San Juan de Pasto, Junio 20 de 2024

Señores:

**COMFENALCO VALLE EPS**

E. S. D.

Asunto: **Derecho de Petición**

**KARIM MONGE MUÑOZ** , identificada con cédula de ciudadanía Número

31.896.370 obrando en mi calidad de Gerente y Representante legal Suplente de la empresa **CENTRO MEDICO VALLE DE ATRIZ S.A.S**, me dirijo a usted en ejercicio del Derecho de Petición consagrado en el Artículo 23 de la Constitución Política de Colombia y en las disposiciones normativas previstas en 1755 del 2015, acudimos de forma muy respetuosa para solicitarle se sirvan proceder de conformidad con la petición que formulamos en este escrito, misma que se fundamentada en los siguientes:

**FUNDAMENTOS DE HECHO**

**1.** Se ha prestado atenciones en Salud a los afiliados a su entidad COMFENALCO VALLE EPS en sus diferentes niveles de atención, tal y como se soportó en facturas y anexos entregados con anterioridad, dentro de los términos legales.

**2.** De acuerdo con la normatividad vigente, es obligación de conformidad con los requerimientos normativos cumplir con el pago de las obligaciones aceptadas por su entidad COMFENALCO VALLE EPS obligaciones que son claras expresa y actualmente exigibles.

**3.** A la fecha nuestra entidad reporta una cartera con mora de mas de 60 dias, la cual suma**: $4.889.900**, como se detalla a continuacion:



**4.** La presente petición interrumpe los términos de prescripción de las facturas para todos los fines legales.

**PETICION:**

**PRIMERO:** solicito muy comedidamente allegar a nuestras oficinas, los soportes necesarios, sobre el pago de la cartera adeudada hasta la fecha.

Además se anexa documento en Excel, donde se detalla la información de las facturas adeudadas, año por año y saldo al corte.

**SEGUNDO:** Caso contrario coincidirá con nosotros en que existe un saldo a favor de NUESTRA EMPRESA CENTRO MEDICO VALLE DE ATRIZ S.A.S, la suma de: **$4.889.900.**

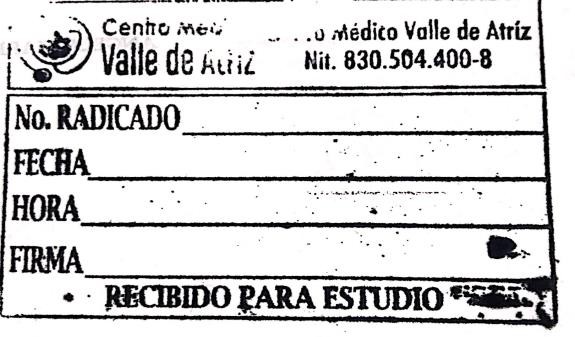
Por ello se solicita adicionalmente se expida el Certificado de Deuda conforme lo establece la Resolución 006066 del 7 de diciembre de 2016 emitido por el Ministerio de Salud.

**TERCERO:** En caso de no recibir la respuesta por parte de su entidad dentro de los

10 días siguientes conforme al artículo 14 de la ley 1577 de 2015, se entiende aceptada la petición y estará obligada a realizar la entrega de la información dentro de los 5 días siguientes, de no cumplirse con las obligaciones legales y no entregarse la información en este periodo se procederá a interponer la respectiva acción de tutela.

**CUARTO:** Así mismo se informa que toda glosa o respuesta a factura o glosa deberá ser enviada a partir de la fecha a los correos : [mongekarim@gmail.com](mailto:mongekarim@gmail.com)

cualquier información enviada a correo diferente se entenderá por no realizada y no se tendrá en cuenta para su validación. Además, toda correspondencia y notificación física únicamente será válida si es debidamente radicada con sello autorizado, en las oficinas de recepcion del sexto piso de Centro Medico Valle de Atriz, Calle 16 No 29-63 Barrio San Andrés Pasto



Notificaciones: Oficinas de recepción sexto piso de Centro Medico Valle de Atriz Calle 16 No 29-63 Barrio San Andrés Pasto: mail [mongekarim@gmail.com](mailto:mongekarim@gmail.com) teléfonos 3504576156.

Atentamente,

**KARIM MONGE MUÑOZ**

Gerente

CENTRO MEDICO VALLE DE ATRIZ S.A.S