

Formato de asistencia

Correo electrónico *

analista1.cartera@cnsr.com.co

Fecha Conciliación *

DD MM AAAA

30 / 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) *

CLINICA NTRA SRA DE LOS REMEDIOS

Nit del prestador *

890301430

Nombre del Apoderado *

LINA MARCELA RAMIREZ SALDAÑA

Número de identificación *

1118295260

Cargo *

ANALISTA DE CARTERA

¿Confirma asistencia a esta reunión? *

Si

Google no creó ni aprobó este contenido.

Google Formularios