

# Formato de asistencia

Correo electrónico \*

pkindermann@hospitaldelsur.gov.co

Fecha Conciliación \*

DD MM AAAA

23 / 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) \*

ESE hospital del sur

**Nit del prestador \***

811017810

**Nombre del Apoderado \***

Pura Kindermann Diaz

**Número de identificación \***

55305653

**Cargo \***

Auditor medico

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

Google no creó ni aprobó este contenido.

Google Formularios