

Formato de asistencia

Correo electrónico *

cartera@clinicadesa.com.co

Fecha Conciliación *

DD MM AAAA

16 / 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) *

CLINICA DESA SAS

Nit del prestador *

900771349

Nombre del Apoderado *

ALBA ROSA LIBREROS RIAÑOS

Número de identificación *

1116246586

Cargo *

COORDINADORA DE CARTERA

¿Confirma asistencia a esta reunión? *

Si

Google no creó ni aprobó este contenido.

Google Formularios