



VISTA PREVIA DE CONTRATO

El Fondo de Sepelio de la FAP (FOSEPFAP), representado por su director ejecutivo, suscribe el presente Contrato de prestación de Servicios Funerarios con el:

1. DATOS DEL TITULAR Y/O SOLICITANTE:

Nombres y Apellidos TIP.FAP. (R) AUGUSTO SUAREZ ZELADA con DNI° 43373825
NSA 104898 Estado Civil CASADO Religión CATOLICO Unidad FAP CAMP
Domiciliado en MZA. D - LOTE # 34 - URB. FILADELFIA IV-ETAPA /S.M.P.
Ref. domicilio ALTURA DE TOTTUS DE CANTA CALLAO
Parentesco con el fallecido HIJO 1 Correo electronico AUGUSTO_7000@HOTMAIL.COM
Telefono 1 939012467 Telefono 2 993594281 Telefono 3 _____

FAMILIARES O PERSONAS DE ALGÚN CONTACTO:

Parentesco	Nombres y Apellidos	Telefono	Correo Electronico
Conyuge	ZACARIAS SUAREZ NUÑEZ	993594281	noesuarez@yahoo.es

2. DATOS DEL FALLECIDO:

Nombres y Apellidos SRA. ELCINA ZELADA MENDOZA
DNI N° 16565337 NSA _____ Parentesco con el titular MADRE Edad 84 años
de estado civil de acuerdo al DNI CASADO Fecha de Nacimiento 1940-04-17
Fecha del Deceso 2024-04-26 Hora del Deceso 14:00
Lugar de Deceso URB. FILADELFIA IV-ETAPA - MZA. D LOTE # 34 /S.M.P.
Causa de Deceso CANCER DE ESTOMAGO MATASTASICO

3. BIENES Y SERVICIOS OTORGADOS AL PERSONAL TITULAR (MILITAR-CIVIL) Y/O CONTRATANTE:

Encontrándose el titular y/o beneficiario en la condición de aportante activo al FOSEPFAP las partes acuerdan que el FOSEPFAP le proporcione al solicitante o contratante los servicios funerarios consistentes en:

A. INHUMACIÓN:

Fecha de Sepelio o Cremación 2024-04-28 Hora de Ingreso 12:00:00
Persona de Contacto del Cementerio SRA. KARINA MAZA TF.- 951908981
Cementerio P.R. CALLAO T/D-1ER. NIVEL C- 1178012000
Nicho FOSEPFAP Cobertura Familia
Sepultura FOSEPFAP Cobertura Familia
Nivel 2 Nombre _____
Nivel 1 Nombre ELCINA ZELADA MENDOZA .

B. CREMACIÓN:

FOSEPFAP Cobertura Crematorio _____
Columbario Lugar _____
Urna Horizontal Vertical Otro

Color _____

C. VELATORIO:

Sala Domicilio
Velatorio URB. FILADELFIA MZA. D- LOTE # 34- IV- ETAPA/ S.M.P.
Referencia ALTURA DE TOTTUS DE CANTA CALLAO /S.M.P.

D. ATAÚD:

Si No
Estándar Semiviciado Metal Cobertura
Párvulo
Color CAOBA

E. TRATAMIENTO CADÁVER:

Si No
Formalización Tanato estético

F. CAPILLA ARDIENTE:

Si	<input type="text" value="X"/>	No	<input type="text"/>	Codigo	<input type="text" value="4"/>	Cirios	<input type="text" value="0"/>
Focos	<input type="text" value="X"/>	Candelabros	<input type="text" value="X"/>	Cristo (Img)	<input type="text" value="X"/>	Soporte	<input type="text" value="X"/>
Reclinatorio	<input type="text" value="X"/>	Caballote	<input type="text" value="X"/>	Tarjetero	<input type="text"/>	Porta Letrero	<input type="text"/>
Portarretrato	<input type="text"/>	Flamas	<input type="text" value="X"/>	Manto	<input type="text" value="X"/>	Parantes de Manto	<input type="text" value="X"/>
Travesaño	<input type="text" value="X"/>	Alfombra	<input type="text" value="X"/>				

G. VEHÍCULOS:

Si	<input type="text" value="X"/>	No	<input type="text"/>
Carroza	<input type="text" value="X"/>	Chofer	_____
Floral	<input type="text" value="X"/>	Chofer	_____
Acompañante	<input type="text" value="X"/>	Chofer	_____
Capilla Ardiente / Féretro	<input type="text" value="X"/>	Chofer	<u>PANTA / RUIZ BRYAN ATN</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.

Viernes, 26 de abril del 2024



Director Ejecutivo

COR. FAP LANDA VERTIZ JUAN FRANCISCO

DNI° 09993993

Firma:

Nombres y Apellidos: TIP.FAP. (r) AUGUSTO SUAREZ
ZELADA

DNI:43373825

Gestor Funerario y/o funeraria:

Firma: