

Formato de asistencia

Correo electrónico *

cartera@socimedicos.com

Fecha Conciliación *

DD MM AAAA

23 / 02 / 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) *

SOCIMEDICOS

Nit del prestador *

900342064-3

Nombre del Apoderado *

JOHN JAIRO RAMIREZ FLOREZ

Número de identificación *

10141156

Cargo *

ASISTENTE DE CARTERA

¿Confirma asistencia a esta reunión? *

Si

Google no creó ni aprobó este contenido.

Google Formularios