

Dirección / Unidad/ Área perteneciente	
Dirección del lugar donde se estará realizando el trabajo	
Fecha de Aplicación	
Nombre del funcionario/a	

**Nota Importante:** El funcionario o funcionaria debe aplicar esta autoevaluación, previo a comenzar el teletrabajo, la frecuencia en la aplicación deberá ser acordada con la institución, pese a lo anterior será importante aplicar cada vez que efectúen cambios de lugar de trabajo.

N°	Espacios Asociados al Trabajo	SI	NO	N/A	OBSERVACIONES
----	-------------------------------	----	----	-----	---------------

1	¿El lugar de trabajo cuenta con servicios básicos como agua potable, electricidad, servicios higiénicos adecuados y acceso a Internet?				
2	¿El lugar de trabajo tiene espacio suficiente para desarrollar las labores, se encuentra libre de objetos y con un entorno despejado? ¿Esto se cumple en el lugar elegido para desarrollar la tarea?				
3	¿Existen diferencias de nivel o superficies irregulares en el lugar que realizará su trabajo?				
4	¿Se mantienen despejadas las vías de circulación?				
5	Si usted debe cocinar ¿logra hacer una pausa en su trabajo y dedicar completa atención a esta labor?				
6	¿Se hace mantención regularmente por personal capacitado a los artefactos que generan llama?				
7	Si requiere utilizar estufas ¿se preocupa de mantenerlas alejadas de materiales combustibles?				
8	Si requiere utilizar estufas a gas o parafina ¿se preocupa de ventilar los espacios?				
9	En caso de sismo ¿Ha determinado cuáles son los muros sólidos de su vivienda?				
10	¿Cuenta en casa con un plan de seguridad familiar?				
11	¿Ha realizado junto con su empleador, una inspección de seguridad virtual del lugar donde realiza su trabajo (Adicional a la inicial), para determinar los riesgos presentes?				
12	En caso de contar con una mascota, ¿ha tomado las medidas para que sus acciones no vayan a causar un accidente asociado a su trabajo, o daño a los equipos que puedan interrumpir su trabajo?				
13	¿Conoce los procedimientos y normas a aplicar en el teletrabajo, en particular, en lo referente a condiciones de trabajo seguras y saludables?				

N°	Aspectos relacionados con la electricidad	SI	NO	N/A	OBSERVACIONES
----	---	----	----	-----	---------------

14	¿Se acomodan los cables y/o extensiones de los equipos que se utilizan, de forma que nadie pueda tropezar con ellos?				
15	¿Están en buen estado los enchufes de pared de su vivienda?				
16	¿Está en buen estado la instalación eléctrica de su vivienda?				
17	¿La casa habitación cuenta con protector diferencial y éste funciona correctamente?				
18	¿Si utiliza una extensión eléctrica, está certificada y en buen estado?				
19	¿Las extensiones eléctricas de su domicilio, están confeccionadas con cable con cubierta de aislamiento? (No con cable paralelo)				
20	¿Se utilizan las extensiones eléctricas de manera de no sobrecargarlas?				

Nº	Aspectos ergonómicos	SI	NO	N/A	OBSERVACIONES
21	Las dimensiones de la superficie de trabajo ¿son suficientes para situar todos los elementos de trabajo (pantalla, teclado, documentos) cómodamente?				
22	¿Se dispone de espacio suficiente para apoyar las manos y/o antebrazos delante del teclado?				
23	¿La superficie de trabajo no genera brillos indeseados?				
24	¿Dispone de espacio (al menos 60 centímetros de profundidad), debajo de la superficie de trabajo, para adoptar una postura cómoda?				
25	¿Utiliza una silla con base de cinco apoyos?				
26	La silla ¿es regulable en altura y en profundidad?				
27	¿El respaldo de la silla cuenta con apoyo lumbar?				
28	¿El respaldo de la silla es regulable en inclinación?				
29	Si la silla cuenta con apoyabrazos ¿estos son regulables en altura?				
30	¿La adecuación de altura de la silla, en relación al escritorio, permiten que los antebrazos queden apoyados con la articulación del codo flectada en aprox. 90° cuando trabaja, utilizando un computador?				
31	Si la planta de los pies no queda apoyada en el suelo, ¿Cuenta con apoya pies?				
32	¿Puede ajustar la altura de la pantalla del computador de modo que el borde superior de ésta quede a la altura de sus ojos?				
33	¿La pantalla del computador está situada de lado a una ventana o foco de luz exterior? (no de frente o de espalda a la luz)				
34	Si usa notebook, ¿cuenta con alza notebook y teclado y mouse periféricos?				
35	La iluminación en la superficie de trabajo debe ser suficiente para leer sin dificultad documentos. ¿Es adecuada la iluminación?				
36	¿La temperatura de trabajo es confortable, con ventilación adecuada?				
37	Caminar y hacer algunos ejercicios (Incluido el cuello, hombros y espalda) ayuda a la irrigación de la sangre. ¿Se realizan pausas de 10 o 15 minutos cada una hora?				
Nº	Aspectos psicosociales	SI	NO	N/A	OBSERVACIONES
38	¿Se han definido y respetan los horarios de conexión y desconexión?				
39	¿Puede realizar su trabajo de forma tranquila y tenerlo al día?				
40	¿Recibe apoyo cuando lo requiere de su jefatura y/o colegas para desarrollar su trabajo?				
41	¿Tiene claridad respecto a las tareas, objetivos y metas a cumplir?				
42	Su situación laboral ¿le permite proyectarse con seguridad en cuanto a su permanencia en el cargo?				
43	¿Tiene posibilidad de mantener hábitos saludables de sueño, alimentación y tiempos de recreación?				
44	¿Tiene posibilidad de realizar su trabajo sin interrupciones?				
45	¿Cuenta con los implementos y capacitación necesarios para desarrollar adecuadamente su trabajo?				
46	¿La organización establece canales fluidos y continuos de información con el trabajador, de manera directa o a través de su jefatura?				

---

FIRMA DEL FUNCIONARIO/A