

## SUMILLA: SOLICITO AUDIENCIA DE CONCILIACIÓN

SEÑOR

DIRECTOR DEL CENTRO DE CONCILIACIÓN "PERÚ – JAVIER PRADO"

PRESENTE.-

**NOMBRES Y APELLIDOS DEL PADRE**, identificado con D.N.I. N° XXXXXXXX, con domicilio en (.....) N° XXX, Distrito de (.....), Provincia y Departamento de Lima, y doña **NOMBRES Y APELLIDOS DE LA MADRE**, identificada con D.N.I. N° 12345678, con domicilio en (.....) N° XXX, Distrito de (.....), Provincia y Departamento de Lima; solicitamos se lleve a cabo la audiencia de conciliación respecto a: Régimen de visitas y Alimentos a favor de nuestro hijo **NOMBRE DEL O LOS MENORES**, (edad); a continuación exponemos los detalles de la solicitud:

### HECHOS:

Que, nosotros XXXXXXXXXXXX tuvimos una relación de pareja y producto de esto nacieron nuestros menores XXXXXXXXXXXX y que por falta de incompatibilidad de caracteres tuvimos que separarnos; por tal motivo deseamos conciliar la Régimen de visitas y Alimentos para nuestros menores hijos.

### OTRAS PERSONAS CON DERECHO ALIMENTARIO

Los solicitantes, manifestamos que no existe otra persona con derecho alimentario, más que aquella señalada en la presente solicitud.

**(De existir otra persona con derecho a pensión alimenticia, señalar el nombre y edad.)**

### PETITORIO:

#### **PRIMERO.- RESPECTO A LA PENSION ALIMENTICIA**

Que, respecto a los alimentos a favor de nuestro menor hijo (a), y teniendo en consideración que es obligación de ambos padres acudir con los alimentos a sus hijos, ambas solicitantes acordamos lo siguiente:

1. El solicitante XXXXXXXXXXXX, se compromete a acudir a su menor hijo **NOMBRE DEL O LOS MENORES, (EDAD)**, con una pensión alimenticia mensual y adelantada ascendente a la suma de S/. 1,000.00 (Un Mil con 00/100 Soles).
2. El solicitante XXXXXXXXXXXX se compromete a depositar el monto de la pensión alimenticia a la Cuenta Bancaria N° XXXXXXXXXXXXXXXX del Banco XXXXXXXXXXXXXXXX, cuya titular es la madre de la o la menor doña XXXXXXXXXXXXXXXX.
3. El solicitante XXXXXXXXXXXX, se compromete a efectuar los depósitos correspondientes a la pensión de alimentos los días 28 de cada mes, en forma puntual y oportuna, sin mayor requerimiento.
4. Ambos solicitantes se comprometen a asumir los gastos frente a sucesos extraordinarios de salud, enfermedad, educación, u otros vinculados al adecuado crecimiento y formación del menor, en forma equitativa.

**SEGUNDO.- RESPECTO AL REGIMEN DE VISITAS.**

1. ESPECIFICAR DIAS Y HORAS DE VISITA Y EN CASO DE FECHAS FESTIVAS SI GUSTAN PUEDEN DETALLAR COMO REALIZAR LAS VISITAS DURANTE LA SEMANA, FINES DE SEMANA, DIAS FESTIVOS, CUMPLEAÑOS, ETC.
2. Ambos solicitantes se comprometen a velar por el bienestar de su menor hijo, para lo cual se comprometen a realizar las coordinaciones respectivas, respetando en todo momento los horarios de estudio y descanso del menor.

**ANEXOS:** Adjunto fotocopia de los siguientes documentos:

1. Copia del DNI del solicitante **NOMBRE DEL PADRE**
2. Copia del DNI de la solicitante **NOMBRE DE LA MADRE**
3. Partida de Nacimiento del menor **NOMBRE DEL O LOS MENORES**

**POR TANTO:**

Pido a ustedes acceder a nuestra solicitud, a fin que proceda conforme a Ley de Conciliación y su Reglamento.

Lima, .....de.....de 2018.

---

**NOMBRE DEL PADRE**  
**D.N.I. N° XXXXXXXX**

---

**NOMBRE DE LA MADRE**  
**D.N.I. N° XXXXXXXX**