Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cédula de Identidad N°: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_-\_\_\_, funcionario/a del estamento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con domicilio particular en calle \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N°\_\_\_\_\_\_\_\_ comuna\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, región\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ y con dirección laboral en calle \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N°\_\_\_\_\_\_, oficina N°\_\_\_\_\_\_\_\_\_, comuna\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ región\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

Desempeño el cargo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dependiente de la Unidad /Depto: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

en la Región \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

al hacer entrega de esta “Postulación y Declaración Jurada Simple”, declaro conocer y aceptar las condiciones establecidas por el Servicio para acceder a un cupo en la “Modalidad de Teletrabajo”, tal como se establecen en las Resoluciones respectivas sobre “CONDICIONES MINIMAS PARA EXIMIR DEL CONTROL HORARIO DE LA JORNADA DE TRABAJO” y “BASES DEL LLAMADO A CONCURSO PARA LA PROVISIÓN DE CUPOS DE LA DOTACION QUE PODRÁ SER EXIMIDA DEL CONTROL HORARIO DE LA JORNADA DE TRABAJO”.

**Con el fin de iniciar el “Proceso de Postulación y Selección”, adjunto los siguientes documentos (marcar con una X):**

\_\_\_\_\_ Calificación vigente

\_\_\_\_\_ Cumplimiento de Condiciones de Seguridad y Salud en el Trabajo

\_\_\_\_\_ Cumplimiento de Condiciones de Protocolos de Seguridad de la Información

\_\_\_\_\_ Otros Certificados (indicar cuales):

Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Con el fin de facilitar la postulación indicar, donde corresponda, los datos solicitados**

EJ.: Última calificación año 2022.

EJ: Cert. Nacimiento, Cert. Médico adulto mayo u otros ( especificar).

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Información referida a “Factores de Evaluación”:** | | | | | | |
| **N°** | **CRITERIO DE EVALUACIÓN** | **Puntaje de la última calificación** | **DOCUMENTO QUE ADJUNTA/**  **OBSERVACIONES** | | | |
| **I** | **EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO** |  |  | | | |
| **N°** | **CRITERIO DE EVALUACIÓN** | | | | | |
| **II.** | **CONCILIACIÓN** | | | | | |
| **II. a** | **Conciliación Familiar** | | | | | |
| **SITUACIÓN** | | | | **MARCAR CON UNA X** | **DOCUMENTO QUE ADJUNTA/**  **OBSERVACIONES** | |
| Tener el cuidado de 1 o más personas en alguna de estas condiciones:   * Hijos menores de 2 años: acreditado con certificado de nacimiento. * Personas no autovalentes: incluye enfermedades catastróficas, entre otras (acreditado con certificado médico). * Personas en situación de discapacidad acreditada mediante certificado médico o su inscripción en el Registro Nacional de la Discapacidad. * Persona con diagnóstico TEA, cuyos casos no se encuentren incluidos en la ley, acreditado con certificado médico. | | | |  |  | |
| Personas que no se encuentren en ninguna de las situaciones descritas anteriormente. | | | |  |  | |
| **II. b** | **Conciliación Personal** | | | | | |
| **DISTANCIA DOMICILIO / LUGAR DE TRABAJO** | | | | | | **MARCAR CON UNA X** |
| Vivir a más de 10 Km. De donde desempeña su trabajo presencial. | | | | | |  |
| Vivir a menos de 10 Km. De donde desempeña su trabajo presencial. | | | | | |  |

EJ: credencial de discapacidad

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **II. c** | **INCLUSIÓN** | | | |
| **SITUACIÓN** | | **MARCAR CON UNA X** | | **DOCUMENTO QUE ADJUNTA/**  **OBSERVACIONES** |
| Persona con discapacidad acreditado por resolución de la COMPIN o presenta Inscripción en el Registro Nacional de la Discapacidad. | |  | |  |
| **III.** | **OTROS REQUISITOS** | | | |
| **SITUACIÓN** | | | **MARCAR CON UNA X** | |
| Cuenta con Planificación de desempeño efectuada por la respectiva jefatura que, señale 2 a 3 metas medibles dentro del periodo teletrabajable | | |  | |

