Cartagena, Julio de 2023.

 Señores

**CENTRO DE CONCILIACIÓN, ARBITRAJE Y AMIGABLE COMPOSICIÓN TALID.**

Email.: recepcion@fundaciontalid.org (recepcion sin tilde).

Cartagena.

**REFERENCIA:** Solicitud de acuerdo de apoyo ante conciliadores extrajudiciales en derecho.

**(**nombre de la persona que requiere el apoyo Titular del acto Jurídico) mayor de edad, identificado con cédula de ciudadanía No. xxx expedida en xxx, domiciliado en el Cartagena, encontrándome en mi plena capacidad jurídica, por medio del presente escrito, actuando en calidad del titular del acto jurídico, me dirijo al Centro De Conciliación, Arbitraje y Amigable Composición Talid, con el fin de solicitar, se cite a una audiencia de conciliación de acuerdo de apoyo de conformidad al artículo 17 de la ley 1996 de 2019, en los siguientes términos:

**DATOS DEL TITULAR DEL ACTO JURÍDICO**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre** | xx  |
| **Identificación** | Xx |
| **Estado Civil** | Xx |
| **Dirección** | Xx |
| **Teléfono** | Xx |
| **Email** | Xxx |

**DATOS DE QUIEN SE DESIGNARÁ COMO PERSONA DE APOYO:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre** | Xxx |
| **Identificación** | Xx |
| **Estado Civil** | Xx |
| **Dirección** | Xxxx |
| **Teléfono** | Xx |
| **Email** | xxx |

**EXISTENCIA O NO DE ACUERDOS DE APOYO O DE DIRECTIVAS ANTICIPADAS VIGENTES**

No existen acuerdos de apoyo ni directivas anticipadas vigentes a la fecha.

**ACTUACIONES Y ACTOS PARA LOS QUE PRECISA LA FORMALIZACIÓN DE APOYOS:**

1. Apoyo en la toma de decisiones relativas a procesos judiciales en los que actúe como sujeto procesal.
2. Apoyo en la toma de decisiones relacionadas con mi estado de salud, toma de medicamentos, tratamientos y demás procedimientos que comprometan mi bienestar, salud o la vida misma.

**HECHOS:**

**PRIMERO:** x

**SEGUNDO:** x

**TERCERO:** x.

**CUARTO:** x

**PRETENSIONES:**

**PRIMERA**: Se designe como apoyo a mi \_\_\_\_, la señora ---- para que acompañe en

1.-xx

2.-xxx

3. xxx

4. En la toma de decisiones relacionadas con mi estado de salud, toma de medicamentos, tratamientos y demás procedimientos que comprometan mi bienestar, salud o la vida misma.

**ANEXOS:**

**1.-**

**2.-**

**3.-**

**FUNDAMENTOS DE DERECHO**

* Ley 2220 de 2022

**DECLARACIONES**

1. Declaro que presento la respectiva solicitud de manera libre y voluntaria.
2. Declaro que la persona de apoyo cumple con lo exigido por el artículo 44 de la ley 1996 del 2019.

**NOTIFICACIONES:**

**El titular del acto jurídico:** xxx

Forma de comunicación y notificación preferida por la persona titular del acto:

|  |  |
| --- | --- |
| **Medio solicitado:** | **xxxxo**  |

1. **xxxxx** en la Calle \_\_\_\_ 15 Barrio xxxx en Cartagena. Teléfono: \_\_\_ email:--

**La persona de apoyo:**

1. **XXXXX** en la Calle xxxx en el barrio xxx en Cartagena D.C Teléfono: xxx, email:.

Atentamente,

**xxx**

**C.C.** **xxx**