

Formato de asistencia

Correo electrónico *

asistentecontable2@seranestpharma.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) *

seranestpharma

Nit del prestador *

830123305

Nombre del Apoderado *

jenny cangrejo

Número de identificación *

52792472

Cargo *

asisistente contable

¿Confirma asistencia a esta reunión? *☒ Si

Google no creó ni aprobó este contenido.

Google Formularios