

Estado Libre Asociado de Puerto Rico  
**TRIBUNAL GENERAL DE JUSTICIA**  
**Tribunal de Primera Instancia**  
 Sala Superior de \_\_\_\_\_

Caso Número: \_\_\_\_\_

**INFORME DE CUENTAS DE TUTELA**

*Periodo que cubre el Informe*  
 De \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

**Instrucciones y advertencias:**

- Complete este formulario en todas sus partes.
- Debe retener los documentos que sustenten la información provista en caso de que el tribunal lo requiera, tales como: recibos, copia de cheques, talonarios, pagarés, facturas, pólizas de seguro, acta de nacimiento o defunción (si aplica) u otros, (deberán estar organizados).
- También deberá presentar la documentación donde se le concede la autorización judicial para efectuar actos sobre los bienes del (de la) menor o incapaz.
- Especifique la frecuencia de los gastos o ingresos que indica el informe: (mensual, anual).
- Recuerde que este informe debe estar juramentado.
- Mientras mantenga la Tutela, presente este informe al Tribunal, anualmente o según la frecuencia dispuesta.
- En caso de haber fallecido el tutelado, deberá presentar el Acta de Defunción.

**A. Información del (de la) tutor(a) y del (de la) menor o incapaz**

1. Nombre del (de la) tutor(a):			2. Nombre del (de la) menor o incapaz:		
Primer apellido	Segundo apellido	Nombre	Primer apellido	Segundo apellido	Nombre
3. Nombre de la Entidad u Organización: _____					
4. ¿Ha cambiado la dirección residencial <input type="checkbox"/> el (la) tutor(a) <input type="checkbox"/> el (la) menor? De ser así, indique la nueva dirección. _____ _____ _____					

**B. Información económica del (de la) menor o incapaz – Especifique el tipo de ingreso que recibe el (la) menor o incapaz y la cantidad mensual y anual (si aplica).**

Entidad o Agencia	Cantidad	
	Mensual	Anual
<input type="checkbox"/> ACAA	\$	\$
<input type="checkbox"/> Ayuda familiar		
<input type="checkbox"/> Compensación por desempleo		
<input type="checkbox"/> Departamento de la Familia (PAN)		
<input type="checkbox"/> Fondo del Seguro del Estado		
<input type="checkbox"/> Pensión alimentaria		
<input type="checkbox"/> Rehabilitación vocacional		
<input type="checkbox"/> Rentas		
<input type="checkbox"/> Retiro		
<input type="checkbox"/> Seguro Social		
<input type="checkbox"/> Veterano		
<input type="checkbox"/> Otros:		
<b>Total</b>	<b>\$</b>	<b>\$</b>

**C. ¿Los ingresos del (de la) menor o incapaz están sujetos a deducción?  Sí  No**  
 Si contestó Sí, especifique las cantidades que se deducen.  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

D. Gastos del (de la) menor o incapaz (indique la cantidad mensual y anual, si aplica)		
Tipo de gasto	Cantidad	
	Mensual	Anual
<input type="checkbox"/> Renta o hipoteca (incluye la totalidad de los gastos incurridos para pagar el lugar donde reside el (la) menor o incapaz)	\$	\$
<input type="checkbox"/> Mantenimiento (solo aplica a apartamentos y urbanizaciones de acceso controlado)		
<input type="checkbox"/> Transportación pública		
<input type="checkbox"/> Ambulancia		
<input type="checkbox"/> Agua		
<input type="checkbox"/> Luz		
<input type="checkbox"/> Gas		
<input type="checkbox"/> Teléfono		
<input type="checkbox"/> Gasolina		
<input type="checkbox"/> Compra de alimentos		
<input type="checkbox"/> Compra de ropa, zapatos		
<input type="checkbox"/> Tintorería (laundry)		
<input type="checkbox"/> Lavandería		
<input type="checkbox"/> Efectos personales		
<input type="checkbox"/> Barbería o salón de belleza		
<input type="checkbox"/> Entretenimiento (televisión por cable, satélite, renta de películas, entre otros)		
<input type="checkbox"/> Cuido		
<input type="checkbox"/> Préstamos (auto, financiera, otros)		
<input type="checkbox"/> Póliza de seguro		
<input type="checkbox"/> Honorarios del (de la) Tutor, autorizados por el Tribunal		
<input type="checkbox"/> Otros:		
<b>Total</b>	\$	\$

