

Ver resultados

Encuestado

590

Anónimo

00:57

Tiempo para  
completar

1. Fecha conciliación. \*

10/7/2023

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 Universitario San Jose de Popayán E.S.E.

4. Nit del prestador. \*

891580002

El valor debe ser un número.

5. Nombre del apoderado. \*

Wilmer Santiago Muñoz Sterling

6. Numero de identificación. \*

1063814516

El valor debe ser un número.

7. Cargo. \*

Profesional Apoyo de Cartera

8. ¿Confirma asistencia a la Reunión? \*

☒ Si