

Ver resultados

Encuestado

1147 Anónimo

01:58

Tiempo para
completar

1. Fecha conciliación. *

19/9/2024

2. Tipo de conciliacion. *

- ☒ Conciliación de cartera.
- ☐ Conciliación de Glosas y Devoluciones.
- ☐ Conciliación Administrativa.
- ☐ Capacitación de Radicación.
- ☐ Compromiso de Pagos.

3. Nombre completo del prestador (IPS - ESE) *

HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA ESE

4. Nit del prestador. *

800037021

El valor debe ser un número.

5. Nombre del apoderado. *

ALEXANDER MORENO HOYOS

6. Numero de identificación. *

86011523

El valor debe ser un número.

7. Cargo. *

APOYO A PROFESIONAL DE CARTERA

8. ¿Confirma asistencia a la Reunión? *

☐ Si