

Formato de asistencia

Correo electrónico *

carteraclirosa@gmail.com

Fecha Conciliación *

DD MM AAAA

24 / 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) *

Clinica los Rosales

Nit del prestador *

891409981-0

Nombre del Apoderado *

Vanessa Martinez Santa

Número de identificación *

1093221511

Cargo *

Auxiliar de Cartera

¿Confirma asistencia a esta reunión? *

Si

Google no creó ni aprobó este contenido.

Google Formularios