

Formato de asistencia

Correo electrónico *

Inarvaez@hosdenar.gov.co

Fecha Conciliación *

DD MM AAAA

26 / 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) *

HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E

Nit del prestador *

891200528

Nombre del Apoderado *

LUCY NARVAEZ CARDENAS

Número de identificación *

59816096

Cargo *

PROFESIONAL UNIVERSITARIO DE CARTERA

¿Confirma asistencia a esta reunión? *

Si

Google no creó ni aprobó este contenido.

Google Formularios