

FORMATO AIFT010 - Conciliación Cartera ERP – EBP

ENTIDAD TERRITORIAL: SECRETARIA DE SALUD DEL ATLANTICO

Fundación Clínica Materno Infantil Adela de Char

FECHA DE CORTE DE CONCILIACION: 30/04/2022

FECHA DE CONCILIACION:07/04/2022

INF																				
INFORMACION ERP																				
No.	FACTURA ACREEDOR REG. ERP	VALOR FACTURA REGISTRADA ERP	VALOR DESCUENTO Y AJUSTES RECOBRADO	VALOR DEVOLUCIÓN	FECHA ULTIMA DEVOLUCIÓN	VALOR EN AUDITORÍA	NÚMERO DE GLOSA U OBJECCIÓN	FECHA NOTIFICACIÓN GLOSA	VALOR GLOSADO	FECHA RESPUESTA GLOSA	VLR GLOSA - ACEPTADA ACREEDOR	No. NOTA CRÉDITO ACREEDOR	GLOSA CONCILIADA ACEPTADA EPS	GLOSA CONCILIADA ACEPTADA POR ACREEDOR	NÚMERO DE ACTA DE CONCILIACIÓN	GLOSA PENDIENTE POR CONCILIAR	GLOSA REITERADA POR CONCILIAR	SALDO LIBRE PARA PAGO A FECHA DE CORTE	ACTUAL MENTE PROCESO LEGAL	OBSERVACIONES
1	169669	159.390							159.390					159.390	2.022.040.704			-		NO SE ANEXARON SOPORTES
2	169658	159.390		159.390			849		-					159.390	2.022.040.704			-		NO SE EVIDENCIAN SOPORTES
3	187939	30.092		30.092			849		-					30.092	2.022.040.704			-		NO SE EVIDENCIAN SOPORTES
4	187957	15.046		15.046			849		-					15.046	2.022.040.704			-		NO SE EVIDENCIAN SOPORTES
5	188000	15.046		15.046			849		-					15.046	2.022.040.704			-		NO SE EVIDENCIAN SOPORTES
6	188039	15.046		15.046			849		-					15.046	2.022.040.704			-		NO SE EVIDENCIAN SOPORTES
7	188048	69.000		69.000			849		-					69.000	2.022.040.704			-		NO SE EVIDENCIAN SOPORTES
8	188054	69.000		69.000			849		-					69.000	2.022.040.704			-		NO SE EVIDENCIAN SOPORTES
9	188057	46.512		46.512			849		-					46.512	2.022.040.704			-		NO SE EVIDENCIAN SOPORTES
10	188077	69.000		69.000			849		-					69.000	2.022.040.704			-		NO SE EVIDENCIAN SOPORTES
11	188114	46.512		46.512			849		-					46.512	2.022.040.704			-		NO SE EVIDENCIAN SOPORTES
12	188118	46.512		46.512			849		-					46.512	2.022.040.704			-		NO SE EVIDENCIAN SOPORTES
13	188130	96.600		96.600			849		-					96.600	2.022.040.704			-		NO SE EVIDENCIAN SOPORTES
14	188240	15.046		15.046			849		-					15.046	2.022.040.704			-		NO SE EVIDENCIAN SOPORTES
15	188356	12.250		12.250			849		-					12.250	2.022.040.704			-		NO SE EVIDENCIAN SOPORTES
16	188359	46.512		46.512			849		-					46.512	2.022.040.704			-		NO SE EVIDENCIAN SOPORTES
17	188381	7.304		7.304			849		-					7.304	2.022.040.704			-		NO SE EVIDENCIAN SOPORTES
18	188398	15.046		15.046			849		-					15.046	2.022.040.704			-		NO SE EVIDENCIAN SOPORTES
19	161137	40.033.618		40.033.618			849		-					24.517.746	2.022.040.704			15.515.872.00		SE VALIDA FACTURA PRESTADOR ANEXA SOPORTE DETALLADO DEL PROCEDIMIENTO. EL PROCEDIMIENTO TERCER VENTICULOSTOMIA ENDOSCOPICA ES POS ( RES. 5975/16 COD. CUPS AL SUBGRUPO 022) INCLUIDO USO DE DISPOSITIVO (INTEGRALIDAD) SE RECONOCE PROCEDIMIENTO NO POS CRANEOSTOMIA CON FENESTRACION ENDOSCOPICA EN \$15.525.872) NO HAY PROCEDIMIENTO SIMILAR POS.

20	161138	40.041.745	40.041.745	849	-	24.525.873	2.022.040.704	15.515.872.00	Se valida factura, los procedimientos cobrados TERCER VENTRICULOSTOMÍA ENDOSCÓPICA, corresponde en la clasificación establecida en la Res 5975/2016 CUPS al subgrupo 022 VENTRICULOSTOMÍAS, con cobertura en el PBS, incluido el uso de dispositivos sin excepción, necesarios e insustituibles para su realización Art 57 Res 6408/2016, por lo tanto se reconoce el pago del procedimiento NO PBS CRANEOSTOMIA CON FENESTRACIÓN ENDOSCÓPICA \$15.525.872 [\$8.000.000+ \$7.525.872 (50% INSUMOS)] no hay procedimiento homólogo en el PBS.
21	169666	159.390	159.390	849	-	159.390	2.022.040.704	-	NO SE ANEXARON SOPORTES
22	169705	1.362.060	1.362.060	849	-	1.165.318	2.022.040.704	196.742.00	PRESTADOR ANEXA SOPORTES Y SE AUTORIZAN 13 LATAS DE PULMOCARE QUE SE EVIDENCIAN EN EL REGISTRO DE APLICACIÓN PULMORAR 237ML \$ 15134X13= \$ 196,742
23	169708	1.362.060	1.362.060	849	-	1.362.060	2.022.040.704	-	NO SE ANEXARON SOPORTES
24	169713	3.946.488	3.946.488	849	-	3.946.488	2.022.040.704	-	NO SE ANEXARON SOPORTES
25	186289	316.710	316.710	849	-	214.436	2.022.040.704	102.274.00	SE VALIDA FACTURA, ANEXAN SOPORTE. SE EVIDENCIA HOJA DE ADMINISTRACION (2) FACTURAN 6. MAYOR VALOR COBRADO EN SUSTITUTO LABETALOL 100MG/100ML. SE DESCUENTA SIMILAR METOPROLOL TARTRA. 1MG/ML AMP \$1.648X2 = \$3.296
26	186518	5.650	5.650	849	-	2.250	2.022.040.704	3.400.00	SE VALIDA FACTURA. ANEXAN SOPORTES. SE VERIFICA CODIGO CUM EN REGISTRO INVIMA. ANEXADO EN MYT. SE DESCUENTA SIMILAR ALPRAZOLONA 0.25MG \$75X30=\$2.250. MEDICAMENTO HIDROXICINA JARABE 25MG.



NIT: 890.102.006-1  
Código Postal: 080003  
SC-CER627351 Código DANE: 08-000

Gobernación del Atlántico  
atlantico.gov.co

• atencionalciudadano@atlantico.gov.co  
• (57)(5) 330 7103  
• Calle 40 carreras 45 y 46 / Barranquilla - Colombia  
Línea Gratuita: 01 8000 915 307



27	193035	4.597.012	4.597.012	849	-	2.862.088	2.022.040.704	1.734.924.00	SE VALIDA FACTURA, ANEXAN SOPORTES. SE VERIFICA CODIGO CUM EN REGISTRO INVIMA REGISTRADO EN MYT. EN REGISTRO DE APLICACION SE EVIDENCIAN 12 ENTREGAS. (FACTURAN 28) MAYOR VALOR COBRADO EN MEDICAMENTO LINEZOLID 600MG SLN INY. SE RECONOCE A \$ 150812 X 12=\$ 1809744. REGULADO CIRCULAR 04/2012. DESCUENTO DE SIMILAR VANCOMICINA 500MG/POLVO SUSP. INY \$6235X12=\$74820
28	193071	1.149.253	1.149.253	849	-	43.645	2.022.040.704	1.105.608.00	SE VALIDA FACTURA, ANEXAN SOPORTES. SE VERIFICA CODIGO CUM EN REGISTRO INVIMA REGISTRADO EN MYT. EN REGISTRO DE APLICACION. MEDICAMENTO LINEZOLID 600MG SLN INY X 7.. DESCUENTO DE SIMILAR VANCOMICINA 500MG/POLVO SUSP. INY \$6235X7=\$43645.
29	193073	768.900	768.900	849	-	25.630	2.022.040.704	743.270.00	SE VALIDA FACTURA, ANEXAN SOPORTES. SE FACTURAN 60 A PRECIO \$ 12815 , SE EVIDENCIA SOPORTES DE 58. MAYOR VALOR COBRADO EN ENSURE PLUS HN 237ML. SE RECONOCE PRECIO REFERENCIADO \$12815x58= \$743.270. NO EXISTE SIMILAR EN PBS.
30	193091	73.040	73.040	849	-	45.076	2.022.040.704	27.964.00	SE VALIDA FACTURA, SE ANEXAN SOPORTES. SE VERIFICA CODIGO CUM EN REGISTRO INVIMA; ANEXADO EN MYT. SE EVIDENCIA 4. EN HOJA DE ADMINISTRACION FACTURAN (10) MAYOR VALOR COBRADO MEDICAMENTO PROGESTERONA MICRONIZADA CAP 200MG. SE RECONOCE A \$7.304X4=\$29.216. DESCUENTO DE SIMILAR MEDROXIPROGESTERONA \$313X4=\$1.252.
31	193673	1.153.350	1.153.350	849	-	889.350	2.022.040.704	264.000.00	SE VALIDA FACTURA, ANEXAN SOPORTES. SE EVIDENCIA SOPORTES DE 22. MAYOR VALOR COBRADO EN ENSURE PLUS HN 237ML. \$12000 X 22=\$264000. NO EXISTE SIMILAR EN PBS.
32	193675	1.350.000	1.350.000	849	-	750.000	2.022.040.704	600.000.00	SE VALIDA FACTURA ANEXAN SOPORTES. SE EVIDENCIA EN HOJA DE ADMINISTRACION (50) FACTURAN 120 MAYOR VALOR COBRADO EN NEPRO AP. 237ML. \$12000X50=\$600000 NO EXISTE SIMILAR EN PBS.
33	193680	69.000	69.000	849	-	39.725	2.022.040.704	29.275.00	SE VALIDA FACTURA. SE VERIFICA CODIGO CUM EN REGISTRO INVIMA ANEXADO EN MYT. FACTURAN (10) ANEXAN REGISTRO DE APLICACIÓN DE 5. MAYOR VALOR COBRADO EN ESPORAS DE BACILLUS CLAUSII SUSPENSION ORAL. 2000 MUI/5 ML. SE RECONOCE A PRECIO \$5.950 C/U X 5= \$ 29.750. DESCUENTO DE SIMILAR LOMPERAMIDA \$95X5=\$475. FECHA DE PRESTACION 25/11/2017.
34	193683	157.500	157.500	849	-	28.878	2.022.040.704	128.622.00	SE VALIDA FACTURA. SE VERIFICA CODIGO CUM REGISTRADO EN MYT. MAYOR VALOR COBRADO EN MEDICAMENTO NO POSCARBETOCINA 100 MCG AMPOLLA X 1, SE FACTURA \$ 157.500 SE RECONOCE PRECIO \$130.450. SE DESCUENTA SIMILAR OXITOCINA 100UI\$1828.
35	193685	109.560	109.560	849	-	81.596	2.022.040.704	27.964.00	SE VALIDA FACTURA, SE ANEXAN SOPORTES. SE VERIFICA CODIGO CUM EN REGISTRO INVIMA; ANEXADO EN MYT. SE EVIDENCIA ADMINISTRADA 4. EN HOJA DE ADMINISTRACION FACTURAN (15) MAYOR VALOR COBRADO MEDICAMENTO PROGESTERONA MICRONIZADA CAP 200MG. SE RECONOCE A \$7.304X4=\$29.216. DESCUENTO DE SIMILAR MEDROXIPROGESTERONA \$313X4=\$1.252.
36	193689	2.268.000	2.268.000	849	-	43.645	2.022.040.704	2.224.355.00	SE VALIDA FACTURA. ANEXAN SOPORTES. SE DESCUENTA SIMILAR DEL MEDICAMENTO NO POS DAPTOMICINA POLVO INY 500MG, QUE CORRESPONDE A VANCOMICINA 500MG SUSP. \$6.235X7=\$43.645.



