

Formato de asistencia

Correo electrónico *

facturacion@clinicalaslajas.com

Fecha Conciliación *

DD MM AAAA

18 / 10 / 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) *

Sociedad Las Lajas SAS

Nit del prestador *

837000974-5

Nombre del Apoderado *

Carlos Eduardo Lopez Narvaez

Número de identificación *

87712524

Cargo *

Lider Departamento de Facturacion

¿Confirma asistencia a esta reunión? *

Si

Google no creó ni aprobó este contenido.

Google Formularios