

Formato de asistencia

Correo electrónico *

aherrera@hospitalmua.gov.co

Fecha Conciliación *

DD MM AAAA

18 / 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 manuel uribe angel

Nit del prestador *

890906347-9

Nombre del Apoderado *

Andres Julian Herrera Mejia

Número de identificación *

1152435048

Cargo *

ejecutivo de cuentas medicas

¿Confirma asistencia a esta reunión? *

Si

Google no creó ni aprobó este contenido.

Google Formularios