



FACULTAD: _____ I II III de _____ RESOLUCIÓN N.º _____

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 proferirá 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
En el momento, se desempeña como Funcionario Público Administrativo.		
Es docente de Planta de Entidad Pública, Oficial o del Estado.		
Es docente o Funcionario de Tiempo Completo de Entidad Privada.		
Es Pensionado.		
Es Docente nuevo en nuestra Institución.		

Título (s) Pregrado y año _____

Título (s) Posgrado, año y Universidad _____

Posgrado: _____

Módulo (Nombre): _____

Código: _____

ASIGNATURA	N° ESTUDIANTES	FECHA INICIO	FECHA TERMINACIÓN	No. DE HORAS
		DD/MM/AAAA	DD/MM/AAAA	
		DD/MM/AAAA	DD/MM/AAAA	
		DD/MM/AAAA	DD/MM/AAAA	
		DD/MM/AAAA	DD/MM/AAAA	
		DD/MM/AAAA	DD/MM/AAAA	
		DD/MM/AAAA	DD/MM/AAAA	
TOTAL HORAS PERIODO ACADÉMICO				

FIRMA DOCENTE _____

FIRMA COORDINADOR _____

FIRMA DECANO _____

ESPACIO RESERVADO PARA LA OFICINA DE DOCENCIA

CATEGORÍA:
 ASISTENTE ASOCIADO TITULAR

Favor marque con X la casilla correspondiente		SI	NO
Trabaja en otra Facultad o Proyecto Curricular dentro de la Universidad, ¿Cuál?			
Facultad: _____	Proyecto Curricular: _____	Modalidad: <input type="checkbox"/> TCO <input type="checkbox"/> MTO <input type="checkbox"/> HC	
Si es Pensionado indique de qué Entidad: _____			
Si es Empleado Público indique de qué Entidad: _____			

Universidad _____

Correo Electrónico _____ Tel: _____

Posgrado: _____

Módulo (Nombre): _____

Código: _____

ASIGNATURA	N° ESTUDIANTES	FECHA INICIO	FECHA TERMINACIÓN	No. DE HORAS
		DD/MM/AAAA	DD/MM/AAAA	
		DD/MM/AAAA	DD/MM/AAAA	
		DD/MM/AAAA	DD/MM/AAAA	
		DD/MM/AAAA	DD/MM/AAAA	
		DD/MM/AAAA	DD/MM/AAAA	
		DD/MM/AAAA	DD/MM/AAAA	
		DD/MM/AAAA	DD/MM/AAAA	
TOTAL HORAS PERIODO ACADÉMICO				

TOTAL HORAS PERIODO ACADÉMICO

FIRMA JEFE OFICINA DE DOCENCIA _____

Vo. Bo. DIVISIÓN DE RECURSOS HUMANOS _____