

UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE PANAMÁ
DIRECCIÓN GENERAL DE PLANIFICACIÓN UNIVERSITARIA
DEPARTAMENTO DE PROGRAMACIÓN PRESUPUESTARIA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL

FORMULARIO PARA EVALUAR UNIDAD SOLICITANTE DE RECLASIFICACIÓN
DE PERSONAL ADMINISTRATIVO PERMANENTE

I. Datos de la Posición Solicitada

Nombre	Cédula	Cargo Actual	Cargo Solicitado	Unidad (Dirección/Departamento/Sección)

Tipo de Nombramiento: Permanente
 Interino

Fecha a partir de la cual el colaborador realiza las funciones para las que solicita reclasificación:

II. Organigrama de la Unidad

Organigrama de la Unidad
Organigrama que muestre en cada uno de las Dependencias (Dirección, Departamentos, Secciones, Unidades) el nombre y cargo actual de cada colaborador, incluyendo la posición de reclasificación solicitada .
Ver organigrama en: www.utp.ac.pa/organigrama-universidad-tecnologica-de-panama).

Cronograma de Trabajo Anual del Departamento, Sección o Unidad donde se desenvuelve el colaborador que se solicita reclasificar (Señalando, además las actividades que son realizadas por el colaborador que se solicita reclasificar).

DEPARTAMENTO / SECCIÓN / UNIDAD: _____

No.	Descripción del Proyecto	Actividades/Tareas de la Unidad (Señale además, aquellas que realiza el colaborador a reclasificar)	Periodo de Ejecución	Cantidad de personal que actualmente realiza la actividad

UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE PANAMÁ
DIRECCIÓN GENERAL DE PLANIFICACIÓN UNIVERSITARIA
DEPARTAMENTO DE PROGRAMACIÓN PRESUPUESTARIA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL

FORMULARIO PARA EVALUAR UNIDAD SOLICITANTE DE RECLASIFICACIÓN
DE PERSONAL ADMINISTRATIVO PERMANENTE

III. Informe sobre los Programas o Previsiones Futuras que tiene la Unidad, incluyendo la carga laboral actual y prevista para el futuro inmediato

Programas Actuales y/o Previsiones Futuras de la Unidad

IV. Justificación de la Solicitud de Reclasificación del Colaborador

Indique las razones fundamentales que justifican la solicitud de reclasificación

1. Reestructuración de la Unidad por:
 - Cambio sustancial en deberes, responsabilidades o autoridad _____
 - Reorganización de la Unidad originado por necesidades de los servicios que presta _____
2. Cambio en funciones del colaborador que requiere ser reclasificado, producto de enfermedades crónicas, involutivas o degenerativa _____
3. Otras: _____

Se requiere ampliar lo concerniente a esta justificación

V. Certificación del Director de la Unidad

Nombre del Director de la Unidad: _____

Firma: _____

Fecha: _____

Utilice páginas adicionales de ser necesario

Este formulario debe ser llenado por el Jefe inmediato del colaborador que solicita reclasificación

Fecha de actualización: 25 de abril de 2016.