

	FORMATO DE CIRCULARIZACION DE CARTERA	GCA-FT-001	VERSION: 01
-----------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------	-------------------	--------------------

Buenaventura, D.E. 25 de julio del 2024

Señores

CONFENALCO VALLE EPS

Dra. Neimi Yolet Perdomo

Santiago de Cali

Cordial saludo.

De manera atenta nos permitimos hacer el cobro y requerir el pago del 50% de las facturas radicadas correspondiente al mes de **Julio del año 2024** solicitándoles tener en cuenta la inmediatez en el pago por cuanto no hemos contado con anticipo y las obligaciones económicas del Hospital pendientes por cobrar a los aseguradores tiene un indicador de días pendiente de cobro de cero(0) días, habiéndose ejecutado las prestaciones del contrato, causada la obligación y radicadas las facturas, incluso al inicio del mes anterior lo que procede es el recaudo íntegro e inmediato del contenido económico de las mismas y en favor del Hospital.

En acatamiento a lo estipulado en el artículo 13 literal d) de la ley 1122 de 2007 "*d) Las Entidades Promotoras de Salud EPS de ambos regímenes, pagarán los servicios a los Prestadores de Servicios de salud habilitados... Si fuesen por otra modalidad, como pago por evento, global prospectivo o grupo diagnóstico se hará como mínimo un pago anticipado del 50% del valor de la factura, dentro de los cinco días posteriores a su presentación...*", actuando en concordancia con el artículo 5º de la ley 1066 de 2006, y en lo dispuesto en el contenido del proceso de cobro coactivo presente en el Estatuto tributario, y en especial atención al artículo 130 literal 130.14 de la ley 1438 de 2011, me permito, hacer la debida reclamación por el pago del **50%** del valor radicado durante el mes de **Julio del año 2024** que para el caso de **CONFENALCO VALLE EPS** asciende a un total de **Setenta y cuatro millones cuatrocientos dos mil trescientos seis (\$74.402.306) pesos m/c.**

Si usted tiene inquietudes acerca de esta comunicación o de la obligación a la que se hace referencia, no dude en comunicarse con nosotros a la línea **3113543547** o a los correos electrónicos cartera@hospitalluisablanque.gov.co; carterahlap2016@hotmail.com

Si al momento de esta comunicación, usted ya realizó los pagos respectivos, pedimos disculpas por las molestias causadas y le solicitamos él envíe de los comprobantes y/o la información de pagos por cada obligación liquidada.


Cordialmente.


Dr. EDGAR EDUARDO VILLA

Agente Interventor

Hospital Distrital Luis Ablanque de la Plata
E.S.E.

Elaboro: María Ramos Murillo- Líder de Cartera

Reviso: María Ramos M – jefe de Cartera 

C.C Súper intendencia de salud – Luis Carlos Leal Angarita

Secretaría Distrital de salud Buenaventura – Betty Segura Solis

Archivo.