



DIÓCESIS DE VALLEDUPAR
JARDINES DEL ECCE HOMO
SERVICIOS FUNERARIOS
"LA ESPERANZA"
 NIT: 892.300.318-0

CONTRATO DE PREVISIÓN
ANUAL EXEQUIAL - P.A.E.E.



TIPO DE CLIENTE
☒ DEPENDIENTE ☐ INDEPENDIENTE ☐ COOPERADO ☐ INDEPENDIENTE AFILIADO POR ASOCIACIÓN O AGREMIACIÓN

FECHA (dd/mm/aaaa) 27/03/2019 **CONTRATO** E- 3433

DATOS DEL CLIENTE

NOMBRE Y APELLIDOS Juan Alberto Mejia Carrillo
DIRECCIÓN RESIDENCIA - BARRIO Cll 11 # 14a-55 San Joaquin
E-MAIL Jamc308@hotmail.com
TIPO DE IDENTIFICACIÓN CC CE TI PAS No. 574.839
FECHA DE NACIMIENTO (dd/mm/aaaa) 24-06-1983 **SEXO** M F
CIUDAD Upar **DEPARTAMENTO** Cesar **TELÉFONO** 3014762973

DATOS EMPLEADOR/ AGREMIACIÓN O ASOCIACIÓN (INDEPENDIENTE CON AFILIACIÓN COLECTIVA O COOPERADO)

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL EMPLEADOR Comfocesar
NUMERO DE DOCUMENTO Y TIPO 892300318-0 CC CE TI PAS
DIRECCIÓN DONDE SE GENERA LA NOMINA DE LA EMPRESA
CIUDAD Upar **DEPARTAMENTO** Cesar **TELÉFONO**

PLAN DE PREVENCIÓN ANUAL EXEQUIAL
☒ DIOCESANO ☐ FAMILIA INTEGRAL ☐ DORADO **TIPO DE VINCULACIÓN**
☐ INICIAL ☐ RENOVACIÓN ☐ TRASLADO ☒ EMPRESA ANTERIOR: Recordar

NÚCLEO FAMILIAR REPORTADO

| DOC IDENT. | APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS | PARENTESCO | FECHA NACIMIENTO DIA MES AÑO | ESTADO SALUD | EDAD | CIUDAD DE RESIDENCIA |
|------------|----------------------------------|------------|---------------------------------|--------------|------|----------------------|
| | Laura flores Zuleta | Esposa | | B | 35 | Upar |
| | Juan Esteban Mejia Flores | Hijo | | B | 5 | Upar |
| | Jose Daniel Mejia Flores | Hijo | | B | 10m | Upar |
| | Adalberto Enrique Mejia Pumarejo | Papa | | B | 80 | Upar |
| | Justo Matilda Carrillo de Mejia | Mama | | B | 90 | Upar |
| | Maritza del Socorro Zuleta | Suegra | | B | 58 | Upar |
| | Alberto Flores | Suegro | | B | 60 | Upar |
| | Eniluz Mejia Carrillo | Hna | | B | 60 | Bogota |
| | Wendith Stther Mejia Carrillo | Hna | | B | 58 | Bogota |
| | Luz mary Mejia Carrillo | Hna | | B | 54 | Upar |

NUCLEO FAMILIAR SECUNDARIO Y/O ADICIONAL

| DOC IDENT. | APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS | PARENTESCO | FECHA NACIMIENTO DIA MES AÑO | ESTADO SALUD | EDAD | CIUDAD DE RESIDENCIA |
|------------|-------------------------------|------------|---------------------------------|--------------|------|----------------------|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

FORMA DE PAGO

VALOR ANUAL/ REVISIÓN 192.000 **VR. CUOTA MES** 16.000 **FORMA DE PAGO** mensual **A PARTIR DE (dd/mm/aaaa)** 27/04/2019 **ASESOR** Lilibet Mora R. **Cod:**

Declaro expresamente la aceptación y conformidad con los datos relacionados y los términos del presente contrato. Así mismo autorizo al departamento de nómina descontar de mi salario las cuotas correspondientes para obtener los beneficios P.A.E.E. a través de la entidad contratante y renovación automática anualmente, incrementando su valor conforme a nuevas tarifas. En señal de ello firmo el presente.

FIRMA CLIENTE Juan A. Mejia **DOC. IDENTIDAD** 574839

Declaro que los datos suministrados por el afiliado en la presente solicitud corresponde a la información que me ha sido suministrada.

FIRMA Y SELLO REPRESENTANTE LEGAL DEL EMPLEADOR

Para uso exclusivo de Exequiales La Esperanza
Revisado por: **Aprobó:** **Fecha digitación:**