

**Texto Único de Procedimientos Administrativos**  
**"MUNICIPALIDAD DISTRITAL DE EL ALGARROBAL"**

**Denominación del Procedimiento Administrativo**

**"Licencia de Edificación Modalidad D - Aprobación de proyecto con evaluación previa por la Comisión Técnica para locales de espectáculos deportivos de más de 20 000 ocupantes "**

**Código: PE1726971101**

**Descripción del procedimiento**

Procedimiento administrativo mediante el cual una persona natural o jurídica, pública o privada, solicita el otorgamiento de licencia para realizar una obra de edificación para locales de espectáculos deportivos de más de 20 000 ocupantes con fines de industria. La municipalidad verifica el cumplimiento de los requisitos y otorga la Licencia de Edificación, la cual no se encuentra sujeta a renovación y tiene una vigencia de treinta y seis (36) meses contados a partir de la fecha de su emisión, puede ser prorrogada por única vez por un lapso de doce (12) meses calendario, se debe solicitar dentro de los treinta (30) días calendario anteriores a su vencimiento indicando el número de la licencia y/o del expediente. Vencida la licencia, esta puede ser revalidada por única vez, por un periodo de treinta y seis (36) meses calendario a través del procedimiento administrativo correspondiente.

**Requisitos**

- 1.- FUE, en tres (03) juegos originales, debidamente suscritos por el administrado y, en la sección que corresponda, los profesionales responsables, en el que se debe consignar la información necesaria al procedimiento que se requiere iniciar, consignando los datos del recibo de pago del derecho de tramitación.
- 2.- En el caso que el administrado no sea el propietario del predio, la documentación que acredite que cuenta con derecho a edificar.
- 3.- Certificado de Factibilidad de Servicios para proyectos con fines diferentes al de vivienda.
- 4.- Documentación técnica, en tres (03) juegos originales, la que debe ser presentada además en archivo digital con excepción del Estudio de Mecánica de Suelos (e). Esta documentación está compuesta por:
  - a) Plano de ubicación y localización del lote.
  - b) Planos de arquitectura (planta, cortes y elevaciones), estructuras, instalaciones sanitarias, eléctricas y otras, de ser el caso, firmados y sellados por los profesionales responsables del proyecto y por el administrado, adjuntando las correspondientes memorias descriptivas por cada especialidad.
  - c) Planos de seguridad y evacuación, para la especialidad de arquitectura, cuando corresponda y planos de seguridad para las especialidades de estructuras, sanitarias, eléctricas y/o electromecánicas, cuando correspondan.
  - d) De ser el caso, plano de sostenimiento de excavaciones de acuerdo con lo establecido en el artículo 39 de la Norma Técnica E.050, "Suelos y Cimentaciones" del RNE acompañado de la memoria descriptiva que precise las características de la obra, además de las edificaciones colindantes indicando el número de pisos y sótanos, complementando con fotos.
  - e) Estudio de Mecánica de Suelos o Informe Técnico de Suelos, de corresponder, según los casos que establece la Norma Técnica E.050, "Suelos y Cimentaciones" del RNE.
- 5.- Certificación Ambiental y el EIV aprobados por las entidades competentes en los casos que se requiera.
- 6.- Copia de los comprobantes de pago por derecho de revisión de proyecto efectuados en los colegios profesionales y en el Ministerio de Cultura, de corresponder.

**Notas:**

- 1.- El administrado puede presentar en el expediente solo un juego del FUE y de la documentación técnica requerida. En ese supuesto, los otros dos (02) juegos requeridos, son presentados dentro de un plazo de tres (03) días, contado desde la notificación de la aprobación del proyecto en todas las especialidades.
- 2.- La presentación del EIV sólo es exigible para los proyectos de edificación, de acuerdo a lo establecido en el RNE y que se desarrollen conforme a dicha norma, salvo que los documentos y planos del proyecto presentado contemplen los criterios, condiciones, características, alcances y requisitos exigidos en el RNE.
- 3.- Los planos de seguridad y evacuación, para la especialidad de arquitectura, y los planos de seguridad de estructuras, sanitarias, eléctricas y/o electromecánicas, se presentan como parte del proyecto, los cuales son revisados por los delegados de la Comisión Técnica, en su especialidad.
- 4.- La Póliza CAR (Todo Riesgo Contratista), según las características de la obra que se vaya a ejecutar con cobertura por daños materiales y personales a terceros y como complemento al Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo previsto en la Ley N° 26790, son requeridas para todas las edificaciones contempladas en las modalidades C y D con evaluación previa del proyecto por la Comisión Técnica. Este documento se entrega obligatoriamente a la Municipalidad como máximo el día hábil anterior al inicio de la obra, teniendo una vigencia igual o mayor a la duración del proceso edificatorio.
- 5.- Se puede adjuntar copia de los planos del anteproyecto en consulta aprobado, de encontrarse vigente su aprobación, el cual tiene efecto vinculante para el presente procedimiento administrativo cuando se trate del mismo proyecto sin modificaciones, aun cuando hayan variado los parámetros urbanísticos y edificatorios con los que fue aprobado. No son consideradas modificaciones, aquellos cambios que resulten de la compatibilización de los planos de arquitectura con las demás especialidades del proyecto de edificación.

