

Formato de asistencia

Correo electrónico *

cuentas@hsvpsantuario.gov.co

Fecha Conciliación *

DD MM AAAA

27 / 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 SAN VICENTE DE PAUL SANTUARIO RISARALDA

Nit del prestador *

891401777-8

Nombre del Apoderado *

CARLOS ANDRES ABELLO MONDRAGON

Número de identificación *

94386912

Cargo *

LIDER DE FACTURACION Y CARTERA

¿Confirma asistencia a esta reunión? *

Si

Google no creó ni aprobó este contenido.

Google Formularios