     

**SOLICITUD DE TELETRABAJO**

**IDENTIFICACION DE EL O LA FUNCIONARIA**

|  |  |
| --- | --- |
| NOMBRE DE LA FUNCIONARIA O FUNCIONARIO  |  |
| N° C.IDENTIDAD  |  |
| SERVICIO  |  |
| JORNDA LABORAL | DIURNO |  | TURNO |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| CALIDAD JURIDICA | TITULAR | CONTRATA | REEMPLAZO | HONORARIO |
|  |  |  |  |

**IDENTIFICACIÓN DE EL O LOS NIÑOS O NIÑAS MENORES DE 12 AÑOS (AL 8 DE JULIO)**

|  |  |
| --- | --- |
| NOMBRE |  |
| RUT |  | FECHA DE NACIMIENTO |  | EDAD |  |
| ESTABLECIMIENTO AL QUE ASISTE |  |

|  |  |
| --- | --- |
| NOMBRE |  |
| RUT |  | FECHA DE NACIMIENTO |  | EDAD |  |
| ESTABLECIMIENTO AL QUE ASISTE |  |

|  |  |
| --- | --- |
| NOMBRE |  |
| RUT |  | FECHA DE NACIMIENTO |  | EDAD |  |
| ESTABLECIMIENTO AL QUE ASISTE |  |

|  |
| --- |
| MOTIVO DE LA SOLICITUD |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| FUNCIONES COMPATIBLE CON TELETRABAJO | SI ( ) | MODALIDAD DE TELETRABAJO |
| NO ( ) | COMPLETA( ) MIXTA ( ) JUSTIFICACIÓN HORARIA ( ) |
| PLAN DE CONCILIACION (Se debe estipular días o jornadas en que el trabajador(a) deberá realizar trabajo presencial, horarios de entrada y salida, funciones o tareas verificables, recursos que se le entregaran para el trabajo a distancia, etc.) |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| Firma del Trabajador o trabajadora | Firma de la Jefatura Directa |
| Firma del Referente de Cuidados Infantiles | Firma del SDGDP |

     

FORMULARIO DE TRASPASO DE CUIDADO HIJO O HIJA MENOR

En cumplimiento a la norma establecida en el Articulo 206, bis del Código del Trabajo, éste establece que ante una "alerta sanitaria con ocasión de una epidemia o pandemia a causa de una enfermedad contagiosa, el empleador se encontrará obligado a ofrecer la modalidad de trabajo a distancia o teletrabajo", advirtiendo enseguida que ello es posible "sin que implique una reducción de sus remuneraciones, en la medida que la naturaleza de sus funciones lo permitan y los trabajadores consientan en ello".

En el caso de que en un hogar el padre y la madre sean trabajadores, será esta última la que decidirá cuál de los dos podrá seguir laborando en las modalidades de trabajo o distancia o teletrabajo ya sea de manera completa o parcial.

Mediante el presente Yo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Rut:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, desempeño funciones en la Unidad de : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; en el establecimiento:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; dependiente de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, declaro mi voluntad de traspasar el derecho de cuidado del menor \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Rut: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Rut:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; quien desempeña sus labores en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, para constancia de la posibilidad de poder realizar labores de teletrabajo para el cuidado del menor ya individualizado.

Modalidad: Completa \_\_\_\_ Mixta:\_\_\_\_\_\_ Especifique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Para respaldar esto adjunto:

Certificado de Nacimiento: \_\_\_\_

Certificado de Matrimonio y/o AUC: \_\_\_\_

Copia cédula del otro progenitor: \_\_\_\_\_\_

Respaldo de acuerdo con jefatura Directa: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FIRMA DE QUIEN SOLICITA

En \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de 2022

     

**FICHA DE EVALUACIÓN SOCIAL**

**1.- IDENTIFICACIÓN DEL FUNCIONARIO/A**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre completo**  |  |
| **Documento de Identidad** |  |
| **Fecha de Nacimiento** |  | **Edad**  |  |
| **Nacionalidad**  |  |
| **Estado Civil**  |  | **Previsión** |  |
| **Domicilio**  |  |
| **Comuna**  |  | **Teléfono**  |  |
| **Servicio de salud inscrito** |  |
| **Nivel educacional**  |  |
| **Profesión/ocupación**  |  |
| **Antigüedad laboral**  |  | **Calidad jurídica** |  |
| **Servicio** |  | **Jornada Laboral**  |  |

**2.- IDENTIFICACIÓN DEL HIJO/HIJA QUE REQUIEREN CUIDADO**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre completo**  |  |
| **Documento de Identidad** |  |
| **Fecha de Nacimiento** |  | **Edad**  |  |
| **Nacionalidad**  |  |
| **Nivel de educacional al que asiste** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre completo**  |  |
| **Documento de Identidad** |  |
| **Fecha de Nacimiento** |  | **Edad**  |  |
| **Nacionalidad**  |  |
| **Nivel de educacional al que asiste** |  |

**3.- INTEGRANTES DE LA FAMILIA**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre**  | **Edad** | **Relación**  | **Actividad**  | **Antecedentes de Salud**  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**6.- REGISTRO DE OTROS ANTECENTES**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

**7.- OPINIÓN PROFESIONAL**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

**Nombre firma de profesional \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Fecha de evaluación\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**