

Formato de asistencia

Correo electrónico *

cartera@cnruu.com.co

Fecha Conciliación *

DD MM AAAA

15 / 06 / 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) *

Clínica Nueva Rafael Uribe Uribe SAS

Nit del prestador *

900891513

Nombre del Apoderado *

Stephaney Solarte Salinas

Número de identificación *

1143833842

Cargo *

Auxiliar de cartera

¿Confirma asistencia a esta reunión? *

Si

Google no creó ni aprobó este contenido.

Google Formularios