

Formato de asistencia

Correo electrónico *

carterahsmarcos@gmail.com

Fecha Conciliación *

DD MM AAAA

03 / 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 SAN MARCOS DE CHINCHINA

Nit del prestador *

890802036

Nombre del Apoderado *

JOLIANA HERNANDEZ ARIAS

Número de identificación *

40043373

Cargo *

CARTERA HSMC

¿Confirma asistencia a esta reunión? *

Si

Google no creó ni aprobó este contenido.

Google Formularios