**Formularios**

Formulario PDF: FUE  
Ubicación: [http://sut.pcm.gob.pe/sutArchivos/file\\_1709\\_20240304\\_054410.pdf](http://sut.pcm.gob.pe/sutArchivos/file_1709_20240304_054410.pdf)

**Canales de atención**

Atención Presencial: MESA DE PARTES

**Pago por derecho de tramitación**

Monto - S/ 254.10

**Modalidad de pagos**

**Caja de la Entidad**  
Efectivo: EN CAJA DE LA MUNICIPALIDAD

**Plazo de atención**

**Calificación del procedimiento**

**Texto Único de Procedimientos Administrativos**  
**"MUNICIPALIDAD DISTRITAL DE EL ALGARROBAL"**

28 días hábiles

Evaluación previa – Silencio Administrativo Positivo: Si vencido el plazo de atención, no obtiene respuesta, la petición se considera aprobada.

**Sedes y horarios de atención**

|                                       |                                                      |
|---------------------------------------|------------------------------------------------------|
| MUNICIPALIDAD DISTRITAL EL ALGARROBAL | Lunes a Viernes de 08:00 a 12:00 y de 13:00 a 15:30. |
|---------------------------------------|------------------------------------------------------|

**Unidad de organización donde se presenta la documentación**

MESA DE PARTES : MUNICIPALIDAD DISTRITAL EL ALGARROBAL

**Unidad de organización responsable de aprobar la solicitud**

GERENCIA DE DESARROLLO TERRITORIAL E INFRAESTRUCTURA

**Consulta sobre el procedimiento**

Teléfono: -974555496  
Anexo: -  
Correo: mesadepartes@munialgarrobal.gob.pemesadepartesmdea@gmail.com

**Instancias de resolución de recursos**

|                              | Reconsideración                                                | Apelación          |
|------------------------------|----------------------------------------------------------------|--------------------|
| Autoridad competente         | Gerente - GERENCIA DE DESARROLLO TERRITORIAL E INFRAESTRUCTURA | Alcalde - ALCALDÍA |
| Plazo máximo de presentación | 15 días hábiles                                                | 15 días hábiles    |
| Plazo máximo de respuesta    | 15 días hábiles                                                | 30 días hábiles    |

**Base legal**

| Artículo                                            | Denominación                                                            | Tipo            | Número            | Fecha Publicación |
|-----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|-----------------|-------------------|-------------------|
| Literal a) del numeral 58.4 del artículo 58.        | Reglamento de Licencias de Habitación Urbana y Licencias de Edificación | Decreto Supremo | 029-2019-VIVIENDA | 06/11/2019        |
| Literales a) y b) del numeral 61.1 del artículo 61. | Reglamento de Licencias de Habitación Urbana y Licencias de Edificación | Decreto Supremo | 029-2019-VIVIENDA | 06/11/2019        |
| Numeral 64.1 del artículo 64.                       | Reglamento de Licencias de Habitación Urbana y Licencias de Edificación | Decreto Supremo | 029-2019-VIVIENDA | 06/11/2019        |
| Numerales 65.1, 65.2 y 65.3 del artículo 65.        | Reglamento de Licencias de Habitación Urbana y Licencias de Edificación | Decreto Supremo | 029-2019-VIVIENDA | 06/11/2019        |

## ANEXO II



**PERÚ** Ministerio de Vivienda, Construcción y Saneamiento

### FORMULARIO ÚNICO DE EDIFICACIÓN - FUE

(Sello y Firma)

Municipalidad de .....  
Nº de Expediente .....

