



MINISTERIO DE EDUCACIÓN  
DIRECCION REGIONAL DE EDUCACION PUNO  
UNIDAD DE GESTION EDUCATIVA LOCAL  
(EL COLLAO)



FORMULARIO ÚNICO DE TRÁMITE

Nº 007429

1. Sumilla: *Solicita C.T. S.*

*por los Servicios Prestados*

2. Dependencia o Autoridad a quien se dirige *Señora Directora de la UGEL El Collao - Ilave*

3. Datos del Usuario (Nombres y Apellidos) *Miguel Simachi Jarecca*

4. Cargo actual y Centro de Trabajo *Ex - servidor de la I.E.I. 365. Sagrado Corazon de Jesus Ilave*

*01784361*

5. D.N.I.

*1001784361*

6. Código Modular

7. Domicilio del Usuario (Avda., Jirón, Calle N° Urbanización Distrito y Prov.) *C. P. de Chucra - Ilave - El Collao*

8. Fundamentación del Pedido

*mediante la presente mi dirigo a Usted. Señora Directora para Solicitar mi Compensación por el Tiempo de Servicios prestados al estado como Trabajador de Servicio en la I.E.I. nº 365 Sagrado Corazon de Jesus del Distrito de Ilave por un periodo de dos años, para ello adjunto mis Resoluciones, Bolitas de pago.*

*POR LO EXPUESTO:*

*Ruego a Ud. Sra Directora acceder a mi pedido y espero alcanzar la justicia.*

9. Documentos que se adjuntan:

*copias simples de DNI, R.D.s. y Bolitas de pago.*

10. Lugar y Fecha: *Ilave 07-02-2025*

11. Firma:

*[Firma manuscrita]*