



COLEGIO UNIVERSITARIO DE CARTAGO
GESTIÓN INSTITUCIONAL DE RECURSOS HUMANOS
Declaración Jurada de Trabajo y Horario
2019

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- En concordancia con el Acuerdo CD-03-3106-2013 del 7 de noviembre del 2013 del Consejo Directivo y según el Capítulo XIX, artículo 81, inciso 14 del Reglamento Autónomo de Trabajo, todo funcionario debe proceder a cumplir con la entrega oportuna de la Declaración Jurada de Trabajo y Horario, ante el Departamento de Gestión Institucional de Recursos Humanos.
- 2- Si en algún momento su situación laboral e información aquí indicada, varía en el transcurso del año, debe confeccionar nuevamente esta Declaración.
- 3- El estar incorporado al Colegio Profesional es un requisito ineludible del cargo para desempeñar la docencia en la Institución.
- 4- De acuerdo al estudio AU-084-2015 de la Auditoría Interna y la resolución de la Decanatura RESOL-DEC-40-2015 del 23 de octubre del 2015:

“Por el cuerpo normativo antes citado, queda claro que la jornada ordinaria de los docentes, debe ser regulada tomando en cuenta la jornada presencial como la no presencial de los mismos, dentro del horario de trabajo de la Institución jornada que es diurna o mixta pero no nocturna, que la jornada laboral no puede sobrepasar las 12 horas y que el día de descanso de todos los funcionarios en el día domingo.”

“Esta Decanatura declara que el horario institucional es de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 10:00 p.m. y para los días sábados de 8:00 a.m. a las 6:00 p.m.”

I- DATOS PERSONALES:												
Nombre del funcionario(a): _____ N° cédula de identidad o residencia: _____												
Teléfono(s): _____ Correo electrónico: _____												
Provincia: _____ Cantón: _____ Distrito: _____												
Dirección exacta: _____												
II- INCORPORACION PROFESIONAL:												
Colegio Profesional que le corresponde _____ Grado Académico: _____												
Se encuentra al día con los pagos que le corresponde: SI _____ NO _____ Código Incorporación: _____												
III- NOMBRAMIENTO ADMINISTRATIVO:												
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	
IV- NOMBRAMIENTO ADMINISTRATIVO-DOCENTE: (Directores de Carrera)												
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	

V- NOMBRAMIENTO DOCENTE:

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.

- (01) Horas enseñanza
- (02) Horario para la preparación de actividades de enseñanza.
- (03) Horario para atención a estudiantes.
- (04) Horario para preparación y corrección de pruebas y exámenes.
- (05) Asistencia a reuniones e integración de comisione

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

Lunes		Martes		Miércoles		Jueves		Viernes		Sábado		Jorna da Labor al
Horario	Código	Horario	Código	Horario	Código	Horario	Código	Horario	Código	Horario	Código	

VI- NOMBRAMIENTO EN LA DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN COMUNITARIA Y ASISTENCIA TÉCNICA (DECAT)

Nombramiento en el siguiente curso(s) libre(s) _____, _____,
 _____ (ver códigos en el numeral V).

Lunes		Martes		Miércoles		Jueves		Viernes		Sábado		Jorna da Labor al
Horario	Código	Horario	Código	Horario	Código	Horario	Código	Horario	Código	Horario	Código	

VII- 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 (Horas reloj)
	De	Hasta	De	Hasta	De	Hasta	De	Hasta	De	Hasta	De	Hasta	De	Hasta	
1.															
2.															

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

IX- TRABAJO ADHONOREN: INDIQUE SI TRABAJA ADHONOREN EN ALGUNA EMPRESA A PARTIR DE: _____ HASTA: _____

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 DEL CUC.

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.															

XI- REGIMEN DE PENSIÓN:

Es usted pensionado: SI ___ NO ___ Indique el nombre del Régimen: _____ Fecha de inicio de la pensión: _____

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 información aquí consignada es cierta, y autorizo 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:

NOMBRE DEL FUNCIONARIO QUIEN RECIBE EN DGIHR:
SELLO DEL DEPARTAMENTO

FECHA DE PRESENTACIÓN
ANTE EL DEPARTAMENTO: