

## ACTA PARA LA ACLARACION DE CUENTAS Y SANEAMIENTO CONTABLE PARA DEPURAR Y CONCILIAR LAS CUENTAS POR COBRAR Y POR PAGAR ENTRE COOSALUD EPS Y HOSPITALES (PUBLICOS O PRIVADOS) Y CLINICAS, DE FECHA 11 DE DICIEMBRE DEL AÑO 2023 EN LA CIUDAD DE BOGOTA.

COOSALUD EPS, entidad identificada con el Nit No 900.226.715, actuando de acuerdo con las normas que regulan el Sistema General de Seguridad Social en Salud, procedió a citar a la entidad beneficiaria del pago, con el objeto de contribuir al saneamiento y aclaración de cuentas del sector a través del cruce de información en cita presencial el día 11 de diciembre de 2023.

**GREMIO ASISTENTE: ACHC – ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE HOSPITALES Y CLINICAS.**

### PARTES:

**ENTIDAD PAGADORA: COOSALUD EPS**

**NIT DE LA EPS: 900.226.715**

**ENTIDAD BENEFICIARIA DEL PAGO: CLÍNICA CARDIO VID**

**NIT DE LA IPS: 811046900**

Reunidas las partes se procede a revisar Contratos, Liquidación de contratos, Glosas y Cuentas por cobrar o pagar. De conformidad con lo anterior, el Representante Legal, Gerente o responsable de la Entidad Pagadora y el Representante Legal, Gerente o responsable de la Empresa Social del Estado, Hospital o clínica se comprometen a lo siguiente:

### POR PARTE DE LA ENTIDAD PAGADORA COOSALUD EPS

#### COMPROMISOS FINANCIEROS:

- PLAZO Y FORMA DE PAGO.** - LA ENTIDAD PAGADORA COOSALUD EPS pagará a LA ENTIDAD BENEFICIARIA DEL PAGO la suma de **CINCUENTA Y UN MILLONES SETECIENTOS SETENTA MIL SETECIENTOS VEINTIUN PESOS (\$51.770.721) M/cte.** menos los respectivos descuentos legales, pago que será realizado mediante transferencia electrónica de conformidad y de acuerdo con los siguientes plazos:

| CUOTA    | VALOR        | FECHA DE PAGO |
|----------|--------------|---------------|
| CUOTA 1. | \$51.770.721 | 30/12/2023    |

#### 2. ENVIO SOPORTE DE PAGOS Y COMPENSACION.

FECHA DE ENVIO: DIA: 6 MES: DICIEMBRE AÑO: 2023, AL E-MAIL: shenaof@vid.org.co

#### COMPROMISOS DEL AREA DE AUDITORIA

#### 1. ENVIO DE RELACION DE FACTURAS GLOSADAS.

FECHA DE ENVIO: DIA 11 MES: DICIEMBRE AÑO: 2023, AL E-MAIL: shenaof@vid.org.co

FECHA DE CONCILIACION DE GLOSAS: SI ( ) NO (X)

#### 2. RELACION DE FACTURAS DEVUELTAS O NO RADICADAS, POR VALOR DE: (\$6.004.035) – (\$449.092), respectivamente.

FECHA DE ENVIO: DIA: 6 MES: DICIEMBRE AÑO: 2023, AL E-MAIL: shenaof@vid.org.co

#### COMPROMISOS DE CONTRATACION DE SERVICIOS DE SALUD

- REVISION DE CONTRATOS VIGENTES: INDICAR SI ESTAN VIGENTES: SI ( ) O NO (X). PRORROGADOS: SI ( ) O NO (X).

#### COMPROMISOS DE LA ENTIDAD BENEFICIARIA DEL PAGO:

LA ENTIDAD BENEFICIARIA DEL PAGO de manera libre, expresa y espontánea acepta y manifiesta lo siguiente: a). Se obliga a no instaurar y desiste de cualquier acción judicial o administrativa relacionada con toda prestación de pagada por Coosalud Eps, o no llegue adeudarse. b). Se obliga a revelar y depurar en sus estados financieros los resultados del proceso de transacción y notificar en **#PasateACoosalud** Linea de atención nacional 01 8000 515611