## E. Gastos de salud del (de la) menor o incapaz

1. ¿Tiene plan médico el (la) menor o incapaz?  Sí  No. Si contestó Sí, provea la siguiente información:

Nombre del (de la) Asegurado(a) Principal \_\_\_\_\_ Nombre de la entidad aseguradora \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_ Costo Mensual

2. Desglose los gastos de salud del (de la) menor o incapaz en los siguientes renglones:

Deducibles	Mensual	Anual
<input type="checkbox"/> Visitas a médicos	\$	\$
<input type="checkbox"/> Laboratorios		
<input type="checkbox"/> Medicamentos		
<input type="checkbox"/> Estudios (radiografías, sonogramas, otros)		
<input type="checkbox"/> Terapias		
<input type="checkbox"/> Equipos ortopédicos		
<input type="checkbox"/> Cuidado dental (ortodoncia, otros)		
<input type="checkbox"/> Profesionales de la salud mental		
<input type="checkbox"/> Otros:		
<b>Total</b>	\$	\$

## F. Gastos educativos del (de la) menor o incapaz

1. Nombre y dirección de la escuela, instituto o colegio donde estudia el (la) menor o incapaz (si aplica).  No aplica.

Dirección: \_\_\_\_\_

Nombre de la escuela, instituto o colegio \_\_\_\_\_

2. Desglose los gastos que incurre en la educación del (de la) menor o incapaz (si aplica):		
Gastos	Mensual	Anual
<input type="checkbox"/> Matrícula	\$	\$
<input type="checkbox"/> Mensualidad		
<input type="checkbox"/> Libros		
<input type="checkbox"/> Uniformes		
<input type="checkbox"/> Calzado		
<input type="checkbox"/> Efectos escolares		
<input type="checkbox"/> Tutorías		
<input type="checkbox"/> Estudios supervisados		
<input type="checkbox"/> Cuido extendido		
<input type="checkbox"/> Transportación escolar		
<input type="checkbox"/> Otros:		
<b>Total</b>	\$	\$

3. Informe si el (la) menor o incapaz realiza alguna actividad extracurricular o practica algún deporte o disciplina, e indique el costo mensual y anual (si aplica).  No Aplica.

	Mensual	Anual
Deporte, Disciplina o Actividad extracurricular	Costo: \$	

G. Bienes del (de la) menor o incapaz

1. ¿Hubo algún cambio en el inventario de bienes del (de la) menor o incapaz?  Sí  No. En caso de ser Sí, especifique.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**JURAMENTO**

Yo, \_\_\_\_\_ mayor de edad,  
 casado(a),  soltero(a), de ocupación \_\_\_\_\_  
 y residente en \_\_\_\_\_ bajo juramento declaro que:

1. Mi nombre y circunstancias personales son las indicadas anteriormente.
2. Soy el (la) Tutor(a) en el presente caso.
3. Toda la información suministrada en este documento es cierta por constarme de propio y personal conocimiento.

En \_\_\_\_\_, Puerto Rico, hoy \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
*Firma del (de la) Tutor(a)*

**AFIDÁVIT**

Afidávit número: \_\_\_\_\_

Jurado y suscrito ante mí por \_\_\_\_\_ ,  
el (la) Tutor(a) antes mencionado(a) y cuya identidad ha sido acreditada conforme a los  
mecanismos de ley, mediante \_\_\_\_\_ número \_\_\_\_\_ .  
*tipo de identificación*

En \_\_\_\_\_ Puerto Rico, hoy \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ .

Por: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*Nombre del (de la) Notario(a) o  
Secretario(a) Regional*

\_\_\_\_\_  
*Nombre del (de la)*

*Secretario(a) Auxiliar del Tribunal*

*Secretario(a) de Servicios a Sala*

\_\_\_\_\_  
*Firma del (de la) Notario(a)*

\_\_\_\_\_  
*Firma del (de la)*

*Secretario(a) Auxiliar del Tribunal*

*Secretario(a) de Servicios a Sala*