

Formato de asistencia

Correo electrónico *

cobranzas@fhsjb.org

Fecha Conciliación *

DD MM AAAA

27 / 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) *

Fundación Hospital San Jose de Buga

Nit del prestador *

891380054

Nombre del Apoderado *

Sebastian Becerra Lopez

Número de identificación *

1115081977

Cargo *

profesional administrativo

¿Confirma asistencia a esta reunión? *

Si

Google no creó ni aprobó este contenido.

Google Formularios