

Formato de asistencia

Correo electrónico *

cartera@clinasigma.com.co

Fecha Conciliación *

DD MM AAAA

05 / 11 / 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) *

OCCIDENTAL DE INVERSIONES MEDICO QUIRURGICA SA

Nit del prestador *

805026250-8

Nombre del Apoderado *

LUZ ADRIANA SINISTERRA RENTERIA

Número de identificación *

31585468

Cargo *

COORDINADORA DE FACTURACION Y CARTERA

¿Confirma asistencia a esta reunión? *

Si

Google no creó ni aprobó este contenido.

Google Formularios