|  |  |
| --- | --- |
| **Fecha de radicación:** | 30/03/2023 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nombre: |  | Documento Identidad: |  |
| Departamento: |  | | |
| Facultad: |  | | |

**CERTIFICACIÓN DE REQUISITOS**

**Conforme al Acuerdo No. \*\* de \*\*.**

1. **La División de Gestión de Talento Humano verificó que el docente:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Categoría Escalafón Docente: | Auxiliar | Asistente | | |
| Asociado | Titular | | |
| Propiedad en Planta Docente | Tiempo Completo | Medio Tiempo | | |
| Evaluación Docente Año Anterior: | Res. No.      Fecha: Escriba una fecha | Calificación: | | |
|  | | | CUMPLE | |
| SI | NO |
|  | | |  |  |
|  | | |  |  |
|  | | |  |  |
|  | | |  |  |

### Verificación requisitos

Según lo estipulado en el Artículo No. 120 del Acuerdo No. 024 del 29 de abril de 1993 – Estatuto Profesoral

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Requisito | Cumple | |
| Si | No |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Vo. Bo. Presidente CPD Vo. Bo. Presidente Consejo de Facultad**

**Vto. Bo. Vicerrector Académico**

Favor: NO Llenar a mano