

Formato de asistencia

Correo electrónico *

auditoriamedica@recuperarips.com

Fecha Conciliación *

DD MM AAAA

30 / 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) *

recuperar ips

Nit del prestador *

805026771

Nombre del Apoderado *

victor manuel casanova

Número de identificación *

94529985

Cargo *

coordinador de auditoria y facturacion

¿Confirma asistencia a esta reunión? *

Si

Google no creó ni aprobó este contenido.

Google Formularios