

# LOGO DEL PRESTADOR

CIUDAD, XXXXXXXX FECHA DE ELABORACIÓN: DD/MM/AAAA

OFICINA DE RADICACIÓN: XXXXXXXXXXXXX

CUENTA DE COBRO No. ###

**EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A.**  
**NIT. 800.088.702-2**

**DEBE A**

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX  
NIT XXX.XXX.XXX-X

**LA SUMA DE:**

XXXXXXXXXXXXXXXXXX (\$ XXXX )

**POR CONCEPTO DE:**

CONCILIACION ENTRE LAS PARTES DE SALDOS DE GLOSAS DEL REGIMEN XXXXXXXXXXXX, SIN QUE ELLO IMPLIQUE CIERRE DE PERIODO, DE ACUERDO CON LA RELACION DE EXCEL ADJUNTA, PARA UN RESULTADO FINAL DE:

VALOR TOTAL CONCILIADO	XXXXXXX
VALOR A PAGAR POR EPS SURA	XXXXXXX
VALOR ASUMIDO POR IPS	XXXXXXX

SE ADJUNTA RELACION EN EXCEL (FISICA Y EN MEDIO MAGNETICO) FIRMADAS POR LOS REPRESENTANTES DE AMBAS PARTES.

(Firma)

\_\_\_\_\_  
NOMBRE COMPLETO

CARGO

TIPO Y NUMERO DE IDENTIFICACION