

Formato de asistencia

Correo electrónico *

cartera@husj.gov.co

Fecha Conciliación *

DD MM AAAA

30 / 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 UNIVERSITARIO SAN JORGE

Nit del prestador *

800231235

Nombre del Apoderado *

WBWERNEY GIRALDO

Número de identificación *

9868365

Cargo *

JEFE DE CARTERA

¿Confirma asistencia a esta reunión? *

Si

Google no creó ni aprobó este contenido.

Google Formularios