|  |
| --- |
| INFORMACIÓN GENERAL |
| Nombre Completo del Funcionario |  | Cédula |  |
| Fecha ingreso Unidad |  | Fecha inicio cargo actual |  |
| Cargo Actual |  | Código |  | Grado |  |
| Dependencia |  | Grupo |  |
| Jefe inmediato |  | Cargo Jefe |  |

|  |
| --- |
| INFORMACIÓN SUMINISTRADA POR EL FUNCIONARIO |
| ¿Se encuentra en alguna de las siguientes situaciones especiales que dificulta su asistencia o permanencia en la oficina? (Especifique) | Discapacidad |  |
| Embarazo |  |
| Lactancia |  |
| Tratamiento médico |  |
| Cuidador |  |
| Otra |  |
| ¿Cómo está compuesto actualmente su núcleo familiar? (Las personas con las que normalmente convive o por las que responde) | Nombre | Parentesco | Edad | Estudia | Trabaja | Horario permanencia en el hogar |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Lugar de residencia actual | Dirección |  |
| Barrio |  | Ciudad |  |
| Tiempo promedio de desplazamiento a la oficina por recorrido |  | Medio de transporte que utiliza normalmente  |  |
| Lugar propuesto para teletrabajar | Dirección |  |
| Barrio |  | Ciudad |  |
| Tipo de inmueble |  | Espacio disponible para teletrabajar | m2  |
| ¿Dispone de computador con configuración actualizada y aplicaciones ofimáticas que pueda dedicar al teletrabajo? | SI | NO |
| ¿Dispone de conexión a internet propia y de buena calidad que esté dispuesto a utilizar para teletrabajar? | SI | NO |
| ¿Cuenta con un teléfono fijo o celular personal desde el que esté dispuesto a hacer y recibir llamadas de tipo laboral? | SI | NO |
| ¿Considera que el espacio del que dispone cuenta con las condiciones físicas para ser un sitio seguro y adecuado para trabajar? | SI | NO |
| ¿Considera que el ambiente y la interacción con otras personas en el lugar propuesto para teletrabajar le proporciona tranquilidad y concentración para cumplir sus funciones? | SI | NO |
| ¿Está dispuesto a asumir los costos de conexión a internet y energía derivados de la ejecución del teletrabajo? | SI | NO |
| ¿Autoriza la visita que de manera concertada con usted programen el Equipo Líder del Teletrabajo y de Seguridad y Salud en el Trabajo para verificar las condiciones del lugar propuesto? | SI | NO |
| ¿Por qué considera que la modalidad de teletrabajo es una buena opción para el ejercicio de sus funciones? |  |
| Manifiesto que la información brindada en el presente documento es veraz y refleja mi voluntad e interés por participar en la modalidad de teletrabajo para el ejercicio de mis funciones bajo la reglamentación establecida por la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas. |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Firma | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Fecha |

Recuerde que la condición de teletrabajador se otorga formal e individualmente bajo el principio de voluntariedad y es reversible a solicitud de cualquiera de las partes.

|  |
| --- |
| INFORMACIÓN SUMINISTRADA POR EL JEFE INMEDIATO |
| Características del cargo a teletrabajar | ¿Las actividades requeridas para el cumplimiento de las funciones esenciales del cargo pueden ser desarrolladas con autonomía por parte del funcionario? | SI | NO |
| ¿La interacción requerida con otros funcionarios para el ejercicio de las funciones puede ser programada o realizada de manera virtual o telefónica? | SI | NO |
| ¿Las actividades requeridas para el cumplimiento de las funciones pueden desarrollarse flexibilizando las horas de trabajo durante el día? | SI | NO |
| ¿Los resultados del trabajo son fácilmente medibles a partir de productos, metas o aportes cuantificables? | SI | NO |
| ¿El propósito principal del empleo se relaciona con procesamiento de información o generación de conocimiento a través del uso de herramientas tecnológicas? | SI | NO |
| ¿Las actividades requeridas para el cumplimiento de las funciones pueden ser desarrolladas fuera de la sede sin afectar la normal prestación de los servicios? | SI | NO |
| ¿La información requerida para el cumplimiento de las funciones del cargo es de bajo riesgo o cuenta con protocolos de seguridad que controlen la fuga o uso indebido de datos sensibles?  | SI | NO |
| Características del funcionario postulado para el teletrabajo | ¿El funcionario ha demostrado responsabilidad en el cumplimiento de las tareas asignadas con oportunidad, calidad y autonomía? | SI | NO |
| ¿El funcionario posee un buen dominio de las herramientas tecnológicas requeridas para el cumplimiento de sus funciones? | SI | NO |
| ¿El funcionario ha demostrado habilidades comunicativas para el reporte de novedades y generación de informes relacionados con el ejercicio de sus funciones? | SI | NO |
| Requerimientos para el desarrollo de las funciones en la modalidad de teletrabajo | Software |  |
| Hardware |  |
| Comunicaciones |  |
| Otras |  |
| En mi calidad de jefe inmediato, estoy de acuerdo en aplicar la modalidad de teletrabajo para la presente solicitud y asumo las responsabilidades de orientación y seguimiento requeridas para ello. |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Firma | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Fecha |

|  |
| --- |
| VIABILIDAD DE LA SOLICITUD |
| Variable | Concepto | Calificación(1 a 5) | Fecha | Responsable |
| Evaluación de competencias generales para el teletrabajo |  |  |  |  |
| Evaluación de competencias tecnológicas para el teletrabajo |  |  |  |  |
| Evaluación de condiciones de SST para el teletrabajo |  |  |  |  |
| Cumplimiento de requisitos y criterios de focalización |  |  |  |  |
| PROMEDIO |  | De mínimo 3 para ser viable |

|  |
| --- |
| CONCERTACIÓN DE METAS PARA EL TELETRABAJO |
| Descripción | Cuantificación |
| 1. |  |
| 2. |  |
| 3. |  |
| 4. |  |
| Firma Teletrabajador | Firma Jefe Inmediato |

CONTROL DE CAMBIOS

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Versión** | **Fecha** | **Descripción de la modificación** |
| 1 | 30/10/2019 | Creación del Documento |