

Ver resultados

Encuestado

567

Anónimo

01:35

Tiempo para
completar

1. Fecha conciliación. *

29/6/2023

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) *

Hospital Francisco de Paula Santander

4. Nit del prestador. *

891500084

El valor debe ser un número.

5. Nombre del apoderado. *

María Fernanda paz zapata

6. Numero de identificación. *

34603768

El valor debe ser un número.

7. Cargo. *

Líder proceso de cartera

8. ¿Confirma asistencia a la Reunión? *

☒ Si