



Color \_\_\_\_\_

**C. VELATORIO:**

Sala  Domicilio

Velatorio MZA. # 159- LOTE 13-VILLA POETA/JOSE GALVEZ-V.M.T.

Referencia PQRQUE 8 DE OCTUBRE /PARADERO 11 JOSE GALVEZ/V.M.T.

**D. ATAÚD:**

Si  No  Metal  Cobertura

Estándar  Semiviciado  Párvulo

Color CAOBA

**E. TRATAMIENTO CADÁVER:**

Si  No

Formalización  Tanato estético

**F. CAPILLA ARDIENTE:**

|               |                                     |             |                                     |              |                                     |                   |                                     |
|---------------|-------------------------------------|-------------|-------------------------------------|--------------|-------------------------------------|-------------------|-------------------------------------|
| Si            | <input checked="" type="checkbox"/> | No          | <input type="checkbox"/>            | Codigo       | <input type="text" value="5"/>      | Cirios            | <input type="text" value="0"/>      |
| Focos         | <input checked="" type="checkbox"/> | Candelabros | <input checked="" type="checkbox"/> | Cristo (Img) | <input checked="" type="checkbox"/> | Soporte           | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Reclinatorio  | <input checked="" type="checkbox"/> | Caballote   | <input checked="" type="checkbox"/> | Tarjetero    | <input type="checkbox"/>            | Porta Letrero     | <input type="checkbox"/>            |
| Portarretrato | <input type="checkbox"/>            | Flamas      | <input checked="" type="checkbox"/> | Manto        | <input checked="" type="checkbox"/> | Parantes de Manto | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Travesaño     | <input checked="" type="checkbox"/> | Alfombra    | <input checked="" type="checkbox"/> |              |                                     |                   |                                     |

**G. VEHÍCULOS:**

|                            |                                     |        |  |
|----------------------------|-------------------------------------|--------|--|
| Si                         | <input checked="" type="checkbox"/> | No     | <input type="checkbox"/>                 |
| Carroza                    | <input type="checkbox"/>            | Chofer | _____                                    |
| Floral                     | <input type="checkbox"/>            | Chofer | _____                                    |
| Acompañante                | <input type="checkbox"/>            | Chofer | _____                                    |
| Capilla Ardiente / Féretro | <input checked="" type="checkbox"/> | Chofer | <u>GABRIEL CHAPARRO / TONNY RUIZ BKU</u> |

**H. CARGADORES:**

Si  No  Empresa CARGADORES & CATHERING F.R.R.

**I. TRAMITES ADMINISTRATIVOS:**

Si  No

**J. TRANSLADO:**

Traslado del féretro de la ciudad de Lima a: \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

OBSERVACION

RECIBI UN EJEMPLAR DEL PRESENTE CONTRATO .....

**5. ASPECTO GENERALES:**

1. DECLARO: Conocer que cuando no uso la sepultura o nicho del FOSEPFAP, el solicitante abonará directamente por dichos conceptos al Camposanto, Municipalidad, Beneficencia Pública y a las Funerarias que tenga Contrato vigente en provincia hasta el monto máximo establecido en el cuadro de coberturas vigente.

2. DECLARO: Conocer que cualquier abono y/o reembolso, deberá estar sustentado con la documentación de valor contable y legal a nombre del FONDO DE SEPELIO DE LA FAP con RUC 20505143150 con la descripción del servicio otorgado, caso contrario autorizo el descuento de mis haberes y/o pensiones o ser cargado a mis aportes mensuales por dichos conceptos hasta su cancelación total.

- 3 . DECLARO: Conocer que está prohibido el uso del vehículo Carroza para el transporte de arreglos florales y otros, así como en recorridos no establecidos ni autorizados.
- 4 . DECLARO: Conocer que no existe pago alguno o adicional por ningún motivo al personal del FOSEPFAP y al personal de las agencias contratadas por los servicios recibidos, así como he sido informado y alertado de la existencia de llamadas de estafadores y/o extorsionadores exigiendo pagos y depósitos dinerarios.
- 5 . DECLARO: Conocer que después del servicio recibido en mi condición de viuda(o)/padre/madre/hijo, solicitante del servicio funerario, me encuentro en la condición de AFILIADO OBLIGATORIO del FOSEPFAP, comprometiéndome en mérito a lo dispuesto en el art. 1956° del Código Civil como Promesa Unilateral, asumir el pago mensual de los aportes o el monto total del valor de los servicios recibidos, cancelando en las agencias bancarias o autorizando al FOSEPFAP efectúe descuentos en mis haberes y/o pensiones o cargado a mis aportes mensuales.
- 6 . ACEPTO Y ME COMPROMETO: Asumir el costo total por deterioro o pérdida de Capilla Ardiente, sus componentes y demás accesorios entregados, los mismos que se encuentran señalados en el acápite f.-, cancelando en el Banco autorizado por el FOSEPFAP, caso contrario autorizo se efectúe descuentos en mis haberes y/o pensiones o ser cargado a mis aportes mensuales, hasta cubrir el monto de lo adeudado.
- 7 . ACEPTO: Al no hacer uso del servicio de cremación otorgado por el FOSEPFAP, sólo se reconocerá y abonará directamente al Crematorio hasta el monto máximo establecido en el Cuadro de Cobertura vigente.
- 8 . DECLARO: Conocer que el uso de columbario será de acuerdo a disponibilidad del FOSEPFAP.
- 9 . DECLARO: Conocer que el ataúd usado no será devuelto al FOSEPFAP, por motivos de Salud Pública.
- 10 . ACEPTO: Asumir los costos por concepto de embalsamamiento y autorización de DISA cuando la sepultura o cremación se realiza después de las 48 horas del fallecido.
- 11 . ACEPTO: Asumir los importes que superan los montos máximos establecidos en el cuadro de cobertura vigente.
- 12 . DECLARO: Conocer que el Titular y/o familiares beneficiarios que tiene deudas de los aportes, no podrá continuar afiliado al FOSEPFAP, de acuerdo a la normatividad vigente.
- 13 . AUTORIZO: Al FOSEPFAP utilizar o disponer del nicho o tumba reservada, cuando el titular, solicitante, contratante o beneficiario tenga deudas de sus aportes y/o haya sido desafilado de acuerdo a la normatividad vigente.
- 14 . AUTORIZO: Al FOSEPFAP, utilizar o disponer del nicho o tumba reservada, en caso haya sido cremado o sepultado en otro lugar.
- 15 . AUTORIZO: Recibir información a través de la plataforma EQUIFAX-INFOCORP (mensajes de textos, correos electrónicos, o cartas físicas) en el caso de no cumplir con mis aportes al FOSEPFAP.
- 16 . ACEPTO: La inclusión del reporte de mis deudas en la base de datos de INFOCORP.
- 17 . DECLARO: Conocer que el tiempo máximo de espera de la movilidad acompañante es de 45 min. en el camposanto para el retorno de los familiares al punto de inicio.

Martes, 1 de octubre del 2024



Director Ejecutivo  
COR. FAP LANDA VERTIZ JUAN FRANCISCO  
DNI° 09993993

Firma:

Nombres y Apellidos: ROSANA GRACIELA ROMERO  
GOMERO

DNI:10499348

Gestor Funerario y/o funeraria:

Firma: