

ACREDITACIÓN DE INTERPRETACIONES (FAVOR LLENAR CON LETRA LEGIBLE Y EN TINTA NEGRA)
Nombre del Afiliado Solicitante: _____ **Cédula:** _____

Teléfono: _____ **Celular:** _____ **Correo electrónico:** _____

Título Exacto de la Producción Musical: _____

Nombre Exacto del Conjunto o Agrupación Musical: _____

Nombres Exactos de los Fonogramas	Actividad Musical (Ejemplos: voz principal, guitarra, coros, acordeón, etc.)
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	
8.	
9.	
10.	

ACLARACIONES

1. Es obligación de cada afiliado realizar la acreditación de sus fonogramas o producciones artísticas, toda vez que sólo, a partir de la acreditación, surge la posibilidad legal de representación y gestión de cobro por parte de Acinpro. Acinpro sólo podrá gestionar fonogramas que le hayan sido acreditados. Acinpro sólo podrá acreditar fonogramas de sus afiliados.

2. Esta planilla constituye una declaración que se entenderá presentada bajo la **GRAVEDAD DE JURAMENTO** y acarreará las responsabilidades de Ley en los términos del numeral 4 artículo 272 del Código Penal, modificado por la Ley 1032 de 2006, artículo 3ro.

3. Esta planilla **NO** será válida sin la documentación y soportes que constaten **CLARAMENTE** la participación del afiliado en cada uno de los fonogramas a acreditar.

4. La veracidad y validez de la documentación y soportes recibidos para la acreditación de fonogramas **SIEMPRE** estará sujeta a revisión por parte del área encargada y cualquier **NO CONFORMIDAD** al respecto, dificultará su procesamiento.

5. Acinpro notificará al afiliado sobre las acreditaciones que **NO** puedan realizarse, explicando las razones de la no acreditación, para que Usted pueda hacer las correcciones y/o consecución de documentos necesarios para realizar nuevamente el trámite.

FIRMA DEL SOLICITANTE: _____

ADJUNTO CD Y AUTORIZACIÓN DE DEVOLUCIÓN
Adjunta CD: Sí___ No___ **NOTA:** Solicito a Acinpro hacer devolución del CD y asumo los costos Sí___ No___ **FIRMA:** _____

Dirección: _____ **Ciudad:** _____ **Departamento:** _____

OBSERVACIONES: _____

LOS SIGUIENTES CAMPOS SON DE USO EXCLUSIVO DE ACINPRO
Fecha de Recibido: DD / MM / AAAA **Recibido por:** _____

Fecha de Acreditación: DD / MM / AAAA **Acreditado por:** _____

NOTA: ESTE FORMATO DEBE DE ESTAR COMPLETAMENTE DILIGENCIADO PARA EVITAR SU DEVOLUCIÓN