

Formato de asistencia

Correo electrónico *

carteraycobranzas@clinicadeloccidente.com

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) *

CLÍNICA DEL OCCIDENTE S.A.

Nit del prestador *

860090566-1

Nombre del Apoderado *

Jhasbleidy Carolina Guerrero

Número de identificación *

1018492519

Cargo *

Analista de cartera

¿Confirma asistencia a esta reunión? *

Si

Google no creó ni aprobó este contenido.

Google Formularios