



**Nit. 804.002.105- COOPERATIVA DE SALUD COMUNITARIA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD SUBSIDIADA**

Este formulario estará disponible en la página web de la entidad [www.comparta.com.co](http://www.comparta.com.co) o podrá solicitarse en FORMA GRATUITA, en las oficinas ubicadas en la Carrera 28 No 31-18 Barrio la Aurora en Bucaramanga.

**FORMULARIO PARA PRESENTACIÓN DE CREDITOS**

TÉRMINO MÁXIMO PARA PRESENTAR RECLAMACIONES: 30 días. Desde el 25 de Agosto 2021 Desde las 8 A:M hasta el 24 de Septiembre 2021 a las 5:00 PM.

1. FECHA DE RADICACIÓN: (dd/mm/aaaa)				NÚMERO DE RADICACIÓN: (No diligenciar este campo)			
2. DATOS DEL RECLAMANTE				4. RÉGIMEN TRIBUTARIO:			
PERSONA NATURAL		PERSONA JURÍDICA		COMÚN		GRAN	
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:				SIMPLIFICADO			
TIPO DE				5. obligación POR CONCEPTO: (seleccione una sola deuda y márquela con una "X")			
CC	NIT	CE	PA	Salarios y prestaciones Laborales (D01) <input type="radio"/>			
NÚMERO IDENTIFICACIÓN: DV <input type="checkbox"/>				Descuento por Libranzas y embargos (D02) <input type="radio"/>			
DIRECCIÓN DE DOMICILIO:				Impuestos tasas y contribuciones (D03) <input type="radio"/>			
CIUDAD:				obligación Financieras (D04) <input type="radio"/>			
DEPARTAMENTO:				ICBF, SENA, Caja de Compensación (D05) <input type="radio"/>			
TELÉFONO:		CELULAR:		Aseguradora (Pensiones, Salud y Riesgos) (D06) <input type="radio"/>			
				Prestadores Servicios de Salud(D07) <input type="radio"/>			
				Prestaciones Económicas (Licencias e Incapacidades) (D08) <input type="radio"/>			
2.1 REPRESENTANTE LEGAL:				Liquidación de Contratos con prestadores de servicios de salud (D09) <input type="radio"/>			
CC:				Financiamiento del sistema de Seguridad Social en Salud ADRES (D10) <input type="radio"/>			
NOMBRE:				Devolución de Aportes (D11) <input type="radio"/>			
				Aportes PAC (D12) <input type="radio"/>			
TELÉFONO:		CELULAR:		Financiamiento del Sistema de Seguridad Social en Salud SGP Hospitales (D13) <input type="radio"/>			
2.2 APODERADO:				Financiamiento del Sistema de Seguridad Social en Salud Contratos con Entes (D14) <input type="radio"/>			
CC:		T.P:		Procesos Ordinarios (D15) <input type="radio"/>			
NOMBRE:				Procesos Ejecutivos (D16) <input type="radio"/>			
TELÉFONO:		CELULAR:		Sentencias en Firme (D17) <input type="radio"/>			
				Conciliaciones no aplica para prestadores de servicios de salud (D18) <input type="radio"/>			
2.3 RADICADO POR:				Disciplinarios y Sanciones (D19) <input type="radio"/>			
C.C:		T.P:		Proveedores Administrativos (D20) <input type="radio"/>			
3. CORREO ELECTRONICO PARA NOTIFICACIONES				Cobro por Bienes de Terceros (D21) <input type="radio"/>			
				Otros créditos (D22) <input type="radio"/>			
				Reembolsos de Servicios de Salud (D23) <input type="radio"/>			
				Ahorros y aportes (D24) <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. T.P.	C.C. Nro. T.P. No.:	C.C.
_____	_____	_____	_____

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 autorizo que COMPARTA EPS S 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 COMPARTA EPS-S EN LIQUIDACIÓN definida para la presentación de las reclamaciones. Documentos y anexos: Original de cuentas presentadas para la reclamación.

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.
	NÚMERO DE RADICACIÓN: (No diligenciar este campo)	Número consecutivo por tipo de acreencia que define automáticamente el	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	
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 márquela con una "X")	Deudas de la D1 a la D24	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:		