

Ver resultados

Encuestado

986 Anónimo

01:30
Tiempo para
completar

1. Fecha conciliación. *

1/4/2024

2. Tipo de conciliacion. *

- ☒ 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 UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO

4. Nit del prestador. *

891180268

El valor debe ser un número.

5. Nombre del apoderado. *

MARIA ANGELICA LERMA SALCEDO

6. Numero de identificación. *

36065681

El valor debe ser un número.

7. Cargo. *

TECNICO DEVOLUCION

8. ¿Confirma asistencia a la Reunión? *

☐ Si