

## 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: HOSPITAL ALMA MATER DE ANTIOQUIA - IPS UNIVERSITARIA**

**NIT DE LA IPS: 811.016.192**

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:

- 1. PLAZO Y FORMA DE PAGO.** - LA ENTIDAD PAGADORA COOSALUD EPS pagará a LA ENTIDAD BENEFICIARIA DEL PAGO la suma de **QUINIENTOS VEINTISIETE MILLONES OCHOCIENTOS OCHENTA Y CINCO MIL TRESCIENTOS CINCUENTA Y CINCO PESOS (\$527.885.355) 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.	\$263.942.678	29/12/2023
CUOTA 2	\$263.942.677	31/01/2024

- 2. ENVIO SOPORTE DE PAGOS Y COMPENSACION.**

FECHA DE ENVIO: DIA: 7 MES: DICIEMBRE AÑO: 2023, AL E-MAIL: cartera@ipsuniversitaria.com.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: cartera@almamater.hospital

- 2. RELACION DE FACTURAS DEVUELTAS O NO RADICADAS, POR VALOR DE: (\$38.651.794) – (\$65.218.217), respectivamente.**

FECHA DE ENVIO: DIA: 12 MES: DICIEMBRE AÑO: 2023, AL E-MAIL: corporativo@almamater.hospital

#### COMPROMISOS DE CONTRATACION DE SERVICIOS DE SALUD

- 1. 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 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 registrarlo 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>

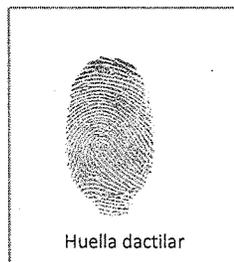
En señal de aceptación suscriben la presente los siguientes representantes o delegados:

Entidad Responsable del Pago (COOSALUD EPS).

Firma: \_\_\_\_\_  
Representante Legal(S) de COOSALUD EPS.

ENTIDAD BENEFICIARIA DEL PAGO: HOSPITAL ALMA MATER DE ANTIOQUIA - IPS UNIVERSITARIA

Firma: \_\_\_\_\_  
Nombre: WILSON ALEXANDER CASTRO OSPINA  
C.C.: 15.273.268  
Cargo: APODERADO ESPECIAL  
E-mail: [wilson.castro@almamater.hospital](mailto:wilson.castro@almamater.hospital)



SEÑORES  
EPS COOSALUD.  
E.S.D.



REFERENCIA: OTORGAMIENTO DE PODER ESPECIAL

CATALINA ROZO VILLEGAS, identificada con la cédula de ciudadanía N°. 43.626.483 y domiciliada en la ciudad de Medellín, actuando con facultades a mí otorgadas mediante Escritura Pública N°. 408 del 25 de abril de 2023, de la Notaría Veintisiete del Circuito de Medellín, por el Doctor **JULIÁN HUMBERTO RAMÍREZ URREA**, identificado con cédula de ciudadanía N°. 71.265.150, en calidad de Representante Legal del **HOSPITAL ALMA MÁTER DE ANTIOQUIA**, Identificado con NIT 811.016.192 – 8, me permito manifestar que confiero **PODER ESPECIAL, AMPLIO Y SUFICIENTE** al señor **WILSON ALEXANDER CASTRO OSPINA**, identificado con cédula de ciudadanía N°. 15.273.268, Líder de Cartera, para que represente al **HOSPITAL ALMA MÁTER DE ANTIOQUIA**, en las mesas de conciliación con la **EPS COOSALUD** el día lunes 11 de diciembre de 2023.

Mi apoderado cuenta con todas las facultades inherentes al ejercicio del presente mandato, especialmente para conciliar, sustituir, transigir, desistir, recibir, depurar cartera, proponer y suscribir acuerdos de pago, dentro del ámbito que enmarca la Circular 030 de 2013 del Ministerio de Salud y Protección Social.

Sírvanse reconocerle personería al señor **WILSON ALEXANDER CASTRO OSPINA** y permitir la ejecución de las gestiones indicadas a nombre de la Entidad que represento.

Atentamente,

Acepto,

*Catalina Rozo Villegas*  
CATALINA ROZO VILLEGAS  
C.C. N°. 43.626.483  
PODERDANTE

*Wilson Castro*  
WILSON ALEXANDER CASTRO OSPINA  
C.C. N°. 15.273.268  
LÍDER DE CARTERA



Cecilia Noz, Uteya.



# NOTARIA 27 DEL CÍRCULO DE MEDELLÍN

## FIRMA REGISTRADA

### EL SUSCRITO NOTARIO 27 DEL CÍRCULO DE MEDELLÍN

Da Testimonio de que la firma puesta en el presente documento corresponde a:

**ROZO VILLEGAS CATALINA**

identificado con **C.C. 43626483**

que aparece registrada en esta Notaria, previa confrontación de las dos.

Ingrese a [www.notariaenlinea.com](http://www.notariaenlinea.com) para verificar este documento.



Cod. 17n4m

Medellín, 2023-12-07 10:27:26



4898-ab8560e9

NOTARIA (E) 27 DEL CÍRCULO DE MEDELLÍN  
YURI ANDREA VALENCIA QUIROS

