

# Formato de asistencia

Correo electrónico \*

cartera@husj.gov.co

Fecha Conciliación \*

DD MM AAAA

04 / 12 / 2023

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 San Jorge de Pereira

**Nit del prestador \***

800231235

**Nombre del Apoderado \***

Francy Castañeda

**Número de identificación \***

29622754

**Cargo \***

Profesional cartera

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

Si

Google no creó ni aprobó este contenido.

**Google** Formularios