

Formato de asistencia

Correo electrónico *

cartera@esehospitaltambocauca.gov.co

Fecha Conciliación *

DD MM AAAA

24 / 08 / 2023

Tipo de conciliación *

- ☒ Conciliación de Cartera
- ☐ Conciliación de Glosas y Devoluciones
- ☐ Conciliación Administrativa
- ☐ Capacitación de Radicación
- ☐ Compromisos de Pago

Nombre completo del Prestador (IPS-ESE) *

ESE HOSPITAL DE EL TAMBO CAUCA

Nit del prestador *

891501104

Nombre del Apoderado *

HENRY SANCHEZ FERNANDEZ

Número de identificación *

1061764082

Cargo *

COORDINACIÓN DE CARTERA Y AUDITORIA

¿Confirma asistencia a esta reunión? *

Si

Google no creó ni aprobó este contenido.

Google Formularios