

CALISALUD EMPRESA PROMOTORA DE SALUD EPS-S EN LIQUIDACION

FORMULARIO REGISTRO DE RECLAMACIONES

(Este formulario es de distribución gratuita y debe ser diligenciado en original para radicar la reclamación y copia para la constancia del recibido con destino al reclamante)

1. Dirección y término máximo para presentar reclamaciones oportunas: Avenida 4 Norte No 17N-43, hasta el día Veintinueve (29) de Octubre de 2010, de Lunes a Viernes de de 8:00 a.m. a 12:00 pm y de 1:00 p.m. a 5:00 p.m.

2. Datos del Reclamante:

IDENTIFICACIÓN: CC NIT CE NOMBRE/RAZÓN SOCIAL

NÚMERO: _____

DIRECCIÓN: _____

CIUDAD: _____ DEPARTAMENTO: _____

TELÉFONO: _____ FAX: _____

E-MAIL: _____

REPRESENTANTE LEGAL: _____

APODERADO: _____ TELÉFONO: _____

DATOS CUENTA ENTIDAD BANCARIA PARA PAGOS:

TIPO CTA: AHORROS CORRIENTE N° CTA: _____ BANCO: _____

3. Datos Créditos a Reclamar: En el cuadro siguiente se deben relacionar los montos totales de los créditos que se reclaman, que en caso de ser varios, se deben relacionar en un anexo que contenga todos los datos detallados de las facturas, cuentas o créditos, con indicación de No. del documento, fecha de radicación ante CALISALUD EMPRESA PROMOTORA DE SALUD EPS-S en Liquidación (anterior al 29-09-2010), clase de servicio o suministro, valor facturado o del contrato y saldo adeudado. Cuando proceda, se deben relacionar bienes que estén en poder de CALISALUD EMPRESA PROMOTORA DE SALUD EPS-S En Liquidación a título no traslativo de la propiedad (arrendamiento, comodato, apoyo tecnológico, etc.).

4. Reclamación por Concepto (ver primera parte reverso formulario)	Número de Folios		Valor Reclamado (en pesos)
	Del No.	Al No.	
4,1. Acreencias Laborales			
4,2. Impuestos, Tasas y Contribuciones			
4,3. Cuentas por Servicios de Salud			
4,4. Cuentas Otros Proveedores			
4,5. Acuerdos de Pago, transacciones y actas liquidación contratos			
4,6. Procesos Judiciales y Tribunales de Arbitramento			
4,7. Bienes de Terceros			
4,8. Otros conceptos diferentes a los anteriores. ¿Cuáles?			
Total reclamado			

4,9. Anticipos o avances recibidos de CALISALUD EMPRESA PROMOTORA DE SALUD EPS-S hoy en liquidación, sin legalizar: Relacione aquí la siguiente información sobre anticipos a contratos o facturas que se encuentren pendientes de legalizar ante CALISALUD EMPRESA PROMOTORA DE SALUD EPS-S hoy en liquidación. Si requiere de más filas o información aclaratoria, favor detallarlo en anexo separado, elaborado directamente por el reclamante.

Fecha Anticipo	Valor Anticipo	Número Orden de Pago	Número de Cheque	Valor Cheque

5. FIRMAS:

Reclamante/Representante legal/Apoderado _____

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

Firma Contador

(Handwritten marks)

