

# Formato de asistencia

Correo electrónico \*

cartera@clnicasfco.com.co

Fecha Conciliación \*

DD MM AAAA

20 / 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) \*

CLINICA SAN FRANCISCO S.A

**Nit del prestador \***

800191916

**Nombre del Apoderado \***

VICTORIA EUGENIA VICTORIA LOPEZ

**Número de identificación \***

29875323

**Cargo \***

AUXILIAR DE CARTERA

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

Si

Google no creó ni aprobó este contenido.

Google Formularios