37	193696	73.040	73.040	849	-	66.049	2.022.040.704	6.991.00	SE VALIDA FACTURA, SE ANEXAN SOPORTES. SE VERIFICA CODIGO CUM EN REGISTRO INVIMA; ANEXADO EN MYT. SE EVIDENCIA 1. EN HOJA DE ADMINISTRACION FACTURAN (10) MAYOR VALOR COBRADO MEDICAMENTO PROGESTERONA MICRONIZADA CAP 200MG. SE RECONOCE A \$7.304X1 DESCUENTO DE SIMILAR MEDROXIPROGESTERONA \$313X1.
38	193701	73.040	73.040	849	-	45.076	2.022.040.704	27.964.00	SE VALIDA FACTURA, SE ANEXAN SOPORTES. SE VERIFICA CODIGO CUM EN REGISTRO INVIMA; ANEXADO EN MYT. SE EVIDENCIA 4. EN HOJA DE ADMINISTRACION FACTURAN (10) MAYOR VALOR COBRADO MEDICAMENTO PROGESTERONA MICRONIZADA CAP 200MG. SE RECONOCE A \$7.304X4=\$29.216. DESCUENTO DE SIMILAR MEDROXIPROGESTERONA \$313X4=\$1.252.
39	193707	30.092	30.092	849	-	6.700	2.022.040.704	23.392.00	SE VALIDA FACTURA PRESTADOR ANEXA SOPORTES SE DESCUENTA SUSTITUTO DEL MEDICAMENTO NO POS ACIDO FUSIDICO CREMA 2%, QUE CORRESPONDE A SULFADIAZINA DE PLATA \$3350 X2
40	193709	99.760	99.760	849	-	9.060	2.022.040.704	90.700.00	SE VALIDA FACTURA. ANEXAN SOPORTES. SE VERIFICA CODIGO CUM EN REGISTRO INVIMA. SE DESCUENTA SUSTITUTO DEL MEDICAMENTO NO POS RIFAXIMINA TAB 200MG, QUE CORRESPONDE A NISTATINA 500.000 UI TAB \$453X20=9060
41	193714	805.770	805.770	849	-	682.710	2.022.040.704	123.060.00	SE VALIDA FACTURA ANEXAN SOPORTES, SE VERIFICA CODIGO CUM EN REGISTRO INVIMA. ANEXADO EN MYT. MAYOR VALOR COBRADO EN MEDICAMENTO. LACTULOSA 66.7GR X 15ML SOBRE SE RECONOCE A \$8422X15=\$126330 DESCUENTO DE SIMILAR ACEITE DE RICINO \$218X15=3270
42	193720	15.046	15.046	849	-	4.883	2.022.040.704	10.163.00	SE VALIDA FACTURA. SE EVIDENCIA CODIGO CUM EN REGISTRO INVIMA. MAYOR VALOR COBRADO EN MEDICAMENTO ACIDO FUSIDICO X 1 SE RECONOCE A PRECIO \$12000. SE DESCUENTA SIMILAR HIDROCORTIZONA TOPICA \$1.837.
43	193723	12.849	12.849	849	-	914	2.022.040.704	11.935.00	SE VALIDA FACTURA. ANEXAN SOPORTES. SE VERIFICA CODIGO CUM EN REGISTRO INVIMA. MEDICAMENTO PEDIAVIT SLN ORAL 10ML. SE DESCUENTA SIMILAR SULFATO FERROSO \$914.
44	193724	109.560	109.560	849	-	109.560	2.022.040.704	-	PRESTADOR ACEPTA INCONCISTENCIA EN MOTIVO DE DEVOLUVION. EXISTE AUSENCIA DE HOJA DE ADMINISTRACION DE LA TECNOLOGIA NO POS PROGESTERONA MICRONIZADA CAP 200 MG
45	193783	12.849	12.849	849	-	914	2.022.040.704	11.935.00	SE VALIDA FACTURA. ANEXAN SOPORTES. SE VERIFICA CODIGO CUM EN REGISTRO INVIMA. MEDICAMENTO PEDIAVIT SLN ORAL 10ML. SE DESCUENTA SIMILA SULFATO FERROSO \$914.
46	193787	12.849	12.849	849	-	914	2.022.040.704	11.935.00	SE VALIDA FACTURA. ANEXAN SOPORTES. SE VERIFICA CODIGO CUM EN REGISTRO INVIMA. MEDICAMENTO PEDIAVIT SLN ORAL 10ML. SE DESCUENTA SIMILA SULFATO FERROSO \$914.
47	193843	810.000	810.000	849	-	364.500	2.022.040.704	445.500.00	SE VALIDA FACTURA, ANEXAN SOPORTE. SE EVIDENCIA HOJA DE ADMINISTRACION (33) FACTURAN 60. MAYOR VALOR COBRADO EN DIBEN DRINK 200ML LIQ. SE RECONOCE A \$13.500X33=\$445.500 NO EXISTE SIMILAR EN PBS.



48	193858	4.597.012		4.597.012			849						4.597.012	2.022.040.704						PRESTADOR ACEPTA INCONSISTENCIA EN MOTIVO DE DEVOLUCION. SE VERIFICA CODIGO CUM EN REGISTRO INVIMA REGISTRADO EN MYT.EXISTE AUSENCIA DE REGISTRO DE APLICACION .(FACTURAN 28) MEDICAMENTO LINEZOLID 600MG SLN INY.
49	193860	4.597.012		4.597.012			849						1.975.492	2.022.040.704				2.621.520.00		SE VALIDA FACTURA, ANEXAN SOPORTES. SE VERIFICA CODIGO CUM EN REGISTRO INVIMA REGISTRADO EN MYT. EN REGISTRO DE APLICACION SE EVIDENCIAN 28 ENTREGAS. MAYOR VALOR COBRADO EN MEDICAMENTO LINEZOLID 600MG SLN INY. SE RECONOCE A \$125.395 X 28=\$ 2.758.690. REGULADO CIRCULAR 04/2018. + INCREMENTO % IPS. DESCUENTO DE SIMILAR VANCOMICINA 500MG/POLVO SUSP. INY \$6235X22=\$137170
50	193861	3.223.640		3.223.640			849						3.223.640	2.022.040.704						PRESTADOR ACEPTA INCONSISTENCIA EN MOTIVO DE DEVOLUCION. EXISTE INCONSISTENCIA EN CTC-114844. AUTORIZAN TIGECICLINA 25MG TAB. FORMULAN, FACTURAN Y ENTREGAN TIGECICLINA POLVO SLN INY, 50MG.
51	193877	1.412.100		1.412.100			849						237.300	2.022.040.704				1.174.800.00		SE VALIDA FACTURA, ANEXAN SOPORTES. SE EVIDENCIA HOJA DE MEDICAMENTO . MAYOR VALOR COBRADO EN NEPRO BP. SE FACTURA \$ 23.535 C/U, SE RECONOCE PRECIO REFERENCIADO \$19.580X60=\$1.174.800
52	193880	1.412.100		1.412.100			849						237.300	2.022.040.704				1.174.800.00		SE VALIDA FACTURA. ANEXAN SOPORTE. SE EVIDENCIA HOJA DE ADMINISTRACION 60. MAYOR VALOR COBRADO EN NEPRO BP LIQ. 237MLSE RECONOCE A \$19.580X60=\$1174800 NO EXISTE SIMILAR EN PBS.
53	186257	15.046		15.046			849						4.883	2.022.040.704				10.163.00		SE VALIDA FACTURA. SE EVIDENCIA CODIGO CUM EN REGISTRO INVIMA. MAYOR VALOR COBRADO EN MEDICAMENTO ACIDO FUSIDICO X 1 SE RECONOCE A PRECIO \$12000. SE DESCUENTA SIMILAR HIDROCORTIZONA TOPICA \$1.837.
54	186264	2.118.150		2.118.150			849						2.118.150	2.022.040.704						PRESTADOR NO SUBSANA MOTIVO DEVOLUCION. USUARIO CON CAPACIDAD DE PAGO. NIVEL DE PUNTAJE 56,84, ANEXAN SOPORTE. SE EVIDENCIA HOJA DE ADMINISTRACION (61) FACTURAN 90. MAYOR VALOR COBRADO EN NEPRO BP LIQ. 237MLSE RECONOCE A \$19.580X61=\$1.194.380. NO EXISTE SIMILAR EN PBS.
55	186265	1.107.000					306						1.045.500	2.022.040.704						Se acepta glosa por ausencia parcial de administración defresubin x 500 ml x 85
56	186290	4.597.012		4.597.012			849						982.587	2.022.040.704				3.614.425.00		SE VALIDA FACTURA, ANEXAN SOPORTES. SE VERIFICA CODIGO CUM EN REGISTRO INVIMA REGISTRADO EN MYT. EN REGISTRO DE APLICACION SE EVIDENCIAN 25 ENTREGAS. (FACTURAN 28) MAYOR VALOR COBRADO EN MEDICAMENTO LINEZOLID 600MG SLN INY. SE RECONOCE A \$150812 X 25=\$ 3770.300 . DESCUENTO DE SIMILAR VANCOMICINA 500MG/POLVO SUSP. INY \$6235X25=\$155875
57	186296	276.300		276.300			849						183.330	2.022.040.704				92.970.00		SE VALIDA FACTURA. SE EVIDENCIA CODIGO CUM EN REGISTRO INVIMA. EN REGISTRO DE APLICACION SE EVIDENCIAN 5 PARACETAMOL (ACETAMINOFEN) 1 G SOLUCION INYECTABLE . FACTURAN (9)MAYOR VALOR COBRADO EN PARACETAMOL 1GR. SLN INY SE RECONOCE PRECIO \$18.698X5 \$93.490 SE DESCUENTA SIMILAR ACETAMINOFEN 500MG \$104X5=\$104X5=\$520.



