

Ver resultados

Encuestado  
1176      Anónimo

02:26  
Tiempo para  
completar

1. Fecha conciliación. \*

1/11/2024

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) \*

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE LETICIA

4. Nit del prestador. \*

838000096

El valor debe ser un número.

5. Nombre del apoderado. \*

RISONEY BARBOSA PACIFICO

6. Numero de identificación. \*

40178474

El valor debe ser un número.

7. Cargo. \*

Apoyo Área de Cartera

8. ¿Confirma asistencia a la Reunión? \*

☒ Si