

[Ver resultados](#)

Encuestado

1143

Anónimo

**01:01**Tiempo para  
completar

1. Fecha conciliación. \*

17/9/2024



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) \*

Red Salud Armenia ESE

4. Nit del prestador. \*

801001440

El valor debe ser un número.

5. Nombre del apoderado. \*

Leidy Johanna Téllez Ortiz

6. Numero de identificación. \*

1094890952

El valor debe ser un número.

7. Cargo. \*

Analista de cartera

8. ¿Confirma asistencia a la Reunión? \*

☒ Si