

INSTRUMENTO: .....  
MINUTA: .....  
KARDEX: .....

DESIGNACION DE APOYOS Y SALVAGUARDIAS

QUE OTORGA:  
ANA MILAGROS ESTRADA UGARTE

A FAVOR DE:

.....

APOYOS SUPLENTE:

.....

.....

TESTIGO A RUEGO Y DE IDENTIDAD:

.....

INTRODUCCION:

EN LA CIUDAD DE LIMA, A LOS ..... DIAS DEL MES DE ..... DEL DOS MIL ....., ROSALIA MIRELLA MEJIA ROSASCO DE ELIAS, NOTARIA DE LIMA; EXTIENDO LA PRESENTE ESCRITURA, EN LA QUE INTERVIENEN, DE CONFORMIDAD CON LO DISPUESTO POR EL ARTICULO 37, INCISO A) DEL DECRETO LEGISLATIVO N°1049.

OTORGANTES Y/O INTERVINIENTES:

ANA MILAGROS ESTRADA UGARTE, QUIEN MANIFIESTA, SER DE NACIONALIDAD PERUANA, Y SE IDENTIFICA CON DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD NUMERO ....., DE ESTADO CIVIL ....., DE OCUPACION ..... Y SEÑALA COMO DOMICILIO EN ..... NUMERO ....., DISTRITO DE ....., PROVINCIA DE LIMA, DEPARTAMENTO DE LIMA, QUIEN PROCEDE POR SU PROPIO DERECHO. DOY FE DE HABER IDENTIFICADO A LA OTORGANTE; DE CONFORMIDAD CON EL INCISO B), DEL ARTICULO 55 DEL DECRETO LEGISLATIVO N° 1049, MODIFICADO POR EL DECRETO LEGISLATIVO N° 1232.

....., QUIEN MANIFIESTA, SER DE NACIONALIDAD PERUANA, Y SE IDENTIFICA CON DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD NUMERO ....., DE ESTADO CIVIL ....., DE OCUPACION ..... Y SEÑALA COMO DOMICILIO EN ..... NUMERO ....., DISTRITO DE ....., PROVINCIA DE LIMA, DEPARTAMENTO DE LIMA, QUIEN INTERVIENE POR SU PROPIO DERECHO. DOY FE DE HABER IDENTIFICADO AL INTERVINIENTE; DE CONFORMIDAD CON EL INCISO A), DEL ARTICULO 55 DEL DECRETO LEGISLATIVO N° 1049, MODIFICADO POR EL DECRETO LEGISLATIVO N° 1232.

....., QUIEN MANIFIESTA, SER DE NACIONALIDAD PERUANA, Y SE IDENTIFICA CON DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD NUMERO ....., DE ESTADO CIVIL ....., DE OCUPACION ..... Y SEÑALA COMO DOMICILIO EN ..... NUMERO ....., DISTRITO DE ....., PROVINCIA DE LIMA, DEPARTAMENTO DE LIMA, QUIEN INTERVIENE POR SU PROPIO DERECHO. DOY FE DE HABER IDENTIFICADO AL INTERVINIENTE; DE CONFORMIDAD CON EL INCISO A), DEL ARTICULO 55 DEL DECRETO LEGISLATIVO N° 1049, MODIFICADO POR EL DECRETO LEGISLATIVO N° 1232.

DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL INCISO H DEL ARTICULO 54 DEL DECRETO LEGISLATIVO 1049, DOY FE QUE LOS OTORGANTES TIENEN CAPACIDAD PLENA, DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 42 DEL CODIGO CIVIL, ACTUAN CON LIBERTAD, AUTONOMIA Y DECLARAN QUE TIENEN

CONOCIMIENTO DEL ACTO QUE VAN A REALIZAR Y DE LAS CONSECUENCIAS QUE DE EL SE DERIVAN.

LOS OTORGANTES Y/O INTERVINIENTES SON INTELIGENTES EN EL IDIOMA CASTELLANO, RECIBO DE LOS OTORGANTES UNA MINUTA DEBIDAMENTE AUTORIZADA POR LETRADO, LA MISMA QUE ARCHIVO EN EL LEGAJO RESPECTIVO BAJO EL NUMERO DE ORDEN CORRESPONDIENTE Y CUYO TENOR LITERAL ES COMO SIGUE:

MINUTA :

SEÑORA NOTARIA DRA. ROSALÍA MEJÍA ROSASCO DE ELIAS.

SÍRVASE ELEVAR A ESCRITURA PÚBLICA LA PRESENTE SOLICITUD DE DESIGNACIÓN DE APOYOS Y SALVAGUARDIAS QUE OTORGA ANA MILAGROS ESTRADA UGARTE, IDENTIFICADA CON DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD N° ....., DE NACIONALIDAD PERUANA, OCUPACIÓN ....., ESTADO CIVIL ....., CON DOMICILIO EN ....., DISTRITO DE ....., PROVINCIA Y DEPARTAMENTO DE LIMA, EN APLICACIÓN A LO DISPUESTO EN LOS ARTÍCULOS 659-A, 659-B, 659-C, 659-D, Y 659-G DEL CÓDIGO CIVIL EN SU TEXTO VIGENTE A PARTIR DE LO DISPUESTO EN EL DECRETO LEGISLATIVO N° 1384, ASÍ COMO LOS ARTÍCULOS 9, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 21 Y 22, DEL "REGLAMENTO QUE REGULA EL OTORGAMIENTO DE AJUSTES RAZONABLES, DESIGNACIÓN DE APOYOS E IMPLEMENTACIÓN DE SALVAGUARDIAS PARA EL EJERCICIO DE LA CAPACIDAD JURÍDICA DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD", DECRETO SUPREMO 016-2019-MIMP, EN LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES QUE SE INDICAN A CONTINUACIÓN:

**PRIMERO. - HISTORIA DE VIDA.**

MI NOMBRE ES ANA MILAGROS ESTRADA UGARTE, TENGO .... AÑOS Y DESDE LOS .... AÑOS TENGO POLIMIOSITIS, UNA ENFERMEDAD INCURABLE, DEGENERATIVA, Y AUTOINMUNE QUE HA PARALIZADO CASI TODOS MIS MÚSCULOS DEL CUERPO, Y ME HA LLEVADO A DEPENDER LAS VEINTICUATRO (24) HORAS DEL CUIDADO DE ENFERMERAS. ME EXPRESO VERBALMENTE, Y PARA FACILITAR MI RESPIRACIÓN, ME COLOCARON UN TUBO DE TRAQUEOSTOMÍA. DADO QUE NO PUEDO REALIZAR ACTIVIDADES QUE DEMANDEN MOVIMIENTOS FÍSICOS, ME TRASLADO A TRAVÉS DE UNA SILLA AUTOPROPULSADA. NACÍ EL ... DE ... DE ..., EN LIMA, Y MI ESTADO CIVIL ES ....; NO TENGO HIJOS. SOY EGRESADA DE ..... Y EJERCÍ CERCA DE 15 AÑOS COMO ..... ACTUALMENTE, TRABAJO COMO .... EN LA EMPRESA ..... Y CUENTO CON PLENA SALUD MENTAL E INTELECTUAL.

