**ANEXO No. 1 CIRCULAR CSJCAC18-9 DEL 25 DE ENERO DE 2018, REPORTE DE DÍAS HABILES NO LABORADOS AÑO 2017, FACTOR EFICIENCIA Y RENDIMIENTO**

**Nombre de Funcionario (a): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Cédula de ciudadanía: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Cargo en propiedad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Cargo que actualmente ocupa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Días Hábiles no laborados** | **Fecha inicial****d/m/a** | **Fecha final****d/m/a** | **No. días** | **Despacho donde se produjo la novedad** |
| Vacaciones (Sólo si son individuales) |  |  |  |  |
|  |  |
| Incapacidades\* |  |  |  |  |
|  |  |
| Calamidad doméstica\* |  |  |  |  |
|  |  |
| Escrutinios electorales\* |  |  |  |  |
|  |  |
| Licencias\* |  |  |  |  |
|  |  |
| Cierre extraordinario del despacho\* |  |  |  |  |
|  |  |
| Comisiones\* |  |  |  |  |
|  |  |
| Permisos para adelantar actividades de la Escuela Judicial “Rodrigo Lara Bonilla”\* |  |  |  |  |
|  |  |
| Permisos sindicales o por cualquier otra circunstancia previamente autorizada por el Consejo Superior de la Judicatura\* |  |  |  |  |
| Comisiones o permisos para la participación como asistente en los eventos de formación y capacitación o en los de Salud Ocupacional\*\* |  |  |  |  |
|  |  |
| Tiempo dedicado para cumplir despachos comisorios durante el período (Fuera de la sede del despacho)\*\*\* |  |  |  |  |
|  |  |
| Acreditación de Embarazo de servidoras judiciales\*\*\*\* |  |  |  |  |

\* Acreditar la causa y allegar el cumplido correspondiente, si es del caso.

\*\* Siempre y cuando esté debidamente acreditado

\*\*\* Siempre que el funcionario evaluado lo haya acreditado debidamente

\*\*\*\* Se acreditará con la respectiva certificación médica de estado de gravidez

Firma del Funcionario (a): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

##### Nota: Si se trabajó en más de un despacho durante la vigencia 2017, se debe relacionar cada despacho en un formato diferente.