

Ver resultados

Encuestado

813      Anónimo

02:31

Tiempo para  
completar

1. Fecha conciliación. \*

14/11/2023

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) \*

RED DE SALUD DEL NORTE E.S.E

4. Nit del prestador. \*

805027287

El valor debe ser un número.

5. Nombre del apoderado. \*

MARTHA CORTES

6. Numero de identificación. \*

31389353

El valor debe ser un número.

7. Cargo. \*

LIDER DE CARTERA

8. ¿Confirma asistencia a la Reunión? \*

☒ Si