CON EL OBJETO DE QUE MIS APOYOS DESIGNADOS REALICEN LA MEJOR INTERPRETACIÓN DE MI VOLUNTAD, SEÑALO A CONTINUACIÓN MI TRAYECTORIA DE VIDA Y ALGUNAS MANIFESTACIONES CON RESPECTO A MIS PREFERENCIAS QUE DEBERÁN SER TOMADAS EN CUENTA POR MIS APOYOS EN EL EJERCICIO DE SUS FUNCIONES, PARA QUE PREVALEZCA EN TODOS LOS ACTOS MI VOLUNTAD, MIS PREFERENCIAS, INTERESES Y LAS CONSIDERACIONES QUE HUBIESE PREVISTO EN ESTE DOCUMENTO O EN CUALQUIER OTRA OPORTUNIDAD.

DECLARO QUE TENGO PLENO CONOCIMIENTO DE MI ESTADO DE SALUD, ASÍ COMO DE LOS EFECTOS DEL AVANCE INEVITABLE DE MI ENFERMEDAD. AL DÍA DE HOY, PRODUCTO DE LA POLIMIOSITIS, DEPENDO DE TERCEROS PARA LA MAYOR PARTE DE MIS ACTIVIDADES DIARIAS Y ES ALTAMENTE PROBABLE QUE, EN UN FUTURO, AUMENTE ESTA DEPENDENCIA PARA SATISFACER MIS NECESIDADES BÁSICAS, TENIENDO, ADEMÁS, UNA ELEVADA PROBABILIDAD DE DESARROLLAR INFECCIONES RESPIRATORIAS.

EL DETERIORO DE MI SALUD, SUMADO A LAS INTERVENCIONES MÉDICAS, ME LLEVARON A DECIDIR LUCHAR POR MI DERECHO A ELEGIR CUÁNDO MORIR.

DECLARO, EN ADELANTE, MIS PREFERENCIAS SOBRE LAS SITUACIONES QUE, DE ACUERDO A MI PERSONALIDAD, CONFIGURAN MI BIENESTAR Y DETERMINAN MI PROYECTO DE VIDA, DISEÑADO EN USO DE MI AUTONOMÍA Y PLENA CAPACIDAD JURÍDICA. MIS PADRES, QUE SON Y HAN SIDO MI MAYOR SOPORTE, VIVEN CONMIGO EN MI CASA, Y ES MI DESEO PERMANECER VIVIENDO CON ELLOS LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO POSIBLE.

DADO QUE SOY ASEGURADA DE ESSALUD, SOY BENEFICIARIA DEL PROGRAMA CLÍNICA EN CASA - VENTILACIÓN MECÁNICA A DOMICILIO, Y ESTO ME PERMITE TENER TODO EL CUIDADO NECESARIO PARA MI CONDICIÓN ACTUAL, QUE ES DE CASI POSTRACIÓN TOTAL. EL SERVICIO AL QUE TENGO ACCESO INCLUYE PERSONAL SANITARIO LAS 24 HORAS, INSUMOS MÉDICOS, EQUIPOS DE VENTILACIÓN MECÁNICA Y VISITAS DE MÉDICOS Y ESPECIALISTAS DE LA SALUD.

A LA ACTUALIDAD, ME ENCUENTRO CONFORME CON ESTA PRESTACIÓN Y EN CASO, OCURRIERA ALGUNA COMPLICACIÓN EN MI SALUD, ME GUSTARÍA SEGUIR RECIBIENDO CUALQUIER CUIDADO ADICIONAL QUE NECESITE EN MI CASA. DE NINGÚN MODO CONSIENTO QUE, SE ME TRASLADE O QUE SE ME INTERNE, EN CASO DE EMERGENCIA, EN UN ESTABLECIMIENTO DE SALUD HOSPITALARIO. DECLARO, ASIMISMO, QUE CUENTO CON EL APOYO Y LA CONFIANZA DE MI HERMANO ....., Y TAMBIÉN SU ESPOSA, ....., QUIENES ME HAN ACOMPAÑADO EN TODOS LOS AÑOS EN TODO EL TRANCURSO DE ENFERMEDAD Y SOBRETOD, DURANTE MI ESTADÍA EN CUIDADOS INTENSIVOS EN .....

LA MAYOR PARTE DEL DÍA, Y DURANTE TODA LA NOCHE ESTOY CONECTADA AL VENTILADOR MECÁNICO. ESTO QUIERE DECIR QUE SOLAMENTE PUEDO RESPIRAR ESPONTÁNEAMENTE ALGUNAS HORAS DEL DÍA. ADEMÁS, DEBIDO A LA NATURALEZA DE MI ENFERMEDAD, HE PRESENTADO EPISODIOS DE INFECCIÓN RESPIRATORIA Y HE REQUERIDO DEL USO DE OXÍGENO MEDICINAL PARA PODER ESTABILIZARME. AL TRATARSE DE UNA ENFERMEDAD DEGENERATIVA Y PURAMENTE MUSCULAR, SOY PLENAMENTE CONSCIENTE DEL DETERIORO FÍSICO DE MI CUERPO, LO QUE, SIN DUDA, TIENE UN IMPACTO EN MI BIENESTAR EMOCIONAL Y ANÍMICO. CON EL PASAR DE LOS DÍAS, LLEGARÁ UN MOMENTO DE TAL SUFRIMIENTO FÍSICO Y PSICOLÓGICO, QUE YA NO PODRÉ SOSTENER MÁS ESTA CONDICIÓN.

DESDE HACE 4 AÑOS, LLEVO INVESTIGANDO Y REFLEXIONANDO SOBRE MI DERECHO A LA MUERTE DIGNA. HE BUSCANDO DISTINTAS ALTERNATIVAS, QUE INCLUYERON VIAJAR AL EXTRANJERO PARA ACCEDER A LA EUTANASIA, Y EN ALGÚN MOMENTO, INCLUSO CONSIDERÉ DECIDIR SOBRE MI MUERTE DE MANERA CLANDESTINA E ILEGAL. SIN EMBARGO, EN ENERO DE 2019 DECIDÍ HACER PÚBLICO MI DESEO DE LUCHAR POR EL DERECHO A LA MUERTE DIGNA EN EL PERÚ. ACTUALMENTE, MI CASO ESTÁ JUDICIALIZADO A LA ESPERA DE UN PRONUNCIAMIENTO DE LOS TRIBUNALES NACIONALES.