58	186458	69.000	69.000	849	-	10.450	2.022.040.704	58.550.00	SE VALIDA FACTURA. SE VERIFICA CODIGO CUM EN REGISTRO INVIMA ANEXADO EN MYT. ANEXAN SOPORTES. MAYOR VALOR COBRADO BACILLUS CLAUSII 2000 MILLONES SUS ORAL X 10, \$5950X10=\$59500 DESCUENTO DE SIMILAR LOPERAMIDA \$95X10=\$950. FECHA DE PRESTACION 7/03/2017.
59	186461	69.000	69.000	849	-	69.000	2.022.040.704	-	SE VALIDA FACTURA. SE VERIFICA CODIGO CUM EN REGISTRO INVIMA ANEXADO EN MYT. SE EVIDENCIA ENMENDADURA EN REGISTRO DE APLICACION. FECHA DE PRESTACION 18/08/2017.
60	186462	4.597.012	4.597.012	849	-	548.856	2.022.040.704	4.048.156.00	SE VALIDA FACTURA, ANEXAN SOPORTES. SE VERIFICA CODIGO CUM EN REGISTRO INVIMA REGISTRADO EN MYT. MAYOR VALOR COBRADO EN MEDICAMENTO LINEZOLID 600MG SLN INY. SE RECONOCE A \$150812X28=\$ 4222.736 REGULADO CIRCULAR 04/2012 + INCREMENTO % IPS. DESCUENTO DE SIMILAR VANCOMICINA 500MG/POLVO SUSP. INY \$6235X28 = \$174580
61	186476	96.600	96.600	849	-	55.615	2.022.040.704	40.985.00	SE VALIDA FACTURA. SE VERIFICA CODIGO CUM EN REGISTRO INVIMA ANEXADO EN MYT. ANEXAN REGISTRO DE APLICACIÓN DE 7, BACILLUS CLAUSII 2000 MILLONES SUS ORAL. SE GLOSA MAYOR VALOR COBRADO, SE RECONOCE \$5.950 X7=\$ 41.650. DESCUENTO DE SIMILAR LOMPERAMIDA \$95X7=\$665. FECHA DE PRESTACION 21/02/2017.
62	186478	96.600	96.600	849	-	61.470	2.022.040.704	35.130.00	SE VALIDA FACTURA. SE VERIFICA CODIGO CUM EN REGISTRO INVIMA ANEXADO EN MYT. ANEXAN REGISTRO DE APLICACIÓN DE 6, BACILLUS CLAUSII 2000 MILLONES SUS ORAL. SE GLOSA MAYOR VALOR COBRADO, SE RECONOCE \$5.950X6=\$35.700. DESCUENTO DE SIMILAR LOMPERAMIDA \$95X6=\$570. FECHA DE PRESTACION 20/02/2017.
63	186481	55.200	55.200	849	-	49.345	2.022.040.704	5.855.00	SE VALIDA FACTURA. SE VERIFICA CODIGO CUM EN REGISTRO INVIMA ANEXADO EN MYT. SE FACTURAN (8) ANEXAN REGISTRO DE APLICACIÓN DE 1 BACILLUS CLAUSII 2000 MILLONES SUS ORAL, EL CUAL SE GLOSA MAYOR VALOR COBRADO SE RECONOCE \$ 5.950 . DESCUENTO DE SIMILAR LOMPERAMIDA \$95. FECHA DE PRESTACION 25/02/2017.
64	186492	69.000	69.000	849	-	10.450	2.022.040.704	58.550.00	SE VALIDA FACTURA. SE VERIFICA CODIGO CUM EN REGISTRO INVIMA ANEXADO EN MYT. ANEXAN REGISTRO DE APLICACIÓN DE 10 BACILLUS CLAUSII 2000 MILLONES SUS ORAL, SE GLOSA MAYOR VALOR COBRADO SE RECONOCE \$5.950 X10=\$59.500. DESCUENTO DE SIMILAR LOMPERAMIDA \$95X10=\$950. FECHA DE PRESTACION 06/03/2017.
65	186495	69.000	69.000	849	-	28.015	2.022.040.704	40.985.00	SE VALIDA FACTURA. SE VERIFICA CODIGO CUM EN REGISTRO INVIMA ANEXADO EN MYT. SE FACTURAN (10) ANEXAN REGISTRO DE APLICACIÓN DE 7 BACILLUS CLAUSII 2000 MILLONES SUS ORAL. MAYOR VALOR COBRADO \$5.950 X7=\$ 41.650 DESCUENTO DE SIMILAR LOMPERAMIDA \$95X7=\$665. FECHA DE PRESTACION 5/03/2017.
66	186499	69.000	69.000	849	-	10.450	2.022.040.704	58.550.00	SE VALIDA FACTURA. SE VERIFICA CODIGO CUM EN REGISTRO INVIMA ANEXADO EN MYT. ANEXAN SOPORTES. MAYOR VALOR COBRADO BACILLUS CLAUSII 2000 MILLONES SUS ORAL SE RECONOCE \$ 5.950 X10=\$ 59.500. DESCUENTO DE SIMILAR LOPERAMIDA \$95X10=\$950. FECHA DE PRESTACION 7/03/2017.



67	186506	45.138	45.138	849	-	14.649	2.022.040.704	30.489.00	SE VALIDA FACTURA. SE EVIDENCIA CODIGO CUM EN REGISTRO INVMA. MAYOR VALOR COBRADO EN MEDICAMENTO ACIDO FUSIDICO, SE RECONOCE PRECIO \$12000X3=\$ 36000. SE DESCUENTA SIMILAR HIDROCORTIZONA TOPICA \$1.837X3=\$5.511.
68	186508	5.650	5.650	849	-	2.250	2.022.040.704	3.400.00	SE VALIDA FACTURA. ANEXAN SOPORTES. SE VERIFICA CODIGO CUM EN REGISTRO INVMA. ANEXADO EN MYT. SE DESCUENTA SIMILAR ALPRAZOLONA 0.25MG \$75X30=\$2.250. MEDICAMENTO HIDROXICINA JARABE 25MG.
69	186509	12.250	12.250	849	-	-	2.022.040.704	12.250.00	SE VALIDA FACTURA. ANEXAN SOPORTES. SE VERIFICA CODIGO CUM EN REGISTRO INVMA. ANEXADO EN MYT. MEDICAMENTO ENEMA (FOSFATO DE SODIO DIBASICO/FOSFATO DE SODIO MONOBASICO 133ML. \$12250. NO EXISTE SIMILAR EN PBS.
70	186510	5.650	5.650	849	-	2.250	2.022.040.704	3.400.00	SE VALIDA FACTURA. ANEXAN SOPORTES. SE VERIFICA CODIGO CUM EN REGISTRO INVMA. ANEXADO EN MYT. SE DESCUENTA SIMILAR ALPRAZOLONA 0.25MG \$75X30=\$2.250. MEDICAMENTO HIDROXICINA JARABE 25MG.
71	186512	5.650	5.650	849	-	2.250	2.022.040.704	3.400.00	SE VALIDA FACTURA. ANEXAN SOPORTES. SE VERIFICA CODIGO CUM EN REGISTRO INVMA. ANEXADO EN MYT. SE DESCUENTA SIMILAR ALPRAZOLONA 0.25MG \$75X30=\$2.250. MEDICAMENTO HIDROXICINA JARABE 25MG.
72	186513	20.340	20.340	849	-	6.960	2.022.040.704	13.380.00	SE VALIDA FACTURA PRESTADOR ANEXA SOPORTES SE DESCUENTA MAYOR VALOR COBRADO IVERMECTINA SOLUCION ORAL 6 MG/ML/5 ML X 1 \$15000 Y SE DESCUENTA SUSTITUTO ALBENDAZOL \$1620
73	186516	15.046	15.046	849	-	4.883	2.022.040.704	10.163.00	SE VALIDA FACTURA. SE EVIDENCIA CODIGO CUM EN REGISTRO INVMA. MAYOR VALOR COBRADO EN MEDICAMENTO ACIDO FUSIDICO X 1 SE RECONOCE A PRECIO \$12000. SE DESCUENTA SIMILAR HIDROCORTIZONA TOPICA \$1.837.
74	193875	1.500.000	1.500.000	849	-	1.050.000	2.022.040.704	450.000.00	PRESTADOR SUBSANA MOTIVO DE DEVOLUCION. ACEPTA GLOSA POR NO SOPORTE DE ADMINISTRACION DE LA TECNOLOGIA COBRADA PULMOCARE LATA 237 ML #84 UNIDADES FACTURADAS A \$12,500 SE GLOSA \$1,050,000. SE RECONOCEN 36 UNIDADES DE PULMOCARE 237 ML SOPORTADAS A PRECIO FACTURADO \$12,500.
75	186135	46.512	46.512	849	-	-	2.022.040.704	46.512.00	SE VALIDA FACTURA. ANEXAN SOPORTES. SE VERIFICA CODIGO CUM EN REGISTRO INVMA. ANEXADO EN MYT. MEDICAMENTO ENEMA (FOSFATO DE SODIO DIBASICO/FOSFATO DE SODIO MONOBASICO 133ML. \$12250X3=\$32.679. NO EXISTE SIMILAR EN PBS.
76	186137	69.000	69.000	849	-	69.000	2.022.040.704	-	NO SE ANEXARON SOPORTES



77	186138	12.250	12.250	849	-	-	2.022.040.704	12.250.00	SE VALIDA FACTURA. ANEXAN SOPORTES. SE VERIFICA CODIGO CUM EN REGISTRO INVIMA. ANEXADO EN MYT. MEDICAMENTO ENEMA (FOSFATO DE SODIO DIBASICO/FOSFATO DE SODIO MONOBASICO 133ML. \$12250. NO EXISTE SIMILAR EN PBS.
78	186140	5.650	5.650	849	-	5.650	2.022.040.704	-	NO SE ANEXARON SOPORTES
79	186145	51.128	51.128	849	-	51.128	2.022.040.704	-	NO SE ANEXARON SOPORTES
80	186146	69.000	69.000	849	-	69.000	2.022.040.704	-	NO SE ANEXARON SOPORTES
81	186148	2.415.000	2.415.000	816	-	2.415.000	2.022.040.704	-	PRESTADOR ANEXA SOPORTES SE AUTORIZAN 2 AMP \$86250X2= \$ 172,500 SE DESCUENTA SUSTITUTO
82	186149	69.000	69.000	849	-	69.000	2.022.040.704	-	NO SE ANEXARON SOPORTES



NIT: 890.102.006-1  
Código Postal: 080003  
SC-CER627381 Código DANE: 08-000

Gobernación del Atlántico  
atlantico.gov.co

• atencionalciudadano@atlantico.gov.co  
• (57)(5) 330 7103  
• Calle 40 carreras 45 y 46 / Barranquilla - Colombia  
Línea Gratuita: 01 8000 915 307





83	186151	45.138	45.138	849	-	45.138	2.022.040.704	-	NO SE ANEXARON SOPORTES
84	186152	69.000	69.000	849	-	69.000	2.022.040.704	-	NO SE ANEXARON SOPORTES
85	186155	96.600	96.600	849	-	96.600	2.022.040.704	-	NO SE ANEXARON SOPORTES
86	186158	96.600	96.600	849	-	96.600	2.022.040.704	-	NO SE ANEXARON SOPORTES
87	186159	15.046	15.046	849	-	15.046	2.022.040.704	-	NO SE ANEXARON SOPORTES



NIT: 890.102.006-1  
Código Postal: 080003  
SC-CER627351 Código DANE: 08-000

Gobernación del Atlántico  
atlantico.gov.co

• atencionalciudadano@atlantico.gov.co  
• (57)(5) 330 7103  
• Calle 40 carreras 45 y 46 / Barranquilla - Colombia  
Línea Gratuita: 01 8000 915 307



88	193030	4.597.012	4.597.012	849	-	4.597.012	2.022.040.704	-	NO SE EVIDENCIA LOS DATOS DEL PACIENTE EN EL REG DE APLICACION
89	193053	2.965.248	2.965.248	849	-	2.965.248	2.022.040.704	-	PRESTADOR NO SUBSANA GLOSA NO SE EVIDENCIA LA FIRMA DEL PROFESIONAL EN EL REGISTRO DE APLICACIÓN
90	193062	4.138.600	4.138.600	816	-	4.138.600	2.022.040.704	-	PRESTADOR ANEXA SOPORTES DE OTRO USUARIO. COBERTURA POS ART 54 RES 6408/2016 SUSTANCIAS Y MEDICAMENTOS PARA NUTRICION
91	193064	1.323.450	1.323.450	849	-	1.038.450	2.022.040.704	285.000.00	PRESTADOR ANEXA SOPORTES SE EVIDENCIA 19 LATAS EN EL REGISTRO DE APLICACIÓN MVC EN GLUCERNA 237 ML
92	194149	882.300	882.300	849	-	597.300	2.022.040.704	285.000.00	PRESTADOR ANEXA SOPORTES SE EVIDENCIA 19 LATAS EN EL REGISTRO DE APLICACIÓN MVC EN GLUCERNA 237 ML
93	194151	69.000	69.000	849	-	69.000	2.022.040.704	-	NO SE ANEXARON SOPORTES
94	194152	12.250	12.250	849	-	-	2.022.040.704	12.250.00	SE VALIDA FACTURA. ANEXAN SOPORTES. SE VERIFICA CODIGO CUM EN REGISTRO INVIMA. ANEXADO EN MYT. MEDICAMENTO ENEMA (FOSFATO DE SODIO DIBASICO/FOSFATO DE SODIO MONOBASICO 133ML. \$12250. NO EXISTE SIMILAR EN PBS.
95	194159	69.000	69.000	849	-	69.000	2.022.040.704	-	NO SE ANEXARON SOPORTES
96	194162	46.512	46.512	849	-	-	2.022.040.704	46.512.00	SE VALIDA FACTURA. ANEXAN SOPORTES. SE VERIFICA CODIGO CUM EN REGISTRO INVIMA. ANEXADO EN MYT. MEDICAMENTO ENEMA (FOSFATO DE SODIO DIBASICO/FOSFATO DE SODIO MONOBASICO 133ML. \$12250X3=\$32.679. NO EXISTE SIMILAR EN PBS.
97	194163	69.000	69.000	849	-	69.000	2.022.040.704	-	NO SE ANEXARON SOPORTES



NIT: 890.102.006-1  
Código Postal: 080003  
SC-CER627381 Código DANE: 08-000

Gobernación del Atlántico  
atlantico.gov.co

• atencionalciudadano@atlantico.gov.co  
• (57)(5) 330 7103  
• Calle 40 carreras 45 y 46 / Barranquilla - Colombia  
Línea Gratuita: 01 8000 915 307



98	194169	12.250	12.250	849	-	-	2.022.040.704	12.250.00	SE VALIDA FACTURA. ANEXAN SOPORTES. SE VERIFICA CODIGO CUM EN REGISTRO INVIMA. ANEXADO EN MYT. MEDICAMENTO ENEMA (FOSFATO DE SODIO DIBASICO/FOSFATO DE SODIO MONOBASICO 133ML. \$12250. NO EXISTE SIMILAR EN PBS.
99	194171	45.138	45.138	849	-	45.138	2.022.040.704	-	NO SE ANEXARON SOPORTES
100	194175	157.500	157.500	849	-	157.500	2.022.040.704	-	NO SE ANEXARON SOPORTES
101	194179	30.092	30.092	849	-	30.092	2.022.040.704	-	NO SE ANEXARON SOPORTES
102	194182	39.510	39.510	849	-	39.510	2.022.040.704	-	Se evidencian las siguientes objeciones: 1.- la entidad aporta 2 soportes de administración de medicamentos no cubiertos por la UPC . uno corresponde a la IPS que no registra el documento del usuario, servicio de internación, año y hora de la administración, nombre y firma del personal de salud y otro soporte que corresponde al sugerido por la secretaria de salud para entregas de medicamentos ambulatorio que no corresponde según lo solicitado por la resolución 2972/2015 de la sec de salud.-2.-Se evidencia que el código CUM de la tecnología no cubierta por la UPC registrado en la factura está incompleto falta expediente y consecutivo ,asi mismo este debe coincidir en el formato MYT.-El formulario de justificación de la tecnología registra ilegible la firma del médico por superposición del sello .





103	185745	4.597.012	4.597.012	849	-	1.947.358	2.022.040.704	2.649.654.00	SE VALIDA FACTURA, ANEXAN SOPORTES. SE VERIFICA CODIGO CUM EN REGISTRO INVIMA REGISTRADO EN MYT. EN REGISTRO DE APLICACION. MVC EN MEDICAMENTO LINEZOLID 600MG SLN INY \$ 153.438x 18= \$2761884. REGULADO CIRCULAR 01/2017. DESCUENTO DE SIMILAR VANCOMICINA 500MG/POLVO SUSP. INY \$6235X18=\$112230
104	185748	12.250	12.250	849	-	-	2.022.040.704	12.250.00	SE VALIDA FACTURA. ANEXAN SOPORTES. SE VERIFICA CODIGO CUM EN REGISTRO INVIMA. ANEXADO EN MYT. MEDICAMENTO ENEMA (FOSFATO DE SODIO DIBASICO/FOSFATO DE SODIO MONOBASICO 133ML. \$12250. NO EXISTE SIMILAR EN PBS.
105	185750	20.340	20.340	849	-	6.960	2.022.040.704	13.380.00	SE VALIDA FACTURA PRESTADOR ANEXA SOPORTES SE DESCUENTA MAYOR VALOR COBRADO IVERMECTINA SOLUCION ORAL 6 MG/ML/5 ML X 1 \$15000 Y SE DESCUENTA SUSTITUTO ALBENDAZOL \$1620
106	185751	75.230	75.230	849	-	16.750	2.022.040.704	58.480.00	SE VALIDA FACTURA PRESTADOR ANEXA SOPORTES SE DESCUENTA SUSTITUTO DEL MEDICAMENTO NO POS ACIDO FUSIDICO CREMA 2 %/15 G X 5 , QUE CORRESPONDE A SULFADIAZINA DE PLATA \$3.350 X 5
107	185753	69.000	69.000	849	-	69.000	2.022.040.704	-	PRESTADOR NO SUBSANA MOTIVO DE DEVOLUCION SE VALIDA EN LA FACTURA NO SE EVIDENCIA FIRMA DEL PROFESIONAL EN EL REGISTRO DE APLICACION DEL MEDICAMENTO NO POS COBRADO ESPORAS DE BACILLUS CLAUSII SUSPENSION ORAL 2000 MUU/5 ML X 10
108	185756	960.000	960.000	849	-	960.000	2.022.040.704	-	PRESTADOR NO SUBSANA EL MOTIVO DE DEVOLUCION NO SE EVIDENCIA SOPORTE DE APLICACION CON LA RESPECTIVA FIRMA DEL PROFESIONAL SANITARIO, NI MYT,ACTA DE CTC
109	185758	4.597.012	4.597.012	849	-	3.713.794	2.022.040.704	883.218.00	SE VALIDA FACTURA, ANEXAN SOPORTES. SE VERIFICA CODIGO CUM EN REGISTRO INVIMA REGISTRADO EN MYT. EN REGISTRO DE APLICACION. MVC EN MEDICAMENTO LINEZOLID 600MG SLN INY \$ 153.438x 6= \$920628. REGULADO CIRCULAR 01/2017. DESCUENTO DE SIMILAR VANCOMICINA 500MG/POLVO SUSP. INY \$6235X6=\$37410
110	185759	1.875.000	1.875.000	849	-	1.019.500	2.022.040.704	855.500.00	SOLO SE EVIDENCIA 58 ALIMENTOS SUMINISTRADOS
111	185761	138.000	138.000	849	-	138.000	2.022.040.704	-	PRESTADOR NO SUBSANA MOTIVO DE DEVOLUCION SE VALIDA EN LA FACTURA NO SE EVIDENCIA LA FIRMA DEL PROFESIONAL EN EL REGISTRO DE APLICACION Y LAS DOSIS APLICADAS
112	185775	194.400	194.400	816	-	194.400	2.022.040.704	-	PRESTADOR NO SUBSANA MOTIVO DE DEVOLUCION SE VALIDA EN LA FACTURA NO SE EVIDENCIA LA FIRMA DEL PROFESIONAL EN EL REGISTRO DE APLICACION Y LAS DOSIS APLICADAS Y VASOPRESINA AMP \$ \$55436 Y SUSTITUTO DESMOPRESINA \$19882
113	185778	259.200	259.200	816	-	259.200	2.022.040.704	-	PRESTADOR NO SUBSANA MOTIVO DE DEVOLUCION SE VALIDA EN LA FACTURA NO SE EVIDENCIA LA FIRMA DEL PROFESIONAL EN EL REGISTRO DE APLICACION Y LAS DOSIS APLICADAS Y VASOPRESINA AMP \$ \$55436 Y SUSTITUTO DESMOPRESINA \$19882
114	185791	12.250	12.250	816	-	-	2.022.040.704	12.250.00	SE VALIDA FACTURA. ANEXAN SOPORTES. SE VERIFICA CODIGO CUM EN REGISTRO INVIMA. ANEXADO EN MYT. MEDICAMENTO ENEMA (FOSFATO DE SODIO DIBASICO/FOSFATO DE SODIO MONOBASICO 133ML. \$12250. NO EXISTE SIMILAR EN PBS.



