

# Formato de asistencia

Correo electrónico \*

fabiola@ortogomez.com

Fecha Conciliación \*

DD MM AAAA

02 / 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) \*

Cnentro Ortopedico gomez

**Nit del prestador \***

900247752

**Nombre del Apoderado \***

Fabiola Rojas

**Número de identificación \***

66905008

**Cargo \***

Gerente

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

Si

Google no creó ni aprobó este contenido.

**Google Formularios**