

Formato de asistencia

Correo electrónico *

cromax@cromax.com.co

Fecha Conciliación *

DD MM AAAA

25 / 01 / 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) *

CENTRO RADIOLOGICO ORAL Y MAXILOFACIAL SAS CROMAX

Nit del prestador *

800015779

Nombre del Apoderado *

SANDRA OSPINA

Número de identificación *

66947544

Cargo *

ASISTENTE ADMINISTRATIVA

¿Confirma asistencia a esta reunión? *

Si

Google no creó ni aprobó este contenido.

Google Formularios