

Ver resultados

Encuestado

1168 Anónimo

01:25

Tiempo para
completar

1. Fecha conciliación. *

8/10/2024

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) *

SERVIMEDIC QUIRON SAS.

4. Nit del prestador. *

900014785

El valor debe ser un número.

5. Nombre del apoderado. *

LUZ ESTELLA FIGUEROA

6. Numero de identificación. *

31955461

El valor debe ser un número.

7. Cargo. *

LIDER FINANCIERO

8. ¿Confirma asistencia a la Reunión? *

☐ Si