**SOLICITUD DE CONTRATO PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS FUNERARIOS**

ESTA SOLICITUD NO SERÁ VÁLIDA SI POSEE INFORMACIÓN REPISADA O ENMENDADA

Oficina SISC2026 **1000**

Nuevo ◯ Cambio de Plan ◯ Renovación ◯

DIA | MES | AÑO

Santa Cecilia
SOLUCIONES INTEGRALES

## DATOS DEL SOLICITANTE

**Contratante:** **C.C. No.** **DE**

**FECHA DE NACIMIENTO** DD MM AAAA **Entidad:**

**DIRECCIÓN:** **CIUDAD:**

**CELULAR** **TELÉFONO** **CORREO ELECTRÓNICO:**

| PLAN | PLATINO | ESMERALDA | ORO | DIAMANTE | CONFORMACIÓN DEL GRUPO | UNIPERSONAL | MATRIMONIAL | FAMILIAR | LIBRE | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| Grupo reportado en el plan | Edad | Parentesco | Repatriación | |
|---|---|---|---|---|
| | | | SI | NO |
| | | | SI | NO |
| | | | SI | NO |
| | | | SI | NO |
| | | | SI | NO |
| | | | SI | NO |
| | | | SI | NO |
| | | | SI | NO |

| Adicionales | Edad | Parentesco | Repatriación |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |

**OBSERVACIONES**

| | |
|---|---|
| Valor grupo básico | $ |
| Valor adicionales | $ |
| Valor repatriación | $ |
| Valor plan mascota | $ |
| Valor total cuota periódica | $ |

**DATOS DE COBRO**

Fecha de Pago de la Cuota Periódica D____M___A_____modalidad de pago: descuento por nómina _____Banco_____EFECTY_____Otros_____
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_____

Firma del solicitante:_____CC. No. _____ de _____

**QUIEN RECIBE LA SOLICITUD** _____ **SOLICITUD APROBADA**

Nombres Apellidos

**AUTORIZACIÓN DESCUENTO POR NÓMINA**

Yo, _____, identificado con C.C. No. _____, dando cumplimiento a la Ley 1527 de 2012, autorizo a _____, para que a partir del día____mes_____año 20___, me efectúen el descuento mensual por nómina y lo paguen a Soluciones Integrales Santa Cecilia S.A.S., por la suma de ($ _____ ) por concepto de la cuota periódica correspondiente al contrato de previsión exequial No._____. Igualmente tengo conocimiento y autorizo el incremento anual que se aplicará a la cuota periódica, equivalente al incremento del salario mínimo legal mensual vigente y la renovación automática por el término inicial.

**ASESOR:**

_____

**Esta solicitud incluye los servicios funerarios exclusivamente para el grupo familiar reportado por el solicitante. El activo, retirado, pensionado o funcionario, tienen derecho al servicio funerario autorizando el uso del cobro del auxilio funerario contemplado en la ley.**

**Consciente de lo solicitado, acepto las condiciones del contrato, autorizo el descuento por nómina y de conformidad firmo con mi huella**

_____ FIRMA

_____ C.C.

**HUELLA**

**PARA SOLICITAR UN SERVICIO LLAME A LOS CELS: 3232883419, _____, _____ LAS 24 HORAS**

Por una parte, Soluciones Integrales Santa Cecilia S.A.S., con NIT. No. **902116046-1**, domicilio comercial en el municipio de Buenavista, Córdoba, representada legalmente por **JAMER ARMANDO SALGADO DURANGO**, con cédula de ciudadanía número **8.762.487** de Soledad Atlántico, quien en adelante se llamará la Empresa, y por otra, _____ con cédula de ciudadanía No. _____, quien en adelante se llamará el **CONTRATANTE**, han celebrado el presente contrato, el cual se regirá por las normas que aplican a la materia y por las siguientes cláusulas: **PRIMERA. OBJETO**: establecer las relaciones contractuales y las condiciones que regularán: la disponibilidad de la Empresa para prestar los Servicios Funerarios en especie, la contraprestación económica oportuna del contratante y demás obligaciones de las partes. **SEGUNDA. Definiciones.** los términos y las condiciones de cada plan podrán ser consultados a través de la página web www.sisantacecilia.com, o a través del **código QR impreso** en este contrato.

| Plan Platino | Plan Esmeralda | Plan Oro | Plan Diamante |
|---|---|---|---|
| • Velación (24 horas) sede propia o en domicilio[1]<br>• Incluye 1 traslado dentro del perímetro urbano[2]<br>• Cremación[3] o bóveda[4] en cementerios distritales o municipales.<br>• Elementos del servicio basico funerario | • Velación (24 horas) sede propia, en domicilio[1] o donde tengamos convenio.<br>• Incluye 1 traslado de hasta 200Km por carretera[2]<br>• Cremación[3] o bóveda[4] en cementrios distritales o muicipales y cementerios privados sin que su valor exceda un (1 S.M.M.L.V.)<br>• Elementos del servicio basico fuenrario | • Velación (24 horas) sede propia, en domicilio[1] o donde tengamos convenio.<br>• Incluye 1 traslado de hasta 500Km por carretera[2]<br>• Cremación[3] o bóveda[4] en cementrios distritales o muicipales y cementerios privados sin que su valor exceda 1.5 S.M.M.L.V.)<br>• Elementos del servicio basico funerario | • Velación (24 horas) sede propia, en domicilio[1] o donde tengamos convenio, incluyendo salas V.I.P.<br>• Incluye 1 traslado a nivel nacional<br>• Cremación[3] o bóveda[4] en cementrios distritales o muicipales y cementerios privados sin que su valor exceda 2 S.M.M.L.V.)<br>• Elementos del servicio basico fuenrario |

[1]Velación en domicilio siempre y cuando el municipio lo autorice.
[2]Los costos adicionales por distancia deberán ser cubiertos por los familiares.
[3]Cremación a nivel nacional siempre y cuando haya disponibilidad de hornos crematorios en dicho lugar.
[4]Bóvedas según disponibilidad del municipio.

