

Formato de asistencia

Correo electrónico *

cartera@hospitalsanpedro.org

Fecha Conciliación *

DD MM AAAA

23 / 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) *

FUNDACION HOSPITAL SAN PEDRO

Nit del prestador *

891200209

Nombre del Apoderado *

HEIMMY YULIETH BUSTOS

Número de identificación *

1088799495

Cargo *

TECNICO ADMINISTRATIVO- CARTERA

¿Confirma asistencia a esta reunión? *

Si

Google no creó ni aprobó este contenido.

Google Formularios