

Formato de asistencia

Correo electrónico *

cartera@hrplopez.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) *

Hospital Rosario Pumarejo de Lopez

Nit del prestador *

892399994

Nombre del Apoderado *

Gabriel Enrique Guillén Gomez

Número de identificación *

15170703

Cargo *

Jefe de cartera

¿Confirma asistencia a esta reunión? *

Si

Google no creó ni aprobó este contenido.

Google Formularios