

Formato de asistencia

Correo electrónico *

cartera.esecocuy@gmail.com

Fecha Conciliación *

DD MM AAAA

17 / 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 SAN JOSE DEL COCUY

Nit del prestador *

891855719

Nombre del Apoderado *

DORIS R AMADOR

Número de identificación *

23498108

Cargo *

APOYO GESTION ADMINISTRATIVA

¿Confirma asistencia a esta reunión? *

Si

Google no creó ni aprobó este contenido.

Google Formularios