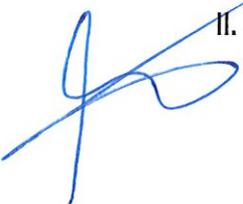


MEMORANDO ADMINISTRATIVO WIOA – 2018 – 006

POLÍTICA DE EVALUACIÓN DE CUMPLIMIENTO CON EJECUCIÓN Y CRITERIOS DE MEDIDAS DE SERVICIO DE EXCELENCIA

I. INTRODUCCIÓN:

Esta Política tiene el fin de establecer y presentar el Formulario para recopilar información y establecer la Métrica del Centro de Gestión Única – “American Job Center” (CGU-AJC). Este proceso es para mantener informados a la Junta Local y las diferentes Áreas sobre la integración de nuestros Socios en el CGU y para establecer procesos que midan el servicio a nuestros participantes, Patronos y Socios.



II. PROPÓSITO Y OBJETIVO

La Métrica del CGU-AJC es una guía para evaluar el ofrecimiento de servicios a los participantes, Patronos y Socios. Se estará monitoreando como van fluyendo los participantes con las diferentes actividades que se estarán ofreciendo. El objetivo es lograr que los servicios sean de excelencia para nuestros clientes activos y clientela potencial con la finalidad de que puedan entrar a la fuerza laboral

III. DISPOSICIONES GENERALES

Se estarán implantando unos Formularios para establecer las Métricas de como las diferentes Áreas se estarán integrando y la forma en que se cumple con el Acuerdo de Operación del CGU/AJC y su Plan de Trabajo 2018 – 2019. Los Socios Mandatorios y Opcionales estarán informando acerca de las actividades y servicios en sus respectivos Programas y Áreas.

Las diferentes actividades que se estará recogiendo en los Reportes son: Participantes Orientados/Referidos a Empleo, Tiempo dedicado al CGU-AJC, Referidos a Estudios, Ofertas de Empleo Recibidas, etcétera. Se crearon Formularios para recoger información de cómo se sintieron después de recibir el servicio. Por ejemplo: Satisfacción al Cliente, Patrono, Socios, Integración de Datos y Satisfacción con MIS.

Estaremos evaluando cualquier reporte de querellas para identificar las que surjan y establecer controles para resolverlas. El propósito es que se cumpla con las políticas y establecer mejoras en los procesos. El fin es lograr que los servicios integrales se ajusten y se brinde un servicio de excelencia a nuestros visitantes. Según el tipo de querella, se llevará a cabo el proceso establecido en el Procedimiento de Querellas del ALDL y CGU/AJC. Después de evaluar las diferentes categorías y recopilada la data, se podrá medir mensualmente la satisfacción del cliente y el funcionamiento del CGU-AJC.

Los formularios que tendremos disponibles para recoger la información de los servicios son los siguientes:

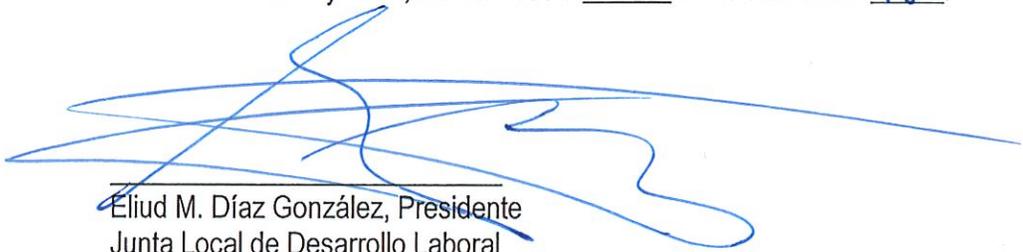
1. Encuesta para Satisfacción del Patrono
2. Encuesta para Satisfacción al Participante
3. Solicitud de Servicio Sistema de Computadora
4. Registro Mensual Solicitud de Servicios Sistema de Computadora
5. Información de Patronos para Ofertas de Empleo
6. Hoja de Referido Socios Mandatorios
7. Registro de Querellas
8. Registro Mensual de Querellas
9. Reporte Trimestral Evaluación de Cumplimiento con Ejecución y Criterios de Medidas de Servicio de Excelencia
10. Indicadores de Ejecución y Metas Futuras – Programa Título I

La Evaluación de Cumplimiento, se realizará cada tres meses (de manera trimestral) con un Informe de Cumplimiento Anual.

IV. APROBACIÓN Y VIGENCIA

Esta Política comenzará a regir al momento de su aprobación y firma. El mismo se mantendrá vigente hasta que sea enmendado o derogado.

