

# Formato de asistencia

Correo electrónico \*

analista1.cartera@cnsr.com

Fecha Conciliación \*

DD MM AAAA

18 / 01 / 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 NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS

**Nit del prestador \***

890301430

**Nombre del Apoderado \***

IDANY GOMEZ PANTOJA

**Número de identificación \***

1107511599

**Cargo \***

ANALISTA DE CARTERA

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

Si

Google no creó ni aprobó este contenido.

**Google** Formularios