

Ver resultados

Encuestado

722      Anónimo

00:51

Tiempo para  
completar

1. Fecha conciliación. \*

19/9/2023

2. Tipo de conciliación. \*

- ☒ Conciliación de cartera.
- ☐ Conciliación de Glosas y Devoluciones.
- ☐ Conciliación Administrativa.
- ☐ Capacitación de Radicación.
- ☐ Compromiso de Pagos.

3. Nombre completo del prestador (IPS - ESE) \*

CLINICA LA SAGRADA FAMILIA SAS

4. Nit del prestador. \*

901352353

El valor debe ser un número.

5. Nombre del apoderado. \*

DIANA MARCELA BOLAÑOS RIOS

6. Numero de identificación. \*

1094953365

El valor debe ser un número.

7. Cargo. \*

AUXILIAR DE CARTERA

8. ¿Confirma asistencia a la Reunión? \*

☒ Si