

# Formato de asistencia

Correo electrónico \*

auxiliar.cartera@clinicaofta.com

Fecha Conciliación \*

DD MM AAAA

01 / 11 / 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 DE OFTALMOLOGÍA DE CALI

**Nit del prestador \***

890320032

**Nombre del Apoderado \***

HERNAN ESTRADA

**Número de identificación \***

94413657

**Cargo \***

AUXILIAR DE CARTERA

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

Si

Google no creó ni aprobó este contenido.

Google Formularios