

# SOLICITUD DE CONTRATO PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS FUNERARIOS POR CONVENIO EMPRESARIAL

ESTA SOLICITUD NO SERÁ VALIDA SI POSEE INFORMACIÓN REPISADA O ENMENDADA

Solicitud No. EMP

3201

Institución: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_

### DATOS DEL SOLICITANTE

Apellidos y Nombres				C.C.			
Fecha de Nacimiento	D M A	Edad	Estado Civil	Dir. Res.			
Tel. Res.:	Dir. Oficina			Seguro de vida: <small>(Respaldo por una aseguradora)</small>	SI	NO	Valor Asegurado:
				Seguro de accidentes personales: <small>(Respaldo por una aseguradora)</small>	SI	NO	Valor Asegurado:
Tel. Ofc.:	Celular	Ocupación	e-mail				
<b>PLAN</b> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">EJECUTIVO</span> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">SUPERIOR</span> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">PRESIDENCIAL</span> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">EXCELENCIA</span>				<b>CONFORMACIÓN DE GRUPO</b> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">UNIPERSONAL</span> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">MATRIMONIAL</span> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">FAMILIAR</span> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">LIBRE</span>			

### GRUPO REPORTADO

GRUPO BÁSICO	Apellidos	Nombres	Parentesco	Edad	Repatriación				
					SI	NO			
ADICIONALES	Apellidos	Nombres	Edad	Repatriación	TIEMPO PARA SUMINISTRO DE SERVICIO				Valor del ADICIONAL
				SI	NO	30	60	120	PARCIAL

### OBSERVACIONES

BENEFICIO 1 \_\_\_\_\_

BENEFICIO 2 \_\_\_\_\_

VALOR TOTAL GRUPO BÁSICO	\$
VALOR TOTAL ADICIONALES	\$
VALOR REPATRIACIÓN	\$
SEGURO DE VIDA	\$
PREVEMED	\$
PLAN MASCOTAS	\$
BENEFICIO 1 <small>(Describir el beneficio)</small>	\$
BENEFICIO 2 <small>(Describir el beneficio)</small>	\$
<b>VALOR TOTAL CUOTA PERIÓDICA</b>	<b>\$</b>

Firmo esta solicitud y certifico que la información que suministro es veraz y fidedigna,

en la ciudad de \_\_\_\_\_ a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

SOLICITUD APROBADA SI \_\_\_ NO \_\_\_

No. DE CONTRATO \_\_\_\_\_

QUIEN RECIBE LA SOLICITUD \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Solicitante

\_\_\_\_\_  
CC No.

\_\_\_\_\_  
Firma y C.C.

### AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO

CIUDAD \_\_\_\_\_

FECHA: Dia. \_\_\_\_\_

Mes: \_\_\_\_\_

Año \_\_\_\_\_

Yo \_\_\_\_\_, identificado con C.C. No. \_\_\_\_\_ dando cumplimiento a la ley 1527 de 2012, que se complementa con el Decreto 2620 de 2013, autorizo a \_\_\_\_\_, para que a partir del día \_\_\_\_\_ mes \_\_\_\_\_ año \_\_\_\_\_, me efectúen el descuento por nómina y lo transfiera a \_\_\_\_\_, por valor de \$ \_\_\_\_\_, por concepto de la cuota periódica correspondiente al contrato de prestación de servicios funerarios No. \_\_\_\_\_ igualmente, tengo conocimiento y autorizo el incremento anual que se aplicará a la cuota periódica, equivalente al incremento del Salario Mínimo Mensual Legal Vigente.

NOMBRES \_\_\_\_\_

APELLIDOS \_\_\_\_\_

CELULAR No. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma y Cédula

Huella