

## 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 LA MISERICORDIA

**NIT DE LA IPS:** 890.982.162

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:

- PLAZO Y FORMA DE PAGO.** - LA ENTIDAD PAGADORA COOSALUD EPS pagará a LA ENTIDAD BENEFICIARIA DEL PAGO la suma de **ONCE MILLONES QUINIENTOS CINCUENTA Y SEIS MIL CUATROCIENTOS CINCUENTA Y SIETE PESOS. (\$11.556.457) 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.	\$11.556.457	29/03/2024

- ENVIO SOPORTE DE PAGOS Y COMPENSACION.**

FECHA DE ENVIO: DIA: 12 MES: marzo AÑO: 2024, AL E- MAIL: proyectos@aseisa-sas.com.co aseisa.cartera2@gmail.com cartera@hospitalyali.gov.co

#### COMPROMISOS DEL AREA DE AUDITORIA

- RELACION DE FACTURAS DEVUELTAS O NO RADICADAS.**

FECHA DE ENVIO: DIA: 11 MES: MARZO AÑO: 2024, AL E- MAIL: hospitalyali@hotmail.com yalihs01@edatel.net.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) 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 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.

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

Entidad Responsable del Pago (COOSALUD EPS).

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

*Handwritten initials: YPOMES*

ENTIDAD BENEFICIARIA DEL PAGO: E.S.E. Hospital La Misericordia

Firma: Sirley Natalia Silva C

Nombre: SIRLEY NATALIA SILVA CAÑAS

C.C. 1.048.044.868

Cargo: APODERADO - AUXILIAR DE CARTERA.

