

 <p>SEREMI Región de Valparaíso</p> <p>Ministerio de Salud</p>	FORMULARIO N°1
	PATROCINIO TELETRABAJO JEFATURA DIRECTA

YO _____ CÉDULA DE IDENTIDAD N° _____,

AUTORIZO LA REALIZACIÓN DE LABORES VÍA TELETRABAJO SEGÚN LO ESTABLECIDO EN LA RESOLUCIÓN N° 4 3 5 7 DEL 1 0 DE MARZO DE 2025 DE LA SECRETARÍA REGIONAL MINISTERIAL DE SALUD DE VALPARAÍSO, PARA EL/LA FUNCIONARIO/A _____ CÉDULA DE IDENTIDAD N° _____, DE QUIEN ME DESEMPEÑO COMO JEFATURA DIRECTA EN LA/EL UNIDAD/DEPARTAMENTO _____ DE LA SECRETARÍA REGIONAL MINISTERIAL DE SALUD DE VALPARAÍSO.

LA MODALIDAD DE TELETRABAJO SERÁ:

- () 3 DÍAS PRESENCIALES Y 2 DÍAS DE TELETRABAJO / SEÑALAR DÍAS DE TELETRABAJO: _____
- () 4 DÍAS PRESENCIALES Y 1 DÍA DE TELETRABAJO. SEÑALAR DÍA DE TELETRABAJO: _____

PARA LA EJECUCIÓN DE ESTAS LABORES SE COORDINARÁ MEDIANTE EL CONVENIO DE TELETRABAJO QUE SERÁ FIRMADO POSTERIORMENTE ENTRE LA SEREMI DE SALUD REGIÓN DE VALPARAÍSO Y EL/LA FUNCIONARIO/A.

SOLICITUD FUNDADA RESPECTO DE FUNCIONARIO/A DE ÁREA NO TELETRABAJABLE: _____

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