|  |
| --- |
| **INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DE LA CEDULA PARA LA DETECCIÒN DE NECESIDADES** |
| **DE LA PERSONA** |
| 1. **NOMBRE**
 | Colocar el nombre completo de la persona adscrita a la Subdirección de Enfermería al cual se está aplicando la Detección de Necesidades de capacitación iniciando con: Apellido paterno, materno y nombre (s) |
| 1. **ESCOLARIDAD**
 | En este apartado se debe señalar con una **√** el grado máximo de escolaridad  |
| 1. **EDUCACIÓN BASICA**
 | Marcar alguna de las dos opciones señaladas (primaria o básica). Lo anterior si el grado máximo de escolaridad se circunscribe a la educación básica. |
| 1. **MEDIA SUPERIOR**
 | Marcar alguna de las tres opciones señaladas (bachillerato, técnico o propedéutico). Lo anterior si el grado máximo de escolaridad se circunscribe a la educación media superior. |
| 1. **SUPERIOR**
 | La opción de Licenciatura (en caso de que el servidor público tenga estudios de dicho nivel de estudios). |
| 1. **MARCAR**
 | En caso de tener estudios de posgrado deberá marcar alguna de las tres opciones señaladas Licenciatura (Lic.) Especialidad (Esp.) Maestría (Mtria) y/o Doctorado (Doc.). |
| **DEL PUESTO QUE OCUPA** |
| 1. **NOMBRE**
 | Colocar el nombre del puesto que tienen Ejemplo: Enfermera Jefe de Servicio |
| 1. **ADSCRIPCIÓN**
 | En este apartado se colocará el nombre de la Dirección o Subdirección de Área o su equivalente.Ejemplo: Subdirección de Enfermería |
| 1. **CLAVE PRESUPUESTAL**
 | Se colocará las letras y dígitos que establecen la clave presupuestalEjemplo: M02034 |
| 1. **NIVEL OCUPACIONAL**
 | En este apartado se señalará con una **X** el carácter que tiene el puesto (confianza o base) del servidor público encuestado |
| 1. **FUNCIONES Y/O ACTIVIDADES QUE REALIZA**
 | En el caso de que la persona encuestada sea de confianza o tenga a su cargo personal, se tendrán que señalar las funciones de las áreas respectivas. En el caso de que la persona encuestada sea de base, deberá establecerse las funciones o actividades que realiza. |
| 1. **FUNCIONES SUJETAS A CAPACITACIÓN**
 | Del apartado anterior, se señalarán qué actividades requieren capacitaciónEjemplo: Manejo del desfibrilador |
| 1. **TEMAS DE CAPACITACIÓN PARA LAS FUNCIONES**
 | Señaladas las funciones y/o actividades sujetas de capacitación, se deberá colocar el tema con el cual se llevaría a cabo el evento de capacitación. |
| 1. **JUSTIFICACIÓN DE TEMA PARA CAPACITACIÓN**
 | Colocar el número de acuerdo al razonamiento por los cuales no está realizando la función o actividad.Ejemplo: 3 |
| 1. **PRIORIDAD**
 | Establecer la prioridad que tiene para su realización el tema de capacitación para funciones de acuerdo a la simbología: **C= Conveniente N= Necesario I= Indispensable** |

****

|  |
| --- |
| **DATOS DE IDENTIFICACIÓN** |
| **DE LA PERSONA** | **DEL PUESTO QUE OCUPA** |
| **NOMBRE**  |  | NOMBRE |  |
| **ESCOLARIDAD** | ADSCRIPCIÒN |  |
| **EDUCACIÓN BASICA** | **MEDIA SUPERIOR** | **SUPERIOR** | CLAVE PRESUPUESTAL |  |
| **PRIMAR.** | **SECUND.** | **BACHILLERATO** | **LIC** | **ESP** | **MTRIA** | **DOC** | NIVEL OCUPACIONAL |
|  |  | **TECNICO** | **PROPEDEUTICO** |  |  |  |  | CONFIANZA | BASE |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **FUNCIONES Y/O ACTIVIDADES QUE REALIZA.** | **FUNCIONES SUJETAS A CAPACITACIÓN.** | **TEMAS DE CAPACITACIÓN PARA JUSTIF FUNCIONES.** | **PRIORIDAD** |
| **C** | **N** | **I** |
| a) |  |  |  |  |  |
| b) |  |  |  |  |  |
| c) |  |  |  |  |  |
| d) |  |  |  |  |  |
| e) |  |  |  |  |  |

**SIMBOLOGIA**

|  |  |
| --- | --- |
| **JUSTIFICACIÓN DE TEMA P/CAPACITACIÓN**(RAZON POR LA CUAL NO REALIZA LA FUNCIÓN) | **C= Conveniente****N= Necesario****I= Indispensable** |
| **1)Desconoce procedimientos** | **4) Debe modificar actitudes** |
| **2)Requiere de conocimientos** | **5) No cuenta con insumos necesarios** |
| **3)Debe desarrollar habilidades** |  |