## **SEGUNDO. - DESIGNACIÓN DE APOYO.**

DESIGNO COMO APOYO TITULAR A ....., IDENTIFICADO CON DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD N° ....., CON DOMICILIO EN .... N° ....., ....., TELÉFONO N° +51 ..... Y CORREO ELECTRÓNICO ....., Y COMO APOYOS SUPLENTE O SUSTITUTOS, EN ORDEN DE PRELACIÓN, A ....., IDENTIFICADA CON DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD N° ....., CON DOMICILIO EN ....., TELÉFONO N° +51 ....., CORREO ELECTRONICO ..... Y A ....., IDENTIFICADA CON DOCUMENTO NACIONAL

DE IDENTIDAD N° ....., CON DOMICILIO EN ..... , TELÉFONO ..... Y CORREO ELECTRÓNICO .....

TANTO MI APOYO TITULAR, Y SUBSIDIARIAMENTE, MIS APOYOS SUPLENTE, ME ASISTIRÁN EN TODOS LOS TRÁMITES LEGALES, ADMINISTRATIVOS, ANTE CUALQUIER AUTORIDAD PRIVADA O QUE PRESTE UN SERVICIO PÚBLICO. ASIMISMO, ME ASISTIRÁN EN TODOS LOS TRÁMITES Y AUTORIZACIONES QUE RESULTEN PERTINENTE RESPECTO A LA ATENCIÓN DE MI SALUD.

**TERCERO. - ACTUACIÓN Y OBLIGACIONES DEL APOYO:**

EN CASO DE ENCONTRARME CON UNA DISCAPACIDAD QUE DISMINUYA MIS CAPACIDADES INTELECTUALES, MENTALES O FÍSICAS Y RESTRINJA MIS POSIBILIDADES O IMPIDA QUE PUEDA MANIFESTAR MI VOLUNTAD, EL APOYO DESIGNADO PUEDE REALIZAR LAS SIGUIENTES ACCIONES:

- A) FACILITAR LA COMUNICACIÓN DE LA OTORGANTE.
- B) FACILITAR LA COMPRENSIÓN DE LOS ACTOS QUE PRODUZCAN EFECTOS JURÍDICOS Y SUS CONSECUENCIAS.
- C) ORIENTAR A LA OTORGANTE EN LA REALIZACIÓN DE LOS ACTOS QUE PRODUZCAN EFECTOS JURÍDICOS.
- D) FACILITAR LA MANIFESTACIÓN DE VOLUNTAD DE LA OTORGANTE.

EL APOYO DESIGNADO SE ENCUENTRA OBLIGADO A:

- A) RESPETAR LA VOLUNTAD Y LAS PREFERENCIAS DE LA OTORGANTE, EN CUYO EFECTO, LA PERSONA DESIGNADA COMO APOYO DEBE CONSIDERAR MIS MANIFESTACIONES DE VOLUNTAD PREVIAS EN CONTEXTOS SIMILARES, MI TRAYECTORIA DE VIDA Y LA INFORMACIÓN CON LA QUE CUENTEN PERSONAS DE MI ENTORNO CERCANO.
- B) ADMINISTRAR EL DINERO DE LA OTORGANTE, QUE SERÁ DESTINADO PARA ASEGURAR LOS CUIDADOS QUE REQUIERA, DE ACUERDO A MIS NECESIDADES. LOS GASTOS EN QUE SE INCURRA DEBERÁN PRIORIZAR LA ATENCIÓN DE MI SALUD, VIVIENDA, ALIMENTACIÓN, RECREACIÓN Y SEGURIDAD EN LAS MEJORES CONDICIONES Y AQUELLAS MÁS SIMILARES A LAS QUE VENGO DISFRUTANDO EN LA ACTUALIDAD.
- C) ACREDITAR Y SUSTENTAR LOS GASTOS EFECTUADOS EN LA ATENCIÓN DE LA OTORGANTE, POR LO CUAL SE COMPROMETE A BRINDAR TODAS LAS FACILIDADES ANTE CUALQUIER ORGANISMO DE SUPERVISIÓN, QUE ESTABLEZCAN LAS DISPOSICIONES LEGALES PRESENTES O EN EL FUTURO.
- D) BRINDAR LAS FACILIDADES PARA LA SUPERVISIÓN PERIÓDICA DE LAS MEDIDAS DE SALVAGUARDIA.
- E) SUBSANAR LAS OBSERVACIONES QUE FORMULE EL ORGANISMO DE SUPERVISIÓN ESTATAL O LAS PERSONAS QUE PUEDAN HACER USO DE LAS SALVAGUARDIAS A ESTABLECERSE.
- F) ABSTENERSE DE REALIZAR COBROS Y RETIROS DE LAS CUENTAS BANCARIAS EN CASO LA OTORGANTE HUBIESE FALLECIDO.
- G) ASISTIR EN LA MEDIDA DE LO POSIBLE A LAS CAPACITACIONES PARA EL ADECUADO DESEMPEÑO DE SUS OBLIGACIONES, QUE BRINDE LOS ORGANISMOS DE SUPERVISIÓN CORRESPONDIENTES.

**CUARTO. - FORMA, ALCANCE, DURACIÓN DEL CARGO DE APOYO.**

DECLARO QUE LA PERSONA DESIGNADA COMO APOYO, EJERCERÁ EL CARGO EN FORMA INDIVIDUAL, CON FACULTADES DE REPRESENTACIÓN DE MI PERSONA, A PARTIR DE LA FECHA DE OTORGAMIENTO DE LA ESCRITURA PÚBLICA QUE FORMALICE LA PRESENTE MINUTA.

EL EJERCICIO DEL CARGO DE APOYO TENDRÁ DURACIÓN DE 5 AÑOS, RENOVABLE EN CASO SE ACREDITE QUE CUMPLE CON MI VOLUNTAD, PREFERENCIAS, BUENA ADMINISTRACIÓN DE MIS BIENES Y ESMERADA ATENCIÓN DE MI PERSONA EN

TEMAS DE SALUD TANTO FÍSICA COMO MENTAL, SALVO REVOCACIÓN EXPRESA ANTICIPADA O HASTA QUE RECUPERE LA POSIBILIDAD DEL EJERCICIO PLENO DE MI CAPACIDAD JURÍDICA, U OCURRA MI FALLECIMIENTO.

