

PROGRAMA DE LA ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DE LA CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE CARTAGENA – BOLIVAR COMFAMILIAR EPS – EN LIQUIDACION Nit No. 890480110-1.

En la página web www.epscomfamiliarenliquidacion.com está disponible este formulario y el instructivo de cómo realizar el proceso; podrá retirarlo SIN NINGUN COSTO (Didáctico), en la sede ubicada en el Barrio Centro, Avenida Escallon No. 34 – 62 Edificio Banco de Bogotá Piso 2 Cartagena – Bolívar.

FORMULARIO UNICO DE RECLAMACION

OPORTUNIDAD PARA PRESENTAR RECLAMACIONES: A partir del 25 de noviembre de 2020 hasta el 24 de diciembre de 2020; en el horario de 8:00 a.m. a 11:30 a.m. y de 1:00 p.m. a 4:30 p.m., de lunes a viernes.

1.FECHA DE RADICACION: (DD/MM/AAAA)		RADICADO: (No diligenciar este campo)	
2.DATOS DEL SOLICITANTE (seleccione una sola opción y márkela con una x)		5.ACREENCIAS POR CONCEPTO: (seleccione una sola acreencia y márkela con una x)	
PERSONA NATURAL: <input type="checkbox"/>	PERSONA JURIDICA: <input type="checkbox"/>	ÍTEM	ACREENCIAS
NOMBRE O RAZON SOCIAL:		A1	ACREENCIAS LABORALES <input type="checkbox"/>
TIPO DE IDENTIFICACION: CC NIT CE PA		A2	ACREENCIAS IMPUESTOS, GRAVAMENES Y TASAS(FISCALES) <input type="checkbox"/>
# IDENTIFICACION: DIGITO DE VERIFICACION: ()		A3	ACREENCIAS PARAFISCALES (SENA, INSTITUTO COLOMBIANO BIENESTAR FAMILIAR, CAJAS DE COMPENSACION) <input type="checkbox"/>
DIRECCION:		A4	ACREENCIAS SEGURIDAD SOCIAL (SALUD, PENSION RIESGOS PROFESIONALES) <input type="checkbox"/>
CIUDAD:		A5	ACREENCIAS ENTES TERRITORIALES LIQUIDACION CONTRATOS <input type="checkbox"/>
DEPARTAMENTO:		A6	ACREENCIAS POR PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD MODALIDAD CAPITA <input type="checkbox"/>
TELEFONO:	CELULAR:	A7	ACREENCIAS POR PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD EVENTO MODALIDAD EVENTO <input type="checkbox"/>
FAX:		A8	ACREENCIAS A OTROS CONTRATOS DE SERVICIOS DE SALUD <input type="checkbox"/>
CORREO ELECTRONICO:		A9	ACREENCIAS REINTEGROS AL FOSYGA <input type="checkbox"/>
2.1 Nombre Representante Legal:		A10	ACREENCIAS FONDOS DE COMPENSACION CUENTA DE ALTO COSTO <input type="checkbox"/>
CC:		A11	ACREENCIAS DEVOLUCION DE APORTES SGSS <input type="checkbox"/>
TELEFONO:	CELULAR:	A12	ACREENCIAS PROCESOS JUDICIALES <input type="checkbox"/>
2.2 Nombre Apoderado:		A13	ACREENCIAS SANCIONES O MULTAS <input type="checkbox"/>
C.C.	T.P.	A14	ACREENCIAS CESIONES DE CREDITO <input type="checkbox"/>
TELEFONO:	CELULAR:	A15	ACREENCIAS PROVEEDORES BIENES Y SERVICIOS NO PRESTACION DE SERVICIOS <input type="checkbox"/>
CORREO ELECTRONICO:		A16	ACREENCIAS ENTIDADES FINANCIERAS <input type="checkbox"/>
2.3 NOMBRE DE QUIEN RADICA:		A17	ACREENCIAS PRESTACIONES ECONOMICAS <input type="checkbox"/>
3.INFORMACION BANCARIA: (Aportar certificación bancaria no mayor a un mes)		A18	OTRAS ACREENCIAS <input type="checkbox"/>
ENTIDAD BANCARIA:		5.1 VALORES RECLAMADOS:	
No. DE CUENTA:		VALOR A RECLAMAR :	
Tipo de Cuenta: Ahorros: Corriente:		VALOR A RECLAMAR (EN LETRA) :	
4.REGIMEN TRIBUTARIO (seleccione una sola opción y márkela con una x)		No. De Folios:	
COMUN: <input type="checkbox"/>	GRAN CONTRIBUYENTE: <input type="checkbox"/>	No. De medios (CD, DVD, USB)	
SIMPLIFICADO: <input type="checkbox"/>			