En Bayamón, Puerto Rico a 20 de diciembre de 18.



Eliud M. Díaz González, Presidente
Junta Local de Desarrollo Laboral



Edwin A. Zayas Miranda
Director Junta Local
ALDL Bayamón – Comercio

INFORMACIÓN DE PATRONO

INFORMACIÓN DE PATRONOS PARA OFERTAS DE EMPLEO

NOMBRE DE LA COMPAÑÍA		PERSONA CONTACTO		POSICIÓN QUE OCUPA	
DIRECCIÓN FÍSICA		DIRECCIÓN POSTAL			
NÚM. DE TELÉFONO	NÚM. DE FAX	CORREO ELECTRÓNICO			

DETALLE DE VACANTES DE EMPLEOS

PLAZAS DISPONIBLES	CANTIDAD DE PLAZAS	TIPO DE EMPLEO	SALARIO	REQUERIMIENTOS
		<input type="checkbox"/> Temporero <input type="checkbox"/> Part-Time <input type="checkbox"/> Permanente <input type="checkbox"/> Full-Time	\$	
		<input type="checkbox"/> Temporero <input type="checkbox"/> Part-Time <input type="checkbox"/> Permanente <input type="checkbox"/> Full-Time	\$	
		<input type="checkbox"/> Temporero <input type="checkbox"/> Part-Time <input type="checkbox"/> Permanente <input type="checkbox"/> Full-Time	\$	

Tipo de Referido: Directo Citación Vía fax Otro _____

Firma del Técnico de Servicios _____

Fecha _____

REGISTRO MENSUAL SOLICITUD DE SERVICIOS SISTEMA DE COMPUTADORAS

	NOMBRE DEL SOLICITANTE	FECHA DE PETICIÓN	FECHA DE RESUELTO	COMENTARIOS
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				

Total _____

*Para Uso del Centro de Cómputos:

Comentarios:

Equipo Arreglado []

Cambio de Pieza []

Servicio por SBD []

Iniciales

SOLICITUD DE SERVICIO SISTEMA DE COMPUTADORAS

Nombre del solicitante: _____

Oficina: _____

Describa brevemente la situación o problema con el sistema de computadoras:

Autorizado por: _____

Este servicio será efectuado dentro de los próximos tres (3) días.

Verificado por el Coordinador: Sí () No ()

Firma

*Para Uso del Centro de Cómputos:

Comentarios:

Equipo Arreglado []

Cambio de Pieza []

Servicio por SBD []

Iniciales

REGISTRO MENSUAL DE QUERELLAS

Fecha: _____

Tipo de Querella:

	TOTAL		TOTAL
Hostigamiento Sexual	O _____	Discrimen por Religión	O _____
Hostigamiento en el Empleo	O _____	Discrimen por Raza	O _____
Discrimen de Género	O _____	Ética	O _____
Otros:	O _____		

Comentarios:

Firma Autorizada

Fecha

HOJA DE REFERIDO SOCIOS MANDATORIOS

INFORMACIÓN DE SOLICITANTE				
Seguro Social	Nombre	Inicial	Apellido Paterno	Apellido Materno
*** _ ** _				
AGENCIA A REFERIR				
Departamento de Educación		Oficina de Servicios Comunes		Pathstone
Administración de Rehabilitación Vocacional		Departamento de Vivienda Municipal		AARP
Servicio de Empleo - Wagner Peyser		Departamento de la Familia		Job Corps
Otros:				
SERVICIOS				
Orientación de Programas y servicios		Orientación Mercado Laboral		Consejería Ocupacional
Evaluación y Determinación de Elegibilidad		Búsqueda de Empleo		Seguimiento
Otros:				
COMENTARIOS				
Firma de Manejador de Casos			Fecha	
ACCIÓN TOMADA				
Favor de Detallar los Servicios Prestados al Cliente en contestación al Referido				
Nombre Representante de Agencia		Firma Representante de Agencia		Fecha



Hoja de Asistencia

Socios Mandatorios y Opcionales – Centro de Gestión Única Bayamón – Comercio

Agencia: _____

FECHA DE SERVICIOS MES/DÍA/AÑO	NOMBRE DEL REPRESENTANTE (LETRA DE MOLDE)	FIRMA

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE PARTICIPANTE

Fecha: _____

Nombre del Participante: _____

Teléfono: _____

Dediquemos unos minutos para completar esta pequeña Encuesta. Sus respuestas serán de gran utilidad para mejorar el servicio que le proporcionamos.

