**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA**

DIVISIÓN DE ADMINISTRACIÓN DE RECURSOS HUMANOS

UNIDAD DE CLASIFICACIÓN DE PUESTOS

**SOLICITUD DE REVISIÓN A LA**

**CLASIFICACIÓN U OTROS ASPECTOS**

FORM. DARH.042

**I N D I C A C I O N E S**

Este cuestionario tiene como propósito obtener información que permita resolver solicitudes de revisión de condiciones laborales, relativas a clasificación, salario, jornada de trabajo u otros aspectos análogos.

La información que se proporcione será verificada por la División de Administración de Recursos Humanos, con el objeto de garantizar su exactitud.

Debe ser llenado a máquina, con la información del trabajador que ocupa la plaza y del jefe inmediato en las secciones indicadas.

Para que la solicitud tenga validez, debe ser firmada y sellada por el jefe de la dependencia, unidad ejecutora o unidad académica.

**1. DATOS DE LA PLAZA**

* 1. PUESTO QUE OCUPA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del puesto\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Código \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Categoría \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nivel \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Escala salarial \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ SUELDO MENSUAL: Total Q. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Antigüedad en el puesto \_\_\_\_años

Minimo Máximo

Jornadas de trabajo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ horas diarias \_\_\_\_ horas por semana. Horario de \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_hrs.

Tipo de contratación: Nombramiento Contrato Planilla Otra

Vigencia de la Plaza: A indefinido A plazo fijo

* 1. UBICACIÓN

Unidad Ejecutora \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Partida \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

División \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Departamento\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sección o unidad \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Administración Docencia Investigación Extensión

* 1. DATOS DEL TRABAJADOR

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Primer apellido Segundo apellido Apellido de casada Nombres

Número de Registro de Personal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Educación Actual \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**2. DATOS SOBRE LA SOLICITUD DE REVISIÓN**

Esta parte debe ser llenada por el trabajador que ocupa el puesto o por el jefe inmediato, si el puesto estuviera vacante.

2.1 La revisión solicitada se debe a: (Marque el cuadro que corresponda)

Cambio de nombre Cambio de Horario Cambio de Funciones Traslado de Renglón Incremento de Jornada Otro

Especifique \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* 1. SITUACIÓN DE CAMBIO
* A su criterio, el nombre correcto es: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* La jornada ideal debe ser de \_\_\_\_ hrs. Diarias, así: de \_\_\_\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_ y de \_\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_
* Las funciones generales que se proyectan, han variado, es a partir de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, son:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

El salario debe cambiarse a: Q.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ por mes. Diferencia con el actual: Q. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* 1. PUESTOS CON FUNCIONES IGUALES

Mencione si en su dependencia existen otros puestos con igual o distinta denominación, pero que tienen tareas iguales o muy semejantes a las suyas. Para ese efecto tiene el cuadro siguiente:

Título de la Plaza Similar Nombre del Trabajador Dependencia No. De Plaza

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Si el espacio no fuere suficiente, agregue hojas adicionales)

1. **DESCRIPCIÓN DE LAS TAREAS DE LA PLAZA**

Con el objeto de conocer las funciones asignadas a la plaza en la cual se solicita revisión, describa en forma amplia, las tareas que actualmente se ejecutan en la misma, y si habrá algún cambio, cuáles son las que realizará a partir de la fecha ya indicada en el inciso 2.2.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 3.1 TAREAS ACTUALES DE LA PLAZA | | NO LLENE ESTE ESPACIO |
|  | 3.1.1 Tareas permanentes (qué hace, cómo lo hace). Las que por su naturaleza realiza diariamente y semanalmente. |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  | 3.1.2 Tareas periódicas (qué hace, cómo lo hace). Las que por su naturaleza debe ejecutar semanal, quincenal o mensualmente. (Quincenal, mensual y trimestral). |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  | 3.1.3 Tareas ocasionales (qué hace, cómo lo hace). Las que por su naturaleza obedecen a causas eventuales y que no se tiene previsto cuando se van a realizar. (Semestral o anual) |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 3.2 | TAREAS FUTURAS DE LA PLAZA  Esta sección debe llenarla el jefe inmediato, en caso se proyecte cambiar alguna de las atribuciones actuales. |  |
|  | 3.2.1 Tareas permanentes (qué hará, cómo lo hará). Las que por su naturaleza realizará diariamente. |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  | 3.2.2 Tareas periódicas (qué hará, cómo lo hará). Las que por su naturaleza deberá ejecutar semanal, quincenal o mensualmente. |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  | (Agregar hojas adicionales) |  |
| 3.3 | USO DE MÁQUINAS, EQUIPO Y OTROS |  |
|  | 3.3.1 Máquinas, equipo, instrumentos, etc., que se operarán para el desempeño de las tareas de la plaza, señale el tiempo que se emplea en el manejo de cada una de ellas. |  |
|  | Máquinas, Equipo, Aparatos o Instrumentos | Hrs. Diarias |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

1. **RELACIONES DE TRABAJO**

SUPERVISIÓN RECIBIDA: Las tareas que se realizan (o se realizarán) en esta plaza son (o serán) supervisadas por:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Nombre de la plaza) (Nombre de quien la ocupa)

SUPERVISIÓN EJERCIDA: Dentro De las atribuciones de la plaza, ¿Hay que dirigir o supervisar a otros empleados?

**SI NO OCASIONALMENTE**

En caso afirmativo, indique:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Título de la Plaza | Partida Presupuestaria | No. De Plaza | Nombre de la Persona |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

(Si el espacio no es suficiente, agregue hojas adicionales)

**5. REQUISITOS MINIMOS**

Requisitos para desempeñar esta plaza. Describa en los cuadros los requisitos que según su criterio exige la plaza. En los círculos marque el que corresponda a la educación y experiencia que posee quien la ocupa.

5.1 EDUCACIÓN

Primaria o Diversificado o Post-grado

Básico de Secundaria o Universitaria u Otros estudios

Del dato anterior, informe el último año aprobado

1 2 3 4 5 6

Carrera:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| * 1. EXPERIENCIA:   Ninguna O 3 años  6 meses O 4 años  1 año O 5 años  2 años O Más de 5 | Clase de experiencia |

**6. DECLARACIÓN DEL TRABAJADOR**

Declaro que la información proporcionada en este cuestionario es completa y exacta.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha: día mes año Nombre del trabajador Firma

1. **CERTIFICACIÓN DEL JEFE INMEDIATO Y LA AUTORIDAD RESPONSABLE**

Cualquier información adicional que complemente la solicitud de revisión, favor de anotarla en este espacio o en hojas adicionales.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Declaro que las respuestas a las preguntas del presente cuestionario son correctas y exactas, por lo que asumo la responsabilidad en la verificación que de las mismas se puedan hacer.

Guatemala, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre y cargo Firma y sello

Vo.Bo., Autoridad Nominadora \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma y sello \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_