



## COLEGIO UNIVERSITARIO DE CARTAGO DECLARACIÓN DE TRABAJO Y HORARIO

Este formulario recoge la información relacionada con su situación laboral en nuestra Institución y en otras Entidades para las que Usted labora o eventualmente llegare a laborar.

**Instrucciones Generales:**

- 1- Este formulario debe ser llenado únicamente al inicio del segundo cuatrimestre de cada año lectivo (Ley de Simplificación de Trámites), salvo que exista una variación sustancial que sea necesario su nuevo llenado.
- 2- Si en algún momento su situación laboral e información aquí indicada, varía en el transcurso del año, debe confeccionar nuevamente esta declaración.

<b>I- DATOS PERSONALES:</b>												
Nombre del funcionario (a): _____ N° cédula de identidad o residencia: _____												
Teléfono(s): _____ Correo electrónico: _____												
Provincia: _____ Cantón: _____ Distrito: _____												
Dirección exacta: _____												
<b>II - NOMBRAMIENTO ADMINISTRATIVO:</b>												
Puesto _____, Dependencia _____ en propiedad _____ o interino (rige del ____ / ____ / ____ al ____ / ____ / ____).												
Lunes		Martes		Miércoles		Jueves		Viernes		Sábado		Total Jornada
De	Hasta	De	Hasta	De	Hasta	De	Hasta	De	Hasta	De	Hasta	
<b>III - NOMBRAMIENTO ADMINISTRATIVO-DOCENTE:</b>												
Puesto _____, Carrera _____ en propiedad _____ o interino (rige del ____ / ____ / ____ al ____ / ____ / ____).												
Lunes		Martes		Miércoles		Jueves		Viernes		Sábado		Total Jornada
De	Hasta	De	Hasta	De	Hasta	De	Hasta	De	Hasta	De	Hasta	
<b>IV. NOMBRAMIENTO DOCENTE:</b>												
<b>EN ESTE NUMERAL DEBE INDICAR LA INFORMACIÓN SEGÚN LOS CÓDIGOS QUE SE PRESENTAN A CONTINUACIÓN, PARA LA(S) CARRERA(S) EN LA(S) QUE LABORA. (ARTICULO 54 R.A.T.)</b>												
<ul style="list-style-type: none"> <li>(01) HORAS ENSEÑANZA</li> <li>(02) HORARIO PARA LA PREPARACIÓN DE ACTIVIDADES DE ENSEÑANZA.</li> <li>(03) HORARIO PARA ATENCIÓN A ESTUDIANTES</li> <li>(04) HORARIO PARA PREPARACIÓN Y CORRECCIÓN DE PRUEBAS Y EXÁMENES</li> <li>(05) ASISTENCIA A REUNIONES E INTEGRACIÓN DE COMISIONES.</li> </ul>												

Nombramiento docente en la(s) Carrera(s) \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
 en propiedad \_\_\_\_ o interino (rige del \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ al \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_).

Lunes		Martes		Miércoles		Jueves		Viernes		Sábado		Jornada Laboral
Horario	Código	Horario	Código	Horario	Código	Horario	Código	Horario	Código	Horario	Código	

**V. NOMBRAMIENTO EN LA DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN COMUNITARIA Y ASISTENCIA TÉCNICA**

Nombramiento en siguientes curso(s) libre(s) \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_,  
 \_\_\_\_\_.

	Lunes		Martes		Miércoles		Jueves		Viernes		Sábado		Total Jornada
	De	Hasta	De	Hasta	De	Hasta	De	Hasta	De	Hasta	De	Hasta	
1.													

**VI- PRESTACION DE SERVICIOS EN OTRAS INSTITUCIONES**

Laboro en otra (s) institución (es):  
 Pública \_\_\_\_\_ Privada \_\_\_\_\_

Contrato en propiedad \_\_\_\_\_  
 Contrato interino \_\_\_\_\_

Área Administrativa \_\_\_\_\_  
 Área Docente \_\_\_\_\_

	Nombre de la(s) Institución(es)			Dpto. en el que labora		Puesto que ocupa:		Teléfono(s)	
1.									
2.									

