

Formato de asistencia

Correo electrónico *

JCARIAS@LABGENCELL.COM

Fecha Conciliación *

DD MM AAAA

24 / 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) *

GENCELL PHARMAS SAS

Nit del prestador *

900407111

Nombre del Apoderado *

CAROLINA PRIETO ARIAS

Número de identificación *

1031123528

Cargo *

ANALISTA CONTABLE

¿Confirma asistencia a esta reunión? *

Si

Google no creó ni aprobó este contenido.

Google Formularios