

Formato de asistencia

Correo electrónico *

carterasantasofia@csspmail.net

Fecha Conciliación *

DD MM AAAA

01 / 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) *

Clínica Santa Sofía del Pacífico

Nit del prestador *

900228989

Nombre del Apoderado *

Julián David Bonilla

Número de identificación *

1144106484

Cargo *

Coordinador de Cartera

¿Confirma asistencia a esta reunión? *

☒ Si

Google no creó ni aprobó este contenido.

Google Formularios