

Ver resultados

Encuestado

818

Anónimo

00:39

Tiempo para
completar

1. Fecha conciliación. *

21/11/2023



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) *

ESE Hospital Francisco Luis Jiménez Martínez

4. Nit del prestador. *

800227877

El valor debe ser un número.

5. Nombre del apoderado. *

Luis Alberto Roche Martínez

6. Numero de identificación. *

1067840761

El valor debe ser un número.

7. Cargo. *

Auditor médico

8. ¿Confirma asistencia a la Reunión? *

☐ Si