

Formato de asistencia

Correo electrónico *

auditoria@esecentrouno.gov.co

Fecha Conciliación *

DD MM AAAA

15 / 01 / 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) *

ESE CENTRO 1

Nit del prestador *

900145581-5

Nombre del Apoderado *

ANA VERONICA OÑATE BASTIDAS

Número de identificación *

1061712856

Cargo *

AUDITORIA

¿Confirma asistencia a esta reunión? *

Si

Google no creó ni aprobó este contenido.

Google Formularios