

Formato de asistencia

Correo electrónico *

analistadecartera2@homifundacion.org.co

Fecha Conciliación *

DD MM AAAA

19 / 07 / 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) *

FUNDACION HOSPITAL DE LA MISERICORDIA

Nit del prestador *

899999123-7

Nombre del Apoderado *

ANGIE CATALINA CABRERA RODRIGUEZ

Número de identificación *

1010185516

Cargo *

ANALISTA DE CARTERA

¿Confirma asistencia a esta reunión? *

Si

Google no creó ni aprobó este contenido.

Google Formularios