Llenar con letra de imprenta y marcar con X lo que corresponda

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                     |                                                         |                                                                              |  |  |  |                  |                  |           |  |  |  |             |          |                    |  |  |  |              |           |          |  |  |  |                            |                   |                            |    |      |  |  |  |  |                  |                  |           |  |  |  |             |          |                    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|------------------|------------------|-----------|--|--|--|-------------|----------|--------------------|--|--|--|--------------|-----------|----------|--|--|--|----------------------------|-------------------|----------------------------|----|------|--|--|--|--|------------------|------------------|-----------|--|--|--|-------------|----------|--------------------|
| <b>1. SOLICITUD DE LICENCIA DE EDIFICACIÓN:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                     |                                                         |                                                                              |  |  |  |                  |                  |           |  |  |  |             |          |                    |  |  |  |              |           |          |  |  |  |                            |                   |                            |    |      |  |  |  |  |                  |                  |           |  |  |  |             |          |                    |
| <b>1.1 TIPO DE TRÁMITE:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                     |                                                         |                                                                              |  |  |  |                  |                  |           |  |  |  |             |          |                    |  |  |  |              |           |          |  |  |  |                            |                   |                            |    |      |  |  |  |  |                  |                  |           |  |  |  |             |          |                    |
| <input type="checkbox"/> ANTEPROYECTO EN CONSULTA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> REGULARIZACIÓN DE LICENCIA                                 |                                                         |                                                                              |  |  |  |                  |                  |           |  |  |  |             |          |                    |  |  |  |              |           |          |  |  |  |                            |                   |                            |    |      |  |  |  |  |                  |                  |           |  |  |  |             |          |                    |
| <input type="checkbox"/> LICENCIA DE EDIFICACIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> REVALIDACIÓN DE LICENCIA                                   |                                                         |                                                                              |  |  |  |                  |                  |           |  |  |  |             |          |                    |  |  |  |              |           |          |  |  |  |                            |                   |                            |    |      |  |  |  |  |                  |                  |           |  |  |  |             |          |                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> MODIFICACIÓN DE PROYECTO                                   |                                                         |                                                                              |  |  |  |                  |                  |           |  |  |  |             |          |                    |  |  |  |              |           |          |  |  |  |                            |                   |                            |    |      |  |  |  |  |                  |                  |           |  |  |  |             |          |                    |
| <b>1.2 TIPO DE OBRA:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                     |                                                         |                                                                              |  |  |  |                  |                  |           |  |  |  |             |          |                    |  |  |  |              |           |          |  |  |  |                            |                   |                            |    |      |  |  |  |  |                  |                  |           |  |  |  |             |          |                    |
| <input type="checkbox"/> EDIFICACIÓN NUEVA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | POR ETAPAS:                                                                         | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | Nº de Etapas: <input type="text"/> Etapa: <input type="text"/> por Autorizar |  |  |  |                  |                  |           |  |  |  |             |          |                    |  |  |  |              |           |          |  |  |  |                            |                   |                            |    |      |  |  |  |  |                  |                  |           |  |  |  |             |          |                    |
| <input type="checkbox"/> AMPLIACIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> CERCADO                                                    |                                                         |                                                                              |  |  |  |                  |                  |           |  |  |  |             |          |                    |  |  |  |              |           |          |  |  |  |                            |                   |                            |    |      |  |  |  |  |                  |                  |           |  |  |  |             |          |                    |
| <input type="checkbox"/> REMODELACIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> ACONDICIONAMIENTO (*)                                      |                                                         |                                                                              |  |  |  |                  |                  |           |  |  |  |             |          |                    |  |  |  |              |           |          |  |  |  |                            |                   |                            |    |      |  |  |  |  |                  |                  |           |  |  |  |             |          |                    |
| <input type="checkbox"/> DEMOLICIÓN TOTAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> REFACCIÓN (*)                                              |                                                         |                                                                              |  |  |  |                  |                  |           |  |  |  |             |          |                    |  |  |  |              |           |          |  |  |  |                            |                   |                            |    |      |  |  |  |  |                  |                  |           |  |  |  |             |          |                    |
| <input type="checkbox"/> DEMOLICIÓN PARCIAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> PUESTA EN VALOR HISTORICO MONUMENTAL (*)                   |                                                         |                                                                              |  |  |  |                  |                  |           |  |  |  |             |          |                    |  |  |  |              |           |          |  |  |  |                            |                   |                            |    |      |  |  |  |  |                  |                  |           |  |  |  |             |          |                    |
| <small>(*) Sólo para obras que se ejecutan en bienes integrantes del Patrimonio Cultural de la Nación.</small>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                     |                                                         |                                                                              |  |  |  |                  |                  |           |  |  |  |             |          |                    |  |  |  |              |           |          |  |  |  |                            |                   |                            |    |      |  |  |  |  |                  |                  |           |  |  |  |             |          |                    |
| <b>1.3 MODALIDAD DE APROBACIÓN:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                     |                                                         |                                                                              |  |  |  |                  |                  |           |  |  |  |             |          |                    |  |  |  |              |           |          |  |  |  |                            |                   |                            |    |      |  |  |  |  |                  |                  |           |  |  |  |             |          |                    |
| <input type="checkbox"/> <b>A</b> APROBACIÓN AUTOMÁTICA CON FIRMA DE PROFESIONALES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> <b>C</b> APROBACIÓN DE PROYECTO CON EVALUACIÓN PREVIA POR: |                                                         |                                                                              |  |  |  |                  |                  |           |  |  |  |             |          |                    |  |  |  |              |           |          |  |  |  |                            |                   |                            |    |      |  |  |  |  |                  |                  |           |  |  |  |             |          |                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> COMISIÓN TÉCNICA                                           |                                                         |                                                                              |  |  |  |                  |                  |           |  |  |  |             |          |                    |  |  |  |              |           |          |  |  |  |                            |                   |                            |    |      |  |  |  |  |                  |                  |           |  |  |  |             |          |                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> REVISORES URBANOS                                          |                                                         |                                                                              |  |  |  |                  |                  |           |  |  |  |             |          |                    |  |  |  |              |           |          |  |  |  |                            |                   |                            |    |      |  |  |  |  |                  |                  |           |  |  |  |             |          |                    |
| <input type="checkbox"/> <b>B</b> APROBACIÓN DE PROYECTO CON EVALUACIÓN POR:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> <b>D</b> APROBACIÓN DE PROYECTO CON EVALUACIÓN PREVIA POR: |                                                         |                                                                              |  |  |  |                  |                  |           |  |  |  |             |          |                    |  |  |  |              |           |          |  |  |  |                            |                   |                            |    |      |  |  |  |  |                  |                  |           |  |  |  |             |          |                    |
| <input type="checkbox"/> MUNICIPALIDAD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> COMISIÓN TÉCNICA                                           |                                                         |                                                                              |  |  |  |                  |                  |           |  |  |  |             |          |                    |  |  |  |              |           |          |  |  |  |                            |                   |                            |    |      |  |  |  |  |                  |                  |           |  |  |  |             |          |                    |
| <input type="checkbox"/> REVISORES URBANOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> REVISORES URBANOS                                          |                                                         |                                                                              |  |  |  |                  |                  |           |  |  |  |             |          |                    |  |  |  |              |           |          |  |  |  |                            |                   |                            |    |      |  |  |  |  |                  |                  |           |  |  |  |             |          |                    |
