



**FORMATO E**

**FORMATO TIPO DE CONSTANCIA DE SUSPENSIÓN DE AUDIENCIA DE CONCILIACIÓN**

**CENTRO DE CONCILIACIÓN<sup>1</sup> .....**

Autorizado su funcionamiento por Resolución .....<sup>2</sup> N° \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Dirección y teléfono: \_\_\_\_\_ **EXP. N° .....**

**CONSTANCIA DE SUSPENSIÓN DE AUDIENCIA DE CONCILIACIÓN**

A horas \_\_\_\_ del día \_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_, las partes asistentes<sup>3</sup> el (la) señor (a) \_\_\_\_\_, identificado(a) con DNI N° \_\_\_\_\_ y el (la) señor (a) \_\_\_\_\_, identificado con DNI N° \_\_\_\_\_, luego de realizada la \_\_\_\_\_ sesión (que corresponde a la realización de la sesión suspendida) de la Audiencia de Conciliación, las partes acordaron suspenderla de acuerdo al artículo 11° de la Ley de Conciliación N° 26872, modificado por el artículo 1° del Decreto Legislativo N° 1070, fijando como una nueva fecha para la continuación de la Audiencia el día \_\_\_\_ a horas \_\_\_\_\_, en la sede de este Centro de Conciliación sito en \_\_\_\_\_ (dirección del centro de conciliación), dándose las partes por invitadas con la suscripción de la presente por triplicado.

\_\_\_\_\_  
**Firma y huella del Conciliador**

\_\_\_\_\_  
**Nombre, firma y huella del solicitante**

\_\_\_\_\_  
**Nombre, firma y huella del invitado**

<sup>1</sup> Nombre del Centro de Conciliación

<sup>2</sup> Señalar el tipo de Resolución que autoriza su funcionamiento ya sea Ministerial, Viceministerial o Directoral, seguido del número, año que corresponde y las siglas correspondientes

<sup>3</sup> Nombre y documento de identidad de las partes asistentes (solicitantes e invitados en su totalidad consignados en la solicitud.)