

F01-OBS-USOA TT 01
FORMULARIO PARA LA VALORACIÓN DE
CONDICIONES DEL PUESTO DE TELETRABAJO

1. INSTRUCCIONES GENERALES

La Unidad de Salud Ocupacional y Ambiental (USOA) es la unidad responsable de verificar que la persona trabajadora cumple con las condiciones de seguridad, higiene y ergonomía en su puesto de teletrabajo, y de analizar una recomendación médica (con certificado médico válido y que describe el beneficio del teletrabajo como una medida terapéutica). Esta situación permitirá, además, recomendar mejoras en su puesto de trabajo en la instancia universitaria donde realiza trabajo presencial, si esto corresponde.

Para gestionar la solicitud de teletrabajo, en el modelo híbrido, bajo la condición de excepción, según los requisitos de los *Lineamientos para la Implementación del Teletrabajo, en un modelo de Trabajo Híbrido para el Sector Administrativo en la Universidad de Costa Rica*, se solicita completar este formulario.

La información proporcionada es **sensible** por su contenido, por esta razón, será integrada a un expediente para la atención de su solicitud de estudio para ingreso a la modalidad de teletrabajo.

De igual forma, la información proporcionada puede ser verificada mediante entrevista telefónica, video llamada o visita domiciliar. Lo anterior, en cumplimiento a los lineamientos institucionales de teletrabajo referenciados.

Debe completar **TODAS** las preguntas para poder enviar los resultados a la instancia que realiza la aprobación del Convenio de Teletrabajo.

Cualquier consulta, puede llamar a la extensión **6830** o escribir un correo a: SALUD.OCUPACIONAL@ucr.ac.cr

2. DATOS GENERALES

Titular actual del puesto		
Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombre
Cédula de identidad No.	Teléfono o extensión	Correo electrónico institucional

Nombre de la clase de puesto que ocupa (clase ocupacional)

--

Nombre completo de la unidad en que trabaja

Antigüedad en el puesto de trabajo

--	--

Tipo de nombramiento: () Propiedad () Interino () Plazo fijo

Tipo de jornada: () Tiempo completo () Medio tiempo () Cuarto de tiempo

Nombre de la Jefatura Inmediata

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombre

Correo electrónico	Teléfono o extensión telefónica

3. INFORMACIÓN ESPECÍFICA DE LAS ACTIVIDADES DEL PUESTO EN TELETRABAJO

N°	Actividad	Equipos que utiliza	Tiempo que emplea en el desarrollo de la actividad
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

NOTA: Se deben incluir todas las actividades que realiza en el puesto

4. CONDICIONES DEL PUESTO DE TRABAJO DONDE REALIZARÍA TELETRABAJO

1. En este apartado es necesario que identifique sí se cumple o no con el criterio. Debe marcar con una **X** la opción que se ajusta a la condición que presenta.

2. En caso de que no cuente con alguna de las condiciones descritas en la herramienta de autorreporte (debe responder **NO**). En observaciones, debe describir la situación y definir con la jefatura el plazo para la implementación de acciones correctivas.
3. Como requisito indispensable, se debe incluir fotografías del puesto de trabajo, en la modalidad de teletrabajo.

CRITERIOS PARA EVALUAR	SÍ	NO	NA	OBSERVACIONES
ESPACIO FÍSICO				
1. Dispone del espacio necesario para la estación de trabajo: área mínima 2 metros cuadrados libres, altura del cielo raso mínimo de 2.5 m.				
2. La habitación o espacio donde se ubica la estación de trabajo cuenta con la suficiente privacidad para el desarrollo del trabajo.				
CONDICIONES ELÉCTRICAS				
1. El sistema eléctrico está aislado con tubos de PVC, con cable adecuado a la carga y está protegido con puesta a tierra.				
2. Cuenta con sistema de alimentación ininterrumpida con supresor de picos (UPS)				
3. Si se utiliza extensiones, estas cuentan con certificación UL.				
4. El tomacorriente es de fácil acceso, polarizado y aterrizado.				
5. Las líneas que alimentan el tomacorriente están conectadas a un disyuntor				
6. electromagnético o “breakers” de acuerdo con la capacidad nominal de estas.				
CONDICIONES FÍSICAS				
1. El lugar de trabajo tiene ventilación que permite una adecuada renovación del aire o acondicionamiento térmico.				
2. Cuando se requiera la utilización de medios mecánicos de ventilación, se brinda el mantenimiento preventivo a los equipos.				
3. Existe deslumbramiento directo, reflejos molestos en el monitor de la computadora u otras superficies.				
4. El puesto de trabajo se ubica de forma perpendicular a la ventana o fuente de luz (natural o artificial).				
5. El nivel de iluminación ambiental y del monitor son similares.				
6. La estación de trabajo está alejada o aislada de ruidos externos y ruidos propios de la casa.				
CONDICIONES ERGONÓMICAS				
1. La silla cuenta con características y dimensiones adecuadas de acuerdo con las condiciones antropométricas de la persona: asiento ajustable en altura, respaldo, descansabrazos ajustables en altura y base giratoria de cinco puntos de apoyo con rondines. Bordes redondeados, material transpirable, que permita a la persona mantener una postura neutra durante la digitación: espalda recta, brazo antebrazo en 90 y 100 grados, tronco -piernas en ángulo 90 y 100 grados, ambos pies bien soportados el piso.				
2. Para personas cuya estatura se encuentra en el rango de 150 cm a				

