

Formato de asistencia

Correo electrónico *

analista.cartera@cnsr.com.co

Fecha Conciliación *

DD MM AAAA

17 / 11 / 2023

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 NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS

Nit del prestador *

890301430

Nombre del Apoderado *

Viviana Fernández Molina

Número de identificación *

38601073

Cargo *

Analista de Cartera

¿Confirma asistencia a esta reunión? *

Si

Google no creó ni aprobó este contenido.

Google Formularios