

# Formato de asistencia

Correo electrónico \*

cartera@hospitalsantarosadeosos.gov.co

Fecha Conciliación \*

DD MM AAAA

19 / 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) \*

Corporación Hospital San Juan de Dios - Uniremigton, Santa Rosa de Osos

**Nit del prestador \***

901249947-8

**Nombre del Apoderado \***

Lisbeth Vannesa Zapata Osorio

**Número de identificación \***

1010127705

**Cargo \***

Auxiliar Administrativa

**¿Confirma asistencia a esta reunión? \***

Si

Google no creó ni aprobó este contenido.

Google Formularios