

Ver resultados

Encuestado

1157 Anónimo

01:22

Tiempo para
completar

1. Fecha conciliación. *

27/9/2024

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) *

CLINICA VERSALLES

4. Nit del prestador. *

800048954

El valor debe ser un número.

5. Nombre del apoderado. *

JOSE LOPEZ

6. Numero de identificación. *

1151942433

El valor debe ser un número.

7. Cargo. *

ASISTENTE DE CARTERA

8. ¿Confirma asistencia a la Reunión? *

☐ Si