

Formato de asistencia

Correo electrónico *

cartera1@clnicasagradafamilia.net

Fecha Conciliación *

DD MM AAAA

10 / 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) *

Clínica la Sagrada Familia SAS

Nit del prestador *

901352353

Nombre del Apoderado *

Maira Alejandra Rojas Amador

Número de identificación *

1094917579

Cargo *

Coordinadora de Radicación y Cartera

¿Confirma asistencia a esta reunión? *

Si

Google no creó ni aprobó este contenido.

Google Formularios