

# Formato de asistencia

Correo electrónico \*

cuentasmedicas@promoversas.com.co

Fecha Conciliación \*

DD MM AAAA

18 / 09 / 2023

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) \*

PROMOVER SAS

**Nit del prestador \***

809002913

**Nombre del Apoderado \***

ADRIANA MILENA PARDO VIÑA

**Número de identificación \***

65762622

**Cargo \***

REPRESENTANTE LEGAL

**¿Confirma asistencia a esta reunión? \***

Si

Google no creó ni aprobó este contenido.

**Google** Formularios