| <b>1.4 ANEXOS QUE SE ADJUNTA:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                     |                                                         |                                                                              |  |  |  |                  |                  |           |  |  |  |             |          |                    |  |  |  |              |           |          |  |  |  |                            |                   |                            |    |      |  |  |  |  |                  |                  |           |  |  |  |             |          |                    |
| <input type="checkbox"/> <b>A</b> - DATOS DE CONDÓMINOS - PERSONAS NATURALES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                     |                                                         |                                                                              |  |  |  |                  |                  |           |  |  |  |             |          |                    |  |  |  |              |           |          |  |  |  |                            |                   |                            |    |      |  |  |  |  |                  |                  |           |  |  |  |             |          |                    |
| <input type="checkbox"/> <b>B</b> - DATOS DE CONDÓMINOS - PERSONAS JURÍDICAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                     |                                                         |                                                                              |  |  |  |                  |                  |           |  |  |  |             |          |                    |  |  |  |              |           |          |  |  |  |                            |                   |                            |    |      |  |  |  |  |                  |                  |           |  |  |  |             |          |                    |
| <b>2. ADMINISTRADO:</b> (Según art. 8 de la Ley Nº 29090) PROPIETARIO SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                     |                                                         |                                                                              |  |  |  |                  |                  |           |  |  |  |             |          |                    |  |  |  |              |           |          |  |  |  |                            |                   |                            |    |      |  |  |  |  |                  |                  |           |  |  |  |             |          |                    |
| <b>2.1 PERSONA NATURAL :</b> (En caso de condóminos, los datos deben consignarse en el Anexo A)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                     |                                                         |                                                                              |  |  |  |                  |                  |           |  |  |  |             |          |                    |  |  |  |              |           |          |  |  |  |                            |                   |                            |    |      |  |  |  |  |                  |                  |           |  |  |  |             |          |                    |
| <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 33%; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 33%; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 33%; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Apellido Paterno</td> <td style="text-align: center;">Apellido Materno</td> <td style="text-align: center;">Nombre(s)</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Nº DNI / CE</td> <td style="text-align: center;">Teléfono</td> <td style="text-align: center;">Correo Electrónico</td> </tr> </table> <p><b>Domicilio</b></p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 33%; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 33%; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 33%; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Departamento</td> <td style="text-align: center;">Provincia</td> <td style="text-align: center;">Distrito</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Urbanización / A.H. / Otro</td> <td style="text-align: center;">Mz. Lote Sub Lote</td> <td style="text-align: center;">Av. / Jr. / Calle / Pasaje</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Nº</td> <td style="text-align: center;">Int.</td> <td></td> </tr> </table> <p><b>Estado Civil</b></p> <p>Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/></p> <p><b>Cónyuge</b></p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 33%; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 33%; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 33%; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Apellido Paterno</td> <td style="text-align: center;">Apellido Materno</td> <td style="text-align: center;">Nombre(s)</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Nº DNI / CE</td> <td style="text-align: center;">Teléfono</td> <td style="text-align: center;">Correo Electrónico</td> </tr> </table> |                                                                                     |                                                         |                                                                              |  |  |  | Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombre(s) |  |  |  | Nº DNI / CE | Teléfono | Correo Electrónico |  |  |  | Departamento | Provincia | Distrito |  |  |  | Urbanización / A.H. / Otro | Mz. Lote Sub Lote | Av. / Jr. / Calle / Pasaje | Nº | Int. |  |  |  |  | Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombre(s) |  |  |  | Nº DNI / CE | Teléfono | Correo Electrónico |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                     |                                                         |                                                                              |  |  |  |                  |                  |           |  |  |  |             |          |                    |  |  |  |              |           |          |  |  |  |                            |                   |                            |    |      |  |  |  |  |                  |                  |           |  |  |  |             |          |                    |
| Apellido Paterno                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Apellido Materno                                                                    | Nombre(s)                                               |                                                                              |  |  |  |                  |                  |           |  |  |  |             |          |                    |  |  |  |              |           |          |  |  |  |                            |                   |                            |    |      |  |  |  |  |                  |                  |           |  |  |  |             |          |                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                     |                                                         |                                                                              |  |  |  |                  |                  |           |  |  |  |             |          |                    |  |  |  |              |           |          |  |  |  |                            |                   |                            |    |      |  |  |  |  |                  |                  |           |  |  |  |             |          |                    |
| Nº DNI / CE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Teléfono                                                                            | Correo Electrónico                                      |                                                                              |  |  |  |                  |                  |           |  |  |  |             |          |                    |  |  |  |              |           |          |  |  |  |                            |                   |                            |    |      |  |  |  |  |                  |                  |           |  |  |  |             |          |                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                     |                                                         |                                                                              |  |  |  |                  |                  |           |  |  |  |             |          |                    |  |  |  |              |           |          |  |  |  |                            |                   |                            |    |      |  |  |  |  |                  |                  |           |  |  |  |             |          |                    |
| Departamento                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Provincia                                                                           | Distrito                                                |                                                                              |  |  |  |                  |                  |           |  |  |  |             |          |                    |  |  |  |              |           |          |  |  |  |                            |                   |                            |    |      |  |  |  |  |                  |                  |           |  |  |  |             |          |                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                     |                                                         |                                                                              |  |  |  |                  |                  |           |  |  |  |             |          |                    |  |  |  |              |           |          |  |  |  |                            |                   |                            |    |      |  |  |  |  |                  |                  |           |  |  |  |             |          |                    |
| Urbanización / A.H. / Otro                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Mz. Lote Sub Lote                                                                   | Av. / Jr. / Calle / Pasaje                              |                                                                              |  |  |  |                  |                  |           |  |  |  |             |          |                    |  |  |  |              |           |          |  |  |  |                            |                   |                            |    |      |  |  |  |  |                  |                  |           |  |  |  |             |          |                    |
| Nº                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Int.                                                                                |                                                         |                                                                              |  |  |  |                  |                  |           |  |  |  |             |          |                    |  |  |  |              |           |          |  |  |  |                            |                   |                            |    |      |  |  |  |  |                  |                  |           |  |  |  |             |          |                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                     |                                                         |                                                                              |  |  |  |                  |                  |           |  |  |  |             |          |                    |  |  |  |              |           |          |  |  |  |                            |                   |                            |    |      |  |  |  |  |                  |                  |           |  |  |  |             |          |                    |
| Apellido Paterno                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Apellido Materno                                                                    | Nombre(s)                                               |                                                                              |  |  |  |                  |                  |           |  |  |  |             |          |                    |  |  |  |              |           |          |  |  |  |                            |                   |                            |    |      |  |  |  |  |                  |                  |           |  |  |  |             |          |                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                     |                                                         |                                                                              |  |  |  |                  |                  |           |  |  |  |             |          |                    |  |  |  |              |           |          |  |  |  |                            |                   |                            |    |      |  |  |  |  |                  |                  |           |  |  |  |             |          |                    |
| Nº DNI / CE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Teléfono                                                                            | Correo Electrónico                                      |                                                                              |  |  |  |                  |                  |           |  |  |  |             |          |                    |  |  |  |              |           |          |  |  |  |                            |                   |                            |    |      |  |  |  |  |                  |                  |           |  |  |  |             |          |                    |

