CAJA DE PREVISIÓN SOCIAL DE COMUNICACIONES CAPRECOM EICE EN LIQUIDACIÓN

Nit. 899.999.026-0 Sede Administrativa CAJA DE PREVISIÓN SOCIAL DE COMUNICACIONES CAPRECOM EICE EN LIQUIDACIÓN. Carrera 69 No 47-40 en Bogotá D.C

Este formulario estará disponible en la página web de la entidad www.caprecom.gov.co o podrá solicitarse en FORMA GRATUITA, en las oficinas ubicadas en la Carrera 69 No 47-40 en Bogotá D.C

FORMULARIO ÚNICO PARA PRESENTAR RECLAMACIÓN DE ACREENCIAS

DIRECCIÓN Y TÉRMINO MÁXIMO PARA PRESENTAR RECLAMACIONES: 30 días. Desde el 19 de Febrero 2016 hasta el 18 de Marzo 2016 inclusive; de Lunes a Viernes en el horario de 8:00 a.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 o Jurídica)			
PERSONA NATURAL ☐	**PERSONA JURÍDICA** ☐		
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:			
TIPO DE IDENTIFICACIÓN: **CC** ☐	**NIT** ☐	**CE** ☐	**PA** ☐
NÚMERO IDENTIFICACIÓN:	**DV** ☐		
DIRECCIÓN DE DOMICILIO:			
CIUDAD:	**DEPARTAMENTO:**		
TELÉFONO:	**CELULAR:**	**FAX:**	
CORREO ELECTRÓNICO PARA NOTIFICACIONES:			
2.1 REPRESENTANTE LEGAL:	**CC:**	**TELÉFONO:**	**CELULAR:**
2.2 APODERADO:	**CC: T.P:**	**TELÉFONO:**	**CELULAR:**
CORREO ELECTRÓNICO DEL APODERADO PARA NOTIFICACIONES:			
2.3 RADICADO POR:	**CC:**		
	TP No:		

3. RECLAMACIÓN POR CONCEPTO DE: (seleccione un sólo concepto y márquelo con una "X")

3.1 Acreencias Laborales (A01) ◯	**3.2 Obligaciones Laborales con Terceros (Libranzas) (A02)** ◯
3.3 Impuestos, Tasas y Contribuciones (A10) ◯	**3.4 Pagos Parafiscales (ICBF,SENA,CAJA COMPENSACIÓN) (A20)** ◯
3.5 Aportes Sistema General de Seguridad Social (Pensión, Salud y Riesgos) (A21) ◯	**3.6 Proveedores Servicios de Salud Régimen Contributivo (A30)** ◯
3.7 Proveedores Servicios de Salud Régimen Subsidiado (A31) ◯	**3.8 Prestaciones Económicas (Licencias e Incapacidades) (A32)** ◯
3.9 Reembolsos de Servicios de Salud (A33) ◯	**3.10 Saldos de Contratos de Prestadores de Servicios de Salud Modalidad Cápita (A34)** ◯
3.11 Proveedores Servicios de Salud a Través de un Tercero (A35) ◯	**3.12 Auditorías de Compensación, BDUA y LMA (Minsalud) (A40)** ◯
3.13 Devolución Cotizaciones Aportes (A41) ◯	**3.14 Devolución de aportes Plan de Atención Complementarios (A42)** ◯
3.15 Devolución Excedentes SGP (Sistema General de Participación Hospitales) (A43) ◯	**3.16 Saldos en Actas de Liquidación de Contratos con Entes Territoriales (LMA)(A44)** ◯
3.17 Procesos Judiciales Ordinarios (A50) ◯	**3.18 Procesos Judiciales Ejecutivos Incorporados (A51)** ◯
3.19 Procesos Judiciales Ejecutivos Reclamados (A52) ◯	**3.20 Sentencias judiciales en firme, Costas y Agencias en derecho (A53)** ◯
3.21 Laudos Arbitrales (A54) ◯	**3.22 Conciliaciones y Contratos de Transacción (A55)** ◯
3.23 Procesos Disciplinarios y Sancionatorios (A56) ◯	**3.24 Cuentas Proveedores de Bienes y Servicios (A60)** ◯
3.25 Bienes de Terceros (A61) ◯	**3.26 Obligaciones Financieras (A70)** ◯
3.27 Otros conceptos diferentes a los anteriores (A99) ◯	

4. VALORES RECLAMADOS:

No DE FOLIOS:	**VALOR RECLAMADO:** **$**	**VALOR RECLAMADO (En letras):**
No DE MEDIOS (CD/DVD):		

5. FIRMAS:

Con la suscripción de este formulario, de manera expresa, voluntaria e irrevocable, declaro que conozco el contenido de la Resolución No. 83 del 01/02/2016 "POR MEDIO DE LA CUAL SE ADOPTA EL REGLAMENTO PARA LA NOTIFICACIÓN ELECTRÓNICA DE LOS ACTOS EMITIDOS POR LA CAJA DE PREVISIÓN SOCIAL DE COMUNICACIONES CAPRECOM EICE EN LIQUIDACIÓN, IDENTIFICADA CON EL NIT 899.999.026-0", publicada en la página www.caprecom.gov.co; en consecuencia, declaro que acepto los términos y condiciones establecidos en la misma, la cual declaro haber leído y entendido en su totalidad, y me comprometo a actuar en todo momento bajo los postulados de la buena fe. En tal sentido, autorizo que la CAJA DE PREVISIÓN SOCIAL DE COMUNICACIONES CAPRECOM EICE EN LIQUIDACIÓN me notifique por vía electrónica en la dirección de correo electrónico registrada en el presente formulario, la totalidad de actos que sean emitidos con ocasión del proceso de liquidación, que tengan relación directa con la petición y/o 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, por la cual se expide el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo. El interesado se hace responsable de adoptar las medidas de seguridad idóneas para la administración de la cuenta del correo electrónico suministrado y el manejo de la clave de ingreso al mismo, mantener el buzón con la capacidad suficiente para la recepción de los actos que serán objeto de notificación, y revisar diariamente el buzón del correo electrónico indicado, incluido el ítem de correo electrónico no deseado o desconocido. La omisión en el cumplimiento de dichas obligaciones por parte del interesado no invalidará el trámite de notificación personal realizada por medios electrónicos.

