

Formato de asistencia

Correo electrónico *

administracion@cardiomedicos.com

Fecha Conciliación *

DD MM AAAA

09 / 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) *

DIAGNOSTICO Y REHABILITACION VASCULAR SAS SAS

Nit del prestador *

900177280

Nombre del Apoderado *

MARIA FERNANDA PEÑA ARCE

Número de identificación *

1130615286

Cargo *

ASISTENTE DE GERENCIA

¿Confirma asistencia a esta reunión? *

Si

Google no creó ni aprobó este contenido.

Google Formularios