**2.2 PERSONA JURÍDICA:**

(En caso de condóminos, los datos deben consignarse en el Anexo B)

|                             |  |  |  |           |      |          |                            |          |  |        |    |     |
|-----------------------------|--|--|--|-----------|------|----------|----------------------------|----------|--|--------|----|-----|
|                             |  |  |  |           |      |          |                            |          |  |        |    |     |
| Razón Social o Denominación |  |  |  |           |      |          |                            |          |  | Nº RUC |    |     |
| <b>Domicilio</b>            |  |  |  |           |      |          |                            |          |  |        |    |     |
|                             |  |  |  |           |      |          |                            |          |  |        |    |     |
| Departamento                |  |  |  | Provincia |      |          |                            | Distrito |  |        |    |     |
|                             |  |  |  |           |      |          |                            |          |  |        |    |     |
| Urbanización / A.H. / Otro  |  |  |  | Mz.       | Lote | Sub Lote | Av. / Jr. / Calle / Pasaje |          |  |        | Nº | Int |

**2.3 APODERADO O REPRESENTANTE LEGAL:**PERSONA NATURAL ☐PERSONA JURÍDICA ☐

|                            |  |  |                  |      |          |                            |  |  |
|----------------------------|--|--|------------------|------|----------|----------------------------|--|--|
|                            |  |  |                  |      |          |                            |  |  |
| Apellido Paterno           |  |  | Apellido Materno |      |          | Nombre(s)                  |  |  |
|                            |  |  |                  |      |          |                            |  |  |
| Nº DNI / CE                |  |  | Teléfono         |      |          | Correo Electrónico         |  |  |
| <b>Domicilio:</b>          |  |  |                  |      |          |                            |  |  |
|                            |  |  |                  |      |          |                            |  |  |
| Departamento               |  |  | Provincia        |      |          | Distrito                   |  |  |
|                            |  |  |                  |      |          |                            |  |  |
| Urbanización / A.H. / Otro |  |  | Mz.              | Lote | Sub Lote | Av. / Jr. / Calle / Pasaje |  |  |
|                            |  |  |                  |      |          | Nº      Int.               |  |  |

