

Formato de asistencia

Correo electrónico *

motalvaro@hospitalmua.gov.co

Fecha Conciliación *

DD MM AAAA

28 / 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) *

ESE Hospital Manuel Uribe Ángel

Nit del prestador *

890906347

Nombre del Apoderado *

Maria Fany Otalvaro Ruiz

Número de identificación *

42786010

Cargo *

Analista de Cartera

¿Confirma asistencia a esta reunión? *

Si

Google no creó ni aprobó este contenido.

Google Formularios