

# Formato de asistencia

Correo electrónico \*

fernando.valencia@redgesencro.co

Fecha Conciliación \*

DD MM AAAA

18 / 08 / 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) \*

CLINICA SANTA BARBARA

**Nit del prestador \***

901108368

**Nombre del Apoderado \***

FERNANDO VALENCIA MENDOZA

**Número de identificación \***

9728431

**Cargo \***

DIRECTOR FACTURACION CARTERA Y RECAUDO

**¿Confirma asistencia a esta reunión? \***

Si

Google no creó ni aprobó este contenido.

**Google** Formularios