FECHA DE ELABORACIÓN: XX/XX/XXXX

**FINIQUITO FINIRS No. ###**

OFICINA DE RADICACIÓN: XXXXXXXXXXX

**EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A.**

**NIT. 800.088.702-2**

**DEBE A:**

**XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX**

**NIT** **XXXXXXXXXX**

**LA SUMA DE:**

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

($ XXXXXXXXXXXX)

**POR CONCEPTO DE:**

TODAS LAS FACTURAS RADICADAS CORRESPONDIENTES A TODAS LAS PRESTACIONES EN SALUD DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO, CON FECHA DE RADICACIÓN EN EPS SURA HASTA EL XX/XX/XXXX SEGÚN PROCESO DE CONCILIACIÓN REALIZADA ENTRE LAS PARTES DE ACUERDO CON EL SIGUIENTE DETALLE.

VALOR CONCILIADO $ XXXXXXXXX

VALOR A PAGAR POR EPS SURA $ XXXXXXXXX

VALOR ACEPTADO POR IPS $ XXXXXXXXX

**OBSERVACIONES:**

**XXXXXXXXXXXXXXXXXX** CERTIFICA QUE UNA VEZ PAGADO EL VALOR CONCILIADO, EPS SURA QUEDARA A PAZ Y SALVO POR TODAS LAS FACTURAS RADICADAS CORRESPONDIENTES A TODAS LAS PRESTACIONES EN SALUD DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO, CON FECHA DE RADICACIÓN EN EPS SURA HASTA EL XX/XX/XXXX.

SE ADJUNTA CERTIFICADO DE RECONOCIMIENTO DE DEUDA RESPECTIVO FIRMADO POR LOS REPRESENTANTES DE AMBAS PARTES.

(REPRESENTANTE LEGAL XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CC XXXXXXX