

Formato de asistencia

Correo electrónico *

cartera@hmi.gov.co

Fecha Conciliación *

DD MM AAAA

17 / 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 Departamental Maria Inmaculada

Nit del prestador *

891180098

Nombre del Apoderado *

Fabian Andres Sandoval Torres

Número de identificación *

93133084

Cargo *

Auxiliar administrativo de cartera

¿Confirma asistencia a esta reunión? *

Si

Google no creó ni aprobó este contenido.

Google Formularios