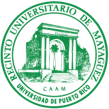
**UNIVERSIDAD DE PUERTO RICO**

**RECINTO UNIVERSITARIO DE MAYAGÜEZ**

**DECANATO DE ADMINISTRACIÓN**

**DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS**

PTRUM-005 (6-2021)

**HOJA DE AUTOEVALUACIÓN**

Un buen acuerdo de teletrabajo comienza con una buena autoevaluación. Se motiva a los empleados a considerar los siguientes factores para tomar una determinación honesta sobre sus capacidades de teletrabajar. Documente cualquier inquietud que pueda tener y cómo las abordará para realizar el teletrabajo.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **A.** | **Consideraciones Generales** | | | |
|  | ● | | ¿Tiene tareas suficientes como para ejercer el teletrabajo? | Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ |
|  | ● | | ¿Se siente cómodo teletrabajando? | Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ |
|  | ● | | ¿Se perderá la interacción social? | Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ |
|  | ● | | ¿Afectará su teletrabajo a sus compañeros de trabajo? | Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ |
|  | ● | | ¿Le necesitan en la oficina para completar el trabajo? | Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ |
|  | ● | | ¿Harán trabajo extra porque usted está teletrabajando? | Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ |
|  | ● | | ¿Está dispuesto a ser flexible sobre el acuerdo de teletrabajo para responder a las necesidades del supervisor, el grupo de trabajo y el trabajo? | Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ |
| **B.** | **Consideraciones de Autogestión** | | | |
|  | ● | ¿Tiene la capacidad de hacer el trabajo con supervisión directa mínima? | | Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ |
|  | ● | ¿Tiene prácticas de trabajo organizadas? | | Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ |
|  | ● | ¿Tiene buenas destrezas de planificación? | | Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ |
|  | ● | ¿Tiene buenas destrezas de manejo de tiempo? | | Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ |
|  | ● | ¿Es capaz de cumplir con los horarios y términos? | | Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ |
| **C.** | **Consideraciones Tecnológicas** | | | |
|  | ● | ¿Se siente cómodo con la tecnología que será necesaria para el teletrabajo? | | Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ |
|  | ● | ¿Conoce lo suficiente sobre las aplicaciones o programas de computadoras que le permitirán teletrabajar de manera eficiente? ¿necesita adiestramientos para reforzar los conocimientos? | | Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ |
|  | ● | ¿Hace buen uso del equipo tecnológico y la información que utiliza para realizar sus funciones? | | Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ |
|  | ● | ¿Está dispuesto a aprender sobre sistemas de información, programas o tecnología necesarias para el teletrabajo? | | Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ |
| **D.** | **Consideraciones de Comunicación** | | | |
|  | ● | ¿Tiene la capacidad de garantizar una buena comunicación con su supervisor, compañeros de trabajo y personas a quienes se les ofrece el servicio de la agencia? | | Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ |
|  | ● | ¿Devolverá correos electrónicos, llamadas y otros mensajes de manera oportuna? | | Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ |
| **E.** | **Consideraciones de espacio apropiado** | | | |
|  | ● | ¿El lugar considerado para teletrabajar es propicio para hacer su trabajo? | | Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ |
|  | ● | ¿Es seguro para el teletrabajo? | | Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ |
|  | ● | ¿Ha tomado medidas o ha hecho los arreglos necesarios para el cuidado de dependientes (es decir, cuidado de niños, cuidado de ancianos o cuidado de otros adultos dependientes)? | | Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ |
|  | ● | ¿Se distraerá en el espacio de la oficina de teletrabajo (por ejemplo, por niños, amigos, televisión u otras responsabilidades)? | | Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ |

He leído, comprendido y discutido con mi supervisor el documento de autoevaluación. Entiendo que tengo la capacidad de realizar adecuadamente mis funciones a través de la metodología de teletrabajo y tengo la disposición para obrar conforme a los deberes y responsabilidades establecidas en la Política y el Acuerdo de Teletrabajo.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nombre del Empleado |  | Nombre del Supervisor |
|  |  |  |
| Firma Empleado (Fecha) |  | Firma Supervisor (Fecha) |