

[Ver resultados](#)

Encuestado

1133

Anónimo

00:39

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 NUEVA RAFAEL URIBE URIBE SAS

4. Nit del prestador. *

900891513

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