

Formato de asistencia

Correo electrónico *

conciliaciones@clinicacampbell.com.co

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) *

CLINICA VALLESALUD SAN FERNANDO

Nit del prestador *

900900754-1

Nombre del Apoderado *

RAFAEL ZAMBRANO

Número de identificación *

1140883376

Cargo *

ANALISTA DE GLOSAS

¿Confirma asistencia a esta reunión? *

Si

Google no creó ni aprobó este contenido.

Google Formularios