

# Formato de asistencia

Correo electrónico \*

contabilidad@hdn.gov.co

Fecha Conciliación \*

DD MM AAAA

31 / 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 DIVINO NIÑO

**Nit del prestador \***

815001140

**Nombre del Apoderado \***

Alexandra Chávez Rengifi

**Número de identificación \***

38879138

**Cargo \***

Profesional Universitario

**¿Confirma asistencia a esta reunión? \***

Si

Google no creó ni aprobó este contenido.

**Google Formularios**