**FECHA DE SEGUIMIENTO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |
| --- |
| 1. **DATOS DEL JEFE INMEDIATO**
 |
| Nombres y Apellidos |  |
| Cargo |  |

|  |
| --- |
| 1. **DATOS DEL SERVIDOR PÚBLICO**
 |
| Nombres y Apellidos |  |
| Número de Identificación |  |
| Cargo |  |
| Área o Gripo Interno de Trabajo |  |
| Días de Teletrabajo |  |

|  |
| --- |
|  **3. CARACTERISTICAS DEL SEGUIMIENTO**  |
| Seguimiento desde |  | Hasta |  |
| **Propósito principal del cargo** |
|  |
| **Aspectos por evaluar** |  | **Cumple** | **Observaciones**  |
| **¿**El servidor está disponible en todo momento durante el trabajo suplementario?¿El servidor mantiene contacto garantizando el flujo de información durante los días de teletrabajo? | **Si** | **No** |  |
|  |  |
| ¿El servidor cumple con los compromisos y entregables pactados para los días de teletrabajo? |  |  |  |  |
| ¿La calidad de los entregables es óptima de acuerdo con las características de la actividad? |  |  |  |  |
| ¿El servidor se ha demostrado responsable con el trabajo asignado?  |  |  |  |  |
| ¿Los entregables son enviados de forma oportuna  |  |  |  |  |
| ¿Los días de teletrabajo presencial son suficientes para el desarrollo de las actividades que así lo requieren?  |  |  |  |  |
| ¿El servidor se presenta en la entidad cuando es requerido? |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **4. VALORACIÓN Y FIRMA DEL SEGUIMIENTO**  |
| **Por favor responda** |  |  **SI** |  **NO**  |  **Observaciones** |
| ¿La productividad del servidor se mantiene o ha incrementado? |  |  |  |  |
| ¿Cómo jefe inmediato tiene alguna recomendación que permita mejorar el desarrollo del trabajo suplementario en la entidad? |  |  |  |  |
| ¿Considera que el servidor puede continuar en el programa? |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **5. FIRMAS** |
| **JEFE INMEDIATO** | **TELETRABAJADOR** |
|  |  |