

**SOLICITUD DE COMPENSACIÓN
FLD DOCENTE Y TAS**

DÍA

MES

AÑO

PORCENTAJE FLD**APELLIDOS Y NOMBRES****CARACTERÍSTICAS DEL CARGO****DENOMINACIÓN****GRADO****HORAS**

----------------------	----------------------	----------------------

CONCESIÓN☐**RENOVACIÓN**☐**PERÍODO****DESDE**

----------------------	----------------------	----------------------

HASTA

----------------------	----------------------	----------------------

FUNDAMENTACIÓNFIRMA DEL FUNCIONARIO QUE
RECIBE LA COMPENSACIÓNFIRMA Y ACLARACIÓN
DEL RESPONSABLE DEL
PROYECTO/CONVENIO
(si corresponde)FIRMA Y ACLARACIÓN
DEL JERARCA SOLICITANTE

RECIBIDO POR SECC. PERSONAL

RECIBIDO EL

DÍA

MES

AÑO