COOSALUD
En Pos de tu bienestar

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 21 DE NOVIEMBRE DEL AÑO 2023 EN LA CIUDAD DE CALI VALLE DEL CAUCA.

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 21 del mes de noviembre de 2023.

GREMIO ASISTENTE: ASOHOSVAL – ASOCIACIÓN DE EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO DE VALLE DEL CAUCA.

PARTES:
ENTIDAD PAGADORA: COOSALUD EPS
NIT DE LA EPS: **900.226.715**

ENTIDAD BENEFICIARIA DEL PAGO: HOSPITAL SAN BERNABE E.S.E
NIT DE LA ESE O IPS: **891900650**

Reunidas las partes se procede a revisar 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 DEL AREA FINANCIERA

1. **ENVIO SOPORTE DE PAGOS Y COMPENSACION**

FECHA DE ENVIO: DIA: 17 MES: NOVIEMBRE AÑO: 2023, AL E- MAIL: gerente@hospitalsanbernabe.gov.co

COMPROMISOS DEL AREA DE AUDITORIA

1. **ENVIO DE RELACION DE FACTURAS GLOSADAS**

FECHA DE ENVIO: DIA 21 MES: NOVIEMBRE AÑO: 2023, AL E- MAIL: gestiondecobro@hospitalsanbernabe.gov.co
FECHA DE CONCILIACION DE GLOSAS: SI (X) NO ( )
DIA: 21 MES: OCTUBRE AÑO: 2023. MODALIDAD PRESENCIAL (X) VIRTUAL (____)

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

FECHA DE ENVIO: DIA: 17 MES: NOVIEMBRE AÑO: 2023, AL E- MAIL: anexo2@hospitalsanbernabe.gov.co

SEGUIMIENTO A LOS COMPROMISOS Y CONTACTO

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

Responsable N°1		**Responsable N°2**
NOMBRE	Yanine Margarita Porras Villa	Ana Patricia Vasco Ríos
CARGO:	Analista Financiero	Auditora
E- MAIL:	yaporras@coosalud.com	apvasco@auditoriaeps.com

VIGILADO Supersalud

COOSALUD
En Pos de tu bienestar

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

Entidad Responsable del Pago (COOSALUD EPS).

Firma: _____
Represente Legal de **COOSALUD EPS.**

ENTIDAD BENEFICIARIA DEL PAGO:

Firma: _____
Nombre: Jhonier Fabricio Leon Fernandez
C.C.: 1.144.128.665
Cargo: ANALISTA DE CARTERA
E-mail: gestiondecobro@hospitalsanbernabe.gov.co

Huella dactilar

VIGILADO Supersalud