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 UNIVERSITARIO DEL VALLE EVARISTO GARCIA E.S.E.
NIT DE LA ESE O IPS: 890303461

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:

1. **PLAZO Y FORMA DE PAGO. -** LA ENTIDAD PAGADORA COOSALUD EPS pagará a LA ENTIDAD BENEFICIARIA DEL PAGO la suma de **CINCO MIL MILLONES DE PESOS ($5.000.000.000) 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.	$ 5.000.000.000	31/12/2023

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

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

COMPROMISOS DEL AREA DE AUDITORIA

1. **ENVIO DE FACTURAS GLOSADAS, AL E-MAIL:** cartera@correohuv.gov.co
   FECHA DE CONCILIACION DE GLOSAS: SI (X) NO ( )
   DIA: 21 MES: DICIEMBRE 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: glosasydevoluciones@correohuv.gov.co

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

VIGILADO Supersalud

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 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

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

Entidad Responsable del Pago (COOSALUD EPS).

Firma:_____
Representé Legal (s) de **COOSALUD EPS.**

ENTIDAD BENEFICIARIA DEL PAGO: HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE EVARISTO GARCIA E.S.E.

Firma:_____
Nombre: Irne Torres Castro
C.C.: 16.497.274
Cargo: REPRESENTANTE LEGAL
E-mail: gerencia@correohuv.gov.co

Huella dactilar

Vigilado Supersalud