

Ver resultados

Encuestado

1104      Anónimo

01:08

Tiempo para  
completar

1. Fecha conciliación. \*

21/8/2024

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 UNIVERSITARIO ERASMO MEOZ

4. Nit del prestador. \*

800014918

El valor debe ser un número.

5. Nombre del apoderado. \*

Maria Claudia Estupiñan Sanabria

6. Numero de identificación. \*

37275210

El valor debe ser un número.

7. Cargo. \*

Revisor de Cartera

8. ¿Confirma asistencia a la Reunión? \*

☒ Si