

# Formato de asistencia

Correo electrónico \*

katerine.arangom@almamater.hospital

Fecha Conciliación \*

DD MM AAAA

01 / 11 / 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) \*

Hospital alma Mater de Antioquia

**Nit del prestador \***

811016192

**Nombre del Apoderado \***

Katerine arango martinez

**Número de identificación \***

1038101154

**Cargo \***

Tecnologa en cartera

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

Si

Google no creó ni aprobó este contenido.

Google Formularios