

Formato de asistencia

Correo electrónico *

juan.ariza@clinicadelcountry.com

Fecha Conciliación *

DD MM AAAA

24 / 05 / 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) *

administradora clínica la colina sas

Nit del prestador *

900582598

Nombre del Apoderado *

juan david ariza deaza

Número de identificación *

1032464125

Cargo *

analista de cartera

¿Confirma asistencia a esta reunión? *

Si

Google no creó ni aprobó este contenido.

Google Formularios