**QUINTO.- FACULTADES DEL APOYO DESIGNADO.**

LA PERSONA QUE HE DESIGNADO COMO APOYO, EJERCERÁ EL CARGO CON LAS FACULTADES QUE EXPRESAMENTE SEÑALO A CONTINUACIÓN, QUE EXPRESAN MI VOLUNTAD Y CORRESPONDEN A LAS CONDICIONES ACTUALES DE VIDA QUE DESEO MANTENER PORQUE SOY UNA PERSONA QUE TIENE UN ESTILO DE VIDA QUE CONOCEN PERFECTAMENTE LAS PERSONAS QUE HE DESIGNADO COMO APOYO. REITERO QUE MI APOYO DEBE RESPETAR MIS DERECHOS, VOLUNTAD Y PREFERENCIAS; EN NINGÚN CASO LA PRESENTE DESIGNACIÓN DE APOYO SUSTITUIRÁ MI CAPACIDAD JURÍDICA.

**5.1.- DECISIONES REFERIDAS A LA SALUD.-**

LA PERSONA QUE EJERZA EL CARGO DE APOYO ESTÁ AUTORIZADA A RECIBIR TODA LA INFORMACIÓN DEL MÉDICO TRATANTE RESPECTO DE MI ESTADO DE SALUD, POR LO QUE PODRÁ PRESTAR SU CONSENTIMIENTO PARA ACEPTAR O RECHAZAR CUALQUIER TRATAMIENTO EN MI FAVOR, INTERVENCIÓN O CIRUGÍA QUE EL MEDICO SUGIERA PARA RECUPERAR MI SALUD Y/O EVITAR DOLORES Y SUFRIMIENTO. PARA ELLO DEBERÁ TENER EN CUENTA MIS PREFERENCIAS Y DECISIONES QUE HE TOMADO EN MIS AÑOS DE VIDA. LAS PERSONAS QUE YO HE DESIGNADO COMO APOYOS ME CONOCEN MUY BIEN, ME TRATAN CON CARÍÑO Y CONFÍO PLENAMENTE EN ELLOS.

DECLARO QUE EN CASO DE ENCONTRARME EN ESTADO DE COMA, MI VOLUNTAD ES LA SIGUIENTE:

A.- NO DESEO QUE SE ME PROLONGUE LA VIDA ARTIFICIALMENTE, QUE SE ME CONECTE A UN RESPIRADOR ARTIFICIAL, NI QUE ME PRACTIQUEN LA ALIMENTACIÓN POR VÍA GASTROSTÓMICA O POR ENTUBAMIENTO DIRECTO U OTRAS MAQUINAS QUE RESULTEN INDISPENSABLES PARA MANTENER MIS FUNCIONES VITALES. TAMPOCO DESEO QUIMIOTERAPIA, RADIOTERAPIA O BRAQUITERAPIA NI NINGUNA SIMILAR.

B.- RECHAZO TODO PROCEDIMIENTO TENDIENTE A LA RESUCITACIÓN Y LOS TRATAMIENTOS INVASIVOS A PERMANENCIA QUE PROLONGUEN MI VIDA ARTIFICIALMENTE.

C.- NO ACEPTO SER SOMETIDA A DECISIÓN MÉDICA ALGUNA QUE CONLLEVE EL RIESGO DE TENER QUE SOMETERME A DIÁLISIS POR EL RESTO DE MI VIDA.

D.- NO DESEO PERMANECER INTERNADA EN UN CENTRO HOSPITALARIO NI EN UN CENTRO DE RECUPERACIÓN O CASA DE BIENESTAR O DE CUIDADOS ESPECIALES. ES MI MAYOR DESEO PERMANECER EN MI ACTUAL DOMICILIO POR TODO EL TIEMPO QUE RESULTE POSIBLE.

E.- ACEPTO QUE ME ADMINISTREN DROGAS PARA ALIVIAR EL DOLOR Y EVITAR EL SUFRIMIENTO, AUNQUE ELLAS PUEDAN ACELERAR MI MUERTE.

F.- EN EL SUPUESTO CASO QUE SE RECONOZCA JUDICIAL O LEGALMENTE EL DERECHO A LA MUERTE DIGNA O LA EUTANASIA, AUTORIZO EXPRESAMENTE A MIS APOYOS PARA QUE REALICEN TODOS LOS TRÁMITES LEGALES Y DE SALUD PARA QUE SE RESPETE MI DERECHO A PONER FIN A MI SUFRIMIENTO Y VIDA, APLICÁNDOSE LOS PROCEDIMIENTOS REQUERIDOS PARA EJECUTARLOS.

**5.2.- DECISIONES ACERCA DE LA VIVIENDA Y DEMÁS HECHOS RELACIONADOS CON LA VIDA DIARIA.-**

ES MI VOLUNTAD MANTENER UN NIVEL DE VIDA SIMILAR AL QUE ACTUALMENTE VENGO DISFRUTANDO Y VIVIENDO, MIENTRAS NO SE RECONOZCA MI DERECHO A LA MUERTE DIGNA. RESPECTO A MI CUIDADO Y PROTECCIÓN, LA PERSONA QUE

EJERZA EL CARGO DE APOYO ME GARANTIZARÁ PROTECCIÓN FÍSICA, MENTAL Y PSICOLÓGICA.

**5.3.- DECISIONES ACERCA DE LA ADMINISTRACIÓN DE LOS BIENES.-**

EN LO QUE RESPECTA A LA ADMINISTRACIÓN DE MIS RENTAS, INGRESOS, PENSIONES Y DEMÁS DINERO QUE PUDIERA CORRESPONDERME, AUTORIZO A MI APOYO PARA QUE REALICE TODOS LOS ACTOS DE ADMINISTRACIÓN QUE CORRESPONDAN, OTORGÁNDOLE EXPRESAMENTE LAS FACULTADES QUE SEÑALO EN LA CLÁUSULA SEXTA DE ESTA SOLICITUD.

**5.4.- DECISIONES RELACIONADAS AL MOMENTO INMEDIATO POSTERIOR A MI FALLECIMIENTO.-**

EN EL MOMENTO EN QUE OCURRA MI FALLECIMIENTO ES MI VOLUNTAD QUE DE INMEDIATO SE EJECUTEN LOS SIGUIENTES ACTOS:

- A).- DESEO SER CREMADA, O LO QUE SEA MAS FACIL PARA MI FAMILIA.
- B).- DESEO DONAR MIS ÓRGANOS SI SON DE UTILIDAD

**SEXTO.- FACULTADES DE REPRESENTACIÓN.-**

OTORGO EXPRESAMENTE LAS SIGUIENTES FACULTADES DE REPRESENTACIÓN A LA PERSONA DESIGNADA COMO APOYO, QUIEN PODRÁ EJERCER LAS FACULTADES QUE MENCIONO A CONTINUACIÓN, ADEMÁS DE RESPETAR SIEMPRE MI VOLUNTAD EXPRESADA ANTERIORMENTE, MI HISTORIA DE VIDA, MIS PREFERENCIAS SEÑALADAS EN ESTE DOCUMENTO O EN CUALQUIER OTRA OCASIÓN DURANTE EL TIEMPO QUE PUEDO MANIFESTAR MI VOLUNTAD DIRECTAMENTE.

