



CAFESALUD EPS EN LIQUIDACION
Nº. 800.140.949-6 CAFESALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S.A. - CAFESALUD EPS S.A.

Este formulario estará disponible en la página web de la entidad www.cafesalud.com.co o podrá solicitarse en FORMA GRATUITA, en las oficinas ubicadas en la Calle 37 No 20 -27 Barrio la Soledad en Bogotá D.C.

FORMULARIO PARA PRESENTACIÓN DE CREDITOS

TÉRMINO MÁXIMO PARA PRESENTAR RECLAMACIONES: 30 días. Desde el 29 de Agosto 2019 hasta el 30 de Septiembre 2019 inclusive; de Lunes a Viernes en el horario de 8:00 a.m. a 12:00 p.m. Y DE 1:00 p.m. A 5:00 p.m.

1. FECHA DE RADICACIÓN: (dd/mm/aaaa)		NÚMERO DE RADICACIÓN: (No diligenciar este campo)	
2. DATOS DEL RECLAMANTE			
PERSONA NATURAL <input type="checkbox"/>		PERSONA JURÍDICA <input type="checkbox"/>	
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:		4. RÉGIMEN TRIBUTARIO:	
		COMÚN <input type="checkbox"/>	
		GRAN CONTRIBUYENTE <input type="checkbox"/>	
		SIMPLIFICADO <input type="checkbox"/>	
TIPO DE IDENTIFICACIÓN: CC <input type="checkbox"/>		5. CREDITO POR CONCEPTO: (seleccione una sola deuda y márquela con una "X")	
NIT <input type="checkbox"/>		Credito Contrato Laborales (C01) <input type="radio"/>	
CE <input type="checkbox"/>		Credito Libranzas (C02) <input type="radio"/>	
PA <input type="checkbox"/>		Credito Fiscales (C03) <input type="radio"/>	
NÚMERO IDENTIFICACIÓN: DV <input type="checkbox"/>		Credito Crediticias (Bancos y Cooperativas) (C04) <input type="radio"/>	
DIRECCIÓN DE DOMICILIO:		Credito ICBF, SENA, Caja de Compensación (C05) <input type="radio"/>	
CIUDAD:		Credito Aseguradora (Pensiones, Salud y Riesgos) (C06) <input type="radio"/>	
DEPARTAMENTO:		Creditos Prestadores Servicios de Salud(C07) <input type="radio"/>	
TELÉFONO:		Credito Licencias e Incapacidades y Partos no Viables (C08) <input type="radio"/>	
CELULAR:		Credito Liquidación de Contratos (C09) <input type="radio"/>	
2.1 REPRESENTANTE LEGAL:		Credito Flujo de Recursos (C10) <input type="radio"/>	
CC:		Credito Devolución de Aportes (C11) <input type="radio"/>	
NOMBRE:		Credito Aportes PAC (C12) <input type="radio"/>	
TELÉFONO:		Credito por Financiamientodel Sistema de Seguridad Social en Salud SGP Hospitales (C13) <input type="radio"/>	
CELULAR:		Credito por Financiamiento del Sistema de Seguridad Social en Salud Contratos con Entes (C14) <input type="radio"/>	
2.2 APODERADO:		Credito por Procesos Ordinarios (C15) <input type="radio"/>	
CC:		Credito por Procesos Ejecutivos (C16) <input type="radio"/>	
T.P:		Credito por Sentencias en Firme (C17) <input type="radio"/>	
NOMBRE:		Credito Conciliaciones (C18) <input type="radio"/>	
TELÉFONO:		2.3 RADICADO POR:	
CELULAR:		Credito Dicipinarios y Sanciones (C19) <input type="radio"/>	
C.C:		Credito Deudas y Proveedores (C20) <input type="radio"/>	
T.P:		Creditos Bienes y Terceros (C21) <input type="radio"/>	
3. CORREO ELECTRONICO PARA NOTIFICACIONES		Otros Creditos (C22) <input type="radio"/>	
		Creditos Reembolsos de Servicios de Salud (C23) <input type="radio"/>	
No DE FOLIOS:		VALOR RECLAMADO:	
No DE MEDIOS (CD/DVD):		\$	
VALOR RECLAMADO (En letras):			

6. FIRMAS:

Representante Legal:	Revisor Fiscal o Contador Público:	Apoderado:	Radicado por:

C.C.No.:	C.C. Nro.	C.C. Nro.	C.C. Nro.
	T.P. No.:	T.P. No.:	

El suscrito _____, Contador, con matrícula N° _____, certifica que la información de los créditos reclamados, es fiel reflejo de los registros contables del acreedor reclamante (si aplica).

Los soportes que hagan parte de la reclamación deben ser radicados en formato digital.

Con la firma de este formulario, de manera voluntaria declaro que conozco el contenido de la Resolución No. 0001 del 15/08/2019 "POR MEDIO DE LA CUAL SE ADOPTA EL REGLAMENTO PARA LA NOTIFICACIÓN ELECTRÓNICA DE LOS ACTOS EMITIDOS POR CAFESALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S.A. - CAFASALUD EN LIQUIDACIÓN, IDENTIFICADA CON EL NIT 800.140.949-6", publicada en la página www.cafesalud.com.co; en consecuencia, declaro que acepto los términos y condiciones establecidos en la misma, la cual declaro haber leído y entendido en su totalidad. En tal sentido, autorizo que CAFESALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S.A. - CAFASALUD EN LIQUIDACIÓN me notifique por vía electrónica en la dirección de correo electrónico registrado en el presente formulario, los actos administrativos que sean emitidos dentro del proceso de liquidación, que tengan relación directa con la reclamación formulada en cumplimiento de lo establecido en el artículo 56 y en el numeral 1 del artículo 67 de la Ley 1437 de 2011, Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo. Haciéndome responsable de revisar diariamente el buzón del correo electrónico registrado, incluido el buzón de correo electrónico no deseado para garantizar la recepción de los correos enviados por el proceso de liquidación. El formulario debe ser diligenciado en original y en copia, con letra legible, y todas las hojas deben foliarse. El formulario debe ser firmado por el representante legal, por el revisor fiscal y/o contador, el apoderado y el funcionario autorizado para radicarlo. La reclamación se recibirá personalmente y se tendrá por presentada oportunamente si se radicó y selló con constancia de recibido en la sede de CAFESALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S.A. - CAFASALUD EN LIQUIDACIÓN definida para la presentación de las reclamaciones. Documentos y anexos: Original de cuentas presentadas para la reclamación.