

Formato de asistencia

Correo electrónico *

cartera1@usiese.gov.co

Fecha Conciliación *

DD MM AAAA

16 / 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) *

UNIDAD DE SALUD DE IBAGUE USI-ESE

Nit del prestador *

809003590

Nombre del Apoderado *

MARIA DEL CARMEN ORDOÑEZ GONZALEZ

Número de identificación *

28946466

Cargo *

PROFESIONAL UNIVERSITARIO CARTERA

¿Confirma asistencia a esta reunión? *

Si

Google no creó ni aprobó este contenido.

Google Formularios