

Formato de asistencia

Correo electrónico *

glosascolombiana@gmail.com

Fecha Conciliación *

DD MM AAAA

02 / 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 DEPARTAMENTAL PSIQUIATRICO UNIVERSITARIO DEL VALLE

Nit del prestador *

890304155

Nombre del Apoderado *

CLAUDIA LORENA CAICEDO REBOLLEDO

Número de identificación *

66953283

Cargo *

AUDITORA DE CUENTAS MEDICAS

¿Confirma asistencia a esta reunión? *

Si

Google no creó ni aprobó este contenido.

Google Formularios