

[Ver resultados](#)

Encuestado

823

Anónimo

01:31Tiempo para
completar

1. Fecha conciliación. *

23/11/2023



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) *

CLINICA OFTALMOLOGICA DE PALMIRA

4. Nit del prestador. *

900206194

El valor debe ser un número.

5. Nombre del apoderado. *

NATHALIA PEÑA ESCOBAR

6. Numero de identificación. *

1144152767

El valor debe ser un número.

7. Cargo. *

Contador (e)

8. ¿Confirma asistencia a la Reunión? *

☐ Si