

Formato de asistencia

Correo electrónico *

procesospos@salud-net.com

Fecha Conciliación *

DD MM AAAA

28 / 07 / 2023

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) *

INVERSIONES MEDICAS VALLE SALUD

Nit del prestador *

900631361

Nombre del Apoderado *

JESUS ANTONIO MERLANO BLANCO

Número de identificación *

72265481

Cargo *

EJECUTIVO DE CARTERA

¿Confirma asistencia a esta reunión? *

Si

Google no creó ni aprobó este contenido.

Google Formularios