|  |
| --- |
| **VISITA DOMICILIARIA PARA TELETRABAJO** |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lugar y Fecha** |  | | | | | |
|  | | | | | | |
| 1. **DATOS GENERALES** | | | | | | |
| **Nombres y Apellidos:** | |  | | | | |
| **Número de identificación:** | |  | | | | |
| **Cargo:** | |  | | | | |
| **Área o Grupo Interno de Trabajo:** | |  | | | | |
| **Dirección para realizar teletrabajo:** | |  | | | | |
| **Localidad o municipio:** | |  | | | | |
| **Modalidad de visita:** | | **Virtual** |  |  | **Presencial** |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  | | --- | --- | | 1. **AUTORIZACIÓN DE VISITA DOMICILIARIA** | | | Autorizo expresamente a la U.A.E. Contaduría General de la Nación, para que adelante la visita domiciliaria necesaria ya sea de forma presencial o de manera virtual en la dirección registrada en el presente formulario, con el fin de validar que cuento con las condiciones de higiene y seguridad industrial, tecnológicas y psicosociales (ambiente familiar adecuado) para desempeñar mis actividades durante el trabajo suplementario. | | | **Nombres y apellidos completos** | **Firma** | |  |  | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. **RESULTADOS DE LA VISITA** | | |
| Las observaciones aquí descritas son el resultado de la aplicación de la herramienta en formato Excel empleada durante la visita por el grupo de profesionales de la U.A.E. Contaduría General de la Nación; en dicho documento se registran hallazgos de los criterios inspeccionados y un registro fotográfico del puesto de trabajo, así como de otros elementos que se consideren información documentada importante al momento de adelantar seguimientos en las líneas que originaron la presente revisión. | | |
| **Factores inspeccionados** | **Observaciones y/o recomendaciones de ajuste** | **Aprobación (SI/NO)** |
| Área de trabajo |  |  |
| Psicosocial |  |  |
| TICs |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. **RESULTADOS DE SEGUNDA VISITA (si se requiere)** | | |
| De acuerdo con los resultados de la primera visita, durante la segunda visita se validaron los criterios objeto de ajuste | | |
| **Factores inspeccionados** | **Observaciones y/o recomendaciones de ajuste** | **Aprobación (SI/NO)** |
| Área de trabajo |  |  |
| Psicosocial |  |  |
| TICs |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. **FIRMAS DE QUIENES ADELANTARON LA VISITA** | | | |
| **Factores inspeccionados** | **Apellidos y nombres** | **Cargo o Rol** | **Firma** |
| Área de trabajo |  |  |  |
| Psicosocial |  |  |  |
| TICs |  |  |  |