

# Formato de asistencia

Correo electrónico \*

carterraaux@clinicauros.com

Fecha Conciliación \*

DD MM AAAA

23 / 10 / 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 UROS SAS

**Nit del prestador \***

813011577

**Nombre del Apoderado \***

JHONATAN ALBERTO TAO

**Número de identificación \***

1002855236

**Cargo \***

Lider cartera

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

Si

Google no creó ni aprobó este contenido.

**Google Formularios**