

# Formato de asistencia

Correo electrónico \*

cartera@cenvalle.com

Fecha Conciliación \*

DD MM AAAA

16 / 09 / 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) \*

CENTRO DE ENDOSCOPIA DEL VALLE

**Nit del prestador \***

900380599

**Nombre del Apoderado \***

GILBERTO RENTERIA BONILLA

**Número de identificación \***

1111808440

**Cargo \***

AUXILIAR CONTABLE

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

Si

Google no creó ni aprobó este contenido.

**Google Formularios**