

## 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 TC1.FAP. (R) JUAN CARLOS CANALES RAMOS con DNI° 43420846  
NSA 606590 Estado Civil DIVORCIADO Religión CATOLICO Unidad FAP CAMP  
Domiciliado en JR. TARICA 5462 - URB. VILLA DEL NORTE - LOS OLIVOS  
Ref. domicilio URB. VILLA DEL NORTE - LOS OLIVOS  
Parentesco con el fallecido HIJO 1 Correo electronico CANALESRAMOSJUANCARLOS48@GMAIL.COM  
Telefono 1 990171840 Telefono 2 971537548 Telefono 3 \_\_\_\_\_

### FAMILIARES O PERSONAS DE ALGÚN CONTACTO:

Parentesco	Nombres y Apellidos	Telefono	Correo Electronico
Otro	Miguel Angel Canales Ramos	971537548	Migancar@hotmail.com

### 2. DATOS DEL FALLECIDO:

Nombres y Apellidos SRA. ERACLIDES IGNACIA RAMOS VDA. DE CANALES  
DNI N° 09620587 NSA \_\_\_\_\_ Parentesco con el titular MADRE Edad 78 años  
de estado civil de acuerdo al DNI VIUDO Fecha de Nacimiento 1947-07-28  
Fecha del Deceso 2026-03-25 Hora del Deceso 13:10  
Lugar de Deceso JR. TARICA N° 5462 - URB. VILA DEL NORTE - LOS OLIVOS  
Causa de Deceso HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL

### 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 2026-03-27 Hora de Ingreso 00:00:00  
Persona de Contacto del Cementerio \_\_\_\_\_  
Cementerio P.R.PTE. PIEDRA - NICHOS 4° PISO 4° NIVEL - C-1135523000

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	<input type="text"/>	Domicilio	<input checked="" type="text" value="X"/>
Velatorio	JR. TARICA 5462 URB. VILLA DEL NORTE LOS OLIVOS		
Referencia	ALT. CUADRA 54 AV. LAS PALMERAS CRUCE CON AV MARAÑON		

**D. ATAÚD:**

Si	<input checked="" type="text" value="X"/>	No	<input type="text"/>	Metal	<input checked="" type="text" value="X"/>	Cobertura	<input type="text"/>
Estándar	<input type="text"/>	Semiviciado	<input type="text"/>	Párvulo	<input type="text"/>		
Color	<input type="text"/>						

**E. TRATAMIENTO CADÁVER:**

Si	<input checked="" type="text" value="X"/>	No	<input type="text"/>
Formalización	<input checked="" type="text" value="X"/>	Tanato estético	<input type="text"/>

**F. CAPILLA ARDIENTE:**

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

**G. VEHÍCULOS:**

Si	<input checked="" type="text" value="X"/>	No	<input type="text"/>
Carroza	<input checked="" type="text" value="X"/>	Chofer	<input type="text"/>
Floral	<input checked="" type="text" value="X"/>	Chofer	<input type="text"/>
Acompañante	<input checked="" type="text" value="X"/>	Chofer	<input type="text"/>
Capilla Ardiente / Féretro	<input checked="" type="text" value="X"/>	Chofer	POMA / CHAPARRO BKU

**H. CARGADORES:**

Si	<input checked="" type="text" value="X"/>	No	<input type="text"/>	Empresa	MURUHUY
----	---	----	----------------------	---------	---------

**I. TRAMITES ADMINISTRATIVOS:**

Si	<input checked="" type="text" value="X"/>	No	<input type="text"/>
----	---	----	----------------------

**J. TRANSLADO:**

Translado del féretro de la ciudad de Lima a  Via

OBSERVACION

SE HACE ENTREGA DE UN ORIGINAL DEL PRESENTE CONTRATO .....

**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 SEPULIO 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.
- 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.

Miércoles, 25 de marzo del 2026

  
Director Ejecutivo  
COM. FAP MESTAS VEGA DARWIN GUILLERMO  
DNI° 43345514

Firma: \_\_\_\_\_

Nombres y Apellidos: TC1.FAP. (r) JUAN CARLOS  
CANALES RAMOS

DNI:43420846

Gestor Funerario y/o funeraria: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_