

Formato de asistencia

Correo electrónico *

conciliaciones@hccsa.com.co

Fecha Conciliación *

DD MM AAAA

13 / 09 / 2024

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) *

HOSPITAL CARDIOVASCULAR DE CUNDINAMARCA SA

Nit del prestador *

830104627-6

Nombre del Apoderado *

María Mercedes Moncada B.

Número de identificación *

52329898

Cargo *

Analista de Cuentas Médicas y Conciliaciones

¿Confirma asistencia a esta reunión? *

Si

Google no creó ni aprobó este contenido.

Google Formularios