

[Ver resultados](#)

Encuestado

891

Anónimo

00:52

Tiempo para
completar

1. Fecha conciliación. *

28/12/2023



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) *

Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle

4. Nit del prestador. *

890304155

El valor debe ser un número.

5. Nombre del apoderado. *

María Fernanda Garavito Díaz

6. Numero de identificación. *

66774232

El valor debe ser un número.

7. Cargo. *

Técnico Cartera

8. ¿Confirma asistencia a la Reunión? *

☐ Si