

 <p>SEREMI Región de Valparaíso</p> <p>Ministerio de Salud</p>	<p align="center">FORMULARIO N°2</p>
	<p align="center">DECLARACION JURADA SIMPLE ESPACIO ADECUADOS DE TRABAJO Y MEDIOS TÉCNOLOGICOS</p>

YO _____ CEDULA DE IDENTIDAD N° _____ - _____,
 FUNCIONARIO/A DE LA SECRETARÍA REGIONAL MINISTERIAL DE SALUD DE VALPARAÍSO, DEPARTAMENTO/OFICINA,
 _____, UNIDAD _____.

1. DECLARO BAJO FE DE JURAMENTO, CON TODAS LAS IMPLICANCIAS LEGALES QUE ELLO CONLLEVA DESARROLLAR MIS FUNCIONES EN MODALIDAD DE TELETRABAJO SEGÚN LO ESTABLECIDO EN LA RESOLUCIÓN N° ____ DEL __ DE ABRIL DEL 2024 DE LA SECRETARÍA REGIONAL MINISTERIAL DE SALUD DE VALPARAÍSO. DE IGUAL FORMA SUSCRIBO Y DECLARO QUE CUENTO EN MI DOMICILIO CON UN ESPACIO ADECUADO QUE CUMPLE CON CONDICIONES DE HIGIENE Y SEGURIDAD PARA REALIZAR MIS FUNCIONES BAJO ESTA MODALIDAD Y CON CONDICIONES DE CONECTIVIDAD A INTERNET DOMICILIARIA QUE CUMPLE CON LAS CARACTERÍSTICAS BÁSICAS PARA EL DESARROLLO Y EJECUCIÓN DE LABORES REMOTAS.
2. ASIMISMO, DECLARO BAJO FE DE JURAMENTO QUE LA INFORMACION ENTREGADA EN EL DOCUMENTO “INSTRUMENTO DE AUTOEVALUACIÓN DE RIESGOS DE TELETRABAJO” ES FIDEDIGNA.
3. ADJUNTO A ESTA DECLARACIÓN JURADA “INSTRUMENTO DE AUTOEVALUACIÓN DE RIESGOS DE TELETRABAJO”

NOMBRE DE FUNCIONARIO/A Y FIRMA	NOMBRE JEFATURA DIRECTA, FIRMA Y TIMBRE