

Formato de asistencia

Correo electrónico *

medicalassistips@gmail.com

Fecha Conciliación *

DD MM AAAA

17 / 09 / 2024

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) *

MEDICAL ASSIST 911

Nit del prestador *

901426707-6

Nombre del Apoderado *

NATALIA BASTO SEPULVEDA

Número de identificación *

1088036172

Cargo *

AUXILIAR ADMINISTRATIVO

¿Confirma asistencia a esta reunión? *

Si

Google no creó ni aprobó este contenido.

Google Formularios