**Anexo N° 03:**

“Formato de solicitud del cambio de modalidad de trabajo presencial a teletrabajo”

Lugar y fecha de representación de la solicitud

Señor/a

Nombres y apellidos

Jefe/a de la Oficina General de Recursos Humanos

Presente. -

Asunto: Solicitud del cambio de modalidad de trabajo presencial a teletrabajo.

Yo, \_\_\_\_\_ (nombres y apellidos) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, siendo el lugar de prestaciones de labores para el teletrabajo: \_(indicar domicilio en donde desarrollará el teletrabajo)\_\_, del distrito de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, provincia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, departamento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, actualmente me desempeño en el cargo de \_\_\_(mencionar su cargo)\_, en la \_(mencionar el órgano o unidad orgánica donde labora), me dirijo a usted para solicitar un cambio en mi modalidad de trabajo.

Actualmente, me gustaría cambiar la modalidad de trabajo presencial a teletrabajo. La razón principal por la que deseo hacer este cambio es porque el teletrabajo me permitirá \_\_\_\_\_\_ (justificar de acuerdo a su situación actual) \_\_\_\_\_\_\_\_.

Para asegurar que el cambio no afecte negativamente el desempeño de mi trabajo, he planificado lo siguiente:

* \_(mencionar que plan realizará en la jornada laboral en los días de teletrabajo, sin que ello implique riesgo en la continuidad operativa)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Asimismo, en mi condición de servidor/a del Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables expreso lo siguiente:

1. Doy mi autorización para que la notificación de la respuesta a la presente solicitud y de cualquier comunicación relacionada a la modalidad del teletrabajo se efectúe al correo electrónico institucional antes citado, expresando mi compromiso a dar acuse de recibido.
2. Me comprometo a cumplir las orientaciones y recomendaciones que realice al área técnica relacionado con minimizar los peligros y riesgos en materia de seguridad y salud en el trabajo en la modalidad de teletrabajo.
3. Me comprometo a no utilizar a terceros para realizar el teletrabajo, así como a guardar reserva de la información a la que accedo para el desarrollo de las funciones en la modalidad del teletrabajo, el cual suscribo anexo N° 07.
4. Manifiesto estar de acuerdo en proveer mi propio equipo digital o informático y el servicio de acceso a internet, así como los gastos que genere su uso y mantenimiento, sin obligación a compensación alguna por parte del MIMP, asimismo, cumplo con las especificaciones técnicas que determine la Entidad señaladas en el sub numeral 5.5.1 del numeral 5.5 del acápite V del Plan de Teletrabajo del MIMP, el cual suscribo anexo N° 09.
5. Excepcionalmente, la Entidad podrá proveer los equipos digitales, siempre y cuando exista disponibilidad de los mismos. En ese sentido, declaro lo siguiente:
   * Me comprometo al cuidado y buen uso de los equipos informáticos que se me ha asignado, ejerciendo actividades institucionales y vinculadas con mis funciones y/o otras actividades encomendadas por mi jefe/a inmediato y no para uso ajeno a mi función laboral, el cual suscribo anexo N° 10.
   * Me comprometo a resguardar correctamente los equipos informáticos, a fin de salvaguardar los bienes institucionales, además de gestionar y cubrir los gastos de mis servicios y acceso a internet para el desarrollo del teletrabajo, sin obligación a compensación alguna por parte del MIMP.

Asimismo, DECLARO BAJO JURAMENTO, en mi condición de servidor/a del Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables lo siguiente:

Que, adjunto los siguientes documentos acreditando mi petición, ya que me encuentro bajo alguno de los supuestos de población vulnerable y otros, cumpliendo los siguientes requisitos del sub numeral 5.8.3 del numeral 5.8 del acápite V del Plan de Implementación del Teletrabajo 2025.