**3. TERRENO:****3.1 UBICACIÓN:**

|                            |  |  |           |          |              |                            |  |  |
|----------------------------|--|--|-----------|----------|--------------|----------------------------|--|--|
|                            |  |  |           |          |              |                            |  |  |
| Departamento               |  |  | Provincia |          |              | Distrito                   |  |  |
|                            |  |  |           |          |              |                            |  |  |
| Urbanización / A.H. / Otro |  |  | Mz.       | Lote (s) | Sub Lote (s) | Av. / Jr. / Calle / Pasaje |  |  |
|                            |  |  |           |          |              | Nº (s)      Int. (s)       |  |  |

**3.2 ÁREA Y MEDIDAS PERIMÉTRICAS:**

(Las medidas se expresan con dos decimales. Si el perímetro es irregular debe describirse en el rubro 8 Observaciones)

|                 |                   |                    |                      |                  |
|-----------------|-------------------|--------------------|----------------------|------------------|
|                 |                   |                    |                      |                  |
| Área Total (m²) | Por el frente (m) | Por la derecha (m) | Por la izquierda (m) | Por el fondo (m) |

**4. EDIFICACION:****4.1 EDIFICACIÓN EXISTENTE:**

(Llenar solo para Ampliaciones, Remodelaciones, Demoliciones totales y parciales)

|                                                                                  |                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |  |       |                     |       |      |
|----------------------------------------------------------------------------------|---------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|-------|---------------------|-------|------|
| Licencia de Construcción / de Obra / de Edificación N°                           | :                   | <div style="border: 1px solid black; height: 20px;"></div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |  |       |                     |       |      |
| Certificado de Conformidad de Obra / de Edificación / de Finalización de Obra N° | :                   | <div style="border: 1px solid black; height: 20px;"></div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |  |       |                     |       |      |
| Declaratoria de Fábrica / de Edificación N°                                      | :                   | <div style="border: 1px solid black; height: 20px;"></div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |  |       |                     |       |      |
| Inscrita en el Registro de Predios:      (**) :                                  |                     | <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 200px; height: 20px;"></div> <div style="text-align: right; margin-top: -10px;">.....<br/>Código del Predio</div>                                                                                                                                                                                                 |  |  |       |                     |       |      |
| O en:                                                                            |                     | <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Asiento</td> <td style="text-align: center;">Fojas</td> <td style="text-align: center;">Tomo</td> </tr> </table> |  |  |       | Asiento             | Fojas | Tomo |
|                                                                                  |                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |  |       |                     |       |      |
| Asiento                                                                          | Fojas               | Tomo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |  |       |                     |       |      |
|                                                                                  | o en:               | <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="width: 100px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Ficha</td> <td style="text-align: center;">Partida Electrónica</td> </tr> </table>                                                                           |  |  | Ficha | Partida Electrónica |       |      |
|                                                                                  |                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |  |       |                     |       |      |
| Ficha                                                                            | Partida Electrónica |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |  |       |                     |       |      |

(\*\*) En caso se cuente con más de un documento inscrito, detallar en el rubro 8 Observaciones.



[illegible]

**9. PROYECTISTAS:**

**9.1 ARQUITECTURA**

Nombre(s) y Apellidos

Nº CAP    Nº Planos

**9.2 ESTRUCTURAS**

Nombre(s) y Apellidos

Nº CIP    Nº Planos

**9.3 INSTALACIONES SANITARIAS**

Nombre(s) y Apellidos

Nº CIP    Nº Planos

**9.4 INSTALACIONES ELÉCTRICAS**

Nombre(s) y Apellidos

Nº CIP    Nº Planos

**9.5 OTRAS :**

(\*)

Nombre(s) y Apellidos

Nº CAP / CIP    Nº Planos

Nombre(s) y Apellidos

Nº CAP / CIP    Nº Planos

Nombre(s) y Apellidos

Nº CAP / CIP    Nº Planos

Nombre(s) y Apellidos

Nº CAP / CIP    Nº Planos

Nombre(s) y Apellidos

Nº CAP / CIP    Nº Planos

Nombre(s) y Apellidos

Nº CAP / CIP    Nº Planos

(\*) Para el trámite de regularización consignar los datos del constataador de obra.

**10. DECLARACIÓN Y FIRMA:**

DÍA

MES

AÑO

1. El suscrito declara que la información y documentación que presenta son ciertas y verdaderas, respectivamente.  
(El administrado debe visar cada una de las páginas que forman parte del presente formulario).

.....  
Firma del Administrado

Municipalidad:

Expediente N°

Fecha de emisión

Fecha de vencimiento

**RESOLUCIÓN DE LICENCIA DE EDIFICACIÓN**

N° :

ADMINISTRADO:

  

PROPIETARIO:

☐ SI  
☐ NO

LICENCIA DE:

USO

:

ZONIFICACIÓN:

ALTURA:

ml

Pisos

**UBICACIÓN DEL INMUEBLE:**

|                            |     |           |          |                            |          |      |  |
|----------------------------|-----|-----------|----------|----------------------------|----------|------|--|
| Departamento               |     | Provincia |          |                            | Distrito |      |  |
| Urbanización / A.H. / Otro | Mz. | Lote      | Sub Lote | Av. / Jr. / Calle / Pasaje | N°       | Int. |  |

ÁREA TECHADA TOTAL:

m<sup>2</sup>

TOTAL N° DE PISOS:

N° Sótano(s)

: .....