185cm, el escritorio debe disponer de las siguientes dimensiones: Sobre de 150cm de largo y 60 cm de ancho mínimo, la altura del sobre 72,5cm, ajustable por el nivelador en +/- 2,5 Indicar sí se cumple				
3. (Las personas cuya estatura está fuera de este rango deben consultar a la USOA para realizar los ajustes correspondientes).				
4. Dispone de espacio libre debajo del escritorio que permita movilizar las piernas y detrás del escritorio para la movilidad de la silla.				
5. El teclado y el mouse están al mismo nivel, a la altura de los codos de la persona, con los codos flexionados entre 90 y 100 grados.				
6. El monitor está ubicado frente a la persona trabajadora y el borde superior está al nivel de los ojos.				
7. La distancia entre la pantalla y el ojo está entre 50 y 60 cm.				
8. Si debe utilizar el teléfono frecuentemente para la realización de su trabajo, utiliza diadema (headset).				

Fuente: Guía de Salud Ocupacional y Prevención de los Riesgos en el Teletrabajo. Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.

Disponible en

https://www.cso.go.cr/documentos_relevantes/manuales_guias/guias/Guiadesaludocupacionalyprevenciondelosriesgosenelteletrabajo.pdf

5. FOTOGRAFÍAS DEL PUESTO DE TRABAJO DONDE REALIZARÍA TELETRABAJO

Debe adjuntar las fotografías según la descripción que se indica a continuación:

1. Silla foto lateral
2. Silla foto de Frente
3. Silla foto parte posterior
4. Foto del escritorio son la silla
5. Foto de bajo del sobre del escritorio.
6. Foto lateral, debe estar sentado en la silla digitando en el teclado, que permite observar el cuello, espalda, brazos, manos, espalda y miembros inferiores.

6. CONDICIÓN DE SALUD (DEBE ANEXAR EL O LOS DOCUMENTOS DE LA VALORACIÓN MÉDICA)

Solo se completan los datos solicitados en este apartado, si la solicitud de ingreso a la modalidad de teletrabajo es por condición de salud, según los requerimientos citados en el Lineamiento 5, bajo la condición de excepción. Si la solicitud **no** corresponde a **una condición por excepción**, por estado **médico**, continúe al punto No. 7

1. Indicar quién emite el documento: CCSS ____ INS ____ Otros: (especifique): _____
2. Señalar la fecha del documento: Día / mes / Año (máximo 180 días de emisión): _____

3. El certificado médico indica el diagnóstico clínico Si ___ No ___
4. Señalar las recomendaciones médicas del Certificado (textual): _____

5. Cité la recomendación médica de teletrabajo: _____

6. Comentar si existentes estudios clínicos pendientes: No ___ Sí ___ (citar cuáles y la fecha programada)

7. Indicar si la condición es: ___ Permanente ___ Temporal (Por ___ días / Por ___ Meses)
8. Señalar la fecha de próxima valoración médica: (si corresponde) _____
9. Citar las acciones preventivas o correctivas realizadas o pendientes en su puesto trabajo (si corresponde):

7. PARA USO DE LA PERSONA QUE SOLICITA INGRESO A LA MODALIDAD DE TELETRABAJO

Yo _____ (nombre completo), cédula No. _____, declaro bajo fe de juramento que la información suministrada en la herramienta de auto reportes, sobre mis condiciones, es verdadera y autorizo a la Universidad de Costa Rica, en las unidades técnicas que designe, a realizar la revisión ocular y técnica en el lugar requerido en el momento que sea señalado por la Coordinación del Programa de Teletrabajo.

Nombre y Apellidos

Firma

Fecha

8. PARA USO DE LA JEFATURA

Yo _____ (nombre completo), cédula No. _____, declaro que este trámite se realiza en apego a los “Lineamientos para Implementar la Modalidad de Teletrabajo, en un Modelo de Trabajo Híbrido, para el Sector Administrativo en la Universidad de Costa Rica”.

Nombre y Apellidos

Firma

Fecha