

**NOMBRE COMPLETO:** \_\_\_\_\_

<b>CUESTIONARIO DE FUNCIONES DE PUESTO</b>	Fecha: _____
	Motivo de evaluación: (marque con una "X")
	Permanencia: <input type="checkbox"/> o Nuevo Ingreso: <input type="checkbox"/>
	Promoción: <input type="checkbox"/> Otra: <input type="checkbox"/>
	Área de Adscripción: _____
Fecha de Ingreso a la Institución: _____	

Instrucciones: A continuación se presenta 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 diariamente en su 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)		
Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Explique en qué circunstancias ha tenido que usar el arma		

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 o maneja información sensible o confidencial?, ¿De qué tipo?	
6.- ¿Ha 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 que 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 se ajuste a su respuesta)

Mucho  Regular  Poco  Nada

¿Por qué?

12.- ¿Cuáles son las actividades que le gustaría cambiar en 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?