

Formato de asistencia

Correo electrónico *

carterahdsa.roldanillo@gmail.com

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 DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO

Nit del prestador *

891900343

Nombre del Apoderado *

CAROLINA VALENCIA SALAZAR

Número de identificación *

66872592

Cargo *

AUXILIAR ADMINISTRATIVO

¿Confirma asistencia a esta reunión? *

Si

Google no creó ni aprobó este contenido.

Google Formularios