

Formato de asistencia

Correo electrónico *

cartera@clinicacasadelino.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) *

Maria Kerguelen Gonzalez

Nit del prestador *

812004935

Nombre del Apoderado *

Maria Kerguelen Gonzalez

Número de identificación *

1067851583

Cargo *

Lider de cartera

¿Confirma asistencia a esta reunión? *☒ Si

Google no creó ni aprobó este contenido.

Google Formularios