**Post destino final:**

| Plan Platino | Plan Esmeralda | Plan Oro | Plan Diamante |
|---|---|---|---|
| N/A | N/A | Hasta medio (1/2) S.M.M.L.V. para adquirir ya sea cenizario, osario o exhumación siempre y cuando este al día en pagos y cumplan con el tiempo reglamentario para la exhumación. | Hasta por un (1) S.M.M.L.V. para adquirir ya sea cenizario, osario o exhumación siempre y cuando este al día en pagos y cumplan con el tiempo reglamentario para la exhumación. |

| | | | |
|---|---|---|---|
| GRUPO FAMILIAR | **CUADRO SUMINISTROS DE SERVICIOS POR PARTE DE LA EMPRESA PARA PLANES EXEQUALES** | | |
| | **GRUPO FAMILIAR REPORTADO** | **CAUSA DE FALLECIMIENTO** violenta o accidental | Una vez firmado el contrato siempre y cuando ya tenga su primer pago en el sistema. |
| | | **NATURAL NO TERMINAL** | Menores de 65 años tienen un periodo de carencia de 60 días y los mayores de 65 años su periodo de carencia será de 90 días, en ambos casos deberán de tener ya registrado su primer pago en el sistema.<br>Nota: cuando el contratante demuestre con documentos idóneos que viene con antigüedad de otra entidad y está al día en pagos su cubrimiento será inmediato en el mismo tipo de plan que tenía con la anterior entidad. |
| | **ESTADOS TERMINALES** | **A CAUSA DEL MISMO** | Después de 180 días |

## AUTORIZACIÓN DE CONTACTO

Autorizo a Soluciones Integrales Santa Cecilia S.A.S NIT. **902116046-1**, así como sus filiales, subsidiarias y vinculadas económicamente en Colombia, para los fines necesarios relacionados con la prestación de los productos y servicios ofrecidos de conformidad con lo establecido en la Ley 2300 de 2023, los medios a través de los cuales autorizo ser contactado para adelantar gestiones de cobranza de forma directa de los productos o servicios por mi contratados.

Por lo anterior y con el fin de la protección al derecho a la intimidad de los consumidores expresamente autorizo los siguientes canales para ser contactado.

| | |
|---|---|
| **Telefónicamente a los números** | |
| **Correo electrónico** | |
| **Dirección de Domicilio** | |
| **Dirección Laboral** | |

Así mismo manifiesto que autorizo **SI**☐ **NO**☐ a Soluciones Integrales Santa Cecilia S.A.S NIT. **902116046-1**, para ser contactado en horarios distintos a los establecidos en la Ley 2300 de 2023, es decir en horarios diferentes a los siguientes de lunes a viernes de 7:00 AM A 5:00 PM.

Autorizo a los _____días del mes de _____del 20 ___

Cordialmente

_____
Nombres y Apellidos del titular

C.C. No. _____
Dirección: _____
Teléfono: _____
Barrio/Ciudad: _____
Correo electrónico: _____

Las partes acuerdan que, si se presentan controversias o desacuerdos respecto a la ejecución de este contrato, serán resueltas mediante la figura de conciliación estipulada en la ley 640 del 2001, si ello no es viable, las partes quedan en libertad de acceder a la justicia ordinaria.

**TERCERO: Protección de Datos Personales**: Soluciones Integrales Santa Cecilia S.A.S NIT. **902116046-1** tratará la información suministrada por el contratante de conformidad con lo establecido en la ley 1581 de 2012, la cual podrá ser verificada a través de la página web www.sisantacecilia.com por lo cual desde la firma del presente contrato el contratante autoriza el tratamiento de los datos personales suministrados.

**CUARTO:** Esta solicitud incluye los servicios funerarios exclusivamente para el grupo familiar reportado por el solicitante. El activo, retirado, pensionado o funcionario, tienen derecho al servicio funerario autorizando el uso del cobro del auxilio funerario contemplado en la ley.

**PARÁGRAFO ESPECIAL. En caso de que el fallecido sea retirado o pensionado por el estado o por un fondo de pensiones, la Empresa prestará este servicio a través de la partida autorizada por ley y no por la previsión exequial, según artículos 51 y 86 de la ley 100 de 1993, art. 16 de la ley 776 de 2002 y art. 187 del Decreto 1211 de 1990, consiste en prestar el servicio funerario haciendo uso del auxilio creado para tal fin; para el caso de los activos del MDN, el servicio lo prestará la empresa contratista, conforme al contrato que haya suscrito la respectiva Fuerza.**

**Leído y aceptado el contenido del presente contrato, se firma en la ciudad de _____**

**a los ____ días del mes de _____ del año 20___.**

**Contratante: _____** **La Empresa _____**

CC No. _____ de _____ **NIT. 900396137-4**

Para verificar los elementos y servicios de su plan diríjase al **CODIGO QR o a nuestra página web** www.sisantacecilia.com

**NO SOLICITE EL SERVICIO FUNERARIO CON NINGUNA ENTIDAD SIN LA AUTORIZACION DE Soluciones Intégrales Santa Cecilia S.A.S**

**Calle 9 A No. 8-45, Barrio San José, Buenavista, Córdoba.**
**Celular 3232883419**
**Correo Electrónico: sisantacecilia@gmail.com**