

## 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 CAMILO DE CELIS

NIT DE LA IPS: 800.114.286

Reunidas las partes se procede a revisar devoluciones, 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 **UN MILLÓN CIENTO VEINTITRÉS MIL CIENTO TREINTA Y CUATRO PESOS. (\$ 1.123.134) 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.	\$ 1.123.134	29/03/2024

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

FECHA DE ENVIO: DIA: 13 MES: marzo AÑO: 2024, AL E- MAIL: carterahospitalvegachi@gmail.com  
gerenciahospitalvegachi@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: vegahs01@hotmail.com - carterahospitalvegachi@gmail.com

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

Entidad Responsable del Pago (COOSALUD EPS).

Firma: \_\_\_\_\_  
Represente Legal de COOSALUD EPS.

*JAH*  
*Ja pms*

ENTIDAD BENEFICIARIA DEL PAGO: E.S.E Hospital San Camilo de Celis

Firma: \_\_\_\_\_  
Nombre: ALVARO ANTONIO CASTRO CASTRO  
C.G. 71.190.009  
Cargo: APODERADO – LIDER DE CARTERA.