

Formato de asistencia

Correo electrónico *

harold.arango@ciegosysordos.org.co

Fecha Conciliación *

DD MM AAAA

20 / 10 / 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) *

INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS DEL VALLE DEL CAUCA

Nit del prestador *

890303395

Nombre del Apoderado *

HAROLD ANDRES ARANGO JORDAN

Número de identificación *

76043595

Cargo *

JEFE DE CARTERA

¿Confirma asistencia a esta reunión? *

Si

Google no creó ni aprobó este contenido.

Google Formularios