



UNIVERSIDAD DE PUERTO RICO
OFICINA DE RECURSOS HUMANOS
ADMINISTRACIÓN CENTRAL

Jardín Botánico Sur, 1187 Calle Flamboyán, San Juan, Puerto Rico 00926-1117
Teléfono: (787) 250-0000 Ext. 4504



PT-005 (6-2021)

HOJA DE AUTOEVALUACION

Un buen acuerdo de teletrabajo comienza con una buena autoevaluación. Se alienta 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		
	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Se siente cómodo con la tecnología que será necesaria para el teletrabajo? 	Si ____ No ____
	<ul style="list-style-type: none"> • ¿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 ____
	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Hace buen uso del equipo tecnológico y la información que utiliza para realizar sus funciones? 	Si ____ No ____
	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Está dispuesto a aprender sobre sistemas de información, programas o tecnología necesarias para el teletrabajo? 	Si ____ No ____
D. Consideraciones de Comunicación		
	<ul style="list-style-type: none"> • ¿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 ____
	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Devolverá correos electrónicos, llamadas y otros mensajes de manera oportuna? 	Si ____ No ____
E. Consideraciones de espacio apropiado		
	<ul style="list-style-type: none"> • ¿El lugar considerado para teletrabajar es propicio para hacer su trabajo? 	Si ____ No ____
	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Es seguro para el teletrabajo? 	Si ____ No ____
	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Ha tomado medidas o ha hecho los arreglos necesarios para el cuidado de dependientes (es decir, cuidado de 	Si ____ No ____

	niños, cuidado de ancianos o cuidado de otros adultos dependientes)?	
•	¿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)