



CUESTIONARIO DE FUNCIONES

NOMBRE DEL EVALUADO: _____

LOGOTIPO Y NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN	CUESTIONARIO DE FUNCIONES DE PUESTO	<p>Fecha: _____</p> <p>Motivo de evaluación: (marque con una "X")</p> <p>Permanencia, periódica o vigencia: <input type="checkbox"/></p> <p>Promoción: <input type="checkbox"/> Otra: <input type="checkbox"/></p> <p>Área de Adscripción: _____</p> <p>Fecha de ingreso a la Institución: _____</p>
--	--	---

Instrucciones: A continuación se presentan una serie de preguntas para conocer algunas actividades de su trabajo. No deje ninguna sin contestar

Nombre del puesto que ocupa:	Salario mensual (salario total)	Horario de trabajo:
1.- Describa las actividades que realiza de manera diaria en el trabajo:		
2.- ¿Desde cuándo las realiza?		
3.- Las actividades que desempeña ¿requieren el porte de arma? (marque con una X en el recuadro según convenga)		
<p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;">Explique en qué circunstancias ha tenido que usar el arma</p>		



4.- ¿Qué habilidades (ejemplo: facilidad para expresarse, para actuar con rapidez, etc.) y conocimiento o experiencia se necesitan para realizar sus funciones?

5.- ¿Ha manejado información sensible o confidencial? ¿De qué tipo?

6.- ¿Han tenido ascensos en la Institución donde labora? ¿Cuántos y en qué año (s)?

7.- ¿Qué tiene que hacer para ascender de puesto o mejorar su salario?

8.- ¿Qué actividades en su trabajo realiza en grupo y cuáles de manera individual?

EN GRUPO:

INDIVIDUAL:

9.- ¿Tiene gente a su cargo? ¿Cuántas personas y qué cargos tienen?

10.- ¿Cuáles son sus herramientas de trabajo? (por ejemplo arma, computadora, cámara, etc.)



11.- Las actividades que realiza en su trabajo ¿ponen en riesgo su persona? (Marque con una X el cuadro que más de ajuste a su respuesta)

Mucho: **Regular:** **Poco:** **Nada:**

¿Por qué?

12.- ¿Cuáles son las actividades que le gustaría cambiar de su trabajo? ¿Por qué?

13.- ¿Qué propuestas de mejora ha realizado en su trabajo?

14.- ¿Qué actividades son las más difíciles de realizar en su trabajo y por qué?

15.- ¿Qué actividades de su trabajo le gustan más y por qué?

16.- ¿Quién es su jefe inmediato? (nombre y cargo)

17.- Ha tenido accidentes en su trabajo? (marque con una X su respuesta)

SI **NO**

Fecha: _____ **Consecuencias:**



18.- Durante su jornada laboral:

a) ¿Cuántas horas permanece de pie? _____

b) ¿Cuántas sentado? _____

c) ¿Fuma? SI NO Número de cigarros al día: _____

19.- En su trabajo permanece tiempo prolongado frente al monitor de la computadora o pantalla.

SI NO

Cuántas horas: _____

20.- ¿Por qué es usted una persona competente para el puesto que desempeña?

FIRMA DEL EVALUADO

