

## Cuestionario de Funciones de Puesto

Este formato se debe presentar llenado el día de su evaluación

**Instrucciones:** A continuación se presentan una serie de preguntas para conocer algunas actividades de su trabajo:

- En caso de **NUEVO INGRESO** llenar de acuerdo a la convocatoria y/o Puesto que aspira.
- **PERMANENCIA** se colocan las actividades que actualmente desempeña.
- Para **PROMOCIÓN** las funciones que desempeñara.

**Motivo de evaluación:** (marque con una "X")

Nuevo ingreso:

Permanencia, periódica o vigencia:

Promoción:

Corporación: \_\_\_\_\_ Fecha de ingreso a la institución \_\_\_\_\_

Apellido Paterno \_\_\_\_\_ Apellido Materno \_\_\_\_\_ Nombre (s) \_\_\_\_\_

Nombre del puesto que ocupa (rá): \_\_\_\_\_

Salario mensual (total): \_\_\_\_\_ (Nuevo Ingreso) Salario Deseado: \_\_\_\_\_ Horario de trabajo: \_\_\_\_\_

1. Describa las actividades que realiza (rá) diariamente en su trabajo.

2. ¿Desde cuándo las realiza?

3. Las actividades que desempeña (rá) requieren el porte de arma **SI**  **NO**   
Explique en qué circunstancias ha tenido que usar el arma:

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

5. ¿Ha manejado o manejará información sensible o confidencial? **NO**  **SI**  ¿De qué tipo?

6. ¿Ha tenido ascensos en la institución donde labora (ba)? **NO**  **SI**  ¿Cuántos y en qué año (s)?

7. ¿Qué tiene que hacer para ascender de puesto o mejorar su salario? (Solo personal activo)

8. ¿Qué actividades realiza (rá) en grupo y cuáles de manera individual?

En grupo:

Individual:

9. ¿Tiene o tendrá gente a su cargo? ¿Cuántas personas y que cargos tienen?

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

11. Las actividades que realiza (rá) en su trabajo ¿ponen en riesgo su persona?

Mucho

Regular

Poco

Nada

¿Por qué?

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

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. ¿Has tenido accidentes en su trabajo? (marque con una x su respuesta) NO  SI

Fecha:

Consecuencias:

18. Durante su jornada laboral: a) ¿Cuántas horas permanece de pie? b) ¿Cuántas sentado?

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

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

NO

SI

¿Cuántas horas?

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

Hago constar que mis respuestas son verdaderas

Firma de la persona evaluada