

# Formato de asistencia

Correo electrónico \*

lcbolanos@clinicaversalles.com.co

Fecha Conciliación \*

DD MM AAAA

24 / 07 / 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 VERSALLES

**Nit del prestador \***

800048954

**Nombre del Apoderado \***

LEYDY CRISTINA BOLAÑOS ARCE

**Número de identificación \***

1143831986

**Cargo \***

COORDINADORA DE CARTERA

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

Si

Google no creó ni aprobó este contenido.

**Google Formularios**