**6.1.- FACULTADES DE ADMINISTRACIÓN.-**

LA PERSONA DESIGNADA COMO APOYO PODRÁ ADMINISTRAR SIN LIMITACIÓN ALGUNA LOS BIENES MUEBLES E INMUEBLES DE MI PROPIEDAD, ARRENDÁNDOLOS POR LOS PLAZOS DETERMINADOS O INDETERMINADOS, MONTOS DE ARRIENDOS Y DEMÁS CONDICIONES, COBRANDO Y RECIBIENDO EL IMPORTE DE LOS ARRIENDOS, COBRAR JUDICIAL O EXTRAJUDICIALMENTE LOS ARRIENDOS; PODRÁ RESOLVER LOS CONTRATOS EXTRAJUDICIALMENTE, COBRAR LAS PENALIDADES; DE SER EL CASO, EFECTUAR LAS DEVOLUCIONES DE DEPÓSITOS DE GARANTÍA PROVENIENTES DE LOS CONTRATOS DE ARRENDAMIENTO, PODRÁ SEGUIR LOS JUICIOS DE DESALOJO O AVISO DE DESPEDIDA QUE FUERAN NECESARIOS, REALIZAR LOS GASTOS PROPIOS DE LA ADMINISTRACIÓN Y REFACCIONES DE TODA CLASE; OTORGAR Y EXIGIR LOS CORRESPONDIENTES RECIBOS DE CANCELACIONES POR DOCUMENTOS SIMPLES O POR ESCRITURAS PÚBLICAS.

**6.2 FACULTADES PARA COMPRAR, VENDER Y GRAVAR.-**

CUANDO YA NO PUEDA VALERME POR MÍ MISMA O MIS INGRESOS NO ME PERMITAN SOLVENTARME AUTORIZO EXPRESAMENTE LA VENTA DE MIS BIENES. EN CONSECUENCIA LAS PERSONAS QUE HE DESIGNADO COMO APOYOS QUEDAN FACULTADOS DE MANERA EXPRESA A ESTABLECER EL PRECIO DE LOS BIENES DE MI PROPIEDAD PARA VENDERLOS, REALIZAR LAS NEGOCIACIONES DE LA VENTA, CELEBRAR LOS CONTRATOS PRIVADOS Y LAS ESCRITURAS PÚBLICAS CORRESPONDIENTES, RECIBIR EL DINERO PRODUCTO DE LA VENTA, DECIDIR HIPOTECARLOS, SI RESULTARA CONVENIENTE. PODRÁN ABRIR CUENTAS EN EL BANCO, PARA PODER ADMINISTRAR FORMALMENTE LOS RECURSOS QUE SE OBTENGAN DE LA VENTA, FIRMAR TODOS LOS DOCUMENTOS QUE SEAN NECESARIOS Y REALIZAR TODO TIPO DE TRÁMITES LEGALES Y ADMINISTRATIVOS. SI LO CONSIDERAN MÁS CONVENIENTE, PODRAN ARRENDAR LOS BIENES, FIJAR LA RENTA Y RECIBIRLA.

LAS PERSONAS DESIGNADAS COMO APOYO PODRÁN CELEBRAR TODOS LOS ACTOS Y CONTRATOS NOMINADOS E INNOMINADOS DE NATURALEZA CIVIL,

INCLUYENDO LOS CONTRATOS PREPARATORIOS A QUE HUBIERE LUGAR, CREAR, REGULAR, MODIFICAR O EXTINGUIR TODO TIPO DE OBLIGACIONES QUE JUZGUEN CONVENIENTE LA PERSONA DESIGNADA COMO APOYO. ELLO, SE REALIZARÁ RESPECTO DE LOS BIENES MUEBLES, INMUEBLES, ACCIONES DE BIENES, YA SEA POR DOCUMENTO PRIVADO O INSTRUMENTO PÚBLICO, TALES COMO: COMPRA VENTA DE BIENES MUEBLES, INMUEBLES, VEHÍCULOS, DE ACCIONES Y DERECHOS DE BIENES MUEBLES, INMUEBLES, VEHÍCULOS. =====

TANTO COMPRADOR Y VENDEDOR, PUEDEN PACTAR EL PRECIO DE VENTA Y FORMA DE PAGO, PENALIDADES, GARANTÍAS PERSONALES O REALES Y DEMÁS CONDICIONES CONVENIENTES; DIVISIÓN Y PARTICIÓN, DE SUMINISTRO, PERMUTA, DONACIÓN, INMOVILIZACIÓN DE PARTIDAS, MUTUO, ANTICIPO DE LEGÍTIMA COMO ANTICIPANTE O COMO ANTICIPADO, ARRENDAMIENTO, SUBARRENDAMIENTO, COMODATO, CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS, MANDATO, DEPOSITO, USUFRUCTO, USO, HABITACIÓN Y FIANZA, CANCELAR Y LEVANTAR GRAVÁMENES COMO HIPOTECA Y/O GARANTÍAS MOBILIARIAS.

EN GENERAL, PUEDE DISPONER, ADQUIRIR O TRANSFERIR A TÍTULO ONEROSO O GRATUITO LOS BIENES MUEBLES, INMUEBLES, VEHÍCULOS, VALORES, ACCIONES Y PARTICIPACIONES EN EMPRESAS EN LAS QUE SEA PROPIETARIO, TODO ESTO DE CONFORMIDAD CON EL ARTÍCULO 156° DEL CÓDIGO CIVIL, SUSCRIBIENDO TODO TIPO DE DOCUMENTOS TALES COMO MINUTAS Y ESCRITURAS PÚBLICAS. ASIMISMO, QUEDA FACULTADO A RECIBIR EL DINERO PRODUCTO DE LAS TRANSFERENCIAS, EN EFECTIVO Y/O MEDIANTE CHEQUES, PUDIENDO COBRAR LOS CHEQUES EN LA ENTIDAD BANCARIA CORRESPONDIENTE. LA PERSONA DESIGNADA COMO APOYO QUEDA FACULTADA A APERSONARSE ANTE CUALQUIER MUNICIPIO A REALIZAR EL CARGO Y/O DESCARGO CORRESPONDIENTE, EFECTUAR PAGOS DE IMPUESTO PREDIAL Y ARBITRIOS; APERSONARSE ANTE EL SERVICIO DE ADMINISTRACIÓN TRIBUTARIA (SAT) , A CANCELAR EL CORRESPONDIENTE IMPUESTO DE ALCABALA.

