

Formato de asistencia

Correo electrónico *

carteraservicios@profamilia.org.co

Fecha Conciliación *

DD MM AAAA

09 / 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) *

ASOCIACION PROFAMILIA

Nit del prestador *

860013779

Nombre del Apoderado *

AURA MARINA MORA

Número de identificación *

39761295

Cargo *

ANALISTA DE CARTERA

¿Confirma asistencia a esta reunión? *

Si

Google no creó ni aprobó este contenido.

Google Formularios