

Formato de asistencia

Correo electrónico *

facturacion@clinicabasilias.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) *

CLINICA BASILIA SAS

Nit del prestador *

805016107

Nombre del Apoderado *

OMAR RODOLFO CEBALLOS MARTINEZ

Número de identificación *

6199608

Cargo *

COORDINADOR FACTURACION Y CARTERA

¿Confirma asistencia a esta reunión? *

Si

Google no creó ni aprobó este contenido.

Google Formularios