

Formato de asistencia

Correo electrónico *

cartera@hospitalpioxiargelia-valle.gov.co

Fecha Conciliación *

DD MM AAAA

29 / 10 / 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 PIO XII ESE

Nit del prestador *

891901101

Nombre del Apoderado *

JORGE MARIO CANO ZULUAGA

Número de identificación *

1112772181

Cargo *

RESPONSABLE DE CARTERA

¿Confirma asistencia a esta reunión? *

Si

Google no creó ni aprobó este contenido.

Google Formularios