

Ver resultados

Encuestado

510      Anónimo

01:23

Tiempo para  
completar

1. Fecha conciliación. \*

14/6/2023

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) \*

ESE Hospital Universitario Erasmo meoz

4. Nit del prestador. \*

800014918

El valor debe ser un número.

5. Nombre del apoderado. \*

Mary Alejandra Herrera Díaz

6. Numero de identificación. \*

37397879

El valor debe ser un número.

7. Cargo. \*

Analista de cuentas medicas y conciliaciones en devoluciones

8. ¿Confirma asistencia a la Reunión? \*

☒ Si