1. ¿Cómo conoció sobre los servicios que brinda nuestra Agencia?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> TV (Programa Tiempo Presente) | <input type="checkbox"/> Prensa o revista |
| <input type="checkbox"/> Radio | <input type="checkbox"/> Colegas o contactos |
| <input type="checkbox"/> Internet | <input type="checkbox"/> Promoción de Personal de la Agencia |
| <input type="checkbox"/> Otros _____ | |

2. ¿Cuánto tiempo lleva utilizando los servicios de la Agencia?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Menos de un mes | <input type="checkbox"/> Entre uno y tres años |
| <input type="checkbox"/> De uno a nueve meses | <input type="checkbox"/> Más de tres años |
| <input type="checkbox"/> De nueve a doce meses | |

3. Servicios brindados:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Orientación | <input type="checkbox"/> Asesoramiento Técnico de Personal Especializado |
| <input type="checkbox"/> Uso de facilidad para Búsqueda de Empleo y Preparación de Resúmenes | <input type="checkbox"/> Referido a Empleo |
| <input type="checkbox"/> Evaluación Inicial y Acervo de Candidatos | <input type="checkbox"/> Referido a Estudios |
| <input type="checkbox"/> Referido a Adiestramiento | <input type="checkbox"/> Asistencia del Personal en Reclutamientos |
| <input type="checkbox"/> Otros _____ | |

4. Valore del 1 al 10 (donde 10 – excelente y 1 – pobre) los siguientes atributos de la Agencia.

	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1
Profesionalismo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Organización	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Facilidades Físicas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Calidad de Servicios	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Disponibilidad de Servicios	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

5. ¿Recomendaría usted nuestros servicios a otras personas?

Sí No

6. ¿Utilizaría usted nuevamente los servicios de la Agencia?

Seguro que sí Probablemente no

7. Recomendación o comentario sobre el servicio que proporcionamos o el personal de nuestra Agencia.

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE PATRONO

Fecha: _____

Nombre de la Compañía: _____

Persona Contacto: _____

Teléfono: _____

Dediquemos unos minutos para completar esta pequeña Encuesta. Sus respuestas serán de gran utilidad para mejorar el servicio que le proporcionamos.

1. ¿Cómo conoció sobre los servicios que brinda nuestra Agencia?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> TV (Programa Tiempo Presente) | <input type="checkbox"/> Prensa o revista |
| <input type="checkbox"/> Radio | <input type="checkbox"/> Colegas o contactos |
| <input type="checkbox"/> Internet | <input type="checkbox"/> Promoción de Personal de la Agencia |
| <input type="checkbox"/> Otros _____ | |

2. ¿Cuánto tiempo lleva utilizando los servicios de la Agencia?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Menos de un mes | <input type="checkbox"/> Entre uno y tres años |
| <input type="checkbox"/> De uno a nueve meses | <input type="checkbox"/> Más de tres años |
| <input type="checkbox"/> De nueve a doce meses | |

3. Servicios brindados:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Adiestramiento en el Empleo (OJT) | <input type="checkbox"/> Asesoramiento Técnico de Personal Especializado |
| <input type="checkbox"/> Uso de Facilidad para Entrevista, Reclutamiento y Adiestramiento | <input type="checkbox"/> Asistencia del Personal en Reclutamiento |
| <input type="checkbox"/> Readiestramiento a Incumbentes | <input type="checkbox"/> Actividades de Experiencia de Verano Ocupacional |
| <input type="checkbox"/> Evaluación Inicial y Acervo de Candidatos | |
| <input type="checkbox"/> Otros _____ | |

4. Valore del 1 al 10 (donde 10 – excelente y 1 – pobre) los siguientes atributos de la Agencia.

	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1
Profesionalismo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Organización	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Facilidades Físicas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Calidad de Servicios	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Disponibilidad de Servicios	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

5. ¿Recomendaría usted nuestros servicios a otras personas?

Sí

No

6. ¿Utilizaría usted nuevamente los servicios de la Agencia?

