

 Universidad de San Carlos de Guatemala

|  |  |
| --- | --- |
|  | FORM. SIS-06 |
|  FACULTAD DE HUMANIDADES, DEPARTAMENTO DE PEDAGOGIA  |  | **7** |  |
| Dependencia |  | Código |  |

# DECLARACIÓN JURADA DE CARGOS UNIVERSITARIOS Y EXTRAUNIVERSITARIOS

En cumplimiento del Artículo 112 de la Constitución Política de Guatemala; Art. 56 del Estatuto de Relaciones Laborales de la Universidad de San Carlos de Guatemala y el Acta 2- 82 numeral 1.5 del 13 de enero 1982 del Honorable Consejo Superior Universitario, DECLARO BAJO JURAMENTO SOLEMNE que los cargos que a continuación detallo, son los únicos que a la fecha desempeño. Si faltare a la verdad, acepto que incurro en las responsabilidades civiles y penales correspondientes, comprometiéndome a reintegrar los sueldos cobrados en incompatibilidad y/o exceso de horario, para resarcir a la Universidad de San Carlos de Guatemala, por ser la afectada. Eximo de responsabilidad a los funcionarios que han autorizado mi relación laboral, por haber ocultado o tergiversado la información que aquí proporciono. Me comprometo a no contraer ningún compromiso con la Universidad de San Carlos de Guatemala con cargo al renglón presupuestario 029 durante el período en que mantenga relación con la misma.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No. de Orden** | **Dependencia Universitaria o Entidad Extrauniversitaria** | **Dirección y Teléfono de la institución donde realiza la actividad** | **Vigencia/Nombramiento****De: Al:** | **Días a Laborar****De: Al** | **Horario****De: A:** | **No. de****Horas diarias** |
| A) Cargos Universitarios durante ciclo lectivo (Incluye el cargo por el que tomó posesión hoy) |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Total de horas por cargos Universitarios durante ciclo lectivo.** |  |
| B) Cargos extrauniversitarios |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Total de horas por cargos Extrauniversitarios** |  |

**DECLARO BAJO JURAMENTO QUE:**

Soy jubilado del estado: SI NO

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| Nombre: |  |  | Reg. de Personal No. |  |   | DPI  |  |
|  |  |  |  |  |
| Dirección:  |  |  |  |  |  Teléfono  |   |  |  |  |  |  |
| Fecha |  |  |  |  |  |  |  | (f) |  |  |  |

Estoy tramitando jubilación del estado**:** SI NO





½ Div. Admón.. de Personal 2/2 Archivo Dependencia