

Ver resultados

Encuestado

715

Anónimo

01:15

Tiempo para
completar

1. Fecha conciliación. *

15/9/2023

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) *

Hospital Universitario San José de Popayán ESE

4. Nit del prestador. *

891580002

El valor debe ser un número.

5. Nombre del apoderado. *

Wilmer Santiago Muñoz Sterling

6. Numero de identificación. *

1063814516

El valor debe ser un número.

7. Cargo. *

Profesional Apoyo a Cartera

8. ¿Confirma asistencia a la Reunión? *

☒ Si