

# Formato de asistencia

Correo electrónico \*

otologico.mercad.imb@quironsalud.com

Fecha Conciliación \*

DD MM AAAA

09 / 04 / 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) \*

Otológico SAS

**Nit del prestador \***

890329347-3

**Nombre del Apoderado \***

Ana Milena Valencia

**Número de identificación \***

1143958071

**Cargo \***

Secretaria de facturación

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

Si

Google no creó ni aprobó este contenido.

**Google Formularios**