

Formulario de Inscripción al VII Galardón Nacional Hospital Seguro, ACHC, 2024 - 2026



Por favor, diligencie el siguiente formulario, que contiene la información necesaria para efectuar la inscripción de su Institución para concursar en la **Séptima edición de Galardón Nacional Hospital Seguro – ACHC 2024 -2026** (*Todos los campos con son requeridos*)

DATOS DE LA INSTITUCIÓN

Nombre _____

Sede _____ Ciudad _____

Dirección _____ NIT _____

Teléfono de contacto _____ Nivel de Complejidad _____

Correo electrónico _____

Categoría a la que se
Inscribe _____

DATOS PERSONA DE CONTACTO

Nombre y apellido _____

Cargo _____

Correo electrónico _____

Teléfonos de contacto _____

DATOS PARA ENVÍO DE FACTURA ELECTRÓNICA

Contacto para facturación _____ Teléfono _____

Correo facturación electrónica _____

Formas de pago:

- Pasarela de pagos ACHC: Botón PSE, Tarjetas de Crédito, Tarjeta Debito, Transferencia: <https://checkout.wompi.co/l/bYIVxT>
- Consignación a la cuenta de ahorros Bancolombia #17824560188 a nombre de la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas con NIT 860013750-2. Debe registrar en la referencia de la consignación el NIT de su Institución, indicando el nombre de la Institución que consigna y un número telefónico.
 - Una vez realice el pago favor enviar comprobante de pago a los correos calidad@achc.org.co; comunicaciones@achc.org.co y analistacontable@achc.org.co
 - La inscripción se hará efectiva una vez se haya confirmado el pago
 - La tarifa de afiliado aplica para las instituciones que se encuentran a paz y salvo con la ACHC.