

Formato de asistencia

Correo electrónico *

cartera@hospitallibanoajs.gov.co

Fecha Conciliación *

DD MM AAAA

26 / 06 / 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 Alfonso Jaramillo Salazar ESE del Líbano Tolima

Nit del prestador *

890701718

Nombre del Apoderado *

Yudy Viviana Toro Pinilla

Número de identificación *

1104700198

Cargo *

Técnico Administrativo de Cartera C&C Salud SAS

¿Confirma asistencia a esta reunión? *

Si

Google no creó ni aprobó este contenido.

Google Formularios