

Formato de asistencia

Correo electrónico *

cartera.revisor1esehuem@gmail.com

Fecha Conciliación *

DD MM AAAA

05 / 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) *

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO ERASMO MEOZ

Nit del prestador *

800014918

Nombre del Apoderado *

MARIA CLAUDIA ESTUPIÑAN

Número de identificación *

37275210

Cargo *

REVISOR CARTERA

¿Confirma asistencia a esta reunión? *

Si

Google no creó ni aprobó este contenido.

Google Formularios