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, DE FECHA 13 DE MARZO DEL AÑO 2024 EN LA CIUDAD DE MEDELLIN.

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 13 de marzo de 2024.

PARTES:

ENTIDAD PAGADORA: COOSALUD EPS

NIT DE LA EPS: 900.226.715

ENTIDAD BENEFICIARIA DEL PAGO: E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL

NIT DE LA IPS: 890.980.066

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. ENVIO SOPORTE DE PAGOS Y COMPENSACION.

FECHA DE ENVIO: DIA: 12 MES: marzo AÑO: 2024, AL E- MAIL: cartera@hsanrafael.org gerencia@hsanrafael.gov.co
secretariagerencia@hsanrafael.org lidercartera@hsanrafael.org cartera6@hsanrafael.org

COMPROMISOS DEL AREA DE AUDITORIA

1. RELACION DE FACTURAS DEVUELTAS O NO RADICADAS.

FECHA DE ENVIO: DIA: 11 MES: MARZO AÑO: 2024, AL E- MAIL: aglosas@hsanrafael.gov.co cartera@hsanrafael.gov.co
radicación@hsanrafael.gov.co

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

Entidad Responsable del Pago (COOSALUD EPS).

Firma: _____
Represente Legal de COOSALUD EPS.

M. A. H.

ENTIDAD BENEFICIARIA DEL PAGO: E.S.E. Hospital San Rafael

Firma: _____
Nombre: DIEGO LEÓN MUÑOZ ZAPATA
C.C. 15.504.378
Cargo: GERENTE