

Formato de asistencia

Correo electrónico *

cuentasmedicas.cali@profamilia.org.co

Fecha Conciliación *

DD MM AAAA

08 / 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) *

COMFENALCO VALLLE

Nit del prestador *

860013779

Nombre del Apoderado *

JOHANNA SOLARTE SOLARTE

Número de identificación *

29178694

Cargo *

AUXILIAR ADMINISTRATIVA

¿Confirma asistencia a esta reunión? *

Si

Google no creó ni aprobó este contenido.

Google Formularios