CALISALUD EMPRESA PROMOTORA DE SALUD EPS-S EN LIQUIDACION

3. DATOS CRÉDITOS A RECLAMAR. Detalles de la reclamación según concepto reclamado:

1. **Acreencias laborales:** 1.1 Salarios, 1.2 Prestaciones Sociales, 1.3 Aportes seguridad social, 1.2 Parafiscales, 1.3 Otros
2. **Impuestos:** 2.1 Impuestos DIAN, 2.2 Predial, 2.3 Industria y Comercio 2.4 Otros
3. **Servicios de salud** (atención de urgencias, procedimientos quirúrgicos, hospitalización, atención especialistas, ayudas diagnósticas y complementación terapéutica, etc).
4. **Cuentas otros proveedores:** 4.1. Arrendamientos, 4.2 Saldos convenios, 4.3 Obligaciones financieras y bancarias, 4.4 Honorarios, 4.5 Facturas suministros, medicamentos, insumos hospitalarios, bienes y servicios.
5. **Acuerdos de pago** (transacciones y actas de liquidación de contratos).
6. **Procesos judiciales - tribunales de arbitramento** (procesos laborales, ejecutivos, reparación directa, conciliaciones judiciales, tribunales de arbitramento ante Cámaras de Comercio, etc.).
7. **Bienes de terceros** (que no pertenezcan a la ESE en Liquidación recibidos en custodia, arrendamiento, comodato, apoyo tecnológico, demostración, o cualquier otra modalidad de préstamo).
8. **Otros conceptos.** ¿Cuáles? _____

NOTAS DE INSTRUCCIÓN DILIGENCIAMIENTO FORMULARIO DE RECLAMACIÓN

1. El formulario de reclamación debe ser diligenciado en computador, máquina de escribir, o en letra legible. Todas las hojas que se generen deben llevar al final de la respectiva página las firmas del Reclamante (persona natural) ó del Representante Legal y del contador (persona jurídica).
2. La relación de Facturas o cuentas ya radicadas ante CALISALUD EMPRESA PROMOTORA DE SALUD EPS-S EN LIQUIDACION deben presentarse en físico y en medio magnetico
3. Las facturas o cuentas que no se hayan radicado con anterioridad al Veintinueve (29) de Septiembre de 2010 deberán presentarse en original y copia en documento físico y medio magnetico.
4. En caso de que la reclamación sea enviada por correo certificado, se entenderá presentada en forma oportuna si fue introducida en el correo de procedencia a más tardar a las 5:00 p.m. del día Veintinueve (29) de Octubre de 2010.
5. Las reclamaciones SOLAMENTE se recibirán en el DOMICILIO UNICO de CALISALUD EMPRESA PROMOTORA DE SALUD EPS-S, situado en la Avenida 4 Norte No. 17N-43, de la ciudad de Santiago de Cali. Las reclamaciones que se radiquen con posterioridad a las 5:00pm del Veintinueve (29) de Octubre de 2010, quedaran registradas y clasificadas como extemporaneas, sujetas al tratamiento legal respectivo.
6. Las reclamaciones de personas jurídicas deben presentarse con la firma del representante legal o apoderado, según corresponda; además, el formulario y sus anexos, deben estar firmados por el Revisor Fiscal o Contador, si no se tiene el primero.
7. Cualquier información sobre el proceso liquidatorio o sobre el procedimiento aquí descrito, puede ser consultado en la Oficina de Reclamaciones del proceso liquidatorio ubicada en la Avenida 4 Norte No. 17N-43 Piso Segundo, teléfono 6854000 Ext. 123, o ingresando a la página Web www.calisalud.gov.co.
8. Solamente están autorizados para resolver solicitudes sobre el proceso de la liquidación, el Agente de Liquidador y los funcionarios designados en la sede única de Santiago de Cali
9. En caso de Apoderado, debe anexar poder amplio y suficiente otorgado por el poderdante, con diligencia de presentación personal ante Notario.
10. En caso de persona jurídica, se debe anexar un certificado de Constitución y Gerencia de la Cámara de Comercio ó el documento que acredite la existencia y representación legal del reclamante original, con no más de 30 días de expedido.
11. Cuando corresponda se debe anexar fotocopia autenticada ante Notario de la certificación o aval que le expidió la CALISALUD EMPRESA PROMOTORA DE SALUD EPS-S hoy en Liquidación, sobre la determinación de saldos adeudados.
12. Todos y cada uno de los folios del formulario de reclamación y los soportes que se presenten con el mismo, deben estar refrendados por el Representante Legal y contador de la empresa reclamante, este último debe aportar copia de su matrícula profesional.
13. Anexar certificación de la entidad bancaria donde se encuentra inscrita la cuenta del reclamante relacionada.
14. Todos los documentos deben estar foliados en forma consecutiva y en el formulario debe indicarse el número total de folios.
15. Por razones de control y seguridad, CALISALUD EMPRESA PROMOTORA DE SALUD EPS-S hoy en liquidación se abstendrá de radicar reclamaciones que no reúnan los requisitos exigidos en este formulario conforme al presente instructivo.
16. Las reclamaciones se deben presentar como mínimo con los requisitos establecidos en su momento para la presentación de las facturas de cobro ante la CALISALUD EMPRESA PROMOTORA DE SALUD EPS-S, hoy en Liquidación.
17. En caso de vocación hereditaria, se debe indicar la calidad del heredero o albacea que presenta la reclamación, debidamente acreditada, acorde a la Ley.
18. Las reclamaciones de títulos valores deberán acompañarse por el original del título respectivo. En caso de extravío, pérdida o hurto, deberá acompañarse copia auténtica de la sentencia que ordenó la reposición del título o en su defecto copia de la denuncia acompañada de copia del auto admisorio de la demanda del proceso de reposición y cancelación del título valor respectivo.
19. En el evento en que el correspondiente título se encuentre en poder de CALISALUD EMPRESA PROMOTORA DE SALUD EPS-S hoy en Liquidación, deberá presentarse la comunicación o documento donde conste tal hecho.
20. De conformidad con lo dispuesto por la Resolución No 00839 del 31 de Mayo de 2010 y teniendo en cuenta lo consignado en el artículo 12 de la Ley 1105 de 2006 por medio de la cual se modifica el Decreto-Ley 254 de 2000, todos quienes tengan reclamaciones de cualquier índole contra la entidad en liquidación, deben presentar prueba de sus créditos (Tales como contratos, facturas, recibos, comunicaciones, etc.), que acredite la legitimidad de la reclamación y la existencia de la obligación a cargo de CALISALUD EMPRESA PROMOTORA DE SALUD EPS-S EN LIQUIDACIÓN.
21. Para determinar la legalidad de los endosos o cesiones de los títulos valores se tomará en cuenta lo dispuesto en el Código de Comercio.
22. En los casos en que el titular de derecho reclamado sea más de una persona, para que la reclamación sea atendida, el formulario de reclamación o el poder otorgado deberá ser diligenciado por todos los titulares.
23. Para reclamar bienes de terceros se debe aportar el contrato o convenio existente; los medios de prueba que demuestren la titularidad de los bienes con el registro en sus libros de contabilidad certificado por revisor fiscal o contador e identificar el lugar exacto de ubicación de los mismos. En los casos en que el titular de derecho reclamado sea más de una persona, para que la reclamación sea atendida, el formulario de reclamación o el poder otorgado deberá ser diligenciado por todos los titulares del bien. Se deben anexar copias de las matrículas profesionales.
24. Adjuntar copia del RUT