IGUALMENTE, LA PERSONA DESIGNADA COMO APOYO PODRÁ SOLICITAR ANTE EL MUNICIPIO, TODO TIPO DE DOCUMENTACIÓN, TALES COMO CONSTANCIAS DE PAGO O CONSTANCIAS DE NO ADEUDO DE IMPUESTOS Y/O ARBITRIOS, CERTIFICADOS DE NUMERACIÓN, NOMENCLATURA, JURISDICCIÓN, ESTADOS DE CUENTA, REALIZAR TRÁMITES DE HABILITACIÓN URBANA, DECLARATORIA DE FÁBRICA, INDEPENDIZACIÓN, REGULARIZACIÓN DE FÁBRICA, LICENCIA PARA LA EDIFICACIÓN Y CUALQUIER OTRO TRAMITE QUE SE REQUIERA ANTE LAS MUNICIPALIDADES. ASIMISMO, PODRÁ EFECTUAR EL PAGO DEL IMPUESTO A LA RENTA, EL PAGO A CUENTA DEL MISMO Y DE SER EL CASO SUSCRIBIR DECLARACIONES JURADAS, FORMULARIOS, CARTAS, ENTRE OTROS, PARA REALIZAR CUALQUIER OTRO TRÁMITE QUE SEA NECESARIO PARA LA EJECUCIÓN DE LOS ACTOS PARA LOS CUALES SE OTORGA LA PRESENTE DESIGNACIÓN, YA SEA ANTE ENTIDADES PÚBLICAS O PRIVADAS.

### **6.3 FACULTADES JUDICIALES Y ADMINISTRATIVAS.-**

A SOLA FIRMA, LA PERSONA DESIGNADA COMO APOYO PODRÁ REPRESENTARME ANTE TODA CLASE DE AUTORIDADES POLÍTICAS, ADMINISTRATIVAS, POLICIALES, MILITARES, TRIBUTARIAS, LABORALES, MUNICIPALES, ADUANERAS Y JUDICIALES DEL FUERO COMÚN, PRIVATIVO Y ARBITRAL; CON TODAS LAS FACULTADES Y ATRIBUCIONES GENERALES DE REPRESENTACIÓN, ASÍ COMO DE LAS ESPECIALES PARA DISPONER DE LOS DERECHOS SUSTANTIVOS, INICIANDO TODO TIPO DE ACCIONES O EXCEPCIONES, SEAN CIVILES, PENALES, ADMINISTRATIVAS, YA SEA EN PROCESOS CONTENCIOSOS O NO CONTENCIOSOS, PARA DEMANDAR, RECONVENIR, CONTESTAR DEMANDAS Y RECONVENCIONES, DESISTIRSE DEL PROCESO, DE UN ACTO PROCESAL O DE LA PRETENSIÓN, ALLANARSE O RECONOCER LA DEMANDA O PRETENSIONES.

ASIMISMO, PODRÁ CONCILIAR, TRANSIGIR DENTRO O FUERA DEL PROCESO, SOMETER A ARBITRAJE LAS PRETENSIONES CONTROVERTIDAS EN EL PROCESO O FUERA DE ÉL, CELEBRAR CUALQUIER ACTO JURÍDICO POSTERIOR A LA SENTENCIA EN INTERÉS DE MI PERSONA, OTORGAR CONTRA CAUTELAS, INTERVENIR COMO TERCERO EN CUALQUIER PROCESO EN QUE TENGA INTERÉS, SOLICITAR MEDIDAS CAUTELARES, PRUEBA ANTICIPADA, INTERPONER TODO TIPO DE SOLICITUDES, PETICIONES O RECURSOS, SEAN DE RECONSIDERACIÓN, APELACIÓN, REVISIÓN, CASACIÓN O NULIDAD ORDINARIOS O EXTRAORDINARIOS, INTERVENIR EN LA EJECUCIÓN DE LAS SENTENCIAS INCLUSO PARA EL COBRO DE COSTAS Y COSTOS, CONSIGNAR Y/O COBRAR CONSIGNACIONES, ASISTIR A LAS AUDIENCIAS DE SANEAMIENTO, CONCILIACIÓN Y PRUEBAS, PRESTANDO DECLARACIÓN DE PARTE, DECLARACIÓN TESTIMONIAL, RECONOCIMIENTO Y EXHIBICIÓN DE DOCUMENTOS, CON LAS MÁS AMPLIAS ATRIBUCIONES Y DEMÁS FACULTADES CONTENIDAS EN LOS ARTÍCULOS 74° Y 75° DEL CÓDIGO PROCESAL CIVIL.

LAS FACULTADES DE ÍNDOLE JUDICIAL SE PODRÁN EJERCER ANTE TODA CLASE DE JUZGADOS, SALAS Y TRIBUNALES ESTABLECIDOS POR LA LEY ORGÁNICA DEL PODER JUDICIAL Y DEMÁS ENTIDADES QUE CONFORME A LA LEY EJERCEN FACULTADES COACTIVAS O DE EJECUCIÓN FORZOSA. PODRÁ ASUMIR LA REPRESENTACIÓN PARTICIPANDO EN LA NEGOCIACIÓN Y CONCILIACIÓN JUDICIAL Y/O EXTRAJUDICIAL, PRACTICAR TODOS LOS ACTOS PROCESALES PROPIOS DE ESTOS, SUSCRIBIR CUALQUIER ACUERDO Y LLEGADO EL CASO SUSCRIBIR EL ACTA CONCILIATORIA O QUE CONTENGA EL ACUERDO ARRIBADO, PARA QUE ME REPRESENTE ANTE CUALQUIER CENTRO DE CONCILIACIÓN, CON TODAS LAS FACULTADES CONTENIDAS EN EL PRESENTE PODER CON EL OBJETO DE CONCILIAR EXTRAJUDICIALMENTE, SUSCRIBIENDO PARA EL EFECTO LOS DOCUMENTOS QUE SEAN PERTINENTES PARA CUMPLIR CON EL ENCARGO QUE SE OTORGA.

EN ESE SENTIDO, LA PERSONA DESIGNADA COMO APOYO PODRÁ APERSONARSE ANTE CUALQUIER CONCILIADOR Y/O CENTRO DE CONCILIACIÓN EXTRAJUDICIAL A EFECTOS DE INTERPONER TODO TIPO DE SOLICITUDES INVITACIONES Y/O REPRESENTARME ANTE CUALQUIER INVITACIÓN QUE ME FUERA CURSADA CON ARREGLO A LO DISPUESTO POR LA LEY N° 26872, MODIFICADA POR EL DECRETO LEGISLATIVO N° 1070, PUDIENDO AL EFECTO CONCILIAR EXTRAJUDICIALMENTE Y DISPONER DEL DERECHO MATERIA DE CONCILIACIÓN, SEGÚN CONVenga A MIS DERECHOS E INTERESES, SIN RESERVA NI LIMITACIÓN ALGUNA, TRANSIGIR, SOMETER A ARBITRAJE LAS PRETENSIONES CONTROVERTIDAS EN EL PROCESO Y PODRÁ EJERCER LAS FACULTADES GENERALES Y ESPECIALES DE REPRESENTACIÓN JUDICIAL SIN EXCEPCIÓN ALGUNA, INCLUSIVE PARA LA EJECUCIÓN DE LA INTEGRIDAD DE LOS ACTOS QUE REQUIERA EL DESARROLLO DE TODO TIPO DE PROCESOS.

