

# Formato de asistencia

Correo electrónico \*

cartera@hospitalsanroque-cordoba.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) \*

ESE HOSPITAL SAN ROQUE

**Nit del prestador \***

890001605

**Nombre del Apoderado \***

CLAUDIA MORA

**Número de identificación \***

41934979

**Cargo \***

CARTERA

**¿Confirma asistencia a esta reunión? \***

Si

Google no creó ni aprobó este contenido.

**Google Formularios**