Seguro que sí

Probablemente no

7. Recomendación o comentario sobre el servicio que proporcionamos o el personal de nuestra Agencia.

WIOA-2018-011



REGISTRO DE QUERELLAS

Fecha: _____

Nombre del Querellante: _____

Fecha del Incidente: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Tipo de Querella:

	TOTAL		TOTAL
Hostigamiento Sexual	O _____	Discrimen por Religión	O _____
Hostigamiento en el Empleo	O _____	Discrimen por Raza	O _____
Discrimen de Género	O _____	Ética	O _____
Otros:	O _____		

Descripción Detallada de Cómo Ocurrieron los Eventos:

Nombre del Querellante

Firma Autorizada

Fecha

Fecha



JUNTA LOCAL
DE DESARROLLO LABORAL
BAYAMÓN / COMERCIO

JUNTA LOCAL DE DESARROLLO LABORAL
Centro de Gestión Única Bayamón - Comercio
Socios Mandatarios y Opcionales

Evaluación de Cumplimiento con Nivel de Ejecución Requerido y Criterios de Medidas de Servicio de Excelencia por el Año Programa 2018-2019

MOA-2018-018

Agencia: _____ Mensual () Trimestral ()

Asistencia en el CGU : Total de Dias y/o Horas: Dias a la Semana: Lunes ___ Martes ___ Miércoles ___ Jueves ___ Viernes ___ Horario: ___ a.m. ___ p.m./Total de Horas: _____

SERVICIO OFRECIDOS A TRAVÉS DEL CGU	Medida/Nivel Requerido	Indice de Cumplimiento	Resultados	Logro Obtenido	Detalle de Logro
Cantidad de Participantes Orientados	Números				
Cantidad de Participantes Referidos	100/95%				
Cantidad de Tiempo Dedicado al Centro de Gestión Única	100/95%				
Cantidad de Participantes Referidos a Empleo	100/95%				
Cantidad de Participantes Referidos a Adiestramiento	100/95%				
Cantidad de Ofertas de Empleos Recibidas	100/95%				
Cantidad de Participantes Referidos a Estudios	100/95%				
Tasa de Satisfacción al Cliente	85%				
Tasa de Satisfacción al Patrono	85%				
Tasa de Satisfacción al Socio	100/95%				
Nivel de Integración de Datos	75%				
Nivel de Satisfacción de MIS	100/95%				
Querrelas Recibidas	Números				
Querrelas Resueltas	100/95%				
Tasa de Satisfacción del Centro de Gestión Única	100/95%				



JUNTA LOCAL
DE DESARROLLO LABORAL
BAYAMÓN / COMERIO

JUNTA LOCAL DE DESARROLLO LABORAL
Centro de Gestión Única Bayamón - Comerio
Socios Mandatorios y Opcionales

Evaluación de Cumplimiento con Ejecución y Criterios de Medidas de Servicio de Excelencia por el Año
Programa 2018-2019

Agencia: _____

Metas Negociables y Metas Futuras - Programa Título I		Resultados	
Indicadores de Ejecución Medida Nivel Requerido	Año 2018	Año 2019	Logro Obtenido
Nivel Integración de Data	2%	3%	
ADULTOS			
Tasa de empleo al segundo trimestre	63.00%	64.00%	
Tasa de empleo en el cuarto trimestre	45.00%	45.00%	
Mediana de ganancias	\$ 2,592.00	\$ 2,602.00	
Tasa de logro de credencial	67.00%	68.00%	
Ganancia medible en destrezas	Pre-establecido	Pre-establecido	
Efectividad sirviendo Patronos	Pre-establecido	Pre-establecido	
TRABAJADOR DESPLAZADO			
Tasa de empleo al segundo trimestre	63.00%	64.00%	
Tasa de empleo en el cuarto trimestre	45.00%	45.00%	
Mediana de ganancias	\$ 2,800.00	\$ 2,810.00	
Tasa de logro de credencial	65.00%	65.00%	
Ganancia medible en destrezas	Pre-establecido	Pre-establecido	
Efectividad sirviendo Patronos	Pre-establecido	Pre-establecido	
JOVENES			
Tasa de empleo al segundo trimestre	45.00%	46.00%	
Tasa de empleo en el cuarto trimestre	45.00%	46.00%	
Mediana de ganancias	Pre-establecido	Pre-establecido	
Tasa de logro de credencial	36.00%	37.00%	
Ganancia medible en destrezas	Pre-establecido	Pre-establecido	
Efectividad sirviendo Patronos	Pre-establecido	Pre-establecido	



Hoja de Servicio Prestados

Socios Mandatorios y Opcionales – Centro de Gestión Unica Bayamón – Comercio

Agencia: _____

NOMBRE DE PARTICIPANTE	SEGURO SOCIAL XXX-XX-	DIRECCIÓN	TELÉFONO	RESUMEN DE SERVICIO PRESTADO
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				