ASIMISMO, LA PERSONA DESIGNADA COMO APOYO QUEDA FACULTADA PARA INICIAR Y/O APERSONARSE AL PROCESO NO CONTENCIOSO INICIADO O POR INICIARSE ANTE NOTARIO, ANTE LOS REGISTROS PÚBLICOS Y ANTE CUALQUIER OTRA AUTORIDAD ENCARGADA DE TRAMITAR PROCESOS NO CONTENCIOSOS. PARA ESTE EFECTO, LA PERSONA DESIGNADA COMO APOYO PODRÁ PRESENTAR SOLICITUD, CONTINUAR CON EL TRÁMITE, FORMULAR OPOSICIÓN, DESISTIRSE, FIRMAR ESCRITURA PÚBLICA Y/O CUALQUIER OTRO TRAMITE CONTEMPLADO EN LA LEY 26662 Y LAS NORMAS COMPLEMENTARIAS O MODIFICATORIAS QUE REGULAN LOS PROCESOS NO CONTENCIOSOS POR LA VÍA NOTARIAL, QUEDA FACULTADO PARA PODER SOLICITAR LA SUCESIÓN INTESTADA SEA POR VÍA JUDICIAL EN PROCESO NO CONTENCIOSO O POR VÍA NOTARIAL EN ASUNTOS NO CONTENCIOSO DE SER EL CASO. ASIMISMO, PODRÁ SOLICITAR E INICIAR LA PRESCRIPCIÓN ADQUISITIVA DE BIENES MUEBLES O INMUEBLES SOBRE LOS QUE



TENGA DERECHOS O INTERESES, PUDIENDO FIRMAR LAS SOLICITUDES, DECLARACIONES JURADAS, ACTAS, ESCRITURAS PÚBLICAS, ENTRE OTROS. LAS FACULTADES OTORGADAS SE EXTIENDEN TAMBIÉN, PARA TODOS LOS TRÁMITES A REALIZAR EN CASO DE QUE EXISTA TESTAMENTO ALGUNO A MI FAVOR, FIRMANDO DOCUMENTOS EN MI REPRESENTACIÓN, TALES COMO LA CORRESPONDIENTE SOLICITUD, DECLARACIONES JURADAS, ENTRE OTROS. ASIMISMO, PODRÁ REPRESENTARME ANTE NOTARIAS O CUALQUIER OTRA ENTIDAD PÚBLICA O PRIVADA, CON EL FIN DE REALIZAR CUALQUIER TRÁMITE ADMINISTRATIVO, DUPLICADO DE TARJETA DE PROPIEDAD, CAMBIO DE CARACTERÍSTICAS, ENTRE OTROS.

#### **6.4 FACULTADES BANCARIAS.-**

EN EL SUPUESTO CASO DE QUE LAS PERSONAS QUE HE DESIGNADO COMO APOYOS MANEJEN CUENTAS EN BANCOS PODRAN EJERCER TODAS LAS FACULTADES QUE LES PERMITAN MANEJAR LOS MONTOS QUE EN ELLAS SE ENCUENTREN BAJO CUALQUIER MODALIDAD.

PODRÁN COBRAR CHEQUES, ABRIR Y CERRAR CUENTAS CORRIENTES DE AHORRO O CRÉDITO, A PLAZOS O DE CUALQUIER OTRO GÉNERO, GIRAR CONTRA ELLAS AL EXTRANJERO, TRANSFERIR FONDOS DE ELLAS, EFECTUAR RETIROS, EN TODO TIPO DE INSTITUCIONES BANCARIAS Y/O FINANCIERAS O EN CUALQUIER TIPO DE INSTITUCIONES DE CRÉDITO, DE MANERA ESPECIAL REPRESENTARME ANTE EL BANCO DE CRÉDITO DEL PERÚ - BCP Y BBVA BANCO CONTINENTAL, INTERBANK, SCOTIABANK, CONTRATAR CAJAS DE SEGURIDAD, ABRIRLAS, OPERARLAS, Y/O CERRARLAS. EN GENERAL, COMPRAR, VENDER, ARRENDAR, PERMUTAR, DONAR BIENES SEAN MUEBLES O INMUEBLES; TRANSIGIR Y CONDONAR OBLIGACIONES; CELEBRAR CONVENIOS ARBITRALES, COMPRA Y VENTA DE ACCIONES EN BOLSA O FUERA DE ELLA, ASÍ COMO SUSCRIBIR LOS INSTRUMENTOS PÚBLICOS Y PRIVADOS A QUE HUBIERE LUGAR, SOLICITAR ESTADOS DE CUENTA, ABRIR, CANCELAR Y SOLICITAR DUPLICADOS DE TARJETAS, DEPOSITAR Y RETIRAR DINERO DE MIS CUENTAS, SOLICITAR Y CANCELAR TARJETAS DE CRÉDITO Y/O DÉBITO, SOLICITAR EL DUPLICADO DE TARJETAS DE CRÉDITO Y/O DÉBITO; SOLICITAR MOVIMIENTOS EN CUENTAS CORRIENTES Y/O AHORROS; PODRÁ RESCATAR Y/O APERTURA FONDOS MUTUOS, RETIRAR CTS, APORTES VOLUNTARIOS Y/O NO VOLUNTARIOS DE AFP.

#### **6.5.- FACULTADES PARA ACTOS Y CONTRATOS.-**

PODRÁN SUSCRIBIR TODO TIPO DE DOCUMENTACIÓN PÚBLICA O PRIVADA EN LA CUAL SE RATIFIQUE, MODIFIQUE, O ACLARE, ACTOS O CONTRATOS SUSCRITOS POR EL OTORGANTE CON ANTERIORIDAD EL OTORGAMIENTO DEL PRESENTE DOCUMENTO O EN EJERCICIO DEL MISMO.

