



COMPROMISO DE PAGO

Pago de Cuentas de las Entidades Responsable del Pago-ERP con las IPS Públicas y Privadas ó Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado

El Ministerio de Salud y Protección Social y Superintendencia Nacional de Salud, actuando en el marco del Decreto Ley 1281 de 2002 y la Ley 1438 de 2011, expidieron la Circular Conjunta No. 0030 del 2 de septiembre del 2013, mediante la cual se solicitó información relativa a las cuentas por pagar de las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado EPS-S, las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo EPS y las Entidades Territoriales con las cuentas por cobrar de las Instituciones Prestadoras de Salud - IPS y las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado EPS-S con el objetivo contribuir al saneamiento y aclaración de cuentas del sector a través del cruce de información entre las Entidades Responsable del Pago-ERP (EPS-S, EPS y ET) con las IPS Públicas y Privadas ó Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado. Como resultado se obtuvo:

Valor que coincide	Coincide Información Básica y no Valor	Valor que reporto ERP y la IPS ó EPS-S no	Valor que reporto IPS ó EPS-S y la ERP no
\$	\$	\$	\$

De conformidad con lo anterior, ante la Entidad Territorial, el Representante Legal, Gerente o responsable de la Entidad Responsable del Pago (EPS ó EPS-S ó ET), se compromete a realizar el pago de acuerdo con los siguientes condiciones y plazos:

Entidad Beneficiaria del Pago

IPS ó EPS-S: _____

Nit de la IPS ó EPS-S: _____

Entidad Responsable del Pago (EPS ó EPS-S ó ET)

EPS ó EPS-S ó ET: _____

Nit de la EPS: _____

Fecha de Pago: _____

Valor a Pagar: _____

Forma de Pago: _____

Las partes se comprometen a reflejar dichos ajustes de forma explícita en sus estados financieros a más tardar en el siguiente corte contable, los cuales serán remitidos a la Superintendencia Nacional de Salud en los términos y condiciones normativas vigentes.

Entidad Responsable del Pago (EPS ó EPS-S ó ET)

Firma: _____

Nombre: _____

C.C.: _____

Cargo: _____

E-mail: _____

Entidad Beneficiaria del Pago (IPS ó EPS-S)

Firma: _____

Nombre: _____

C.C.: _____

Cargo: _____

E-mail: _____