



## 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 TC3 FAP. FERNANDO HUAUYA AROTINCO con DNI° 45480174  
NSA 610209 Estado Civil CASADO Religión CATOLICO Unidad FAP GRUP6  
Domiciliado en AV MATEO PUMACAHUA MZ W LOTE 24 COMITÉ 26 SANTIAGO DE SURCO  
Ref. domicilio CERCA AL COLEGIO MATEO PUMACAHUA UGEL 6097  
Parentesco con el fallecido HIJO 1 Correo electronico FERNANDO180812@GMAIL.COM  
Telefono 1 977667852 Telefono 2 915345719 Telefono 3 \_\_\_\_\_

### FAMILIARES O PERSONAS DE ALGÚN CONTACTO:

Parentesco	Nombres y Apellidos	Telefono	Correo Electronico
Otro	Roberto Tomaylla Arotinco	915345719	roberto.tomaylla.arotinco@gmail.com

### 2. DATOS DEL FALLECIDO:

Nombres y Apellidos SRA. APOLINARIA FERNANDA AROTINCO GASPAR DE HUAUYA  
DNI N° 08791309 NSA \_\_\_\_\_ Parentesco con el titular MADRE Edad 62 años  
de estado civil de acuerdo al DNI CASADO Fecha de Nacimiento 1961-01-12  
Fecha del Deceso 2023-11-22 Hora del Deceso 08:25  
Lugar de Deceso ESSALUD REBAGLIATI MARTINS  
Causa de Deceso INSUFICIENCIA RESPIRATORIA / SEPTICEMIA.

### 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 2023-11-23 Hora de Ingreso 12:30

Persona de Contacto del Cementerio \_\_\_\_\_

Cementerio SANTA ROSA DE LA P.N.P.

Nicho FOSEPFAP  Cobertura  Familia

Sepultura FOSEPFAP  Cobertura  Familia

Nivel 2  Nombre \_\_\_\_\_

Nivel 1  Nombre \_\_\_\_\_

#### B. CREMACIÓN:

FOSEPFAP  Cobertura  Crematorio \_\_\_\_\_

Columbario  Lugar \_\_\_\_\_

Urna  Horizontal  Vertical  Otro

Color \_\_\_\_\_

**C. VELATORIO:**

Sala  Domicilio   
Velatorio \_\_\_\_\_  
Referencia \_\_\_\_\_

**D. ATAÚD:**

Si  No  Metal  Cobertura   
Estándar  Semiviciado  Párvulo   
Color \_\_\_\_\_

**E. TRATAMIENTO CADÁVER:**

Si  No   
Formalización  Tanato estético

**F. CAPILLA ARDIENTE:**

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

**G. VEHÍCULOS:**

Si  No   
Carroza  Chofer \_\_\_\_\_  
Floral  Chofer \_\_\_\_\_  
Acompañante  Chofer PANTA AYA  
Capilla Ardiente / Féretro  Chofer \_\_\_\_\_

**H. CARGADORES:**

Si  No  Empresa \_\_\_\_\_

**I. TRAMITES ADMINISTRATIVOS:**

Si  No

**J. TRANSLADO:**

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

**OBSERVACION**

SE HACE ENTREGA DE UN "ORIGINAL" DEL PRESENTE CONTRATO ..... EL TITULAR SOLICITA SOLO EL SERVICIO DE VEHICULO ACOMPAÑANTE POR QUE LA HERMANA HACE USO DEL SERVICIO DE LA P.N.P.

**5. ASPECTO GENERALES:**

- 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.
- 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.

Jueves, 23 de noviembre del 2023



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

Firma:

Nombres y Apellidos: TC3 FAP. FERNANDO HUAUYA  
AROTINCO

DNI:45480174

Gestor Funerario y/o funeraria:

Firma: