



CUESTIONARIO DE CLASIFICACIÓN

PERSONAL DE CONFIANZA

UNIDAD INSTITUCIONAL

(1)	NOMBRE DEL EMPLEADO	:	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:33%; text-align:center;"><u>PATERNO</u></td> <td style="width:33%; text-align:center;"><u>MATERNO</u></td> <td style="width:15%; text-align:center;">NOMBRE</td> <td style="width:19%; text-align:center;">INICIAL</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align:center;">APELLIDO</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			<u>PATERNO</u>	<u>MATERNO</u>	NOMBRE	INICIAL	APELLIDO			
<u>PATERNO</u>	<u>MATERNO</u>	NOMBRE	INICIAL										
APELLIDO													
(2)	NÚMERO DEL PUESTO	:	_____										
(3)	TÍTULO OFICIAL	:	_____										
(4)	TÍTULO FUNCIONAL	:	_____										
(5)	UBICACIÓN DEL PUESTO	:	_____										

(6) Describa las tareas que usted realiza. Identifique a la derecha las seis (6) tareas esenciales del puesto: una tarea que se considera esencial cuando constituye la razón principal para la existencia del puesto y su eliminación lo cambia fundamentalmente. En caso de ser necesario, utilice papel adicional debidamente identificado

FUNCIONES	ESENCIAL

- (7) SI SUPERVISA EMPLEADOS, MENCIONE LOS TÍTULOS DE LOS PUESTOS Y LA CANTIDAD DE EMPLEADOS QUE OCUPAN LOS MISMOS. SI NO SUPERVISA, FAVOR DE INDICAR **NO APLICA**.

TÍTULO DEL PUESTO	CANTIDAD DE EMPLEADOS

¿CÓMO EJERCE LA SUPERVISIÓN ?

MEDIANTE	OCASIONALMENTE	CONSTANTEMENTE
<input type="checkbox"/> Observación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Informes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Reuniones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- (8) INDIQUE LA FRECUENCIA DE LAS INSTRUCCIONES QUE USTED RECIBE CON RELACIÓN A SU TRABAJO.

TIPO DE INSTRUCCIONES QUE USTED RECIBE	FRECUENCIA	
	CONSTANTE	CUANDO MANEJA TRABAJO FUERA DE LO ORDINARIO
<input type="checkbox"/> Escritas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Verbales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Específicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Generales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- (9) INDIQUE EN QUE FORMA SE REVISA SU TRABAJO:

MODO DE REVISIÓN	EVALUACIÓN			
	¿Cuándo?		¿Cómo?	
	DURANTE EL DESEMPEÑO	AL FINALIZAR	EN FORMA ESPECIFICA	EN FORMA GENERAL
<input type="checkbox"/> Por los resultados				
<input type="checkbox"/> Mediante reuniones				
<input type="checkbox"/> Informes				
<input type="checkbox"/> Observación				

- (10) CONTACTOS O RELACIONES OFICIALES QUE CONLLEVA SU TRABAJO:

CONTACTOS	MEDIOS DE COMUNICACIÓN									
	PERSONAL		TELEFONICA		CORRESPONDENCIA				CORREO ELECTRÓNICO	
					SU FIRMA		FIRMA DEL SUPERVISOR			
	OCAS.	CONST.	OCAS.	CONST.	OCAS.	CONST.	OCAS.	CONST.	OCAS.	FREC.
<input type="checkbox"/> Interno en la Unidad Institucional										
<input type="checkbox"/> Sistema Universitario										
<input type="checkbox"/> Entidades de Gobierno										
<input type="checkbox"/> Gobierno Federal										
<input type="checkbox"/> Público en General										
<input type="checkbox"/> Agencias o instituciones fuera de Puerto Rico										
<input type="checkbox"/> Otras entidades: _____										

- (11) SUS RECOMENDACIONES:

(A) ¿AFECTAN LA TOMA DE DESICIONES? INDIQUE SEGÚN APLICA:

DEPENDENCIA	SI	NO	EN OCASIONES
<input type="checkbox"/> Unidad de trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Unidad Institucional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Sistema Universitario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(B) DESCRIBA EL TIPO DE DECISIONES QUE TOMA EN EL DESEMPEÑO DE SUS FUNCIONES Y LA BASE QUE UTILIZA PARA TOMAR LAS MISMAS.

(12) SU GESTIÓN: ¿AFECTA LA POLÍTICA INSTITUCIONAL?

	SI	NO	EN OCASIONES
<input type="checkbox"/> Recomendando curso de acción	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Tomando decisiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(13) ¿OFRECE USTED SERVICIO PERSONAL DIRECTO AL FUNCIONARIO DE SUPERIOR JERARQUÍA EN SU UNIDAD INSTITUCIONAL?

SI NO

(14) COMPLEJIDAD Y ALCANCE DEL TRABAJO:

Marque la descripción que más se ajusta a su trabajo:

Trabajo **gerencial especializado** que consiste en **dirigir, coordinar y supervisar** las operaciones específicas o programas administrativos o técnicos importantes de una o más de una unidad organizacional.

Trabajo **especializado** que requiere **colaborar en la dirección, coordinación y supervisión** de las operaciones específicas o programas administrativos o técnicos importantes, de una o más de una unidad organizacional.

Trabajo **administrativo** que consiste en **colaborar** en las operaciones específicas o programas administrativos o técnicos importantes de una o más de una unidad organizacional.

Trabajo que incluye, **normal y frecuentemente, la atención de condiciones y problemas diferentes** que requieren juicio considerable en la aplicación de experiencia, creatividad, desarrollo de técnicas, inversión de recursos fiscales y humanos para solucionar los problemas.

Trabajo que requiere el **uso de juicio** en la **aplicación de principios, prácticas y procedimientos** establecidos en **problemas y situaciones** que están cubiertos claramente por las normas o procedimientos establecidos.

Trabajo **rutinario regido** por las **reglas y procedimientos** establecidos, que permiten al empleado los procedimientos más adecuados.

Si **ninguna** de las descripciones anteriores se ajusta al trabajo en su puesto, describa a continuación la complejidad y alcance del mismo:

(15) SI HACE USO DE EQUIPOS, MAQUINARIAS O SISTEMAS DE INFORMACIÓN DESCRIBA AQUELLOS QUE UTILIZA EN SU TRABAJO Y EL TIEMPO (EN NÚMERO DE HORAS O PORCIENTO DEL TIEMPO) QUE DEDICA.

EQUIPO O MAQUINARIA	HORAS O PORCIENTO	EQUIPO O MAQUINARIA	HORAS O PORCIENTO

(16) CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN OFRECIDA ES CORRECTA Y COMPLETA

_____ FIRMA DEL EMPLEADO	_____ TITULO	_____ DIA	_____ MES	_____ AÑO
_____ FIRMA DEL SUPERVISOR INMEDIATO	_____ TITULO	_____ DIA	_____ MES	_____ AÑO
_____ FIRMA DEL NIVEL JERARQUICO SUPERIOR	_____ TITULO	_____ DIA	_____ MES	_____ AÑO
_____ DIRECTOR DE RECURSOS HUMANOS DE LA UNIDAD O SU REPRESENTANTE AUTORIZADO		_____ DIA	_____ MES	_____ AÑO