

Ver resultados

Encuestado

506 Anónimo

01:42

Tiempo para
completar

1. Fecha conciliación. *

13/6/2023

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 NEFROUROS

4. Nit del prestador. *

900231793

El valor debe ser un número.

5. Nombre del apoderado. *

AURA BEATRIZ PEREZ MORALES

6. Numero de identificación. *

26430574

El valor debe ser un número.

7. Cargo. *

DIRECTORA NACIONAL DE CARTERA Y GLOSAS

8. ¿Confirma asistencia a la Reunión? *

☒ Si