|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **SOLICITUD Y VISTO BUENO PARA TELETRABAJO** | | | | | | |
| **FECHA:** | | |  | | | |
| 1. **DATOS DEL SERVIDOR PÚBLICO** | | | | | | |
| **Nombres y Apellidos** | | |  | | | |
| **Número de identificación** | | |  | | | |
| **Cargo:** | | |  | | | |
| **Área o Grupo Interno de Trabajo:** | | |  | | | |
| **Dirección para realizar teletrabajo:** | | |  | | | |
| **Localidad o municipio:** | | |  | | | |
|  | | |  | | | |
| 1. **CARACTERÍSTICAS DE LA SOLICITUD** | | | | | | |
| **Funciones** | | | **Comentarios** | | | |
|  | | |  | | | |
|  | | |  | | | |
|  | | |  | | | |
|  | | |  | | | |
|  | | |  | | | |
|  | | |  | | | |
| 1. **CONDICIONES DE PRIORIZACIÓN** | | | | | | |
| Al seleccionar alguna de las siguientes opciones de priorización, dicha calidad debe ser demostrada de acuerdo con los requerimientos establecidos en los parágrafos comprendidos del 3 al 11 del Artículo 3 de la Resolución interna 171 de 2023 o norma que la modifique, adicione o sustituya, adjuntando el soporte correspondiente. | | | | | | |
|  | Madre o padre cabeza de familia | | |  | Adulto mayor | |
|  | Mujer en estado de gestación o con embarazo de alto riesgo | | |  | Víctima del conflicto armado | |
|  | Discapacidad física psíquica o sensorial | | |  | Víctima de violencia de genero | |
|  | Adulto mayor | | |  | Amenazas en contra de la integridad física o psicológica | |
|  | Cuidador de hijos, padres o familiares que requieran su presencia. | | |  | Otra: ¿cuál? | |
|  | Movilidad física o restricción médica | | |  | No aplica | |
|  | Con hijos en primera infancia (entre 0 y 5 años) | | |  |  | |
| 1. **DESCRIPCIÓN DE DÍAS PROPUESTOS PARA TELETRABAJAR** | | | | | | |
| Indique cuantos, y cuales días realizará teletrabajo, de acuerdo con lo establecido en el parágrafo 5 del artículo 1 de la Resolución interna 171 de 2023 o norma que la modifique, adicione o sustituya. De igual modo, registre su horario de almuerzo durante el teletrabajo. Dichos días, pueden ser susceptibles a cambios por el jefe inmediato o por el Contador General de la Nación de acuerdo con las necesidades del servicio. Así mismo, informe que autoriza se le contacte a través del número de celular que aquí registre. | | | | | | |
| **Número de días** | | **Nombre de los días** | **Horario de almuerzo** | | | **Número celular para contacto** |
|  | |  |  | | |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. **VISTO BUENO DEL JEFE INMEDIATO** | | | |
| En mi calidad de jefe inmediato del (a) servidor (a), doy mi visto bueno a la presente solicitud y confirmo que he revisado el manual de funciones de quien pertenece este requerimiento; por lo cual valido que las funciones registradas en este documento pueden ser efectivamente realizadas mediante la modalidad de trabajo suplementario o teletrabajo. | | | |
| **Número de días** | **Nombre de los días** | | **Horario de almuerzo** |
|  |  | |  |
| **Nombres, apellidos completos y cargo** | | **Firma** | |
|  | |  | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. **ACEPTACIÓN DEL SERVIDOR PÚBLICO** | | | |
| Con mi firma manifiesto expresamente que acepto las condiciones expresadas en el numeral 5 | | | |
| **Nombres y apellidos completos** | **Firma** | | **Fecha** |
|  |  | |  |
| 1. **AUTORIZACIÓN DE REVOCATORIA DEL SERVIDOR** | | | |
| Con mi firma autorizo expresamente a la U.A.E. Contaduría General de la Nación, a que pueda revocar el acto administrativo mediante el cual se me reconozca en lo futuro la prerrogativa de teletrabajo. Lo anterior fundamentado ya sea por necesidades del servicio o por incumplimiento de mis deberes cómo teletrabajador; según se establece en el parágrafo del artículo 8 de la Resolución interna 171 de 2023 o norma que la modifique, adicione o sustituya. | | | |
| **Nombres y apellidos completos** | | **Firma** | |
|  | |  | |