

Formato de asistencia

Correo electrónico *

apoyo.cartera@esepereira.gov.co

Fecha Conciliación *

DD MM AAAA

24 / 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 SALUD PEREIRA

Nit del prestador *

816005003

Nombre del Apoderado *

LUZ MARGY MOSQUERA HINESTROZA

Número de identificación *

35890286

Cargo *

PROFESIONAL APOYO CARTERA

¿Confirma asistencia a esta reunión? *

Si

Google no creó ni aprobó este contenido.

Google Formularios