

Este formulario estará disponible en la página web de la entidad <https://www.epscomfamiliarhuilaenliquidacion.com/> o podrá solicitarse de FORMA GRATUITA, en la oficina ubicada en la Carrera 5 No. 10-38 Piso 2 de la Ciudad de Neiva - Huila.

FORMATO ÚNICO PARA PRESENTACIÓN DE RECURSOS DE REPOSICIÓN

Dirección para presentar recursos de reposición:
 Carrera 5 No. 10-38 Piso 2 de la Ciudad de Neiva - Huila.
 Horario de Atención: De lunes a viernes de 8:00 a.m. a 12:00 y de 2:15 pm a 5:00 p.m.

FECHA DE RADICACIÓN:

1. ACTO ADMINISTRATIVO RECURRIDO:

NÚMERO DEL ACTO ADMINISTRATIVO RECURRIDO:	TIPO DE ACTO ADMINISTRATIVO RECURRIDO:
FECHA DEL ACTO ADMINISTRATIVO RECURRIDO:	

2. PROVEEDOR

TIPO DE IDENTIFICACIÓN:	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	
NOMBRE DEL PROVEEDOR O RAZÓN SOCIAL:		
DIRECCIÓN DE DOMICILIO:		
CIUDAD:	DEPARTAMENTO:	
TELÉFONO:	CELULAR:	FAX:
CORREO ELECTRÓNICO PARA NOTIFICACIONES:		

3. RECURSO DE REPOSICIÓN

FECHA DE LA INTERPOSICIÓN DEL RECURSO DE REPOSICIÓN: (DD/MM/AAAA)

OPORTUNIDAD DEL RECURSO:		OPORTUNA		EXTEMPORÁNEA	
NOMBRE DE LA PERSONA QUE FIRMA EL ESCRITO DE REPOSICIÓN:	TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:		TARJETA PROFESIONAL No.		
	N° DE IDENTIFICACIÓN:				
	ACTUANDO EN NOMBRE PROPIO: SI	NO			

No. DE FOLIOS:

No. DE MEDIOS (CD/DVD):

FECHA DE INICIO DE TÉRMINO PARA RECIBIR RECURSO DE REPOSICIÓN (DD/MM/AAAA):

FECHA DE VENCIMIENTO PARA RECIBIR RECURSO DE REPOSICIÓN (DD/MM/AAAA):

4. OBSERVACIONES:

5. RADICA

NOMBRE DE QUIEN RADICA:			
TIPO DE IDENTIFICACIÓN:	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	T. P. No:	

6. FIRMAS

Con la firma del presente documento, autorizo al Programa de Entidad Promotora de Salud de la Caja de Compensación Familiar del Huila – COMFAMILIAR EPS 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 del 27 de junio de 2013 sobre protección de datos personales.

Representante Legal:	Apoderado:	Radicado por
C.C. No.	C. C. No.	C. C. No.