

Formato de asistencia

Correo electrónico *

facturacion@hospitalfrancinethsanchez.gov.co

Fecha Conciliación *

DD MM AAAA

18 / 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) *

Camila Gallego Robis

Nit del prestador *

890307040

Nombre del Apoderado *

N/A

Número de identificación *

N/A

Cargo *

Lider proceso facturacion y cartera

¿Confirma asistencia a esta reunión? *

Si

Google no creó ni aprobó este contenido.

Google Formularios