



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



CONTRATO DE PREVISIÓN
ANUAL EXEQUIAL

TIPO DE CLIENTE
☒ DEPENDIENTE ☐ INDEPENDIENTE ☐ COOPERADO

FECHA CONTRATO: 26.03.2019
CONTRATO: I 1466

DATOS DEL TITULAR

NOMBRES Y APELLIDOS: Migdalia Teresa Almenarez Almenarez
TIPO DE IDENTIFICACIÓN: CC CE PAS: 42.498.961
FECHA DE NACIMIENTO: 02/11/1957
SEXO: M
DIRECCIÓN RESIDENCIA: Calle 16C # 19-59 Dongond
CIUDAD: Upar
DEPARTAMENTO: Cesar
TELÉFONO: 3163162586
E-mail:
DIRECCIÓN DE RECAUDO PARA INDEPENDIENTES: RESIDENCIA ☒ OTRA ☐
CUAL:

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

GRUPO FAMILIAR BÁSICO

DOC IDENT.	APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS	PARENTESCO	ESTADO SALUD	EDAD	CIUDAD DE RESIDENCIA
	Mireya Judith Almenarez Almenarez	Hna	B	67	Upar
	Ramon Agustin Almenarez Almenarez	Hno	B	64	Upar
	Hernest Guillermo Almenarez Almenarez	Hno	B	62	Upar
	Jorge Luis Almenarez Almenarez	Hno	B	58	Upar
	Javier Ramon Almenarez Almenarez	Hno	B	58	Upar
	Nosly del Rosario Almenarez Almenarez	Hna	B	56	Upar
	Arnoldo Alberto Almenarez Almenarez	Hno	B	54	Upar
	Mario Cecilia Almenarez Almenarez	Hna	B	52	Upar

GRUPO FAMILIAR SECUNDARIO Y/O ADICIONALES

DOC IDENT.	APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS	PARENTESCO	ESTADO SALUD	EDAD	CIUDAD DE RESIDENCIA
	Francisco Luis Marquez Almenarez	Habrino	B	037	Upar
	Mireya Marcela Marquez Almenarez	Sobrino	B	38	Upar

FORMA DE PAGO

VALOR ANUAL/PREVISIÓN: 570.000
VR. CUOTA MES: 48.000
FORMA DE PAGO: mensual
A PARTIR DE: 26.04.2019
ASESOR: Lilibet Mome
Cod:

Declaro expresamente la aceptación y conformidad con los datos relacionados y los términos del presente contrato. Autorizo al departamento de nómina descontar de mi salario las cuotas correspondientes, para obtener los beneficios del Plan Exequial de la entidad contratante, así como renovación automática e incremento anual del valor conforme a las nuevas tarifas. En señal de ello firmo el presente contrato.

FIRMA TITULAR:
DOC. IDENTIDAD: 42498961

Declaro que los datos suministrados por el titular en la presente solicitud corresponden 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: