

Formato de asistencia

Correo electrónico *

cartera@hospitalsantamonica.gov.co

Fecha Conciliación *

DD MM AAAA

23 / 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) *

ESE HOSPITAL SANTA MONICA

Nit del prestador *

891411663

Nombre del Apoderado *

JHON EDIER URIBE GORDILLO

Número de identificación *

10051672

Cargo *

ASESOR DE CARTERA

¿Confirma asistencia a esta reunión? *

Si

Google no creó ni aprobó este contenido.

Google Formularios