

# Formato de asistencia

Correo electrónico \*

contabilidad@multiayudasortopedicas.com

Fecha Conciliación \*

DD MM AAAA

15 / 07 / 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) \*

MULTIAYUDAS ORTOPEDICAS LTDA

**Nit del prestador \***

900094053

**Nombre del Apoderado \***

LUISA MEJIA

**Número de identificación \***

31321952

**Cargo \***

AUX CONTABLE

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

Si

Google no creó ni aprobó este contenido.

**Google Formularios**