

Formato de asistencia

Correo electrónico *

claudiaestupinan.huem@gmail.com

Fecha Conciliación *

DD MM AAAA

10 / 05 / 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 Erasmo Meoz

Nit del prestador *

800014918

Nombre del Apoderado *

Maria Claudia Estupiñan Sanabria

Número de identificación *

37275210

Cargo *

Revisor de Cartera

¿Confirma asistencia a esta reunión? *

Si

Google no creó ni aprobó este contenido.

Google Formularios