

[Ver resultados](#)

Encuestado

631

Anónimo

00:58

Tiempo para
completar

1. Fecha conciliación. *

31/7/2023



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 Timbio .S.E

4. Nit del prestador. *

817000999

El valor debe ser un número.

5. Nombre del apoderado. *

Paula Vivas

6. Numero de identificación. *

53000376

El valor debe ser un número.

7. Cargo. *

Apoyo de Cartera

8. ¿Confirma asistencia a la Reunión? *

☐ Si