

Formato de asistencia

Correo electrónico *

cartera@saludladera.gov.co

Fecha Conciliación *

DD MM AAAA

28 / 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) *

Red de salud de ladera E.S.E

Nit del prestador *

805027289

Nombre del Apoderado *

Cristian David García Arias

Número de identificación *

1115090754

Cargo *

Responsable de Cartera

¿Confirma asistencia a esta reunión? *☒ Si

Google no creó ni aprobó este contenido.

Google Formularios