**ANEXO:**

**Cumplimiento de Condiciones de Seguridad y Salud en el Trabajo**

Nota:

El siguiente formulario de “CONDICIONES MINIMAS DE HIGIENE Y SEGURIDAD LABORAL PARA OPTAR A MODALIDAD DE TELETRABAJO”, debe ser completado y firmado al momento de postular a la modalidad. Se debe **cumplir**, a lo menos, el 80% de ellas para ser elegible. Y debe asumir el compromiso de subsanar las condiciones que no cumple, dentro del primer mes en que desarrolle el teletrabajo. Para evidenciar este cumplimiento, deberá completar nuevamente el formulario “CONDICIONES MINIMAS DE HIGIENE Y SEGURIDAD LABORAL PARA OPTAR A MODALIDAD DE TELETRABAJO”.

En la columna “Cumple SI/NO”, se debe indicar SI, siempre que cumpla el 100% de lo requerido y NO cuando alguna de las condiciones no se cumpla.

En la Columna “Observación” mencionar las condiciones que no se cumplen y deberán ser subsanadas.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **CONDICIONES MINIMAS DE HIGIENE Y SEGURIDAD LABORAL PARA OPTAR A MODALIDAD DE TELETRABAJO** | | | | | | | | | | |
| **PARA RECOMENDAR APROBACIÓN MODALIDAD TELETRABAJO** | | | | | | | | | | |
| **Nombre Funcionario/a** | | |  | | | **CELULAR** | | | |  |
| **RUT** | | |  | | | **FECHA DEL REGISTRO** | | | |  |
| **SERVICIO MOP** | | | **DCYF** | | | **FECHA INICIO TELETRABAJO** | | | |  |
| **REGIÓN** | | |  | | | **FECHA FIN TELETRABAJO** | | | |  |
| **N°** | **CLASIFICACIÓN** | **AGRUPACION** | |  | | | | **CUMPLE** | | **OBSERVACIÓN** |
| **PUESTO DE TRABAJO** | | | | | | | | | | |
| **1** | SEGURIDAD | ESPACIO DE TRABAJO | | El/La trabajador/a debe tener un espacio suficiente, en su domicilio, para emplazar su PUESTO DE TRABAJO considerando como mobiliario mínimo una superficie (escritorio, mesa o similar) y una silla. | | | |  | |  |
| **2** | SEGURIDAD | INSTALACIONES ELÉCTRICAS | | El/La trabajador/a debe asegurar que los ENCHUFES y/o tomacorrientes murales utilizados en el puesto de trabajo se deben mantener en condiciones seguras de funcionamiento. Si presentan cual daño visible debe dejar de utilizarse hasta ser reparados por técnicos competentes. | | | |  | |  |
| **3** | SEGURIDAD | EMERGENCIAS | | El/La trabajador/a debe promover que en el entorno del puesto de trabajo no existan objetos en repisas o muebles de pared que puedan caer. Para esto, es recomendable que esté tipo de muebles estén anclados a los muros estructurales del lugar, evitando las CAÍDAS que se pueden generar durante los sismos. | | | |  | |  |
| **4** | ERGONÓMICO | MOBILIARIO | | El/La trabajador/a debe asegurar que cuente con los EQUIPOS y MOBILIARIO necesario para realizar las labores de teletrabajo (por ejemplo, notebook o CPU, monitor, teclado, mouse, teléfono, escritorio o mesa, silla adaptable, apoyapiés, etc.). | | | |  | |  |
| **5** | ERGONÓMICO | MOBILIARIO | | La silla utilizada le permite apoyar cómodamente la espalda y apoyar los antebrazos en la superficie de trabajo, disponer las rodillas en un ángulo de 90° o superior y apoyar los pies en el suelo (o en un apoya-pies). | | | |  | |  |
| **6** | ERGONÓMICO | EQUIPOS Y ACCESORIOS | | En caso de que el NOTEBOOK sea el equipo informático que utiliza, deberá contar con elementos que permitan establecer una estación de trabajo en posición sentado tales como: un alza notebook para elevar la posición de la pantalla, un teclado y mouse independiente al equipo. Estos elementos se deben distribuir sobre la superficie de trabajo, de manera que permitan al trabajador el apoyo de los antebrazos, evitando la flexión de la muñeca al digitar. | | | |  | |  |
