|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Fecha radicación: | Día       | Mes       | Año      |

Nombre:      Identificación:

Facultad:      Departamento:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Fecha inicio Período Sabático | DD MM AA      | Duración meses:       |

### CERTIFICACIÓN DE REQUISITOS

Conforme al Acuerdo Nº 052 de 21/11/2017

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Categoría Escalafón Docente:** | **Asociado** **[ ]**  | **Titular** **[ ]**  |
| **Propiedad en planta Docente** | **Tiempo completo** **[ ]**  | **Medio tiempo****[ ]**  | **Dedicación exclusiva****[ ]**  |
| **Evaluación Docente Año Anterior:** | **Res. No.**       **Fecha:**       | **Calificación:**       |
| **REQUISITO** | **CUMPLE** |
| **SI** | **NO** |
| 1. Laboró ininterrumpidamente por más de 7 años previos a la solicitud.
 | [ ]  | [ ]  |
| 1. No se encuentra en comisión de estudios, licencia, viaje de estudios al exterior, en ejercicio de las funciones de otro empleo por encargo, en vacaciones, suspendido en el ejercicio de sus funciones o situación administrativa incompatible o que se altere por el otorgamiento del período sabático.
 | [ ]  | [ ]  |
| 1. No ha sido sancionado penalmente en los últimos cinco (5) años
 | [ ]  | [ ]  |
| 1. No ha sido sancionado disciplinariamente en los últimos tres (3) años.
 | [ ]  | [ ]  |
| 1. Contraprestó el 100% del tiempo o más por comisión de estudios anterior.
 | [ ]  | [ ]  |

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Profesional Especializado División de Gestión del Talento Humano

2) La Facultad verificó que el Docente:

|  |  |
| --- | --- |
| **REQUISITO** | **CUMPLE** |
| **SI** | **NO** |
| 1. Cuenta con solicitud escrita y plan de trabajo
 | [ ]  | [ ]  |
| 1. Recibió el aval del Departamento
 | [ ]  | [ ]  |
| 1. Tiene concepto y aprobación de la Facultad
 | [ ]  | [ ]  |
| 1. Se encuentra a paz y salvo con las actividades académicas y compromisos institucionales.
 | [ ]  | [ ]  |

\*ID del Proyecto de Investigación:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Jefe de Departamento Presidente Consejo de Facultad

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Vicerrector de Investigaciones

\* En el caso de que el objeto del Año Sabático sea el de realizar un proyecto de investigación.

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Vo.Bo. Vicerrector Académico**

**Fecha remisión Consejo Académico:**

**Anexos**: Solicitud escrita del Docente

 Propuesta Académica

Acta de Aprobación y concepto de viabilidad por la Facultad