|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ANEXO TECNICO No. 1**  **CERTIFICADO DE RECONOCIMIENTO DE DEUDA ENTRE EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A. EPS SURA Y LA IPS XXXXXXXXX**    Entre los suscritos a saber LILIANA MARIA ARBOLEDA ARANGO*,* mayor de edad, vecina y residente en Medellín-Antioquia, identificada con la cédula de ciudadanía No. 43.664.857, actuando en calidad de representante legal de la ERP: **EPS SURA** identificada con NIT 800.088.702-2 quien en adelante se denominará DEUDOR por una parte, y por otra XXXXXXXXXXXXXXXX mayor de edad, vecino y residente en *(XXXXXXXX)*, identificado con la cédula de ciudadanía No. XXXXXXXX, actuando en calidad de representante legal de la IPS **XXXXXXXXXXXXX** identificada con NIT **XXXXXXXXXX** quien en adelante se denominará ACREEDOR han acordado suscribir el siguiente reconocimiento de deuda que prestará merito ejecutivo, el cual se regirá por las siguientes clausulas: CLAUSULA PRIMERA. Reconocimiento. La ERP EPS SURA en calidad de deudor reconoce deudas a favor de la IPS XXXXXXXXXXXXXX en calidad de acreedor, por la prestación de servicios de salud del régimen contributivo por valor de: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX ($XXXXXXXX) y por el régimen subsidiado por valor de: XXXXXXXXXXXXXXXXX ($XXXXXXXXX), suma producto de la conciliación y depuración contable realizada entre las partes a XXXX facturas auditadas las que se relacionan en el formato adjunto (Anexo Técnico No. 2). CLAUSULA SEGUNDA. Pago. EPS SURA en calidad de deudor, acuerda con la IPS: XXXXXXXXXXXXXX, en calidad de acreedor, efectuar el siguiente plan de pagos:  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **No. Cuota** | **Régimen** | **Valor** | **Fecha de pago** | **Forma de Pago** | | 1 | Contributivo | $XXXXXXX |  | Pago electrónico 30 días calendario después de la radicación del presente documento | | 1 | Subsidiado | $XXXXXXX |   **CLAUSULA TERCERA. Mora.** Si **EPS SURA**, en calidad de deudor, incumple cualquiera de los plazos y montos fijados, la IPS: XXXXXXXXXXXXXX en calidad de acreedor, puede inmediatamente iniciar las acciones de cobro judicial por los montos adeudados más los intereses de que habla el artículo 56 de la Ley 1438 de 2011 sin necesidad de requerimiento para constituirlo en mora. **CLAUSULA CUARTA. Constancia de Pago.** Una vez se realice el pago, **EPS SURA** realizará notificación electrónica inmediata la cual será enviada al correo electrónico matriculado por la IPS como constancia de pago realizado debidamente soportado en el marco del plan de pagos acordado. **CLAUSULA QUINTA. Cierre de Periodo.** El saldo conciliado a través del presente documento, se constituye en el finiquito o liquidación definitiva por todas las facturas radicadas correspondientes a todas las prestaciones en salud con fecha de radicación en **EPS SURA** hasta el día XX del mes de XXXXX del año XXXX y por lo tanto, una vez pagado el saldo reconocido por **EPS SURA**, la IPS XXXXXXXXXXXXXX renuncia expresamente a efectuar cualquier acción judicial o extrajudicial tendiente a reclamar valor alguno por dichos conceptos y a los títulos valores contentivos de las obligaciones saldadas, entendiéndose que servicios de salud prestados a afiliados a EPS Sura con fecha de radicación en EPS Sura hasta el día XX del mes de XXXXX del año XXXX, no serán objeto de nuevas revisiones por ninguna de las partes, en futuros procesos de conciliación de cartera entre las dos instituciones. **CLAUSULA SEXTA. Registro contable y Paz y Salvo.** Una vez efectuado el pago, **EPS SURA** quedará a Paz y Salvo por todos los servicios de salud prestados a afiliados a EPS Sura con fecha de radicación en EPS Sura hasta el día XX del mes de XXXXX del año XXXX. La IPS: **XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX** una vez reciba la certificación por parte de **EPS SURA** de manera inmediata deberá descargar el pago y afectar contablemente las cuentas por cobrar.  En señal de aceptación se firma el presente acuerdo de pago por sus intervinientes, en la ciudad de XXXXXXXXXX, el día XX del mes de XXXXXX del año XXXXX, en tres (3) copias, una para cada parte y otra para la Superintendencia Nacional de Salud.  LILIANA MARIA ARBOLEDA ARANGO XXXXXXXXXXXXXXXXXX   |  |  | | --- | --- | | (Nombre y firma del Representante Legal de la ERP) | (Nombre y firma del Representante Legal o Gerente de la IPS) | |