

Descripción de tareas y actividades rutinarias y no rutinarias que la persona funcionaria realiza actualmente FUNED VE 04.00.02

(Uso exclusivo para la persona funcionaria)

Nota: Es importante para el análisis de la información, lograr una correcta y completa descripción de las tareas realizadas durante su jornada laboral, para lo cual se requiere su colaboración y detalle de los datos solicitados.

Por favor, siga las siguientes instrucciones:

- 1. Lea atentamente el formulario.
- 2. Tenga presente las tareas, las responsabilidades, los requisitos y las condiciones del puesto exactamente como son en la realidad.
- 3. Conteste con la máxima claridad y objetividad.
- 4. Use palabras sencillas y de claro significado.
- 5. Utilice letra Arial, tamaño 11.
- 6. Enviar el documento en formato PDF.
- A. Enumere y describa en el siguiente cuadro las tareas realizadas durante su jornada laboral.

Cuadro 1.

| Tarea | Descripción |
|-------|-------------|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

B. ¿Cuál de las tareas descritas anteriormente es la que más afecta su salud? Especifique las razones de su respuesta. (Puede incluir varias, iniciando por la que considera más perjudicial para usted).

Fecha de aprobación:
6 de marzo, 2023

Versión: 01

Rige a partir de:
30 de marzo, 2023



Descripción de tareas y actividades rutinarias y no rutinarias que la persona funcionaria realiza actualmente FUNED VE 04.00.02

Cuadro 2.

| Tarea | Razones |
|-------|---------|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

C. ¿Cuáles de las tareas que tiene asignadas puede realizar sin afectaciones a su salud?

Cuadro 3.

| Tarea | Razones |
|-------|---------|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

| Observaciones (utilice este espacio si requiere especificar aspectos que no estén incluidos en las respuestas anteriores): |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |

Versión: 01



Descripción de tareas y actividades rutinarias y no rutinarias que la persona funcionaria realiza actualmente

FUNED VE 04.00.02

| Yo | , número de cédula | declaro | | |
|--------|--|---------|--|--|
| | imento que la información suministrada en este formulario es verdadera. A niento para que se inicie con el Proceso de Adaptación del Puesto de Trab | | | |
| Firma: | | | | |
| Fecha: | | | | |

Versión: 01