

Formato de asistencia

Correo electrónico *

sonia.arboledah@upb.edu.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) *

CLINICA UNIVERSITARIA BOLIVARIANA

Nit del prestador *

890902922

Nombre del Apoderado *

SONIA ARBOLEDA HENAO

Número de identificación *

42694518

Cargo *

AUXILIAR ADMINISTRATIVO

¿Confirma asistencia a esta reunión? *

Si

Google no creó ni aprobó este contenido.

Google Formularios