

Formato de asistencia

Correo electrónico *

cartera@horo.gov.co

Fecha Conciliación *

DD MM AAAA

16 / 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 regional de la orinoquia

Nit del prestador *

891855029

Nombre del Apoderado *

angela bohorquez

Número de identificación *

1118538911

Cargo *

profesional apoyo cartera

¿Confirma asistencia a esta reunión? *

Si

Google no creó ni aprobó este contenido.

Google Formularios