| **CONDICIONES AMBIENTALES** | | | | | | | | | | |
| **7** | ERGONÓMICO | ILUMINACIÓN | | El/La trabajador/a debe promover las siguientes condiciones para mantener una buena ILUMINACIÓN del puesto de trabajo: • Indicar al trabajador disponer el puesto de trabajo en una ubicación con buena iluminación general (natural o artificial), que le permita leer sin dificultad documentos impresos. • De ser necesario, complementar con iluminación local (lámparas o similares), ubicadas en forma lateral a la ubicación del trabajador, con el apantallamiento direccionado a las tareas (teclado o lectura de documentos). • Mantener una limpieza periódica de las luminarias y ventanas, así como la sustitución de las bombillas/tubos fluorescentes en caso de estar dañadas o al final de su vida útil, antes de que funcionen de manera deficiente (presenten parpadeos).  Adicionalmente, para que el campo visual en se encuentra libre de REFLEJOS o BRILLOS directos o indirectos, debe considerar lo siguiente: • Ubique la pantalla o monitor de tal manera que las ventanas queden orientadas en forma perpendicular respecto al plano de la pantalla (al costado izquierdo o derecho). Las ventanas no deben quedar detrás ni delante del monitor. • Utilice los sistemas de regulación de brillo/contraste que incorpora la pantalla o monitor. • Adquiera el hábito de utilizar las cortinas y/o persianas para regular la contribución de la luz natural en el recinto. • Adquiera el hábito de utilizar los controles de apagado y en encendido de las luminarias, evitando ambientes poco uniformes o la presencia de reflectancias sobre las superficies del puesto de trabajo. • Evite utilizar superficies reflectantes en el entorno. | | | |  | |  |
| **8** | ERGONÓMICO | RUIDO | | El/La trabajador/a debe promover que se mantenga las fuentes de RUIDO INTERNO en intensidades controladas, considerando lo siguiente: • Trasladar los equipos ruidosos a recintos alejados del puesto de trabajo. • Separar los equipos ruidosos de las superficies que lo rodean mediante elementos aislantes. • Regular los niveles del volumen del timbre del/los teléfono(s). • Considerar el uso de alarmas visuales o vibración en los teléfonos. • Alertas sin sonido en plataformas de correo o mensajería, entre otros. | | | |  | |  |
| **9** | ERGONÓMICO | VENTILACIÓN | | El/La trabajador/a debe promover horarios de VENTILACIÓN del lugar de trabajo, al menos tres veces al día por 10 minutos, lo recomendable es contar con un ingreso y una salida de aire abiertos (Esto puede ser una puerta y una ventana). | | | |  | |  |
| **10** | ERGONÓMICO | TEMPERATURA | | El/La trabajador/a debe promover que en el puesto de trabajo se mantenga una TEMPERATURA que genere confort térmico (sin sensación de frío ni de calor). Como referencia los rangos promedio de temperatura son: - Rango promedio en invierno: 20°C - 23°C - Rango promedio en verano: 23°C - 26°C | | | |  | |  |
|  |  |  | |  | | | |  | |  |
|  |  |  | |  | **ESTATUS** | | | | **% DE CUMPLIMIENTO** | |
|  |  |  | |  | **CUMPLE** | | | | **0** | |
|  |  |  | |  | **POR MEJORAR** | | | | **0** | |
|  | **FIRMA FUNCIONARIO(A) :** | | |  | | |  | | |  |

Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ANEXO**

**Cumplimiento de Condiciones Técnicas para cumplimiento de Teletrabajo**

En la columna “Cumple (Si/No)”, se debe indicar SI, siempre que cumpla el 100% de lo requerido y NO cuando no se cumpla.