	Lunes		Martes		Miércoles		Jueves		Viernes		Sábado		Domingo		Total Jornada
	De	Hasta	De	Hasta	De	Hasta	De	Hasta	De	Hasta	De	Hasta	De	Hasta	
1.															
2.															

**VII- INCORPORACION PROFESIONAL:**

Colegio Profesional que le corresponde \_\_\_\_\_ Grado Académico: \_\_\_\_\_  
 Se encuentra al día con los pagos que le corresponde: **SI** \_\_\_\_\_ **NO** \_\_\_\_\_

**VIII- INCENTIVOS SALARIALES:**

**INDIQUE SI PERCIBE ALGUNOS DE LOS INCENTIVOS SALARIALES Y LA FECHA A PARTIR DE LA CUAL LO RECIBE. EN EL CASO DE QUE YA NO LO RECIBA, ANOTAR LA FECHA A PARTIR DE LA CUAL DEJÓ DE PERCIBIRLO.**

Institución _____ <i>Carrera Profesional</i> _____ Fecha de inicio ____/____/____ Fecha de término ____/____/____  <i>Dedicación Exclusiva</i> _____ Fecha de inicio ____/____/____ Fecha de término ____/____/____  <i>Prohibición</i> _____ Fecha de inicio ____/____/____ Fecha de término ____/____/____	Institución _____ <i>Carrera Profesional</i> _____ Fecha de inicio ____/____/____ Fecha de término ____/____/____  <i>Dedicación Exclusiva</i> _____ Fecha de inicio ____/____/____ Fecha de término ____/____/____  <i>Prohibición</i> _____ Fecha de inicio ____/____/____ Fecha de término ____/____/____	Institución _____ <i>Carrera Profesional</i> _____ Fecha de inicio ____/____/____ Fecha de término ____/____/____  <i>Dedicación Exclusiva</i> _____ Fecha de inicio ____/____/____ Fecha de término ____/____/____  <i>Prohibición</i> _____ Fecha de inicio ____/____/____ Fecha de término ____/____/____
---	---	---

**IX-TRABAJO ADHONOREN: INDIQUE SI TRABAJA ADHONOREN EN ALGUNA EMPRESA O LLEGARE A TRABAJAR.**

**Con el siguiente horario:**

	Lunes		Martes		Miércoles		Jueves		Viernes		Sábado		Domingo		Total Jornada
	De	Hasta	De	Hasta	De	Hasta	De	Hasta	De	Hasta	De	Hasta	De	Hasta	
1.															
2.															

**X- REPRESENTACIÓN ANTE EL CONSEJO DIRECTIVO.**

**Con el siguiente horario:**

	Lunes		Martes		Miércoles		Jueves		Viernes		Sábado		Domingo		Total Jornada
	De	Hasta	De	Hasta	De	Hasta	De	Hasta	De	Hasta	De	Hasta	De	Hasta	
1.															
2.															

**Observaciones y/o sugerencias:**

---



---



---

**DECLARO BAJO FE DE JURAMENTO Y EN EL ENTENDIDO DE QUE CONOZCO LAS SANCIONES LEGALES Y ADMINISTRATIVAS CON QUE LA LEY CASTIGA EL FALSO TESTIMONIO, QUE LA INFORMACION AQUÍ CONSIGNADA ES CIERTA, Y AUTRIZO AL CUC PARA QUE HAGA LAS INVESTIGACIONES CORRESPONDIENTES. EN CASO DE QUE LA MISMA RESULTE FALSA, AUTORIZO A QUE SE PROCEDA CON LOS TRÁMITES PERTINENTES, SEGÚN LA LEGISLACIÓN VIGENTE.**

FIRMA DEL FUNCIONARIO (A)/FECHA	Espacio para el Departamento de Recursos Humanos  Nombre del Funcionario RRHH que recibe      Sello
---------------------------------	---