

[Ver resultados](#)

Encuestado

1132

Anónimo

**00:34**Tiempo para  
completar

1. Fecha conciliación. \*

12/9/2024



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) \*

CLINICA DESA SAS

4. Nit del prestador. \*

900771349

El valor debe ser un número.

5. Nombre del apoderado. \*

ALBA ROSA LIBREROS RIAÑOS

6. Numero de identificación. \*

1116246586

El valor debe ser un número.

7. Cargo. \*

COORDINADORA DE CARTERA

8. ¿Confirma asistencia a la Reunión? \*

☒ Si