3	X	El presente formato debidamente diligenciado.
Cumpleaños	1		El presente formato debidamente diligenciado.
Día de la familia	1		El presente formato debidamente diligenciado.
Quinquenio	1		El presente formato debidamente diligenciado.
Uso de bicicleta			1. El presente formato debidamente diligenciado. 2. Certificación expedida por la Subdirección de Bienes y Servicios (Se otorgará medio día libre por cada 30 días de uso de bicicleta)
Permiso por participar como Jurado de Votación.	1		1. El presente formato debidamente diligenciado. 2. Copia de Constancia sobre Prestación de Servicios como Jurado de Votación
Permiso por ejercer el derecho a votar	Medio		El presente formato debidamente diligenciado.
Compensatorio (Permiso Compensado)			1. El presente formato debidamente diligenciado. 2. Certificado participación en jornadas de vacunación (Cuando Aplique). *Permiso valido para conductores, personal autorizado por su participación en jornadas de vacunación y personal con previa autorización para compensar el tiempo laborado los fines de semana.
Permiso Académico Compensado (hasta 2 horas diarias o hasta 40 mensuales, por 2 años, prorrogables por 1 año)			El presente formato debidamente diligenciado.
Permiso para Ejercer la Docencia Universitaria (1 Hora Catedra hasta por 5 Horas Semana)			1. El presente formato debidamente diligenciado. 2. Documento de la universidad donde conste la selección como docente 3. Documento expedido por la Universidad o Institución Académica, en el cual se indique el horario en el cual se dictará/n la/s clase/s.
Permiso por semana de receso escolar Art. 3 Acuerdo Sindical 2024	1		1. El presente formato debidamente diligenciado.
Permiso por contraer matrimonio Art. 16 Acuerdo Sindical 2024	3		1. El presente formato debidamente diligenciado. 2. Registro Civil de matrimonio expedido por la autoridad competente.
Habilitación de trabajo en casa Art. 20 Acuerdo Sindical 2024	Máximo 2		1. El presente formato debidamente diligenciado. 2. Registro Civil de nacimiento expedido por la autoridad competente. 3. Correo al jefe inmediato justificando la solicitud.

Fecha de inicio:	16/10/2024	**Fecha final:**	18/10/2024

Justificación: Motivos personales

Encargado(a) (Aplica para nivel Directivo):

Nombre Jefe inmediato:	CARLOS EDUARDO GALAN SUAREZ	**Firma funcionario Solicitante:**	ADRIANA MARCELA MILLAN BAUTISTA
Firma Jefe inmediato:	Firmado digitalmente por Carlos Eduardo Galán Suárez Fecha: 2024.10.15 13:45:58 -05'00'		

Datos para ser diligenciados por la Dirección de Gestión del Talento Humano

Estudiada la solicitud presentada, la Dirección de Gestión del Talento Humano (Autoriza _____),(No Autoriza _____) el presente permiso al funcionario solicitante en los términos legales y reglamentarios establecidos para las Situaciones Administrativas.

Revisado Por:		**Director(a) de Gestión del Talento Humano**	
Firma		**Firma**	

Nota: *- Conforme a la política cero papel, el presente formato deberá ser diligenciado y tramitado de manera digital.*
*- La solicitud se debe realizar por lo menos con **3 días** de antelación a la fecha de inicio del permiso.*
- Los Funcionarios de Libre Nombramiento y Remoción deben expresar en la justificación el funcionario que quedará encargado de sus funciones.