Semisótano

: .....

Azotea

: .....

**OBSERVACIONES (1):**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

1. Cuando el administrado no sea el propietario, debe indicarse en observaciones los datos del propietario ( nombre completo, documento de identidad)
2. A excepción de las obras preliminares, para el inicio de la ejecución de la(s) obra (s) autorizada(s) con la Licencia, el administrado debe presentar el Anexo H.
3. La obra a ejecutarse debe ajustarse al proyecto autorizado. Ante cualquier modificación sustancial que se efectúe sin autorización, la Municipalidad puede disponer la adopción de medidas provisionales de inmediata ejecución previstas en el numeral 6 del artículo 10 de la Ley N° 29090, Ley de Regulación de Habilitaciones Urbanas y de Edificaciones.
4. La Licencia tiene una vigencia de 36 meses prorrogable por única vez por 12 meses , debiendo ser solicitada dentro de los 30 días calendario anteriores a su vencimiento.
5. Vencido el plazo de la Licencia, ésta puede ser revalidada 36 meses, por única vez.

.....  
Sello y firma del Funcionario Municipal que otorga la Licencia



**DECLARACION JURADA DE VIGENCIA DE PODER****APODERADO O REPRESENTANTE LEGAL**

PERSONA NATURAL

☐

PERSONA JURÍDICA

☐

Apellidos y Nombre(s)

N° DNI / CE

Teléfono

Correo Electrónico

**Domicilio**

Departamento

Provincia

Distrito

Urbanización /A.H. / Otro

Mz.

Lote

Sub Lote

Av. / Jr. / Calle / Pasaje

N°

Int.

Poder inscrito en:

Asiento

Fojas

Tomo

o en:

Ficha

Partida Electrónica

Registro de Mandatos

☐

Registro Mercantil

☐

Oficina Registral de:

Declaro tener representacion vigente segun la información consignada en la presente Declaracion Jurada, por lo que comprobarse fraude o falsedad en ellas se me aplicaran las sanciones administrativas correspondientes, sin perjuicio de declarar la nulidad de la autorización sustentada en dicha informacion y de interposición de la correspondiente denuncia penal, para lo cual firmo el presente documento.

Fecha:

.....

.....  
FIRMA DEL APODERADO O REPRESENTANTE LEGAL

**DECLARACION JURADA DE INSCRIPCION REGISTRAL DEL PREDIO MATRIZ****ADMINISTRADO**

PROPIETARIO

☐

DERECHO A EDIFICAR

☐**APODERADO O REPRESENTANTE LEGAL:**

PERSONA NATURAL

☐

PERSONA JURÍDICA

☐

|                       |             |
|-----------------------|-------------|
|                       |             |
| Apellidos y Nombre(s) | N° DNI / CE |

**Domicilio**

|              |           |          |
|--------------|-----------|----------|
|              |           |          |
| Departamento | Provincia | Distrito |

|                            |     |      |          |                       |    |      |
|----------------------------|-----|------|----------|-----------------------|----|------|
|                            |     |      |          |                       |    |      |
| Urbanización / A.H. / Otro | Mz. | Lote | Sub Lote | Av. / Jr. / Ca. / Pje | N° | Int. |

Propiedad

☐

Individual

Propiedad

☐

Conyugal

En

Copropiedad

☐

N° de

Condóminos

☐

Inscrito en el Registro de Predios de:

.....  
Asiento      Foja      Tomo

o en:

.....  
Ficha      Partida Electrónica.....  
Asiento      Foja      Tomo

o en:

.....  
Ficha      Partida Electrónica

Otros:

Declaro que la propiedad se encuentra debidamente inscrita segun la información consignada en la presente Declaracion Jurada, por lo que de comprobarse fraude o falsedad en ellas se me aplicaran las sanciones administrativas correspondientes sin perjuicio de declarar la nulidad de la autorizacion sustentada en dicha informacion y de interposición de la correspondiente denuncia penal, para lo cual firmo el presente documento.

Fecha: .....

.....  
FIRMA DEL ADMINISTRADO

**DECLARACION JURADA HABILITACION PROFESIONAL**

Declaro estar habilitado en el ejercicio profesional como proyectista para el diseño del proyecto y elaboracion de planos correspondientes a mi especialidad del inmueble ubicado en:

|              |           |          |
|--------------|-----------|----------|
|              |           |          |
| Departamento | Provincia | Distrito |

|                            |     |      |          |                            |    |      |
|----------------------------|-----|------|----------|----------------------------|----|------|
|                            |     |      |          |                            |    |      |
| Urbanización / A.H. / Otro | Mz. | Lote | Sub Lote | Av. / Jr. / Calle / Pasaje | N° | Int. |

Asi mismo declaro que todos los datos consignados en el proyecto y en la presente declaracion son verdaderos, sometiendome a las sanciones de ley vigente en caso de falsedad de la presente declaracion, para lo cual sello y firmo el presente documento.