NIT: 890.102.006-1  
Código Postal: 080003  
SC-CER627381 Código DANE: 08-000

Gobernación del Atlántico  
atlantico.gov.co

• atencionalciudadano@atlantico.gov.co  
• (57)(5) 330 7103  
• Calle 40 carreras 45 y 46 / Barranquilla - Colombia  
Línea Gratuita: 01 8000 915 307





115	185792	46.512	46.512	816	-	-	2.022.040.704	46.512.00	SE VALIDA FACTURA. ANEXAN SOPORTES. SE VERIFICA CODIGO CUM EN REGISTRO INVIMA. ANEXADO EN MYT. MEDICAMENTO ENEMA (FOSFATO DE SODIO DIBASICO/FOSFATO DE SODIO MONOBASICO 133ML. \$12250X3=\$32.679. NO EXISTE SIMILAR EN PBS.
116	185794	75.230	75.230	816	-	16.750	2.022.040.704	58.480.00	SE VALIDA FACTURA PRESTADOR ANEXA SOPORTES SE DESCUENTA SUSTITUTO DEL MEDICAMENTO NO POS ACIDO FUSIDICO CREMA 2 %/15 G. QUE CORRESPONDE A SULFADIAZINA DE PLATA \$3350 X4
117	185795	30.092	30.092	816	-	6.700	2.022.040.704	23.392.00	SE VALIDA FACTURA PRESTADOR ANEXA SOPORTES SE DESCUENTA SUSTITUTO DEL MEDICAMENTO NO POS ACIDO FUSIDICO CREMA 2 %/15 G. QUE CORRESPONDE A SULFADIAZINA DE PLATA \$3350 X2
118	185797	30.092	30.092	816	-	6.700	2.022.040.704	23.392.00	SE VALIDA FACTURA PRESTADOR ANEXA SOPORTES SE DESCUENTA SUSTITUTO DEL MEDICAMENTO NO POS ACIDO FUSIDICO CREMA 2 %/15 G. QUE CORRESPONDE A SULFADIAZINA DE PLATA \$3350 X2
119	185799	51.128	51.128	849	-	51.128	2.022.040.704	-	PRESTADOR NO SUBSANA MOTIVO DE DEVOLUCION SE VALIDA EN LA FACTURA NO SE EVIDENCIA LA FIRMA DEL PROFESIONAL EN EL REGISTRO DE ALICACION Y NO SE EVIDENCIA LA CANTIDAD SUMINISTRADA. SE DESCUENTA MAYOR VALOR ROGESTERONA 200MG \$4560 Y SUSTITUTO MEDROXIPROGESTERONA 5MG \$237
120	185801	1.055.700	1.055.700	849	-	987.348	2.022.040.704	68.352.00	Se acepta precio \$ 70000 c/u en labelaol soln iny. 100 mg/ml Se acepta descuento en medicamento similar metoprolol amp 100 ml en \$ 1648 solo se evidencia una ampoaya en el registro de aplicacion
121	185802	51.128	51.128	849	-	51.128	2.022.040.704	-	PRESTADOR NO SUBSANA MOTIVO DE DEVOLUCION SE VALIDA EN LA FACTURA NO SE EVIDENCIA LA FIRMA DEL PROFESIONAL EN EL REGISTRO DE ALICACION Y NO SE EVIDENCIA LA CANTIDAD SUMINISTRADA. SE DESCUENTA MAYOR VALOR ROGESTERONA 200MG \$4560 Y SUSTITUTO MEDROXIPROGESTERONA 5MG \$237
122	185804	157.500	157.500	849	-	157.500	2.022.040.704	-	PRESTADOR NO SUBSANA MOTIVO DE DEVOLUCION SE VALIDA EN LA FACTURA NO SE EVIDENCIA LA FIRMA DEL PROFESIONAL EN EL REGISTRO DE ALICACION . SE DESCUENTA MAYOR VALOR \$106400 Y SUSTITUTO OXITOCINA \$2418
123	185805	45.138	45.138	849	-	10.050	2.022.040.704	35.088.00	SE VALIDA FACTURA PRESTADOR ANEXA SOPORTES SE DESCUENTA SUSTITUTO DEL MEDICAMENTO NO POS ACIDO FUSIDICO CREMA 2%, QUE CORRESPONDE A SULFADIAZINA DE PLATA \$3350 X3
124	185807	12.849	12.849	849	-	930	2.022.040.704	11.919.00	SE VALIDA FACTURA PRESTADOR ANEXA SOPORTES SE DESCUENTA SUSTITUTO DEL MEDICAMENTO NO POS MULTIVITAMINICOS CON MINERALES GOTAS-PEDIAVIT X 1 QUE CORRESPONDE A SULFATO FERROSO \$930
125	185810	20.340	20.340	849	-	6.960	2.022.040.704	13.380.00	SE VALIDA FACTURA PRESTADOR ANEXA SOPORTES SE DESCUENTA MAYOR VALOR COBRADO IVERMECTINA SOLUCION ORAL 6 MG/ML/5 ML X 1 \$15000 Y SE DESCUENTA SUSTITUTO ALBENDAZOL \$1620
126	185813	69.000	69.000	849	-	69.000	2.022.040.704	-	PRESTADOR NO SUBSANA MOTIVO DE DEVOLUCION SE VALIDA EN LA FACTURA NO SE EVIDENCIA LA FIRMA DEL PROFESIONAL EN EL REGISTRO DE ALICACION Y LAS DOSIS APLICADAS



NIT: 890.102.006-1  
Código Postal: 080003  
SC-CER627351 Código DANE: 08-000

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO  
atlantico.gov.co

atencionalciudadano@atlantico.gov.co  
(57)(5) 330 7103  
Calle 40 carreras 45 y 46 / Barranquilla - Colombia  
Línea Gratuita: 01 8000 915 307



127	185817	960.000	960.000	849	-	140.850	2.022.040.704	819.150.00	SE VALIDA FACTURA PRESTADOR ANEXA SOPORTES SE DESCUENTA MAYOR VALOR CITRATO DE CAFENASE RECONOCE PRECIO DE REGU RESOL 4/12 \$ 29.505X30= 885.150 Y SE DESCUENTA SUSTITUTO AMINOFILINA 24MG \$2200X30= 66.000
128	185819	3.708.000	3.708.000	849	-	3.426.936	2.022.040.704	281.064.00	PRESTADOR SUBSANA MOTIVO DE DEVOLUCION SE VALIDA EN LA FACTURA SE EVIDENCIA LA FIRMA DEL PROFESIONAL EN EL REGISTRO DE ALICACION SE DESCUENTA MAYOR VALOR \$6822X42 = \$ 286524 Y SUSTITUTO LOVASTATINA \$130X42= \$5460 SOLO SE EVIDENCIA 42 CAP EN EL REG DE APLICACION LO DEMAS NO APARECEN FECHA EN LOS REGISTROS
129	185820	45.138	45.138	849	-	10.050	2.022.040.704	35.088.00	SE VALIDA FACTURA PRESTADOR ANEXA SOPORTES SE DESCUENTA SUSTITUTO DEL MEDICAMENTO NO POS ACIDO FUSIDICO CREMA 2% X 3, QUE CORRESPONDE A SULFADIAZINA DE PLATA \$3350 X3
130	186055	960.000	960.000	849	-	140.850	2.022.040.704	819.150.00	SE VALIDA FACTURA PRESTADOR ANEXA SOPORTES SE DESCUENTA MAYOR VALOR CITRATO DE CAFEINA SE RECONOCE PRECIO DE REGU RESOL 4/12 \$29.505 X 30 Y SE DESCUENTA SUSTITUTO AMINOFILINA 24MG \$2200X30
131	186071	12.849	12.849	849	-	930	2.022.040.704	11.919.00	SE VALIDA FACTURA PRESTADOR ANEXA SOPORTES SE DESCUENTA SUSTITUTO DEL MEDICAMENTO NO POS MULTIVITAMINICOS CON MINERALES GOTAS-PEDIAVIT X 1 QUE CORRESPONDE A SULFATO FERROSO \$930
132	186085	4.597.012	4.597.012	849	-	4.597.012	2.022.040.704	-	NO SE ANEXARON SOPORTES
133	186089	12.250	12.250	849	-	-	2.022.040.704	12.250.00	SE VALIDA FACTURA. ANEXAN SOPORTES. SE VERIFICA CODIGO CUM EN REGISTRO INVIMA. ANEXADO EN MYT. MEDICAMENTO ENEMA (FOSFATO DE SODIO DIBASICO/FOSFATO DE SODIO MONOBASICO 133ML. \$12250. NO EXISTE SIMILAR EN PBS.
134	186094	1.583.550	1.583.550	849	-	49.440	2.022.040.704	1.534.110.00	PRESTADOR SUBSANA MOTIVO DE DEVOLUCION ANEXA REGISTRO DE APLICACIÓN COMPLETO FACTURA CON SOPORTES COMPLETO Y SE DESCUENTA EL SUSTITUTO
135	186099	238.140	238.140	849	-	238.140	2.022.040.704	-	PRESTADOR NO SUBSANA MOTIVO DE DEVOLUCION SE VALIDA EN LA FACTURA NO SE EVIDENCIA LA FIRMA DEL PROFESIONAL EN EL REGISTRO DE ALICACION Y NO SE EVIDENCIA LA CANTIDAD SUMINISTRADA. SE DESCUENTA MAYOR VALOR ADENOSINA 6MG \$83300 Y SUSTITUTO NOREPINEFRINA \$3880
136	186106	1.055.700	1.055.700	849	-	32.960	2.022.040.704	1.022.740.00	PRESTADOR SUBSANA MOTIVO DE DEVOLUCION ANEXA REGISTRO DE APLICACIÓN COMPLETO FACTURA CON SOPORTES COMPLETO Y SE DESCUENTA EL SUSTITUTO



137	186110	12.250	12.250	849	-	-	2.022.040.704	12.250.00	SE VALIDA FACTURA. ANEXAN SOPORTES. SE VERIFICA CODIGO CUM EN REGISTRO INVIMA. ANEXADO EN MYT. MEDICAMENTO ENEMA (FOSFATO DE SODIO DIBASICO/FOSFATO DE SODIO MONOBASICO 133ML. \$12250. NO EXISTE SIMILAR EN PBS.
138	186111	46.512	46.512	849	-	-	2.022.040.704	46.512.00	SE VALIDA FACTURA. ANEXAN SOPORTES. SE VERIFICA CODIGO CUM EN REGISTRO INVIMA. ANEXADO EN MYT. MEDICAMENTO ENEMA (FOSFATO DE SODIO DIBASICO/FOSFATO DE SODIO MONOBASICO 133ML. \$12250X3=\$32.679. NO EXISTE SIMILAR EN PBS.
139	186118	69.000	69.000	849	-	69.000	2.022.040.704	-	PRESTADOR NO SUBSANA MOTIVO DE DEVOLUCION SE VALIDA EN LA FACTURA NO SE EVIDENCIA LA FIRMA DEL PROFESIONAL EN EL REGISTRO DE APLICACION Y LAS DOSIS APLICADAS
140	186119	46.512	46.512	849	-	-	2.022.040.704	46.512.00	SE VALIDA FACTURA. ANEXAN SOPORTES. SE VERIFICA CODIGO CUM EN REGISTRO INVIMA. ANEXADO EN MYT. MEDICAMENTO ENEMA (FOSFATO DE SODIO DIBASICO/FOSFATO DE SODIO MONOBASICO 133ML. \$12250X3=\$32.679. NO EXISTE SIMILAR EN PBS.
141	186121	12.250	12.250	849	-	-	2.022.040.704	12.250.00	SE VALIDA FACTURA. ANEXAN SOPORTES. SE VERIFICA CODIGO CUM EN REGISTRO INVIMA. ANEXADO EN MYT. MEDICAMENTO ENEMA (FOSFATO DE SODIO DIBASICO/FOSFATO DE SODIO MONOBASICO 133ML. \$12250. NO EXISTE SIMILAR EN PBS.
142	186129	805.770	805.770	816	-	805.770	2.022.040.704	-	La tecnología cobrada aminoácidos+aceite refinado de soya y oliva OLIMEL bolsa 1500 ml administrado en fecha 16/09/2016 se encuentra cubierto en el plan de beneficios en salud ya que sus componentes (principios activos)están incluidos en este plan. Art 56 resolución 5592/2015.
143	186134	12.250	12.250	849	-	-	2.022.040.704	12.250.00	SE VALIDA FACTURA. ANEXAN SOPORTES. SE VERIFICA CODIGO CUM EN REGISTRO INVIMA. ANEXADO EN MYT. MEDICAMENTO ENEMA (FOSFATO DE SODIO DIBASICO/FOSFATO DE SODIO MONOBASICO 133ML. \$12250. NO EXISTE SIMILAR EN PBS.
144	186519	12.849	12.849	849	-	930	2.022.040.704	11.919.00	SE VALIDA FACTURA PRESTADOR ANEXA SOPORTES SE DESCUENTA SUSTITUTO DEL MEDICAMENTO NO POS MULTIVITAMINICOS CON MINERALES GOTAS-PEDIAVIT, QUE CORRESPONDE A SULFATO FERROSO \$930
145	186521	30.092	30.092	849	-	6.700	2.022.040.704	23.392.00	SE VALIDA FACTURA PRESTADOR ANEXA SOPORTES SE DESCUENTA SUSTITUTO DEL MEDICAMENTO NO POS ACIDO FUSIDICO CREMA 2%, SULFADIAZINA DE PLATA \$3350 X2
146	186523	30.092	30.092	849	-	6.700	2.022.040.704	23.392.00	SE VALIDA FACTURA PRESTADOR ANEXA SOPORTES SE DESCUENTA SUSTITUTO DEL MEDICAMENTO NO POS ACIDO FUSIDICO CREMA 2%, QUE CORRESPONDE A SULFADIAZINA DE PLATA \$3350 X2
147	186524	5.650	5.650	849	-	5.650	2.022.040.704	-	PRESTADOR NO SUBSANA MOTIVO DE DEVOLUCION SE VALIDA EN LA FACTURA NO SE EVIDENCIA LA FIRMA DEL PROFESIONAL EN EL REGISTRO DE APLICACION NI LA CANTIDAD SUMINISTRADA. SE DESCUENTA SUSTITUTO LORATADINA JARABE \$1440





