

Formato de asistencia

Correo electrónico *

cartera@esehospitalsanrafael-leticia-amazonas.gov.co

Fecha Conciliación *

DD MM AAAA

16 / 04 / 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) *

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE LETICIA

Nit del prestador *

838000096

Nombre del Apoderado *

RISONEY BARBOSA PACIFICO

Número de identificación *

40178474

Cargo *

Apoyo Área de Cartera

¿Confirma asistencia a esta reunión? *

Si

Google no creó ni aprobó este contenido.

Google Formularios