

Formato de asistencia

Correo electrónico *

cmgarcia@medicarte.com.co

Fecha Conciliación *

DD MM AAAA

01 / 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) *

MEDICARTE SAS

Nit del prestador *

900219866

Nombre del Apoderado *

Carolina Mora GARCIA

Número de identificación *

1128275403

Cargo *

Analista de cartera

¿Confirma asistencia a esta reunión? *

Si

Google no creó ni aprobó este contenido.

Google Formularios