148	186529	2.997.000	2.997.000	816	-	2.997.000	2.022.040.704	-	La tecnología cobrada aminoácidos+aceite refinado de soya y oliva OLIMEL bolsa 1500 ml administrado en fecha 16/09/2016 se encuentra cubierto en el plan de beneficios en salud ya que sus componentes (principios activos) están incluidos en este plan. Art 56 resolución 5592/2015.
149	186533	20.340	20.340	849	-	6.960	2.022.040.704	13.380.00	SE VALIDA FACTURA PRESTADOR ANEXA SOPORTES SE DESCUENTA MAYOR VALOR COBRADO IVERMECTINA SOLUCION ORAL 6 MG/ML/5 ML X 1 \$15000 Y SE DESCUENTA SUSTITUTO ALBENDAZOL \$1620
150	186535	12.250	12.250	849	-	-	2.022.040.704	12.250.00	SE VALIDA FACTURA. ANEXAN SOPORTES. SE VERIFICA CODIGO CUM EN REGISTRO INVIMA. ANEXADO EN MYT. MEDICAMENTO ENEMA (FOSFATO DE SODIO DIBASICO/FOSFATO DE SODIO MONOBASICO 133ML. \$12250. NO EXISTE SIMILAR EN PBS.
151	186536	30.092	30.092	849	-	6.700	2.022.040.704	23.392.00	SE VALIDA FACTURA PRESTADOR ANEXA SOPORTES SE DESCUENTA SUSTITUTO DEL MEDICAMENTO NO POS ACIDO FUSIDICO CREMA 2%, QUE CORRESPONDE A SULFADIAZINA DE PLATA \$3350 X2
152	186539	15.046	15.046	849	-	4.883	2.022.040.704	10.163.00	SE VALIDA FACTURA. SE EVIDENCIA CODIGO CUM EN REGISTRO INVIMA. MAYOR VALOR COBRADO EN MEDICAMENTO ACIDO FUSIDICO X 1 SE RECONOCE A PRECIO \$12000. SE DESCUENTA SIMILAR HIDROCORTIZONA TOPICA \$1.837.
153	186545	15.046	15.046	849	-	4.883	2.022.040.704	10.163.00	SE VALIDA FACTURA. SE EVIDENCIA CODIGO CUM EN REGISTRO INVIMA. MAYOR VALOR COBRADO EN MEDICAMENTO ACIDO FUSIDICO X 1 SE RECONOCE A PRECIO \$12000. SE DESCUENTA SIMILAR HIDROCORTIZONA TOPICA \$1.837.
154	186546	15.046	15.046	849	-	4.883	2.022.040.704	10.163.00	SE VALIDA FACTURA. SE EVIDENCIA CODIGO CUM EN REGISTRO INVIMA. MAYOR VALOR COBRADO EN MEDICAMENTO ACIDO FUSIDICO X 1 SE RECONOCE A PRECIO \$12000. SE DESCUENTA SIMILAR HIDROCORTIZONA TOPICA \$1.837.
155	186587	15.046	15.046	849	-	4.883	2.022.040.704	10.163.00	SE VALIDA FACTURA. SE EVIDENCIA CODIGO CUM EN REGISTRO INVIMA. MAYOR VALOR COBRADO EN MEDICAMENTO ACIDO FUSIDICO X 1 SE RECONOCE A PRECIO \$12000. SE DESCUENTA SIMILAR HIDROCORTIZONA TOPICA \$1.837.
156	186594	69.000	69.000	849	-	69.000	2.022.040.704	-	PRESTADOR NO SUBSANA MOTIVO DE DEVOLUCION SE VALIDA EN LA FACTURA NO SE EVIDENCIA LA FIRMA DEL PROFESIONAL EN EL REGISTRO DE ALICACION Y LAS DOSIS APLICADAS
157	186243	5.650	5.650	849	-	5.650	2.022.040.704	-	PRESTADOR NO SUBSANA MOTIVO DE DEVOLUCION SE VALIDA EN LA FACTURA NO SE EVIDENCIA LA FIRMA DEL PROFESIONAL EN EL REGISTRO DE ALICACION NI LA CANTIDAD SUMINISTRADA. SE DESCUENTA SUSTITUTO LORATADINA JARABE \$1440
158	186246	810.000	810.000	849	-	810.000	2.022.040.704	-	PRESTADOR NO SUBSANA MOTIVO DE DEVOLUCION SE VALIDA EN LA FACTURA NO SE EVIDENCIA LA FIRMA DEL PROFESIONAL EN EL REGISTRO DE ALICACION
159	186247	3.523.500	3.523.500	849	-	2.073.500	2.022.040.704	1.450.000.00	PRESTADOR SUBSANA MOTIVO DE DEVOLUCION MVC OXEPA \$5000X29= \$ 1450000
160	186250	1.107.000	1.107.000	849	-	602.700	2.022.040.704	504.300.00	PRESTADOR SUBSANA MOTIVO DE DEVOLUCION EN EL REGISTRO DE APLICACIÓN SOLO SE EVIDENCIA 41 FRASCO SE FACTURAN 90 12300X41=\$504300



NIT: 890.102.006-1  
Código Postal: 080003  
SC-CER627351 Código DANE: 08-000

Gobernación del Atlántico  
atlantico.gov.co

• atencionalciudadano@atlantico.gov.co  
• (57)(5) 330 7103  
• Calle 40 carreras 45 y 46 / Barranquilla - Colombia  
Línea Gratuita: 01 8000 915 307





161	186251	1.107.180		1.107.180		849			-				1.107.180	2.022.040.704			-	PRESTADOR NO SUBSANA MOTIVO DE DEVOLUCION SE VALIDA EN LA FACTURA REGISTRO DE ALICACION INCOMPLETO SE NECESITA LA NOTA DE ENFERMERIA
162	186254	1.476.240		1.476.240		849			-				1.267.106	2.022.040.704			209.134.00	SE VALIDA FACTURA, ANEXAN SOPORTES. SE EVIDENCIA SOPORTES DE 17. MAYOR VALOR COBRADO EN ENSURE PLUS HN 237ML. \$12,302 X 17=\$209134. NO EXISTE SIMILAR EN PBS.
163	186255	1.107.180		1.107.180		849			-				1.017.475	2.022.040.704			89.705.00	SE VALIDA FACTURA, ANEXAN SOPORTES. SE EVIDENCIA SOPORTES DE 7. MAYOR VALOR COBRADO EN ENSURE PLUS HN 237ML. \$12815 X 7=\$89705. NO EXISTE SIMILAR EN PBS.
164	186256	69.000		69.000		849			-				69.000	2.022.040.704			-	PRESTADOR NO SUBSANA MOTIVO DE DEVOLUCION SE VALIDA EN LA FACTURA NO SE EVIDENCIA LA FIRMA DEL PROFESIONAL EN EL REGISTRO DE ALICACION Y LAS DOSIS APLICADAS
165	186601	69.000		69.000		849			-				69.000	2.022.040.704			-	PRESTADOR NO SUBSANA MOTIVO DE DEVOLUCION SE VALIDA EN LA FACTURA NO SE EVIDENCIA LA FIRMA DEL PROFESIONAL EN EL REGISTRO DE ALICACION Y LAS DOSIS APLICADAS
166	186604	69.000		69.000		849			-				69.000	2.022.040.704			-	PRESTADOR NO SUBSANA MOTIVO DE DEVOLUCION SE VALIDA EN LA FACTURA NO SE EVIDENCIA LA FIRMA DEL PROFESIONAL EN EL REGISTRO DE ALICACION Y LAS DOSIS APLICADAS
167	186606	69.000		69.000		849			-				69.000	2.022.040.704			-	PRESTADOR NO SUBSANA MOTIVO DE DEVOLUCION SE VALIDA EN LA FACTURA NO SE EVIDENCIA LA FIRMA DEL PROFESIONAL EN EL REGISTRO DE ALICACION Y LAS DOSIS APLICADAS
168	186608	41.400		41.400		849			-				41.400	2.022.040.704			-	PRESTADOR NO SUBSANA MOTIVO DE DEVOLUCION SE VALIDA EN LA FACTURA NO SE EVIDENCIA LA FIRMA DEL PROFESIONAL EN EL REGISTRO DE ALICACION Y LAS DOSIS APLICADAS
169	186614	69.000		69.000		849			-				69.000	2.022.040.704			-	PRESTADOR NO SUBSANA MOTIVO DE DEVOLUCION SE VALIDA EN LA FACTURA NO SE EVIDENCIA LA FIRMA DEL PROFESIONAL EN EL REGISTRO DE ALICACION Y LAS DOSIS APLICADAS
170	186615	69.000		69.000		849			-				69.000	2.022.040.704			-	PRESTADOR NO SUBSANA MOTIVO DE DEVOLUCION SE VALIDA EN LA FACTURA NO SE EVIDENCIA LA FIRMA DEL PROFESIONAL EN EL REGISTRO DE ALICACION Y LAS DOSIS APLICADAS
171	186616	41.400		41.400		849			-				41.400	2.022.040.704			-	PRESTADOR NO SUBSANA MOTIVO DE DEVOLUCION SE VALIDA EN LA FACTURA NO SE EVIDENCIA LA FIRMA DEL PROFESIONAL EN EL REGISTRO DE ALICACION Y LAS DOSIS APLICADAS
172	186618	51.128		51.128		849			-				51.128	2.022.040.704			-	PRESTADOR NO SUBSANA MOTIVO DE DEVOLUCION SE VALIDA EN LA FACTURA NO SE EVIDENCIA LA FIRMA DEL PROFESIONAL EN EL REGISTRO DE ALICACION Y NO SE EVIDENCIA LA CANTIDAD SUMINISTRADA. SE DESCUENTA MAYOR VALOR ROGESTERONA 200MG \$4560 Y SUSTITUTO MEDROXIPROGESTERONA 5MG \$237
173	186619	577.800		577.800		849			-				577.800	2.022.040.704			-	PRESTADOR NO SUBSANA MOTIVO DE DEVOLUCION SE VALIDA EN LA FACTURA NO SE EVIDENCIA LA FIRMA DEL PROFESIONAL EN EL REGISTRO DE ALICACION Y EN EL MYT SE ENCUENTRA EL NOMBRE DE OTRA TECNLOGIA
174	186620	2.563.920		2.563.920		849			-				2.392.992	2.022.040.704			170.928.00	SE EVIDENCIA 6 SOBRES DE GLUTAMINA \$28488X6=\$170928