Firma Reclamante(s) o Representante Legal: Con mi firma certifico(amos) que los datos consignados en el presente documento son ciertos y pueden ser verificados.	Huella dactilar dedo indice derecho del (los) Reclamante(s) o Representante Legal	
--	---	--

ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO POR CALISALUD EMPRESA PROMOTORA DE SALUD EPS-S EN LIQUIDACION

RECIBIDO POR	RECLAMANTE	Para todo lo relacionado con su reclamación cite este número.										
Funcionario:	Nombre:	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; border-bottom: 1px solid black;">FECHA</td> <td style="text-align: center; border-bottom: 1px solid black;">HORA</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; text-align: center;">DÍA</td> <td style="border: 1px solid black; text-align: center;">MES</td> <td style="border: 1px solid black; text-align: center;">2010</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td style="text-align: center;">_____ a.m. _____ p.m.</td> </tr> </table>		FECHA		HORA	DÍA	MES	2010			_____ a.m. _____ p.m.
FECHA				HORA								
DÍA	MES			2010								
		_____ a.m. _____ p.m.										
Cargo:	CC ó NIT											
Firma:	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> </tr> </table>											
SELLO												
TOTAL FOLIOS RECIBIDOS												

NOTA: PARA CONSTANCIA DEL RADICADO, EL ACREEDOR DEBE PRESENTAR EL FORMULARIO EN ORIGINAL Y COPIA