

Formato de asistencia

Correo electrónico *

lalvarez@clnicasomer.com

Fecha Conciliación *

DD MM AAAA

24 / 07 / 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) *

Sociedad Medica Rionegro S.A Somer S.A

Nit del prestador *

890939936

Nombre del Apoderado *

Luz Dary Alvarez

Número de identificación *

1007480954

Cargo *

Auxiliar de cartera

¿Confirma asistencia a esta reunión? *☒ Si

Google no creó ni aprobó este contenido.

Google Formularios