Con la firma del presente documento, autorizo a la CAJA DE PREVISIÓN SOCIAL DE COMUNICACIONES CAPRECOM EICE EN LIQUIDACIÓN a registrar la información suministrada en sus bases de datos de conformidad con la Ley 1581 de 2012 y el Decreto reglamentario 1377 de 2013, sobre protección de datos personales.

Representante Legal:	**Revisor Fiscal o Contador Público:**	**Apoderado:**	**Radicado por:**
C.C.No.:	**C.C. Nro.** **T.P. No.:**	**C.C. Nro.** **T.P. No.:**	**C.C. Nro.**

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).

El formulario debe ser diligenciado en original y en copia, en imprenta o 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. Si se autoriza a un tercero a radicarlo, deberá traer el formulario original firmado y autenticado en notaría. La reclamación se recibirá personalmente y se tendrá por presentada oportunamente si se radicó y selló con contancia de recibido en la sede de la CAJA DE PREVISIÓN SOCIAL DE COMUNICACIONES CAPRECOM EICE EN LIQUIDACIÓN, definida para la presentación de las reclamaciones. Documentos y anexos: Original de cuentas presentadas para la reclamación.

CAJA DE PREVISIÓN SOCIAL DE COMUNICACIONES CAPRECOM EICE EN LIQUIDACIÓN

Nombre del formato:	**Formulario Único de Reclamación de Acreencias**
Objetivo del formato:	**Registrar toda la mayor información posible que identifique plenamente al acreedor, su apoderado, su represéntate legal y/o revisor fiscal y**

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 sistema	Ninguno
2. DATOS DEL RECLAMANTE:	PERSONA NATURAL	Marca con una 'X' uno de estos campos	Debe seleccionar uno de los 2 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 ser un correo electrónico válido. 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 ser un correo electrónico válido. 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. RECLAMACIÓN POR CONCEPTO DE: (seleccione un sólo concepto y márquelo con una "X")	3.1 Acreencias Laborales (A01)	Marca con una 'X' uno de los veintisiete tipos de reclamaciones	Debe seleccionar uno de los VEINTISIETE campos. Son excluyentes. Cada reclamo o acreencia va por separado.
	3.2 Obligaciones Laborales con Terceros (Libranzas) (A02)		
	3.3 Impuestos, Tasas y Contribuciones (A10)		
	3.4 Pagos Parafiscales (ICBF,SENA,CAJA COMPENSACIÓN) (A20)		
	3.5 Aportes Sistema General de Seguridad Social (Pensión, Salud y Riesgos) (A21)		
	3.6 Proveedores Servicios de Salud Régimen Contributivo (A30)		
	3.7 Proveedores Servicios de Salud Régimen Subsidiado (A31)		
	3.8 Prestaciones Económicas (Licencias e Incapacidades) (A32)		
	3.9 Reembolsos de Servicios de Salud (A33)		
	3.10 Saldos de Contratos de Prestadores de Servicios de Salud Modalidad Cápita (A34)		
	3.11 Proveedores Servicios de Salud a Través de un Tercero (A35)		
	3.12 Auditorías de Compensación, BDUA y LMA (Minsalud) (A40)		
	3.13 Devolución Cotizaciones Aportes (A41)		
	3.14 Devolución de aportes Plan de Atención Complementarios (A42)		
	3.15 Devolución Excedentes SGP (Sistema General de Participación Hospitales) (A43)		
	3.16 Saldos en Actas de Liquidación de Contratos con Entes Territoriales (LMA)(A44)		
	3.17 Procesos Judiciales Ordinarios (A50)		
	3.18 Procesos Judiciales Ejecutivos Incorporados (A51)		
	3.19 Procesos Judiciales Ejecutivos Reclamados (A52)		
	3.20 Sentencias judiciales en firme, Costas y Agencias en derecho (A53)		
	3.21 Laudos Arbitrales (A54)		
	3.22 Conciliaciones y Contratos de Transacción (A55)		
	3.23 Procesos Disciplinarios y Sancionatorios (A56)		
	3.24 Cuentas Proveedores de Bienes y Servicios (A60)		
	3.25 Bienes de Terceros (A61)		
	3.26 Obligaciones Financieras (A70)		
	3.27 Otros conceptos diferentes a los anteriores (A99)		
4. 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
5. FIRMAS:	Representante Legal:		
	Revisor Fiscal o Contador Público:		
	Apoderado:		
	Radicado por:		

Para la correcta presentación de su acreencia de acuerdo al concepto seleccionado y los anexos a presentar lo invitamos a consultar la página: www.caprecom.gov.co/acreencias