

Formato de asistencia

Correo electrónico *

gastroped1@hotmail.com

Fecha Conciliación *

DD MM AAAA

29 / 04 / 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) *

MARIA MERCEDES NARANJO VERGARA

Nit del prestador *

31886736

Nombre del Apoderado *

MARIA CAMILA FRANCO MILLAN

Número de identificación *

1144081398

Cargo *

ASISTENTE

¿Confirma asistencia a esta reunión? *

Si

Google no creó ni aprobó este contenido.

Google Formularios