.....  
 Nombre(s) y Apellidos N° CAP/CIP Sello y Firma

.....  
 Direccion (Av./Calle/Jr.) Distrito

.....  
 Correo Electrónico Notificar por correo electronico ☐

.....  
 Nombre(s) y Apellidos N° CAP/CIP Sello y Firma

.....  
 Direccion (Av./Calle/Jr.) Distrito

.....  
 Correo Electrónico Notificar por correo electronico ☐

.....  
 Nombre(s) y Apellidos N° CAP/CIP Sello y Firma

.....  
 Direccion (Av./Calle/Jr.) Distrito

.....  
 Correo Electrónico Notificar por correo electronico ☐

.....  
 Nombre(s) y Apellidos N° CAP/CIP Sello y Firma

.....  
 Direccion (Av./Calle/Jr.) Distrito

.....  
 Correo Electrónico Notificar por correo electronico ☐

**DECLARACION JURADA HABILITACION PROFESIONAL**

Declaro estar habilitado en el ejercicio profesional como proyectista para el diseño del proyecto y elaboracion de planos correspondientes a mi especialidad del inmueble ubicado en:

|              |           |          |
|--------------|-----------|----------|
|              |           |          |
| Departamento | Provincia | Distrito |

|                            |     |      |          |                            |    |      |
|----------------------------|-----|------|----------|----------------------------|----|------|
|                            |     |      |          |                            |    |      |
| Urbanización / A.H. / Otro | Mz. | Lote | Sub Lote | Av. / Jr. / Calle / Pasaje | N° | Int. |

Asi mismo declaro que todos los datos consignados en el proyecto y en la presente declaracion son verdaderos, sometiendome a las sanciones de ley vigente en caso de falsedad de la presente declaracion, para lo cual sello y firmo el presente documento.

.....  
 Nombre(s) y Apellidos N° CAP/CIP Sello y Firma

.....  
 Direccion (Av./Calle/Jr.) Distrito

.....  
 Correo Electrónico Notificar por correo electronico ☐

.....  
 Nombre(s) y Apellidos N° CAP/CIP Sello y Firma

.....  
 Direccion (Av./Calle/Jr.) Distrito

.....  
 Correo Electrónico Notificar por correo electronico ☐

.....  
 Nombre(s) y Apellidos N° CAP/CIP Sello y Firma

.....  
 Direccion (Av./Calle/Jr.) Distrito

.....  
 Correo Electrónico Notificar por correo electronico ☐

.....  
 Nombre(s) y Apellidos N° CAP/CIP Sello y Firma

.....  
 Direccion (Av./Calle/Jr.) Distrito

.....  
 Correo Electrónico Notificar por correo electronico ☐

**DECLARACION JURADA DE CARGAS Y/O GRAVAMENES****ADMINISTRADO**

PROPIETARIO

☐

DERECHO A EDIFICAR

☐**APODERADO O REPRESENTANTE LEGAL:**

PERSONA NATURAL

☐

PERSONA JURÍDICA

☐

|                       |             |
|-----------------------|-------------|
|                       |             |
| Apellidos y Nombre(s) | N° DNI / CE |

**Ubicación del inmueble**

|              |           |          |
|--------------|-----------|----------|
|              |           |          |
| Departamento | Provincia | Distrito |

|                            |    |      |          |                          |    |      |
|----------------------------|----|------|----------|--------------------------|----|------|
|                            |    |      |          |                          |    |      |
| Urbanización / A.H. / Otro | Mz | Lote | Sub Lote | Av./ Jr./ Calle / Pasaje | N° | Int. |

**Inscripcion en el Registro de Predios como:**Propiedad  
Individual☐Propiedad  
Conyugal☐En  
Copropiedad☐N° de  
Condóminos☐**Inscrito en el Registro de Predios de:**.....  
Asiento      Fojas      Tomo.....  
Ficha      Partida Electrónica.....  
Asiento      Fojas      Tomo.....  
Ficha      Partida Electrónica

☐ Declaro que en la propiedad que se encuentra debidamente inscrita segun la información consignada en la presente Declaracion Jurada, NO RECAE NINGUNA CARGA Y/O GRAVAMEN.

☐ Autorizo la DEMOLICION TOTAL de la propiedad que se encuentra inscrita según la informacion consignada en la presente declaracion.

☐ Autorizo la DEMOLICION PARCIAL de la propiedad que se encuentra inscrita según la informacion consignada en la presente declaracion.

Fecha: .....

.....  
FIRMA DEL ADMINISTRADO / PROPIETARIO

**SEDES DE ATENCIÓN**

**Texto Único de Procedimientos Administrativos**  
**"MUNICIPALIDAD DISTRITAL DE EL ALGARROBAL"**

| SEDES                                 | DIRECCIÓN                                                  | HORARIO DE ATENCIÓN                                     |
|---------------------------------------|------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| MUNICIPALIDAD DISTRITAL EL ALGARROBAL | EL ALGARROBAL - ILO - MOQUEGUA - AV<br>PRINCIPAL S/N KM 15 | Lunes a Viernes de 08:00 a 12:00 y de 13:00 a<br>15:30. |