

Formato de asistencia

Correo electrónico *

jestrada@grupoafin.com

Fecha Conciliación *

DD MM AAAA

01 / 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) *

Grupo Afin Farmaceutica SAS BIC

Nit del prestador *

900047874

Nombre del Apoderado *

Jessica Estrada Estrada

Número de identificación *

1036639549

Cargo *

Gestora de cuentas Médicas

¿Confirma asistencia a esta reunión? *

Si

Google no creó ni aprobó este contenido.

Google Formularios