

Formato de asistencia

Correo electrónico *

contabilidad@oftapalmira.com

Fecha Conciliación *

DD MM AAAA

18 / 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) *

Clínica oftalmologica de Palmira SAS

Nit del prestador *

900206194

Nombre del Apoderado *

Nathalia Peña

Número de identificación *

1144152767

Cargo *

Contador e

¿Confirma asistencia a esta reunión? *☒ Si

Google no creó ni aprobó este contenido.

Google Formularios