**** PERMISO:** Situación administrativa que persigue la separación muy transitoria, del ejercicio de las funciones por parte del empleado, sin que ello le ocasione desmedro de su salario, como sí ocurre con la licencia.*

**** HABILITACIÓN EXCEPCIONAL DE TRABAJO EN CASA:** Permite que los servidores públicos de manera ocasional y excepcional presten servicios hasta por el término de dos días desde su casa, cuando acrediten no tener con quien dejar al cuidado de un tutor a sus hijos menores de 12 años.*

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL SOLICITUD DE LICENCIAS			
	Código:	SDS-THO-FT-065	Versión:	3

Elaboró: Carlos Lizarazo Rodríguez /Revisó: José Elías Guevara Fragozo / Aprobó: José Elías Guevara Fragozo

FECHA	15/10/2024

Tipo de Licencia			**Documentación Necesaria**
Licencia Ordinaria (no remunerada hasta 60 días, prorrogable hasta por 30 días más)	Duración (días): 5	X	El presente formato debidamente diligenciado.
Licencia No Remunerada para Adelantar Estudios (Hasta por 12 meses por un termino igual hasta dos (2) veces)	Duración (días):		1.El presente formato debidamente diligenciado. 2. Acreditación de la duración del programa académico 3. Copia de la matricula durante el tiempo que dure la licencia
Licencia para Actividades Deportivas	Duración (días):		1. El presente formato debidamente diligenciado. 2. Certificado de la escogencia con la indicación del tiempo requerido para asistir al evento.
Licencia de maternidad (18 semanas)	Duración (días):		1. El presente formato debidamente diligenciado. 2.Copia del Certificado medico de licencia donde conste[2]: a) El estado de embarazo de la trabajadora. b) La indicación del día probable del parto. c) La indicación del día desde el cual debe empezar la licencia, teniendo en cuenta que por lo menos, ha de iniciarse dos semanas antes del parto.
Licencia de paternidad (02 semanas)	Duración (días):		1. El presente formato debidamente diligenciado. 2. Copia del Certificado medico de incapacidad expedido por la EPS[2] 2. Registro Civil de Nacimiento. 3. Copia de Certificado de Nacido Vivo
Licencia por luto[1] (5 días)	Duración (días):		1. El presente formato debidamente diligenciado. 2. Copia del Certificado de Defunción 3. Copia Certificado de Registro Civil en donde se constate la relación vinculante entre el empleado y el difunto. 4. Copia Certificado de Matrimonio Civil o Religioso o declaración bajo juramento de la unión marital.
Licencia por Enfermedad	Duración (días):		1. El presente formato debidamente diligenciado. 2. Copia del Certificado medico de incapacidad expedido por la EPS[2]
Fecha de inicio:	21/10/2024		**Fecha final:** 25/10/2024

Justificación: Se solicita licencia no remunerada para atender asuntos personales de calamidad familiar.

Nombre Jefe inmediato:	CARLOS EDUARDO GALAN SUAREZ	**Firma funcionario Solicitante:**	ADRIANA MARCELA MILLAN BAUTISTA
Firma Jefe inmediato:	Firmado digitalmente por Carlos Eduardo Galán Suárez Fecha: 2024.10.15 13:45:28 -05'00'		

1. Aplica en caso de fallecimiento del cónyuge, compañero o compañera permanente o de un familiar hasta el grado segundo de consanguinidad, primero de afinidad y segundo civil (hijos, abuelos, hermanos, nietos, suegros e hijos adoptados).

*2 Pasado 5 días hábiles debe remitir a la Dirección de Gestión del Talento Humano la certificación de incapacidad **original** para legalizar el tramite ante la EPS.*

***LICENCIA:** Es el periodo de tiempo otorgado por el empleador al empleado para el ejercicio de actividades personales o para atender hechos ajenos a la función pública que puede, ser según su naturaleza, remunerada o no remunerada y que sirve, entre otras cosas, para adelantar estudios, para el ejercicio de actividades deportivas, por la ocurrencia de casos de enfermedad, maternidad o paternidad, o por luto.*

FIRMA JEFE INMEDIATO		**FIRMA FUNCIONARIO (A)**	ADRIANA MARCELA MILLAN BAUTISTA

Nota: El presente formato y sus soportes deben ser remitidos a la Dirección de Gestión del Talento Humano, para archivarse en la Historia Laboral del funcionario.

Una vez verificado el correcto diligenciamiento del presente formato, se firma por parte de la Dirección de Gestión del Talento Humano y se remite para que repose dentro de la historia laboral.

NOMBRE DGTH		**FIRMA DGTH**	