

Formato de asistencia

Correo electrónico *

oficina.cartera@esemeta.gov.co

Fecha Conciliación *

DD MM AAAA

01 / 11 / 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) *

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ESA SOLUCIÓN SALUD DEPARTAMENTO DEL META

Nit del prestador *

822006595

Nombre del Apoderado *

JOHN FABER PINILLA ESPAÑA

Número de identificación *

80417978

Cargo *

ANALISTA DE CARTERA

¿Confirma asistencia a esta reunión? *

Si

Google no creó ni aprobó este contenido.

Google Formularios