|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **SOLICITUD MODALIDAD** | | | | | | | | |
| **TELETRABAJO** | | | | **TRABAJO EN CASA** | | | | |
| **FECHA:** | | | | **Autorización de datos personales:** Con el diligenciamiento del presente formato autorizo a la Contaduría General de la Nación para dar tratamiento de mis datos personales aquí registrados, conforme a la Ley 1581 de 2012 y la política de tratamiento de datos personales, con la finalidad de efectuar las funciones propias y procedentes de la Entidad. | | | | |
| 1. **DATOS DEL SERVIDOR PÚBLICO** | | | | | | | | |
| **Nombres y Apellidos:** | | | |  | | | | |
| **Número de identificación:** | | | |  | | | | |
| **Cargo:** | | | |  | | | | |
| **Área o Grupo Interno de Trabajo:** | | | |  | | | | |
| **Dirección para realizar teletrabajo/trabajo en casa:** | | | |  | | | | |
| **Localidad o municipio:** | | | |  | | | | |
| 1. **CARACTERÍSTICAS DE LA SOLICITUD** | | | | | | | | |
| **Funciones** | | | | **Exponga brevemente por qué las funciones son objeto de teletrabajo/trabajo en casa** | | | | |
|  | | | |  | | | | |
|  | | | |  | | | | |
|  | | | |  | | | | |
|  | | | |  | | | | |
|  | | | |  | | | | |
|  | | | |  | | | | |
|  | | | |  | | | | |
|  | | | |  | | | | |
|  | | | |  | | | | |
| **3. CONDICIONES DE PRIORIZACIÓN TELETRABAJO** | | | | | | | | |
| Al seleccionar alguna de las siguientes opciones de priorización, dicha calidad debe ser demostrada de acuerdo con los requerimientos establecidos en artículo 3 de la Resolución interna No. 003 de 2024, adjuntando el soporte correspondiente. Es importante resaltar que los criterios de priorización antes descritos no configurarán para el servidor público un derecho, tan solo constituyen un referente de ponderación para la Entidad, cuando deba decidir de forma concurrente varias solicitudes de Teletrabajo Suplementario. | | | | | | | | |
|  | 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 No. 003 de 2024, 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. **DESCRIPCIÓN DE CONDICIONES PARA TRABAJO EN CASA** | | | | | | | | |
| **Información de la solicitud.** Si su solicitud es para **trabajo en casa,** marque con una X la condición ocasional, excepcional o especial en la que se encuentre, de acuerdo con los requerimientos establecidos en los artículos 2 y 3 de la Resolución 455 de 2024 o norma que la modifique, adicione o sustituya, adjuntando el soporte correspondiente:   * Condiciones de salud que le impidan al servidor trasladarse al lugar de trabajo. \_\_\_ * Circunstancias de seguridad personal o alteración grave del orden público \_\_\_ | | | | | | | | |
| Justifique porque se encuentra en la condición ocasional, excepcional o especial.  **Documentos soporte:**   * Si la solicitud es por condiciones de salud, debe adjuntar: Concepto y/o recomendación médica emitida por el médico tratante o medico laboral de la EPS. * Si la solicitud es por medidas de protección o incidentes de seguridad: Denuncia ante la fiscalía general de la Nación, acto administrativo de la Unidad de Protección o soporte de la situación de alteración grave del orden público.   *Por favor absténgase de adjuntar información que usted considere confidencial. Compile todos los documentos en un solo archivo PDF y adjúntelo a la solicitud la cual debe ser radicada por ORFEO ante el GIT de Talento Humano y Prestaciones Sociales.* | | | | | | | | |
| 1. **CONCEPTO DEL JEFE INMEDIATO** | | | | | | | | |
| En mi calidad de jefe inmediato del (a) servidor (a), doy mi concepto favorable ( )/ desfavorable ( ) 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: | | | | | | | | |
| Teletrabajo | | | | | Trabajo en casa | | | |
| **Nombres, apellidos completos y cargo** | | | | | **Firma** | | | |
|  | | | | |  | | | |
| 1. **APROBACION LIDER DEL PROCESO/DIRECTIVO** | | | | | | | | |
| En mi calidad de líder del proceso/directivo del (a) servidor (a), apruebo ( )/desapruebo ( ) la presente solicitud para que pueda realizar sus funciones mediante la modalidad de: | | | | | | | | |
| Teletrabajo | | | | | Trabajo en casa | | | |
| **Nombres, apellidos completos y cargo** | | | | | **Firma** | | | |
|  | | | | |  | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **ACEPTACIÓN DEL SERVIDOR PÚBLICO** | | | | |
| Con mi firma manifiesto expresamente que acepto las condiciones expresadas para ejecutar mis funciones bajo la modalidad de: | | | | |
| Teletrabajo | | Trabajo en casa | | |
| **Nombres y apellidos completos** | **Firma** | | | **Fecha** |
|  |  | | |  |
| 1. **AUTORIZACIÓN DE REVOCATORIA DEL SERVIDOR** | | | | |
| Con mi firma autorizo expresamente a la UAE 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 ( )/Trabajo en casa ( ). Lo anterior fundamentado ya sea por necesidades del servicio, por incumplimiento de mis deberes cómo teletrabajador/trabajador en casa (Resoluciones No. 003/2024, 455/2024) o porque en el caso de trabajo en casa, desaparezcan las circunstancias ocasionales, excepcionales o especiales que dieron origen a dicha habilitación. | | | | |
| **Nombres y apellidos completos** | | | **Firma** | |
|  | | |  | |