Marque con un aspa (X) los siguientes criterios asociados a su condición actual:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Acceso a tecnología.** | | | | | |
| Cuento con recursos de equipamiento y conectividad compatible con conexión a internet cumpliendo los estándares de seguridad de la entidad[[1]](#footnote-1). | | | | Si | No |
| Manejo herramientas de comunicación en línea, como correo electrónico, mensajería instantánea y videoconferencia. | | | | Si | No |
| Cuento con facilidad de uso y manejo de dispositivos tecnológicos. | | | | Si | No |
| **Situación de vulnerabilidad.** | | | | | |
| Cuento con **discapacidad** severa, inscrita en el CONADIS[[2]](#footnote-2). | | | | Si | No |
| Me encuentro en estado de **gestación** con alto riesgo. | | | | Si | No |
| i) | Acredito informe del médico tratante, donde precisa el diagnóstico de alto riesgo. | | | Si | No |
| ii) | Acredito cartilla de control prenatal. | | | Si | No |
| Soy madre en etapa de **lactancia**,con caso deenfermedad del/de la infante. | | | | Si | No |
| i) | | Acredito certificado de nacido vivo o partida de nacimiento o DNI del/de la menor. | | Si | No |
| ii) | | Informe del médico tratante, donde precise el diagnóstico de salud del/de la infante. | | Si | No |
| Pertenezco a grupos de riesgo por factores clínicos o enfermedades preexistentes o me encuentro con enfermedad en estado grave o terminal o sufrido accidente grave. | | | | Si | No |
| i) | | | Acredito informe del médico tratante respectivo, así como documentación histórica, vigente y actualizada que acredita la condición médica desfavorable que genere menoscabo a su estado de salud[[3]](#footnote-3). | Si | No |
| **Cuidado de dependientes.** | | | | | |
| **Soy responsable del cuidado del/de la niño/a con enfermedad.** | | | | Si | No |
| i) | | El/La niño/a a cargo de mi cuidado tiene condición de hijo/a, caso contrario acredito la condición de tutor legal. | | Si | No |
| ii) | | Acredito ser la única persona capaz de cuidar o asistir al/a la niño/a, así como supervisar su cuidado. | | Si | No |
| iii) | | Acredito que resido en el mismo domicilio que el/la niño/a a mi cuidado  (DJ sujeta a verificación). | | Si | No |
| iv) | | Informe del médico tratante, donde precise el diagnóstico de salud del/de la niño/a. | | Si | No |
| **Soy responsable del cuidado de personas adultas mayores dependientes.** | | | | Si | No |
| i) | | El/La adulto/a mayor dependiente tiene una pérdida sustancial del estado de reserva fisiológica, asociada a una restricción o ausencia física o funcional que limita o impide el desempeño de las actividades de la vida diaria[[4]](#footnote-4). | | Si | No |
| ii) | | El/La adulto/a mayor dependiente a mi cuidado tiene condición de padre o madre. | | Si | No |
| iii) | | Acredito ser la única persona en condiciones de cuidar o asistir al/a la adulto/a mayor dependiente o supervisar su cuidado[[5]](#footnote-5). | | Si | No |
| iv) | | Acredito que resido de manera permanente en el mismo domicilio del/ de la adulto/a mayor dependiente, adjuntando documento de identidad – DNI del/de la adulto/a mayor (DJ sujeta a verificación). | | Si | No |
| **Soy responsable del cuidado de personas con discapacidad severa, inscrita en CONADIS.** | | | | Si | No |
| i) | | La persona con discapacidad severa a mi cuidado tiene la condición de padre, madre, hijo/a, cónyuge o concubino. | | Si | No |
| ii) | | Acredito la condición de salud actual del familiar (informe médico)[[6]](#footnote-6) . | | Si | No |
| iii) | | Soy el único responsable de cuidar o asistir a la persona a mi cuidado o supervisar su atención (DJ sujeta a verificación). | | Si | No |
| iv) | | Acredito que resido de manera permanente en el mismo domicilio que la persona a mi cuidado (DJ sujeta a verificación). | | Si | No |
| **Soy responsable del cuidado directo de personas pertenecientes a grupos de riesgo por factores clínicos o enfermedades preexistentes**. | | | | Si | No |
| i) | | La persona a mi cuidado tiene la condición de familiar directo  (padres, cónyuge, concubino o hijo). | | Si | No |
| ii) | | Acredito la condición de salud actual del familiar[[7]](#footnote-7). | | Si | No |
| iii) | | Acredito ser el único responsable en condiciones de cuidar o asistir a la persona a mi cuidado (DJ sujeta a verificación). | | Si | No |
| iv) | | Acredito que domicilio de manera permanente en el mismo lugar que la persona que se encuentra bajo mi responsabilidad y/o cuidado, adjuntando documento de identidad – DNI del familiar (DJ sujeta a verificación). | | Si | No |
| **Soy responsable del cuidado de familiares directos que se encuentren con enfermedad en estado grave o terminal o sufran accidente grave.** | | | | Si | No |
| i) | | La persona a mi cuidado tiene la condición de familiar directo (padres, cónyuge, concubino o hijo). | | Si | No |
| ii) | | Acredito documento sobre la condición de salud respectiva[[8]](#footnote-8). | | Si | No |
| iii) | | Acredito ser el único responsable en condiciones de cuidar o asistir a la persona a mi cuidado. | | Si | No |
| iv) | | Acredito que domicilio de manera permanente en el mismo lugar que la persona que se encuentra bajo mi responsabilidad y/o cuidado, adjuntando documento de identidad – DNI del familiar (DJ sujeta a verificación). | | Si | No |

