

[Ver resultados](#)

Encuestado

1144

Anónimo

00:42

Tiempo para
completar

1. Fecha conciliación. *

17/9/2024



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) *

ESE HOSPITAL DE EL TAMBO CAUCA

4. Nit del prestador. *

891501104

El valor debe ser un número.

5. Nombre del apoderado. *

Henry Sanchez Fernandez

6. Numero de identificación. *

1061764082

El valor debe ser un número.

7. Cargo. *

Coordinador de cartera

8. ¿Confirma asistencia a la Reunión? *

☒ Si