**Anexo N° 11:**

“Formato de solicitud de ampliación a la modalidad de 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 de ampliación a la modalidad de 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 ampliación a la modalidad de teletrabajo.

La razón principal de mi solicitud es porque el teletrabajo me permite \_\_\_\_\_ \_\_ (justificar de acuerdo a su situación actual\_\_\_\_\_\_\_\_.

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 ampliación de la modalidad del teletrabajo se efectúe al correo electrónico institucional antes citado, expresando mi compromiso a dar acuse de recibido.
2. Respecto a la pertinencia del mecanismo de autoevaluación, a través del cual se identifican los peligros y riesgos referidos a la modalidad del teletrabajo, manifiesto que las condiciones detalladas en la participación de la capacitación de Salud y Seguridad en el teletrabajo, el formulario presentado se mantiene vigente, teniendo esta información carácter de declaración jurada. Si ( ) No ( )[[1]](#footnote-1)
3. 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.
4. Autorizo a la entidad a realizar las visitas domiciliarias para verificar las condiciones declaradas.
5. 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.
6. 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.
7. 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.

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).

Por tanto, 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[[2]](#footnote-2). | | 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[[3]](#footnote-3). | | 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[[4]](#footnote-4). | 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[[5]](#footnote-5). | 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[[6]](#footnote-6). | 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)[[7]](#footnote-7) . | 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[[8]](#footnote-8). | 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 |

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), comprometiéndose a emitir el acuse de recepción de las comunicaciones en el día de su emisión; de lo contrario, transcurrido el plazo de 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.

Atentamente,

Firma

Nombres y apellidos del/de la servidor/a

1. En caso de no contar con las mismas condiciones declaradas en la capacitación de Salud y Seguridad en el teletrabajo, el servidor deberá anexar el “Formulario de autoevaluación de riesgos para la seguridad y salud en el teletrabajo”, junto con su solicitud de ampliación a la modalidad de teletrabajo. [↑](#footnote-ref-1)
2. Numeral 5.5 del acápite V del Plan de Implementación del Teletrabajo en el MIMP. [↑](#footnote-ref-2)
3. 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-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. 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-5)
6. 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-6)
7. 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-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)