Asimismo, autorizo al Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables para que, en el marco de sus facultades de Entidad empleadora me notifique al correo electrónico institucional o personal (indicar correo personal con letra legible) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, comprometiéndome a emitir el acuse de recepción de las comunicaciones en el día de su emisión; de lo contrario, transcurrido el plazo de veinticuatro (24) horas de emitido el correo electrónico se entenderá debidamente notificado y recepcionado por mi persona.

Asimismo, autorizo a la Entidad para que pueda efectuar visitas inopinadas a mi domicilio donde realizaré el teletrabajo y facilitar el ingreso y verificación de las condiciones en las cuales se desarrolla el teletrabajo.

Se adjunta los Anexo N° 07 (Declaración Jurada de prohibición de utilizar a terceros para realizar el Teletrabajo), Anexo N° 08 (Conformidad de capacitaciones en el marco de la implementación del teletrabajo) y el Anexo N° 09 (Declaración Jurada de Compromiso de proporcionar recursos propios para el desarrollo del teletrabajo).

Atentamente,

Firma

Nombres y apellidos del/de la servidor/a

1. Numeral 5.5 del acápite V del Plan de Implementación del Teletrabajo en el MIMP. [↑](#footnote-ref-1)
2. Aquella que tiene una o más deficiencias físicas, sensoriales, mentales o intelectuales de carácter permanente, acreditada con Certificado de Discapacidad otorgado por los establecimientos de salud del MINSA, los Gobiernos Regionales y Locales, la Sanidad de las FFAA y la PNP, EsSalud, el INPE y los establecimientos de salud de las clínicas privadas autorizadas. [↑](#footnote-ref-2)
3. Acreditable con informe médico de instancias hospitalarias y/o EPS dentro de la especialidad que lo indique y refrendado por la autoridad del centro hospitalario y/o EPS. [↑](#footnote-ref-3)
4. Acreditable con informe médico de instancias hospitalarias y/o EPS dentro de la especialidad que lo indique y refrendado por la autoridad del centro hospitalario y/o EPS. [↑](#footnote-ref-4)
5. Inciso c) del numeral 2.1 del acápite 2 de la “Guía orientadora para implementar el teletrabajo en las entidades públicas”, aprobada por delegación con Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 000054-2023-SERVIR-PE. [↑](#footnote-ref-5)
6. Aquella que tiene una o más deficiencias físicas, sensoriales, mentales o intelectuales de carácter permanente, acreditada con Certificado de Discapacidad otorgado por los establecimientos de salud del MINSA, los Gobiernos Regionales y Locales, la Sanidad de las FFAA y la PNP, EsSalud, el INPE y los establecimientos de salud de las clínicas privadas autorizadas. [↑](#footnote-ref-6)
7. Acreditable con informe médico de instancias hospitalarias y/o EPS dentro de la especialidad que lo indique y refrendado por la autoridad del centro hospitalario y/o EPS. [↑](#footnote-ref-7)
8. Acreditable con informe médico de instancias hospitalarias y/o EPS dentro de la especialidad que lo indique y refrendado por la autoridad del centro hospitalario y/o EPS. [↑](#footnote-ref-8)