175	186622	136.200	136.200	849	-	136.200	2.022.040.704	-	PRESTADOR NO SUBSANA MOTIVO DE DEVOLUCION SE VALIDA EN LA FACTURA NO SE EVIDENCIA LA FIRMA DEL PROFESIONAL EN EL REGISTRO DE ALICACION Y LA CANTIDAD SUMINISTRADA DEL MEDICAMENTO EL REGISTRO TIENE ENMENDADURS. SE DESCUENTA SUSTITUTO CIPROFLOXACINA TAB \$2453X3
176	186623	69.000	69.000	849	-	69.000	2.022.040.704	-	PRESTADOR NO SUBSANA MOTIVO DE DEVOLUCION SE VALIDA EN LA FACTURA NO SE EVIDENCIA LA FIRMA DEL PROFESIONAL EN EL REGISTRO DE ALICACION Y LAS DOSIS APLICADAS
177	186624	69.000	69.000	849	-	69.000	2.022.040.704	-	PRESTADOR NO SUBSANA MOTIVO DE DEVOLUCION SE VALIDA EN LA FACTURA NO SE EVIDENCIA LA FIRMA DEL PROFESIONAL EN EL REGISTRO DE ALICACION Y LAS DOSIS APLICADAS
178	186627	2.118.150	2.118.150	849	-	355.950	2.022.040.704	1.762.200.00	prestador anexa soportes, se tendrá en cuenta el MVF por la tecnología Nepro BP lata 237 ml. - cantidad # 90, se reconocerá a \$ 19.580 X90= \$ 1762200
179	186628	577.800	577.800	849	-	577.800	2.022.040.704	-	PRESTADOR NO SUBSANA MOTIVO DE DEVOLUCION SE VALIDA EN LA FACTURA EL REGISTRO DE ALICACION SE ENCUENTRA INCOMPLETO
180	186629	866.700	866.700	849	-	866.700	2.022.040.704	-	PRESTADOR NO SUBSANA MOTIVO DE DEVOLUCION REGISTRO DE APLICACIÓN INCOMPLETO SE NECESITA LA NOTA DE ENFERMERÍA
181	185694	12.250	12.250	849	-	-	2.022.040.704	12.250.00	SE VALIDA FACTURA. ANEXAN SOPORTES. SE VERIFICA CODIGO CUM EN REGISTRO INVIMA. ANEXADO EN MYT. MEDICAMENTO ENEMA (FOSFATO DE SODIO DIBASICO/FOSFATO DE SODIO MONOBASICO 133ML. \$12250. NO EXISTE SIMILAR EN PBS.
182	185697	73.040	73.040	849	-	38.085	2.022.040.704	34.955.00	SE VALIDA FACTURA, SE ANEXAN SOPORTES. SE VERIFICA CODIGO CUM EN REGISTRO INVIMA; ANEXADO EN MYT. SE EVIDENCIA 5. EN HOJA DE ADMINISTRACION FACTURAN (10) MAYOR VALOR COBRADO MEDICAMENTO PROGESTERONA MICRONIZADA CAP 200MG. SE RECONOCE A \$7.304X5=\$36.520. DESCUENTO DE SIMILAR MEDROXIPROGESTERONA \$313X5=\$1.565.
183	185701	157.500	157.500	849	-	157.500	2.022.040.704	-	PRESTADOR ACEPTA INCONSISTENCIA EN MOTIVO DE DEVOLUCION. HOJA DE ADMINISTRACION DE MEDICAMENTO EVIDENCIA REGISTRO DE OXITOCINA. NO SE EVIDENCIA REGISTRO DE APLICACIÓN DE MEDICAMENTO CARBETOCINA 100MCG AMP . \$106.400 SIMILAR OXITOCINA \$2.418. FECHA DE PRESTACION 8/11/2017.
184	185702	39.510	39.510	849	-	220	2.022.040.704	39.290.00	SE VALIDA FACTURA ANEXAN SOPORTES. SE DESCUENTA SIMILAR METOCLOPRAMIDA 4MG SLN ORAL \$110. MEDICAMENTO DOMPERIDONA 100MG/60ML.
185	185706	907.200	907.200	849	-	278.348	2.022.040.704	628.852.00	SE VALIDA FACTURA, ANEXAN SOPORTES. VASOPRESINA SLN INY. 20 U/ML \$64800X14=\$907200 DESCUENTO DE SIMILAR DESMOPRESINA ACETATO 4MG/MK SUSP. \$19.882X14=\$278348
186	185711	1.350.000	1.350.000	849	-	-	2.022.040.704	1.350.000.00	PRESTADOR SUBSANA GLOSA ANEXA REGISTRO DE APLICACIÓN NEPRO AP 237ML
187	185712	24.500	24.500	849	-	-	2.022.040.704	24.500.00	SE VALIDA FACTURA. ANEXAN SOPORTES. SE VERIFICA CODIGO CUM EN REGISTRO INVIMA. ANEXADO EN MYT. MEDICAMENTO ENEMA (FOSFATO DE SODIO DIBASICO/FOSFATO DE SODIO MONOBASICO 133ML. \$12250X2=\$21784. NO EXISTE SIMILAR EN PBS.



NIT: 890.102.006-1  
Código Postal: 080003  
SC-CER627351 Código DANE: 08-000

Gobernación del Atlántico  
atlantico.gov.co

• atencionalciudadano@atlantico.gov.co  
• (57)(5) 330 7103  
• Calle 40 carreras 45 y 46 / Barranquilla - Colombia  
Línea Gratuita: 01 8000 915 307



188	185719	45.138	45.138	849	-	14.649	2.022.040.704	30.489.00	SE VALIDA FACTURA. SE EVIDENCIA CODIGO CUM EN REGISTRO INVIMA. MAYOR VALOR COBRADO EN MEDICAMENTO ACIDO FUSIDICO \$1200X3=\$36000. SE DESCUENTA SIMILAR HIDROCORTIZONA TOPICO \$1.837X3=\$5.511.
189	185721	1.215.000	1.215.000	849	-	1.215.000	2.022.040.704	-	PRESTADOR ACEPTA INCONSISTENCIA EN MOTIVO DE DEVOLUCION. EN EL REGISTRO DE APLICACIÓN NO APARECE SUMINISTRADO DIBEN DRINK 200ML
190	185722	4.597.012	4.597.012	849	-	548.856	2.022.040.704	4.048.156.00	SE VALIDA FACTURA. ANEXAN SOPORTES. SE VERIFICA CODIGO CUM EN REGISTRO INVIMA REGISTRADO EN MYT. MEDICAMENTO LINEZOLID 600MG SLN INY. REGULADO CIRCULAR 04/2012.+ INCREMENTO % IPS DESCUENTO DE SIMILAR VANCOMICINA 500MG/POLVO SUSP. INY \$6235X28=\$174580
191	185725	46.512	46.512	849	-	-	2.022.040.704	46.512.00	SE VALIDA FACTURA. ANEXAN SOPORTES. SE VERIFICA CODIGO CUM EN REGISTRO INVIMA. ANEXADO EN MYT. MEDICAMENTO ENEMA (FOSFATO DE SODIO DIBASICO/FOSFATO DE SODIO MONOBASICO 133ML. \$12250X3=\$32.679. NO EXISTE SIMILAR EN PBS.
192	185727	12.250	12.250	849	-	-	2.022.040.704	12.250.00	SE VALIDA FACTURA. ANEXAN SOPORTES. SE VERIFICA CODIGO CUM EN REGISTRO INVIMA. ANEXADO EN MYT. MEDICAMENTO ENEMA (FOSFATO DE SODIO DIBASICO/FOSFATO DE SODIO MONOBASICO 133ML. \$12250. NO EXISTE SIMILAR EN PBS.
193	185736	8.100	8.100	849	-	3.000	2.022.040.704	5.100.00	SE VALIDA FACTURA, SE VERIFICA CODIGO CUM EN REGISTRO INVIMA. ANEXAN SOPORTES. MEDICAMENTO MONTELUKAS TAB. 4MG REGULADO CIRCULAR 04/2012. SE DESCUENTA MEDICAMENTO SIMILAR TEOFINA \$100X30=\$3.000
194	185740	1.074.360	1.074.360	849	-	908.900	2.022.040.704	165.460.00	SE VALIDA FACTURA ANEXAN SOPORTES, SE VERIFICA CODIGO CUM EN REGISTRO INVIMA. ANEXADO EN MYT. MAYOR VALOR COBRADO EN MEDICAMENTO. LACTULOSA 66.7GR X 15ML SOBRE SE RECONOCE A \$8422X20=\$168,440. DESCUENTO DE SIMILAR ACEITE DE RICINO \$149X20=\$2.980.
195	185742	46.935	46.935	849	-	46.935	2.022.040.704	-	PRESTADOR ACEPTA INCONSISTENCIA EN MOTIVO DE DEVOLUCION. FACTURA CORRESPONDE A OTRO PAGADOR. USUARIO CON CAPACIDAD DE PAGO PUNTAJE 63,80. MAYOR VALOR COBRADO TRIMEBUTINA 200MG TAB \$650X12=\$7.800. DESCUENTO DE SIMILAR HIOSCINA METIL BROMURO \$171X12=\$2.052.
196	186160	69.000	69.000	849	-	10.450	2.022.040.704	58.550.00	SE VALIDA FACTURA. SE VERIFICA CODIGO CUM EN REGISTRO INVIMA ANEXADO EN MYT. ANEXAN SOPORTES . MAYOR VALOR COBRADO BACILLUS CLAUSII 2000 MILLONES SUS ORAL X 10, \$5950X10=\$59500 DESCUENTO DE SIMILAR LOPERAMIDA \$95X10=\$950. FECHA DE PRESTACION 7/03/2017.
197	186164	46.512	46.512	849	-	-	2.022.040.704	46.512.00	SE VALIDA FACTURA. ANEXAN SOPORTES. SE VERIFICA CODIGO CUM EN REGISTRO INVIMA. ANEXADO EN MYT. MEDICAMENTO ENEMA (FOSFATO DE SODIO DIBASICO/FOSFATO DE SODIO MONOBASICO 133ML. \$12250X3=\$32.679. NO EXISTE SIMILAR EN PBS.
198	186166	12.250	12.250	849	-	-	2.022.040.704	12.250.00	SE VALIDA FACTURA. ANEXAN SOPORTES. SE VERIFICA CODIGO CUM EN REGISTRO INVIMA. ANEXADO EN MYT. MEDICAMENTO ENEMA (FOSFATO DE SODIO DIBASICO/FOSFATO DE SODIO MONOBASICO 133ML. \$12250. NO EXISTE SIMILAR EN PBS.



