



CAFESALUD EPS EN LIQUIDACION  
Nit. 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](http://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		4. RÉGIMEN TRIBUTARIO:	
PERSONA NATURAL <input type="checkbox"/>	PERSONA JURÍDICA <input type="checkbox"/>	COMÚN <input type="checkbox"/>	GRAN CONTRIBUYENTE <input type="checkbox"/>
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:		SIMPLIFICADO <input type="checkbox"/>	
TIPO DE IDENTIFICACIÓN: CC <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/>		5. CREDITO POR CONCEPTO: (seleccione una sola deuda y márquela con una "X")	
NÚMERO IDENTIFICACIÓN: DV <input type="checkbox"/>		Credito Contrato Laborales (C01) <input type="radio"/>	
DIRECCIÓN DE DOMICILIO:		Credito Libranzas (C02) <input type="radio"/>	
CIUDAD:		Credito Fiscales (C03) <input type="radio"/>	
DEPARTAMENTO:		Credito Crediticias (Bancos y Cooperativas) (C04) <input type="radio"/>	
TELÉFONO:	CELULAR:	Credito ICBF, SENA, Caja de Compensación (C05) <input type="radio"/>	
2.1 REPRESENTANTE LEGAL:		Credito Aseguradora (Pensiones, Salud y Riesgos) (C06) <input type="radio"/>	
CC:		Credito Prestadores Servicios de Salud(C07) <input type="radio"/>	
NOMBRE:		Credito Licencias e Incapacidades y Partos no Viables (C08) <input type="radio"/>	
TELÉFONO:	CELULAR:	Credito Liquidación de Contratos (C09) <input type="radio"/>	
2.2 APODERADO:		Credito Flujo de Recursos (C10) <input type="radio"/>	
CC:	T.P:	Credito Devolución de Aportes (C11) <input type="radio"/>	
NOMBRE:		Credito Aportes PAC (C12) <input type="radio"/>	
TELÉFONO:	CELULAR:	Credito por Financiamiento del Sistema de Seguridad Social en Salud SGP Hospitales (C13) <input type="radio"/>	
2.3 RADICADO POR:		Credito por Financiamiento del Sistema de Seguridad Social en Salud Contratos con Entes (C14) <input type="radio"/>	
C.C:	T.P:	Credito por Procesos Ordinarios (C15) <input type="radio"/>	
		Credito por Procesos Ejecutivos (C16) <input type="radio"/>	
		Credito por Sentencias en Firme (C17) <input type="radio"/>	
		Credito Conciliaciones (C18) <input type="radio"/>	
		Credito Diciplinarios y Sanciones (C19) <input type="radio"/>	
		Credito Deudas y Proveedores (C20) <input type="radio"/>	
3. CORREO ELECTRONICO PARA NOTIFICACIONES		Credito Bienes y Terceros (C21) <input type="radio"/>	
		Otros Creditos (C22) <input type="radio"/>	
		Credito 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. - CAFESALUD EN LIQUIDACIÓN, IDENTIFICADA CON EL NIT 800.140.949-6", publicada en la página [www.cafesalud.com.co](http://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. - CAFESALUD 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. - CAFESALUD EN LIQUIDACIÓN definida para la presentación de las reclamaciones. Documentos y anexos: Original de cuentas presentadas para la reclamación.

**CAFESALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S.A. - CAFESALUD EPS EN LIQUIDACION**

<b>Grupo de datos</b>	<b>Información Solicitada</b>	<b>Tipo de captura o registro</b>	<b>Tipo de validación</b>	
1. RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN: (dd/mm/aaaa)	Campo fecha que se registra al momento de la captura de información.	Debe ser la fecha del sistema.	
	NÚMERO DE RADICACIÓN: (No diligenciar este campo)	Número consecutivo por tipo de acreencia que define automáticamente el sistema	Ninguno	
2. DATOS DEL RECLAMANTE:	PERSONA NATURAL	Marca con una 'X' uno de estos campos	Debe seleccionar uno de los DOS campos. Son excluyentes	
	PERSONA JURÍDICA			
	NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	Campo alfanumérico	No puede quedar en blancos	
	TIPO DE IDENTIFICACIÓN:	Marca con una 'X' uno de estos campos	Válido si es Persona Natural	
	Cédula de ciudadanía (CC)			
	Número de Identificación Tributaria (NIT)			Válido si es Persona Jurídica
	Cédula de extranjería (CE)			Válido si es Persona Natural
	Pasaporte (PA)		Válido si es Persona Natural	
	NÚMERO IDENTIFICACIÓN:	Campo numérico	Obligatorio mayor que cero	
	Dígito de Verificación (DV):	Sólo válido para NIT	Campo numéricos de 0 a 9	
	DIRECCIÓN DE DOMICILIO:	Campo alfanumérico	Campo Obligatorio	
	CIUDAD:	Campo de selección múltiple	Campo Obligatorio	
	DEPARTAMENTO:	Campo de selección múltiple	Campo Obligatorio	
	TELÉFONO:	Campo numérico	Campo Obligatorio	
CELULAR:	Campo numérico	NO Obligatorio		
2.1 REPRESENTANTE LEGAL:	NOMBRE REPRESENTANTE LEGAL:	Campo alfabético	Campo Obligatorio	
	NRO CÉDULA CIUDADANÍA:	Campo numérico	Obligatorio mayor que cero	
	TELÉFONO:	Campo numérico	Obligatorio mayor que cero	
	CELULAR:	Campo numérico	Puede ser ceros	
2.2 APODERADO:	NOMBRE APODERADO:	Campo alfabético	No puede quedar en blancos	
	NRO CÉDULA CIUDADANÍA:	Campo numérico	Obligatorio mayor que cero	
	NRO TARJETA PROFESIONAL:	Campo numérico	Obligatorio mayor que cero	
	TELÉFONO:	Campo numérico	Obligatorio mayor que cero	
	CELULAR:	Campo numérico	Puede ser ceros	
2.3 RADICADO POR:	NOMBRE RADICADOR:	Campo alfabético	No puede quedar en blancos	
	NRO CÉDULA CIUDADANÍA:	Campo numérico	Obligatorio mayor que cero	
	NRO TARJETA PROFESIONAL:	Campo numérico	Obligatorio mayor que cero	
3. CORREO ELECTRONICO	CORREO ELECTRÓNICO DEL PARA NOTIFICACIONES:	Campo alfanumérico	No puede quedar en blancos y debe existir el signo @	
4. RÉGIMEN TRIBUTARIO:	COMÚN	Marca con una 'X' uno de estos campos	Debe seleccionar uno de los TRES campos. Son excluyentes	
	SIMPLIFICADO			
	GRAN CONTRIBUYENTE			
5. RECLAMACIÓN POR DEUDA DE: (seleccione una sola deuda y márkela con una "X")	Deudas de la C01 a la C23	Marca con una 'X' uno de los Veintidos tipos de reclamaciones	Debe seleccionar <b>SOLO UNO</b> de los VEINTICUATRO campos. Son excluyentes. Cada reclamo o acreencia va por separado.	
5.1 VALORES RECLAMADOS:	No DE FOLIOS:	Campo numérico	Obligatorio mayor que cero	
	No DE MEDIOS (CD/DVD):	Campo numérico	Obligatorio mayor que cero	
	VALOR RECLAMADO:	Campo numérico	Obligatorio mayor que cero	
	VALOR RECLAMADO (En letras):	Campo alfabético	No puede quedar en blancos	
6. FIRMAS:	Representante Legal:			
	Revisor Fiscal o Contador Público:			
	Apoderado:			
	Radicado por:			