



PPR-305.4
Rev. 08/2023

PETICIÓN OFICIALIZACIÓN DE TRASLADO

Instrucciones: Este formulario debe ser completado en **todas** sus partes antes de ser remitido a la División de Nombramientos y Cambios quince (15) días antes de la fecha de efectividad del traslado. Su propósito es oficializar el traslado del empleado. Por ningún concepto los empleados podrán moverse de unidad de trabajo sin que medie este formulario autorizado por todas las partes.

INFORMACIÓN DEL EMPLEADO ANTES DEL TRASLADO

Rango:	Nombre Empleado(a)	Placa:
División/Sección/Unidad de Trabajo:		Superintendencia o Área Policiaca:
Supervisor(a) Directo(a) del (de la) Empleado(a):		Fecha de Efectividad del Traslado: **

TIPO DE TRASLADO

Divisiones Especializadas Exigencia de Servicio
 Traslado Interno Reubicación Temporera Traslado Excepcional Desarrollo Profesional

Nueva Área Policiaca o Supt.: (Si aplica)	Nueva División/Sección/Unidad de Trabajo:
Supervisor(a) Inmediato(a) de la Unidad de Trabajo:	Placa/ld.

Dirección Física Nueva Unidad de Trabajo:

Nuevas Funciones de (de la) Empleado(a):

INFORMACIÓN PARA DETERMINAR PERFIL EXENCIÓN

Favor marcar los encasillados que le apliquen al MNPPR en sus **nuevas** funciones.

¿El MNPPR dirigirá alguna unidad de trabajo?
 ¿El MNPPR supervisará a dos o más empleados?
 ¿El MNPPR completará la Evaluación de Desempeño de los (las) empleados(as) regulares que supervisará?
 ¿El MNPPR iniciará y aplicará las medidas correctivas, no punitivas, a los (las) empleados(as) que supervisará?
 ¿El MNPPR autorizará y firmará las licencias de sus empleados(as)?
 ¿El MNPPR tomará decisiones importantes que podrían comprometer al NPPR?
 ¿Las sugerencias y recomendaciones del MNPPR serán partes frecuentes de sus funciones?

Nombre del Comandante de Área, Jefe de Unidad o representante autorizado:	Núm. Placa:
--	--------------------

Firma:	Fecha: dd/mm/aaaa
---------------	--------------------------

* Debe coincidir con las fechas disponibles en el anejo 305.1

FIRMA COMISIONADO AUXILIAR O REPRESENTANTE AUTORIZADO

Autorizado No Autorizado

Certifico que esta transacción de traslado de Personal ha sido realizada conforme a la Orden General 300-305 y el Análisis de Unidades Críticas, según la necesidad determinada por la Superintendencia Auxiliar.

Nombre:	Núm. Placa:
Firma:	Fecha: dd/mm/aaaa

PARA USO OFICIAL DE LA DIVISIÓN DE CLASIFICACIÓN & RETRIBUCIÓN

Salario Mensual del MNPPR:	Diferencial, Pago Suplementario y/o Bonificación Mensual:
----------------------------	---

Según la información provista en este formulario y siguiendo las guías de la *Fiar Labor Standard Act* el Perfil Exención del MNPPR a partir de la fecha de efectividad del traslado es:

Exento Ejecutivo Exento Administrativo Exento Profesional No Exento

Nombre del (de la) Analista DRC:	
Firma:	Fecha: dd/mm/aaaa

PARA USO OFICIAL DE LA DIVISIÓN DE NOMBRAMIENTOS & CAMBIOS

Fecha de Recibo: **	Recibido Vía:	Fecha de Referido a DCR:**	Fecha de Recibo Luego del Análisis de DCR:**
Ingreso de Información en el Sistema Automatizado de Recursos Humanos:			Fecha de Ingreso: **
Fecha Preparación y Trámite de PPR-305.2: **	Nombre del (de la) Encargada Sección Traslados:		
Firma:	Fecha: dd/mm/aaaa		

DCR - División de Clasificación y Retribución