

[Ver resultados](#)

Encuestado

1137

Anónimo

**02:36**Tiempo para  
completar

1. Fecha conciliación. \*

13/9/2024



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) \*

SOPORTE VITAL CALI SAS

4. Nit del prestador. \*

900196862

El valor debe ser un número.

5. Nombre del apoderado. \*

PAOLA ANDREA PRADO CEDEÑO

6. Numero de identificación. \*

6679366

El valor debe ser un número.

7. Cargo. \*

GESTION ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA

8. ¿Confirma asistencia a la Reunión? \*

☐ Si