



PROCESO: DOCENCIA
SUBPROCESO: GESTIÓN DOCENTE
RECONOCIMIENTO LABORAL DOCENTES DE VINCULACIÓN ESPECIAL EN PREGRADO

MDCGD-F09
Versión: 3
Página: 1 de 1

FACULTAD: I II III de _____ RESOLUCIÓN No. _____

PROYECTO CURRICULAR: _____ CÓDIGO _____

Yo, _____ identificado con cédula de ciudadanía No. _____ de _____

Declaro bajo la gravedad de juramento que **NO tengo incompatibilidades ni inhabilidades** para ejercer la siguiente carga académica, durante el **Periodo Académico arriba indicado**, según lo establecido en las normas legales vigentes. Igualmente autorizo expresamente para que la Universidad Distrital modifique el Acto Administrativo de la vinculación del presente periodo académico, en aquellos casos que lo estime conveniente.

La Universidad únicamente preferirá el acto administrativo de la Vinculación (Resolución), una vez se alleguen por parte del docente la totalidad de los documentos solicitados ante la División de Recursos Humanos.

Favor marque con X la casilla correspondiente	SI	NO	Favor marque con X la casilla correspondiente	SI	NO
En el momento, se desempeña como Funcionario Público Administrativo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trabaja en otra Facultad o Proyecto Curricular dentro de la Universidad, ¿Cuál?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es docente de Planta de Entidad Pública, Oficial o del Estado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Facultad: _____ Proyecto Curricular: _____	Modalidad: <input type="checkbox"/> TCO <input type="checkbox"/> MTO <input type="checkbox"/> HC	
Es docente o Funcionario de Tiempo Completo de Entidad Privada.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si es Pensionado indique de qué Entidad: _____		
Es Pensionado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si es Empleado Público indique de qué Entidad: _____		
Es Docente nuevo en nuestra Institución.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Título (s) Pregrado y año _____ Universidad _____
Título (s) Posgrado, año y Universidad _____ Correo Electrónico _____ Tel: _____

CÓDIGO	GRUPO	ASIGNATURA	No. HORAS SEMANALES	No. SEMANAS	PROYECTO CURRICULAR	FIRMA DEL COORDINADOR
TOTAL HORAS PERIODO ACADÉMICO						

HORA CÁTEDRA HONORARIOS MEDIO TIEMPO OCASIONAL TIEMPO COMPLETO OCASIONAL

FIRMA DOCENTE _____ FIRMA JEFE OFICINA DE DOCENCIA _____

FIRMA DECANO _____

ESPACIO RESERVADO PARA LA OFICINA DE DOCENCIA

CATEGORÍA: AUXILIAR ASISTENTE ASOCIADO TITULAR

Vo. Bo. DIVISIÓN DE RECURSOS HUMANOS _____