6. FIRMAS	REPRESENTANTE LEGAL:	REVISOR FISCAL o CONTADOR PUBLICO:	APODERADO:	RADICADO POR:
	_____	_____	_____	_____
C.C. No	C.C. No.	C.C. No.	C.C. No.	C.C. No.
	T.P. No.	T.P. No.		

El suscrito _____ Contador, con matrícula No. _____ certifica que las acreencias reclamados, corresponde a información de los registros contables del acreedor reclamante (si aplica).

Nota: los soportes que hagan parte de reclamación deben ser radicados de manera digital y físico, los cuales deben constituir prueba sumaria. Acepto y autorizo que el PROGRAMA DE LA ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD EN LIQUIDACION DE LA CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE CARTAGENA Y BOLIVAR - "COMFAMILIAR", me realice notificaciones de manera electrónica a la dirección de correo registrada en el presente formulario, los actos administrativos que se han admitido 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, lo que me hace responsable de revisar de manera oportuna el buzón de correo electrónico suministrado en el presente formulario, incluso la bandeja de correo no deseados y spam, con la finalidad de corroborar la recepción de los correos enviados referente al proceso de liquidación. El formulario debe estar firmado por el representante legal de la entidad, por el revisor fiscal y/o contador, el apoderado y quien radica (las personas jurídicas deben aportar certificado de existencia y representación vigente). La reclamación se recibirá personalmente y se tendrá por presentada oportunamente si se radicó, en el barrio Centro, Avenida Escallon No. 34 – 62 Edificio Banco de Bogotá Piso 2 Cartagena - Bolívar.

EN UN SOLO ARCHIVO DEBEN VENIR LOS SOPORTES DE LAS FACTURAS

Nota: los soportes que hagan parte de la reclamación deberán ser radicados conforme lo establece el instructivo.

PROGRAMA DE LA ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR CARTAGENA - COMFAMILIAR EPS EN LIQUIDACIÓN

Grupo de datos	Información Solicitada	Tipo de captura o registro	Tipo de validación
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.
	RADICADO: (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:		
	Cédula de ciudadanía (CC)	Marca con una 'X' uno de estos campos	Válido si es Persona Natural
	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
FAX:	Campo numérico	NO Obligatorio	
CORREO ELECTRÓNICO PARA NOTIFICACIONES:	Campo alfanumérico	No puede quedar en blancos y debe existir el signo @	
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
	CORREO ELECTRÓNICO DEL APODERADO PARA NOTIFICACIONES:	Campo alfanumérico	No puede quedar en blancos y debe existir el signo @
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. DATOS DE CUENTAS BANCARIA PARA PAGOS: (Anexar Certificación Bancaria, no mayor a un mes)	CUENTA AHORROS:	Marca con una 'X' uno de estos campos	Debe seleccionar uno de los DOS campos. Son excluyentes
	CUENTA CORRIENTE:		
	No DE CUENTA:	Campo numérico	Obligatorio mayor que cero
	ENTIDAD BANCARIA	Campo de selección múltiple	No puede quedar en blancos
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 ACREENCIAS DE: (seleccione una sola deuda y márkela con una "X")	ACREENCIA de la A1 a la A18	Marca con una 'X' uno de los Dieciocho (18) tipos de reclamaciones	Debe seleccionar uno de los DIECIOCHO 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/USB):	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:		