

Formato de asistencia

Correo electrónico *

ctvaldez@husi.org.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) *

HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN IGNACIO

Nit del prestador *

860015536

Nombre del Apoderado *

Cindy Tatiana Valdez Cerquera

Número de identificación *

1024502423

Cargo *

Analista de glosas

¿Confirma asistencia a esta reunión? *

Si

Google no creó ni aprobó este contenido.

Google Formularios