

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 EL CARMEN

NIT DE LA IPS: 890.982.101

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: carterahospitalamalfi@gmail.com

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: secretaria@hospitaldelcarmen-amalfi-antioquia.gov.co

COMPROMISOS DE CONTRATACION DE SERVICIOS DE SALUD

1. REVISION DE CONTRATOS VIGENTES: INDICAR SI ESTAN VIGENTES: SI (X) O NO (). PRORROGADOS: SI () O NO ().
FECHA DE REVISION DE CONTRATOS: DIA: 13 MES: MARZO AÑO: 2024. MODALIDAD PRESENCIAL (X) VIRTUAL (____)
LUGAR: MEDELLIN.
2. LIQUIDACIÓN DE CONTRATOS: DIA: 13 MES: MARZO AÑO: 2024. MODALIDAD PRESENCIAL (X) VIRTUAL (____)
LUGAR: MEDELLIN. (VIGENCIA 2022- 2023).

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: E.S.E. Hospital El Carmen

Firma: LICINIA DEL CARMEN BAVE BERMUDEZ
Nombre: LICINIA DEL CARMEN BAVE BERMUDEZ
C.C. 42.876.516
Cargo: GERENTE