

Formato de asistencia

Correo electrónico *

jftellez@colsanitas.com

Fecha Conciliación *

DD MM AAAA

05 / 08 / 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 Colsanitas

Nit del prestador *

8001493846

Nombre del Apoderado *

Jhonny Fernando Tellez Trujillo

Número de identificación *

1077856645

Cargo *

Auxiliar de Facturación

¿Confirma asistencia a esta reunión? *

Si

Google no creó ni aprobó este contenido.

Google Formularios