

Formato de asistencia

Correo electrónico *

auxiliarcartera@clinicacentral.co

Fecha Conciliación *

DD MM AAAA

27 / 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) *

CLINICA CENTRAL DEL QUINDIO SAS

Nit del prestador *

900848340

Nombre del Apoderado *

Miguel Angel Velasquez Davila

Número de identificación *

1094944818

Cargo *

Analista de cartera

¿Confirma asistencia a esta reunión? *

Si

Google no creó ni aprobó este contenido.

Google Formularios