

Formato de asistencia

Correo electrónico *

cartera@hospitalquindio.gov.co

Fecha Conciliación *

DD MM AAAA

14 / 06 / 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 UNIVERSITARIO DEL QUINDIO SAN JUAN DE DIOS

Nit del prestador *

800000118

Nombre del Apoderado *

NATHALY FRANCO

Número de identificación *

1094936976

Cargo *

AUX DE CARTERA

¿Confirma asistencia a esta reunión? *

Si

Google no creó ni aprobó este contenido.

Google Formularios