

# Formato de asistencia

Correo electrónico \*

sara.jaramillo@redgesencro.co

Fecha Conciliación \*

DD MM AAAA

17 / 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 DE ALTA COMPLEJIDAD SANTA BARBARA

**Nit del prestador \***

901108368

**Nombre del Apoderado \***

SARA JARAMILLO

**Número de identificación \***

1114833418

**Cargo \***

ANALISTA DE CARTERA

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

Si

Google no creó ni aprobó este contenido.

**Google** Formularios