

## ACTA PARA LA ACLARACION DE CUENTAS Y SANEAMIENTO CONTABLE PARA DEPURAR Y CONCILIAR LAS CUENTAS POR COBRAR Y POR PAGAR ENTRE COOSALUD EPS Y EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DE FECHA 05 DE OCTUBRE DEL AÑO 2023 EN LA CIUDAD DE BUCARAMANGA

COOSALUD EPS, entidad identificada con el Nit No 900226715, 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 en el mes de agosto de 2023.

**GREMIO ASISTENTE: ASEHISAN- ASOCIACION DE EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO, DEL NORORIENTE COLOMBIANO**

### PARTES:

**ENTIDAD PAGADORA: COOSALUD EPS**

**NIT DE LA EPS: 900.226.715**

**ENTIDAD BENEFICIARIA DEL PAGO: ESE CENTRO DE SALUD CAMILO RUEDA DE VILLANUEVA**

**NIT DE LA ESE O IPS: 804.005.182**

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 u Hospital Público 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 **UN MILLON CIENTO VEINTI NUEVE MIL QUINIENTOS CINCUENTA Y DOS PESOS (\$1.129.552) 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.	\$1.129.552	30/10/2023

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

FECHA DE ENVIO: DIA 04 MES Octubre AÑO 2023, AL E- MAIL: [gerencia.esecamilorueda@gmail.com](mailto:gerencia.esecamilorueda@gmail.com)

#### COMPROMISOS DEL AREA DE AUDITORIA

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

FECHA DE ENVIO: DIA 05 MES OCTUBRE AÑO 2023, AL E- MAIL: [gerencia.esecamilorueda@gmail.com](mailto:gerencia.esecamilorueda@gmail.com)

FECHA DE CONCILIACION DE GLOSAS: SI ( X ) NO ( )  
DIA 05 MES OCTUBRE AÑO 2023. MODALIDAD PRESENCIAL ( X ) VIRTUAL ( \_\_\_\_ )

##### 2. RELACION DE FACTURAS DEVUELTAS O NO RADICADAS

FECHA DE ENVIO: DIA 04 MES OCTUBRE AÑO 2023, AL E- MAIL: [gerencia.esecamilorueda@gmail.com](mailto:gerencia.esecamilorueda@gmail.com)

### 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 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

El (la) gerente regional de Coosalud EPS realizará seguimiento a los presentes compromisos, identificándose como se detalla a continuación:

NOMBRE:	Juliana Giraldo Hernández
TELEFONO:	3175050964
E- MAIL:	<a href="mailto:jugiraldo@coosalud.com">jugiraldo@coosalud.com</a>

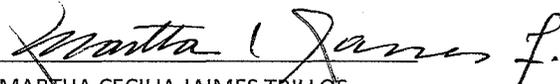
En señal de aceptación suscriben la presente los siguientes representantes o delegado.

Entidad Responsable del Pago (COOSALUD EPS).

Firma: 

Represente Legal de COOSALUD EPS.

ENTIDAD BENEFICIARIA DEL PAGO (ESE CENTRO DE SALUD CAMILO RUEDA DE VILLANUEVA).

Firma:   
Nombre: MARTHA CECILIA JAIMES TRILLOS  
C.C.: 63.353.759  
Cargo: Representante Legal  
E-mail: gerencia.esecamilorueda@gmail.com

ANEXO FACTURAS TRANSADAS

Referencia	VALOR A PAGAR
FE7687	- 56.100
FE7954	- 405.000
FE7955	- 59.600
FE8055	- 46.400
FE8143	- 142.806
FE8137	- 325.300
FE8138	- 14.400
FE8071	- 79.946
<b>TOTAL</b>	<b>- 1.129.552</b>