

Formato de asistencia

Correo electrónico *

gerencia@esehospitalmocoa.gov.co

Fecha Conciliación *

DD MM AAAA

05 / 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) *

HOSPITAL JOSE MARIA HERNANDEZ

Nit del prestador *

897200679

Nombre del Apoderado *

JENNIFER MELISSA JARAMILLO RIASCOS

Número de identificación *

1124858918

Cargo *

PROFESIONAL ADMINISTRATIVO

¿Confirma asistencia a esta reunión? *

Si

Google no creó ni aprobó este contenido.

Google Formularios