



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 MAY.FAP.PERCY CELESTINO BELLINA con DNI° 42639136
NSA 97283 Estado Civil DIVORCIADO Religión CATOLICO Unidad FAP CCEM
Domiciliado en VILLA ALAMEDA N° 2 BLOCK A-26/ DPTO. 504- SURCO
Ref. domicilio SURCO
Parentesco con el fallecido TITULAR Correo electronico PCELESTINO@FAP.MIL.PE
Telefono 1 988462123 Telefono 2 936315588 Telefono 3 _____

FAMILIARES O PERSONAS DE ALGÚN CONTACTO:

Parentesco	Nombres y Apellidos	Telefono	Correo Electronico
Padre	PERCY FLAVIO CELESTINO JARA	936315588	ICELESTINOBELLINA@gmail.com

2. DATOS DEL FALLECIDO:

Nombres y Apellidos SRA. ROSARIO BEATRIZ BELLINA DE CELESTINO
DNI N° 02778231 NSA _____ Parentesco con el titular MADRE Edad 69 años
de estado civil de acuerdo al DNI CASADO Fecha de Nacimiento 1954-12-23
Fecha del Deceso 2024-10-03 Hora del Deceso 11:50
Lugar de Deceso ESSALUD HOSP. NAC. GUILLERMO ALMENARA
Causa de Deceso INFECCION URINARIO

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 2024-10-05 Hora de Ingreso 11:00:00

Persona de Contacto del Cementerio _____
Cementerio P.R. LURIN T/D-1ER. NIVEL C- 1198853000

Nicho FOSEPFAP Cobertura Familia

Sepultura FOSEPFAP Cobertura Familia

Nivel 2 Nombre _____

Nivel 1 Nombre ROSARIO BEATRIZ BELLINA DE CELESTINO

B. CREMACIÓN:

FOSEPFAP Cobertura Crematorio _____

Columbario Lugar _____

Urna Horizontal Vertical Otro

Color _____

C. VELATORIO:

Sala X Domicilio

Velatorio PRQ. CORAZON DE JESUS - SALA SAN MIGUEL S/.550.00

Referencia JR. SANTORIN N° 258 - SURCO - EL DERBY

D. ATAÚD:

Si X No Metal X Cobertura

Estándar Semiviciado Párvulo

Color CAOBA

E. TRATAMIENTO CADÁVER:

Si X No

Formalización X Tanato estético

F. CAPILLA ARDIENTE:

Si	<input type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Codigo	<input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>	Cirios	<input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>
Focos	<input type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/>	Candelabros	<input type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/>	Cristo (Img)	<input type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/>	Soporte	<input type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/>
Reclinatorio	<input type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/>	Caballote	<input type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/>	Tarjetero	<input type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/>	Porta Letrero	<input type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/>
Portarretrato	<input type="checkbox"/>	Flamas	<input type="checkbox"/>	Manto	<input type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/>	Parantes de Manto	<input type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/>
Travesaño	<input type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/>	Alfombra	<input type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/>				

G. VEHÍCULOS:

Si	<input type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Carroza	<input type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/>	Chofer	_____
Floral	<input type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/>	Chofer	_____
Acompañante	<input type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/>	Chofer	_____
Capilla Ardiente / Féretro	<input type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/>	Chofer	VARILLAS / POMA

H. CARGADORES:

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

I. TRAMITES ADMINISTRATIVOS:

Si X No

J. TRANSLADO:

Traslado del féretro de la ciudad de Lima a: _____ Via _____

OBSERVACION

SE HACE ENTREGA DE 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.

Jueves, 3 de octubre del 2024



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

Firma: _____
Nombres y Apellidos: MAY.FAP.PERCY CELESTINO
BELLINA
DNI:42639136

Gestor Funerario y/o funeraria: _____ Firma: _____