

Formato de asistencia

Correo electrónico *

cartera@hfilleras.gov.co

Fecha Conciliación *

DD MM AAAA

27 / 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 Federico Ileras acosta

Nit del prestador *

890706833

Nombre del Apoderado *

Rodrigo Guerrero

Número de identificación *

1110533977

Cargo *

contratista cartera

¿Confirma asistencia a esta reunión? *☒ Si

Google no creó ni aprobó este contenido.

Google Formularios