En la Columna “Observación” mencionar alguna condición al respecto a la conexión de internet.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Descripción** | **Cumple (Si/No)** | **Observación** |
| Tiene conexión internet banda ancha en el hogar. |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Descripción** | **Acepta (Si/No)** | **Observación** |
| Aceptar consideraciones para el uso de equipos en teletrabajo |  |  |

Consideraciones:

* Habilitar una zona dentro de tu hogar con suficiente espacio para contener los equipos y materiales de trabajo.
* Aislar los ruidos externos y los propios de la casa.
* Controlar la iluminación, temperatura y ventilación de lugar definido.
* Es conveniente disponer de luz natural, esta disminuye el riesgo de fatiga visual.
* Evite consumir alimentos y líquidos cerca del su equipo, podría dañarlo.
* Evite cableado eléctrico suelto, fíjelo cosa de evitar accidentes.
* Utilice pausas de trabajo para consumir alimentos.
* No usar muchos enchufes de equipos en un mismo alargador (evitar fallas de equipo por alimentación eléctrica)
* No pare o aborte actualizaciones configuradas en el equipo MOP o Servicio hasta que finalicen
* No modifique configuraciones de antivirus y actualizaciones de software definidas por personas de tecnología del ministerio (desactivar antivirus y otras)
* Apague el equipo cada día para permitir activar actualizaciones
* Permita acceso remoto a personas de tecnología para asistencia, actualizaciones y revisión de los equipos
* No navegar por sitios desconocidos.
* No descargue música, videos, películas o programas desde Internet.
* No instale ninguna aplicación en los equipos que no sea autorizada y supervisada por Área de Tecnologías de la Información, sea MOP o Servicio
* No usar software sin licencia de uso para el MOP
* Evite ingresar a sitios desde publicidad en páginas web.
* Si el remitente de un mail no es seguro o es extraño, **¡**Nunca abra los archivos adjuntos**!**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Descripción | Acepta (Si/No) | Observación |
| Aceptar medidas de seguridad |  |  |

Medidas de seguridad:

* Usar protector de pantalla con clave cuando el computador no esté en uso.
* No dejar Pendrive/Flash Drive olvidados en los computadores.
* Bloquear puertos USB del equipo para periféricos de almacenamiento externos. Es importante mencionar que en caso de excepciones previamente autorizadas podrán ser habilitados para tal efecto en forma temporal.
* Fomentar la costumbre de: “Darle a los bienes el mismo cuidado que le daría Ud., como si fuera el propio”.
* El usuario debe asegurarse de que su equipo cuenta con el software antivirus, el cuál debe ser actualizado por lo menos una vez por semana.
* Quedará prohibida la conexión a redes que no sean del ministerio mientras se encuentre en dependencias de la ésta.
* Queda prohibido la descarga de aplicaciones o software no autorizado por parte de los usuarios en particular para aquellos definidos con acceso remoto.

Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Declaro bajo juramento que en mi postulación al concurso para realizar funciones de teletrabajo de acuerdo a mi función/cargo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ que desempeño en la Dirección de Contabilidad y Finanzas del MOP, he presentado todos mis antecedentes disponibles, sin ocultar información respecto y documentos plenamente válidos, vigentes y reales.

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

Firma Declarante

En \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, a \_\_\_\_ de Agosto de 2023.

De acuerdo al artículo 52 de la Ley Orgánica Constitucional de Bases Generales de la Administración del Estado, todo funcionario público deberá dar estricto cumplimiento al principio de la probidad administrativa. El principio de la probidad administrativa consiste en observar una conducta funcionaria intachable y un desempeño honesto y leal de la función o cargo, con preeminencia del interés general sobre el particular. Por tanto, la falsedad de su declaración podría tener responsabilidad administrativa.