#### **6.6.- PENSIÓN.-**

FACULTO A LAS PERSONAS DESIGNADAS COMO APOYO A REALIZAR TODOS LOS TRAMITES CORRESPONDIENTES PARA EL COBRO DE LA PENSIÓN QUE ME PUDIERA CORRESPONDER, ASÍ COMO A LA ENTIDAD DONDE SE ENCUENTRE MI FONDO DE PENSIONES, CON EL FIN DE RECIBIR TODOS LOS BENEFICIOS QUE POR LEY ME CORRESPONDEN, PUDIENDO FIRMAR DE MANERA CONJUNTA O INDISTINTAMENTE CUALQUIERA DE MIS APOYOS A SOLA FIRMA, DOCUMENTOS PÚBLICOS Y PRIVADOS, DECLARACIONES JURADAS, FORMULARIOS, TALONARIOS, PLANILLA, ASÍ COMO CUALQUIER DOCUMENTACIÓN QUE SEA NECESARIA, PARA LA OBTENCIÓN Y COBRO DE MI PENSIÓN.

#### **SÉPTIMA. - SALVAGUARDIAS**

TENGO CONOCIMIENTO QUE LAS SALVAGUARDIAS SON MEDIDAS DESTINADAS A ASEGURAR QUE EL DINERO, BIENES Y ACREENCIAS QUE TENGA A MI NOMBRE SEAN UTILIZADO EN MI BENEFICIO, RESPETANDO MIS DERECHOS, VOLUNTAD,

INTERESES Y PREFERENCIAS, PRIVILEGIANDO LA ATENCIÓN DE MI SALUD, VIVIENDA, ALIMENTACIÓN, RECREACIÓN Y SEGURIDAD. ES POR ELLO, QUE, DETERMINO LAS SIGUIENTES MEDIDAS DE SALVAGUARDIAS:

**7.1.- RENDICIÓN DE CUENTAS.-**

LA PERSONA DESIGNADA COMO APOYO DEBERÁ PRESENTAR ANTE CUALQUIER ORGANISMO QUE PRECISE EL DISPOSITIVO LEGAL PERTINENTE, UNA RENDICIÓN DE CUENTAS, SEÑALANDO LA TOTALIDAD DE LOS INGRESOS PROVENIENTES DEL COBRO DE PENSIONES, SUBVENCIONES O DEVOLUCIÓN DE APORTES, ADMINISTRACIÓN DE BIENES, DISPOSICIÓN DE BIENES Y CUENTAS BANCARIAS Y DE LOS GASTOS EFECTUADOS, DURANTE EL PERIODO DE REPORTE, PRECISANDO LAS RAZONES QUE JUSTIFICAN LA ADMINISTRACIÓN DEL DINERO Y SU RELACIÓN CON MIS DERECHOS, VOLUNTAD, PREFERENCIAS, INTERESES Y NECESIDADES.

LA RENDICIÓN DE CUENTAS QUE REALIZARÁ, TENDRÁ UN CARÁCTER DE DECLARACIÓN JURADA Y SERÁ PRESENTADA AL ORGANISMO QUE SE ESTABLEZCA EN EL DISTRITO DE RESIDENCIA DEL OTORGANTE, CONFORME AL FORMATO APROBADO Y BRINDADO POR EL MINISTERIO DE LA MUJER Y POBLACIONES VULNERABLES.

EL PLAZO MEDIANTE EL CUAL ESTARÁ OBLIGADA A REALIZAR ESTA RENDICIÓN DE CUENTAS SERÁ CADA 6 (SEIS) MESES.

**7.2.- SUPERVISIÓN PERIÓDICA INOPINADA.-**

LA SUPERVISIÓN PERIÓDICA POR LA ENTIDAD QUE CORRESPONDA, SE REALIZARÁ DE OFICIO ANTE LA DENUNCIA DE PRESUNTAS IRREGULARIDADES EN EL DESEMPEÑO DE MI APOYO.

**OCTAVO. - ACEPTACIÓN LA DESIGNACIÓN DE APOYO.**

INTERVIENE EN LA PRESENTE SOLICITUD MI APOYO TITULAR, ....., IDENTIFICADO CON DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD N° ....., CON DOMICILIO EN ....., TELÉFONO N° ..... Y CORREO ELECTRÓNICO ....., Y MIS APOYOS SUPLENTE O SUSTITUTOS, EN ORDEN DE PRELACIÓN, ....., IDENTIFICADA CON DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD N° ....., CON DOMICILIO EN ....., TELÉFONO N° ....., CORREO ELECTRONICO ..... Y ....., IDENTIFICADA CON DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD N° ....., CON DOMICILIO EN ..... TELÉFONO ..... Y CORREO ELECTRÓNICO .....

EL APOYO Y LOS APOYOS SUSTITUTOS DECLARAN SU ACEPTACIÓN A LA DESIGNACIÓN DE APOYO QUE LES HA SIDO CONFERIDA MEDIANTE EL PRESENTE DOCUMENTO. FIRMAN LA PRESENTE SOLICITUD ..... Y ..... EN SEÑAL DE SU ENTERA CONFORMIDAD.

ASIMISMO, DECLARAN QUE HASTA LA FECHA DE SUSCRIPCIÓN DE LA PRESENTE SOLICITUD, NO HAN SIDO CONDENADOS POR VIOLENCIA CONTRA INTEGRANTES DE LA FAMILIA Y NI POR VIOLENCIA SEXUAL.

**NOVENO.-** LOS OTORGANTES DECLARAN QUE, LIBERAN DE TODA RESPONSABILIDAD ADMINISTRATIVA, CIVIL Y PENAL VINCULADA CON LA PRESENTE SOLICITUD AL ABOGADO QUE AUTORIZA LA PRESENTE SOLICITUD, ASÍ COMO AL NOTARIO QUE DE BUENA FE FORMALIZARÁ Y AUTORIZARÁ LA ESCRITURA PÚBLICA QUE GENERE EL PRESENTE DOCUMENTO.

LIMA, ... DE .... DE ....

**CLAUSULA ADICIONAL. -**

CONSTE POR LA PRESENTE CLÁUSULA ADICIONAL LA INTERVENCIÓN DEL SR. ....., DE NACIONALIDAD PERUANA, ....., IDENTIFICADO CON DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD N° ....., CON DOMICILIO EN ..... DISTRITO ....., PROVINCIA Y DEPARTAMENTO DE LIMA; EN SU CALIDAD DE TESTIGO A RUEGO Y TESTIGO DE IDENTIDAD, DECLARANDO QUE LA HUELLA DACTILAR QUE APARECE EN LA MINUTA DE DESIGNACIÓN DE APOYO, DE FECHA .... DE .... DE ....., CORRESPONDE A ANA MILAGROS ESTRADA UGARTE, IDENTIFICADA CON DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD N° ....., QUIEN ACTÚA EN CALIDAD DE LA OTORGANTE Y QUE SE ENCUENTRA FÍSICAMENTE IMPOSIBILITADA DE FIRMAR, PONIENDO LA OTORGANTE SU HUELLA EN CADA PÁGINA DE LA REFERIDA MINUTA.

LIMA, ... DE .... DE .....