

 ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE CHUCURÍ	FORMATO DE COMUNICACIONES	FECHA ELABORACION: 06/01/2023
		FECHA ACTUALIZACION:
	CODIGO: CAL-F-002	PAGINA: 1 - 80
	VERSION: 1	REVISO Y APROBO: Grupo Primario Gestión de Calidad

San Vicente de Chucuri, marzo 4 de 2025

Señores:

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMFENALCO VALLE

Nit. 890303093

REF: COBRO PERSUASIVO DE CARTERA

ACREEDOR	ESE Hospital San Vicente de Chucuri
DEUDOR	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMFENALCO VALLE

Respetados Señores,

Mediante la presente y atendiendo las funciones constitucionales y legales que se me han asignado como Representante Legal de la ESE Hospital San Vicente de Chucuri con el número de NIT 901.665.624-8, y bajo la responsabilidad que me atañe en el velar por el correcto funcionamiento de esta entidad, me dirijo ante ustedes con el único fin de solicitarles:

PRIMERO: Según la edad y cartera de 30 a mas de 360 días de mora que actualmente tienen ustedes con la ESE Hospital San Vicente de Chucuri con fecha de corte a 31 de enero del año 2025 por valor de **\$274.026,00**; sírvase realizar el pago de las facturas relacionadas en el archivo adjunto al presente documento o comunicación.

SEGUNDO: Teniendo en cuenta el Artículo 57 de la ley 1438 de 2011 y el decreto 441 de 2022, donde se establece los términos de auditoría que darán inicio al cobro de intereses moratorios sobre la cartera adeudada; me permito solicitarles el pago inmediato de las facturas relacionadas en el archivo adjunto al presente documento o comunicación, so pena de acarrear con cobros superiores producto de la morosidad que actualmente tienen con la ESE Hospital San Vicente de Chucuri.

 ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE CHUCURÍ	FORMATO DE COMUNICACIONES	FECHA ELABORACION: 06/01/2023
		FECHA ACTUALIZACION:
	CODIGO: CAL-F-002	PAGINA: 2 - 80
	VERSION: 1	REVISO Y APROBO: Grupo Primario Gestión de Calidad


TEERCERO: Si la entidad ya realizó el pago correspondiente a las facturas relacionadas en el archivo adjunto al presente documento o comunicación, objeto del presente cobro persuasivo por favor enviar el soporte al correo electrónico carteraesesanvicente689@gmail.com.


En caso de requerir alguna otra información adicional para realizar el pago solicitado anteriormente, podrá comunicarse al número telefónico **3168535505** al correo electrónico: carteraesesanvicente689@gmail.com o dirigirse a la Calle 8 N° 11 - 34 del Municipio de San Vicente de Chucuri-Santander, en donde estaremos siempre prestos a atenderles cualquier inquietud al respecto.

Por último y no menos importante, Es importante manifestarle que si no hay respuesta alguna a esta comunicación y la cartera ascendiera a una edad mayor de 120 días, se procederá a dar inicio con la radicación de la demanda ejecutiva en su contra, donde también se cobraran todos los intereses de mora que haya lugar.

Agradezco la atención prestada y sin otro particular,

Atentamente.


ZULMA JUDITH ARENAS GONZALEZ
 Gerente
ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE CHUCURI



Proyecto: Carolina Reátiga Ardila
 Cartera ESE Hospital San Vicente de Chucuri
 CC: Superintendencia Nacional de Salud secretaria de Salud de Departamental