

# Formato de asistencia

Correo electrónico \*

cartera@laconcepcion.org

Fecha Conciliación \*

DD MM AAAA

19 / 06 / 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 ESPECIALIZADA LA CONCEPCION

**Nit del prestador \***

830510991

**Nombre del Apoderado \***

ARTURO MAZA OROZCO

**Número de identificación \***

72226590

**Cargo \***

GESTOR DE CARTERA

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

Si

Google no creó ni aprobó este contenido.

**Google Formularios**