el reporte siguiente generado de Circular 030 de 2013 y demás normas que regulan la materia, los resultados de la presente transacción. c). Reconoce que la facturación y suma reclamada corresponde al valor adeudado y avalado, con la suscripción de este contrato transaccional. d) Con la firma del presente documento, el representante legal de LA ENTIDAD BENEFICIARIA DEL PAGO certifica bajo la gravedad del juramento, que ningunas las facturas establecidas transadas se encuentran caducadas o prescritas, o corresponden a insumos cobrados sin observancia del principio de integralidad, o que corresponde a otro pagador o fuente de pago, ejemplo Soat, etc y en el evento que sea requerido por la auditoria de Coosalud, auditoria forense o de un ente de control o judicial realizar descuentos de facturas transadas por improcedencia del pago o sean pagadas por la Adres u otra aseguradora o compañía, la entidad pagadora deberá realizar el descuento o recobro informándole a la entidad beneficiaria del pago del motivo del descuento cobro o recobro. e). La entidad beneficiaria del pago con la firma del presente acuerdo se obliga de forma inmediata a registrarlos con los pagos por cuentas aprobadas, cierres de vigencia y depurar en sus estados financieros aquellos pagos realizados por la EPS que no habían sido registrados por la IPS, así como las facturas reconocidas y no reconocidas, glosas, descuentos y demás identificadas en el proceso de auditoría, dando cumplimiento a las normas de contabilidad, de información financiera y demás instrucciones vigentes sobre la materia, de tal forma que los estados financieros reflejen la realidad económica de la entidad beneficiaria del pago y la entidad pagadora, con el objeto de garantizar información fidedigna y conciliada ante el SGSSS.

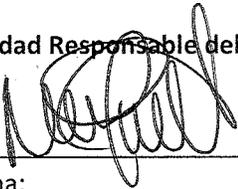
### SEGUIMIENTO A LOS COMPROMISOS Y CONTACTO

realizarán seguimiento a los presentes compromisos los siguientes funcionarios de Coosalud, identificándose como se detalla a continuación:

| Responsable para revisar soporte de pago: |  | Responsable auditoria, facturas devueltas y glosas.                    |
|---|--|--|
| NOMBRE                                    | Yanine Margarita Porras Villa                                    | Ana Patricia Vasco Ríos  |
| CARGO:                                    | Asistente de presidencia   | Auditora   |
| E- MAIL:                                  | <a href="mailto:yaporras@coosalud.com">yaporras@coosalud.com</a> | <a href="mailto:apvasco@auditoriaeps.com">apvasco@auditoriaeps.com</a> |

En señal de aceptación suscriben la presente los siguientes representantes o delegados:

Entidad Responsable del Pago (COOSALUD EPS).



Firma:  
Represente Legal (S) de COOSALUD EPS.

ENTIDAD BENEFICIARIA DEL PAGO: CLÍNICA CARDIO VID



Firma  
Nombre: SANTIAGO HENAO FERNANDEZ  
C.C.: 1.037.605.911  
Cargo: APODERADO ESPECIAL  
E-mail: shenaof@vid.org.co



Huella dactilar

Medellín, 6 de Diciembre de 2023

Señores  
EPS COOSALUD  
Medellín

ASUNTO: PODER ESPECIAL

CARLOS ALBERTO LOZANO MUÑETÓN, mayor de edad, domiciliado y residente en Medellín, identificado como aparece al pie de mi firma, actuando en calidad de Director y Representante Legal de la CLINICA CARDIO VID del municipio de Medellín, manifiesto que confiero poder especial, amplio y suficiente al señor SANTIAGO HENAO FERNÁNDEZ, Analista de Cartera, mayor de edad, identificado con cédula de ciudadanía N° 1.037.605.911, con el fin que participe en la "jornada normalización cartera EPS COOSALUD" que se realizarán en la ciudad de Bogotá en el mes de diciembre del 2023.

Mi apoderado cuenta con todas las facultades inherentes al ejercicio del presente mandato, especialmente para conciliar, sustituir, transigir, desistir, recibir, depurar cartera y proponer y suscribir acuerdos de pago.

Atentamente,

  
CARLOS ALBERTO LOZANO MUÑETÓN  
Director General  
C.C. 71.728.872

Acepto.

  
SANTIAGO HENAO FERNÁNDEZ  
Jefe de Cartera  
C.C. 1.037.605.911

**NOTARIA 19  
MEDELLIN**

**FIRMA REGISTRADA**

Como Notario Diecinueve del circulo de Medellin, doy testimonio de que la firma puesta en este documento corresponde a la de:

**LOZANO MUÑETON CARLOS ALBERTO**

Identificado con: C.C. 71728872

Quien la ha registrado en esta Notaria.

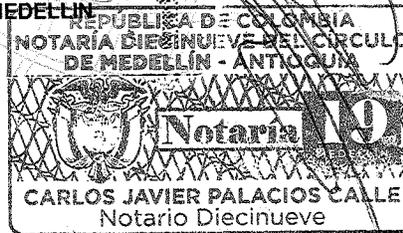
Articulo 73 del Decreto 960/70

3a3zee3zqxazzqz2

Medellin 06/12/2023 4:39:01 p.m.



**CARLOS JAVIER PALACIOS CALLE  
NOTARIO 19 DEL CIRCULO DE MEDELLIN**



NO SE REALIZA REGISTRO

*Firma Registrada*  
**NOTARIA DIECINUEVE  
DEL CIRCULO DE MEDELLIN**

*Carlos...*

