



EN LIQUIDACION
HEALTHFOOD S.A EN LIQUIDACION
Nit. 830.091.382-9

Este formulario estará disponible en las siguientes direcciones en FORMA GRATUITA, en las oficinas ubicadas en la Calle 70 No. 7-60. ofc 303 en Bogotá D.C. o al siguiente correo: liquidacionhealthfood@gmail.com

FORMULARIO PARA PRESENTACIÓN DE CREDITOS

TÉRMINO MÁXIMO PARA PRESENTAR RECLAMACIONES: Hasta el 16 de junio de 2020 inclusive; de Lunes a Viernes en el horario de 8:00 a.m. a 12:00 p.m. Y DE 2:00 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"/>	SIMPLIFICADO <input type="checkbox"/>
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:		4.1 TIPO RAZÓN SOCIAL:		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN: CC <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/>		4.2 NATURALEZA JURIDICA: PUBLICA <input type="checkbox"/> PRIVADA <input type="checkbox"/> MIXTA <input type="checkbox"/> PERSONA NATURAL <input type="checkbox"/>		
NÚMERO IDENTIFICACIÓN: DV <input type="checkbox"/>		5. CREDITO POR CONCEPTO: (seleccione una sola deuda y márquela con una "X")		
DIRECCIÓN DE DOMICILIO:		Deuda Contratos Laborales <input type="radio"/>		
CIUDAD:		Deuda Fiscal <input checked="" type="radio"/>		
DEPARTAMENTO:		Creditos (bancos cooperativas) <input type="radio"/>		
TELÉFONO:	CELULAR:	Deudas ICBF, SENA, Cajas de compensacion. <input type="radio"/>		
2.1 REPRESENTANTE LEGAL:		Deudas Aseguradora (Pensiones, Salud y Riesgos) <input type="radio"/>		
CC:		Deudas Prestadores Servicios de Salud <input type="radio"/>		
NOMBRE:		Deudas Licencias e Incapacidades y Partos no Viables <input type="radio"/>		
TELÉFONO:	CELULAR:	Deudas Liquidación de Contratos <input type="radio"/>		
2.2 APODERADO:		Deuda Flujo de Recursos <input type="radio"/>		
CC:	T.P:	Deuda Devolución de Aportes <input type="radio"/>		
NOMBRE:		Deuda Aportes PAC <input type="radio"/>		
TELÉFONO:	CELULAR:	Deuda por Financiamiento del Sistema de Seguridad Social en Salud SGP Hospitales <input type="radio"/>		
2.3 RADICADO POR:		Deuda por Financiamiento del Sistema de Seguridad Social en Salud Contratos con Entes <input type="radio"/>		
C.C:	T.P:	Deuda por Procesos Ordinarios <input type="radio"/>		
3. CORREO ELECTRONICO PARA NOTIFICACIONES		Deuda por Procesos Ejecutivos <input type="radio"/>		
		Deuda por Sentencias en Firme <input type="radio"/>		
		Deuda Conciliaciones <input type="radio"/>		
		Deuda Dicipinarios y Sanciones <input type="radio"/>		
		Deudas y Proveedores <input type="radio"/>		
		Deuda Bienes y Terceros <input type="radio"/>		
		Otras Deudas <input type="radio"/>		
		Deuda Reembolsos de Servicios de Salud <input type="radio"/>		
		VALOR RECLAMADO: \$		
No DE FOLIOS:				
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. T.P. No.:	C.C. Nro. T.P. No.:	C.C. Nro.

Con la firma de este documento, 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 HEALTHFOOD EN LIQUIDACIÓN me notifique por vía electrónica en la dirección de correo electrónico registrado en el presente formulario, los actos que sean emitidos dentro del proceso de liquidación, que tengan relación directa con la reclamación formulada. 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, definida para la presentación de las reclamaciones. CALLE 70 No. 7-60 OFC 303 BOGOTA D.C anexos.

HEALTHFOOD S.A. - EN LIQUIDACION

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 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 Válido si es Persona Jurídica Válido si es Persona Natural Válido si es Persona Natural
	Cédula de ciudadanía (CC)		
	Número de Identificación Tributaria (NIT)		
	Cédula de extranjería (CE)		
	Pasaporte (PA)		
	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		
4.1 TIPO RAZÓN SOCIAL:	PERSONA NATURAL	Marca con una 'X' uno de estos campos	Debe escribir en este campo alguna de estas opciones. Son excluyentes
	SOCIEDAD ANONIMA S.A		
	SOCIEDAD POR ACCIONES SIMPLIFICADA S.A.S		
	SOCIEDAD DE RESPONSABILIDAD LIMITADA LTDA		
	SOCIEDAD COMANDITARIA(SIMPLE O POR ACCIONES		
	SOCIEDAD COLECTIVA		
	CONSORCIO		
	UNION TEMPORAL		
	EMPRESA UNIPERSONAL - E.U.		
	COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO - CTA		
	ENTIDAD SIN ANIMO DE LUCRO - ESAL		
	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO - ESE		
	EMPRESA ASOCIATIVA DE TRABAJO		
OTROS			
4.2 NATURALEZA JURIDICA:	PUBLICA	Marca con una 'X' uno de estos campos	Debe seleccionar uno de las CUATRO campos. Son excluyentes
	PRIVADA		
	MIXTA		
	PERSONA NATURAL		
5. RECLAMACIÓN POR DEUDA DE: (seleccione una sola deuda y márkela con una "X")	Deudas de la C01 a la C22	Marca con una 'X' uno de los Veintidos tipos de reclamaciones	Debe seleccionar SOLO UNO de los VEINTIDOS 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:		