199	186168	75.230	75.230	849	-	75.230	2.022.040.704	-	PRESTADOR ACEPTA INCONSISTENCIA EN MOTIVO DE DEVOLUCION. NO SE EVIDENCIA HOJA DE ADMINISTRACION DE MEDICAMENTO. SE EVIDENCIA CODIGO CUM EN REGISTRO INVMA. MAYOR VALOR COBRADO EN MEDICAMENTO ACIDO FUSIDICO \$4.623X2=\$9.246. SE DESCUENTA SIMILAR HIDROCORTIZONA TAB \$1.837X2.
200	186169	69.000	69.000	849	-	10.450	2.022.040.704	58.550.00	SE VALIDA FACTURA. SE VERIFICA CODIGO CUM EN REGISTRO INVIMA ANEXADO EN MYT. ANEXAN SOPORTES . MAYOR VALOR COBRADO BACILLUS CLAUSII 2000 MILLONES SUS ORAL X 10, \$5950X10=\$59500 DESCUENTO DE SIMILAR LOPERAMIDA \$95X10=\$950. FECHA DE PRESTACION 7/03/2017.
201	169655	159.390	159.390	849	-	159.390	2022040704	-	NO SE ANEXARON SOPORTES
202	169656	159.390	159.390	849	-	159.390	2022040704	-	NO SE ANEXARON SOPORTES
203	169657	159.390	159.390	849	-	159.390	2022040704	-	NO SE ANEXARON SOPORTES
204	169659	159.390	159.390	849	-	159.390	2022040704	-	NO SE ANEXARON SOPORTES



NIT: 890.102.006-1  
Código Postal: 080003  
SC-CER627381 Código DANE: 08-000

Gobernación del Atlántico  
atlantico.gov.co

• atencionalciudadano@atlantico.gov.co  
• (57)(5) 330 7103  
• Calle 40 carreras 45 y 46 / Barranquilla - Colombia  
Línea Gratuita: 01 8000 915 307



205	169660	159.390	159.390	849	-	159.390	2022040704	-	NO SE ANEXARON SOPORTES
206	169661	159.390	159.390	849	-	159.390	2022040704	-	NO SE ANEXARON SOPORTES
207	169662	318.780	318.780	849	-	318.780	2022040704	-	NO SE ANEXARON SOPORTES
208	169693	159.390	159.390	849	-	159.390	2022040704	-	NO SE ANEXARON SOPORTES
209	169694	765.000	765.000	849	-	765.000	2022040704	-	NO SE ANEXARON SOPORTES



NIT: 890.102.006-1  
Código Postal: 080003  
SC-CER627351 Código DANE: 08-000

Gobernación del Atlántico  
atlantico.gov.co

• atencionalciudadano@atlantico.gov.co  
• (57)(5) 330 7103  
• Calle 40 carreras 45 y 46 / Barranquilla - Colombia  
Línea Gratuita: 01 8000 915 307



210	169699	3.132.000	3.132.000	849	-	396.480	2022040704	2.735.520.00	MVC EN CITRATO DE CAFEINA \$94711 X30 = \$ 2841330 PRE REG/2012 SE DESCUENTA SUSTITUTO AMINOFILINA 240 MG/10 ML SOLUCION INYECTABLE x 30X 3527 = \$ 105810
211	169700	410.000	410.000	849	-	410.000	2022040704	-	NO SE ANEXARON SOPORTES
212	169701	986.622	986.622	849	-	986.622	2022040704	-	NO SE ANEXARON SOPORTES
213	169703	348.000	348.000	849	-	348.000	2022040704	-	NO SE ANEXARON SOPORTES
214	169704	9.861.250	9.861.250	849	-	9.861.250	2022040704	-	tecnología cobrada DEXMEDETOMINA AMP 0.2 mg/2ml es un anestésicos, se encuentran cubiertos por el Plan de Beneficios con cargo a la UPC para la fecha de prescripción del servicio en el aplicativo y se encuentra dentro de las coberturas establecidas ART.29 Analgesia, anestesia y sedacion REF. resolucion 5857/2018
215	169707	164.100	164.100	849	-	164.100	2022040704	-	NO SE ANEXARON SOPORTES



NIT: 890.102.006-1  
Código Postal: 080003  
SC-CER627381 Código DANE: 08-000

Gobernación del Atlántico  
atlantico.gov.co

• atencionalciudadano@atlantico.gov.co  
• (57)(5) 330 7103  
• Calle 40 carreras 45 y 46 / Barranquilla - Colombia  
Línea Gratuita: 01 8000 915 307



216	169711	255.000	255.000	849	-	255.000	2022040704	-	NO SE ANEXARON SOPORTES
217	169712	255.000	255.000	849	-	255.000	2022040704	-	NO SE ANEXARON SOPORTES
218	169714	1.973.244	1.973.244	849	-	1.973.244	2022040704	-	PRESTADOR NO SUBSANA GLOSA NO SE EVIDENCIA LA FACTURA
219	169715	1.392.000	1.392.000	849	-	782.112	2022040704	609.888.00	SOLO SE EVIDENCIA EN EL REGISTRO 16 AMP 58,000X16= \$ 928,000 SE DESCUENTA SUSTITUTO DESMOPRESINA AMP \$ 19882X16= \$ 318112
220	169716	1.392.000	1.392.000	849	-	1.392.000	2022040704	-	PRESTADOR NO ANEXA SOPORTES
221	169717	765.000	765.000	849	-	765.000	2022040704	-	PRESTADOR NO ANEXA FACTURA DEL ALIMENTO
222	169718	765.000	765.000	849	-	765.000	2022040704	-	PRESTADOR NO ANEXA SOPORTES
223	169719	765.000	765.000	849	-	765.000	2022040704	-	PRESTADOR NO ANEXA SOPORTES
224	169721	159.390	159.390	849	-	159.390	2022040704	-	PRESTADOR NO ANEXA SOPORTES
225	169722	255.000	255.000	849	-	255.000	2022040704	-	PRESTADOR NO ANEXA SOPORTES
226	169723	14.364.064	14.364.064	849	-	6.381.640	2022040704	7.982.424.00	PRESTADOR SUBSANA GLOSA SE EVIDENCIA 9 AMP EN EL REG DE APLICACIÓN \$ 897754X9= \$ 8079,786 SE DESCUENTA SUSTITUTO FLUCONAZOL AMP \$ 10,818X9= \$ 97362
227	169724	159.390	159.390	849	-	159.390	2022040704	-	PRESTADOR NO ANEXA SOPORTES
228	169725	25.508	25.508	849	-	25.508	2022040704	-	PRESTADOR NO ANEXA SOPORTES
229	169726	159.390	159.390	849	-	159.390	2022040704	-	PRESTADOR NO ANEXA SOPORTES
230	169738	159.390	159.390	849	-	159.390	2022040704	-	PRESTADOR NO ANEXA SOPORTES
231	169739	159.390	159.390	849	-	159.390	2022040704	-	PRESTADOR NO ANEXA SOPORTES
232	169741	159.390	159.390	849	-	159.390	2022040704	-	PRESTADOR NO ANEXA SOPORTES
233	169742	159.390	159.390	849	-	159.390	2022040704	-	PRESTADOR NO ANEXA SOPORTES
234	169752	159.390	159.390	849	-	159.390	2022040704	-	PRESTADOR NO ANEXA SOPORTES
235	169754	159.390	159.390	849	-	159.390	2022040704	-	PRESTADOR NO ANEXA SOPORTES
236	220693	1.149.253	1.149.253	849	-	43.645	2022040704	1.105.608.00	SE VALIDA FACTURA, ANEXAN SOPORTES. SE VERIFICA CODIGO CUM EN REGISTRO INVIMA REGISTRADO EN MYT. EN REGISTRO DE APLICACION. MEDICAMENTO LINEZOLID 600MG SLN INY x 7.. DESCUENTO DE SIMILAR VANCOMICINA 500MG/POLVO SUSP. INY \$6235X7=\$43645.



NIT: 890.102.006-1  
Código Postal: 080003  
SC-CER627381 Código DANE: 08-000

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO  
**atlantico.gov.co**

• atencionalciudadano@atlantico.gov.co  
• (57)(5) 330 7103  
• Calle 40 carreras 45 y 46 / Barranquilla - Colombia  
Línea Gratuita: 01 8000 915 307



237	220716	7.304	7.304	849	-	7.304	2022040704	-	PRESTADOR NO ANEXA SOPORTES
238	220727	164.179	164.179	849	-	164.179	2022040704	-	PRESTADOR NO ANEXA SOPORTES
239	220733	300.000	300.000	849	-	300.000	2022040704	-	PRESTADOR NO ANEXA SOPORTES
240	220734	29.216	29.216	849	-	29.216	2022040704	-	PRESTADOR NO ANEXA SOPORTES
241	220888	676.692	676.692	849	-	-	2022040704	676.692.00	SE VALIDAN SOPORTES PRESTADOR SUBSANA GLOSA CUMPLE CON LAS TARIFAS
242	220903	384.708	384.708	849	-	384.708	2022040704	-	PRESTADOR NO ANEXA SOPORTES
243	220908	2.043.624	2.043.624	849	-	-	2022040704	2.043.624.00	PRESTADOR SUBSANA GLOSA Y CUMPLE CON LAS TARIFAS COLISTIMETATO \$ 170,000 Y HOMOLOGO VANCOMICINA AMP
244	220919	16.612	16.612	849	-	16.612	2022040704	-	PRESTADOR NO ANEXA SOPORTES
245	221064	4.683	4.683	849	-	4.683	2022040704	-	PRESTADOR NO ANEXA SOPORTES
246	185755	1.055.700	1.055.700	849	-	1.055.700	2022040704	-	PRESTADOR NO SUBSANA GLOSA NO SE EVIDENCIA REGIATRO DE APLICACIÓN DONDE SE INDICA LA CANTIDAD Y EL TIEMPO CRONOLOGICO QUE SE LE APLICO EL MEDICAMENTO CON SUS RESPECTIVAS FIRMAS
247	185780	157.500	157.500	816	-	157.500	2022040704	-	Persiste causa de devolución, toda vez que no se soporta registro en ADRES afiliación en Municipio de Atlántico, y a la fecha la usuaria registra en Valledupar Cesar. Cobrado CARBETOCINA AMP 100 MG \$157.500 x 1. Homólogo OXITOCINA Amp \$2.923 La hoja adjunta de control de medicamentos no corresponde a soporte de aplicación, donde se evidencie la atención de manera cronológica y secuencial con el registro de los medicamentos suministrados e indicados de acuerdo a historia clínica, con la firma del funcionario responsable, con el cumplimiento de la normatividad vigente Res.1995/99 Sin el soporte de administración no procede pago
248	185787	12.250	12.250	849	-	12.250	2022040704	-	NO SE EVIDENCIAN SOPORTES
249	185789	46.512	46.512	849	-	46.512	2022040704	-	Se valida factura, no fueron subsanadas las causas de devolución, no hay registro de CUM de MEDICAMENTO NOPBS FOSFATO DE SODIO DIBASICO/FOSFATO DE SODIO MONOBASICO SOLUCIÓN ORAL 133 ML., facturado a \$15.504 X 3 No hay homólogo en el PBS. Prescripción: 03/10/2017 La hoja adjunta de control de medicamentos no corresponde a soporte de aplicación, donde se evidencie la atención de manera cronológica y secuencial con el registro de los medicamentos suministrados e indicados de acuerdo a historia clínica, con la firma del funcionario responsable, con el cumplimiento de la normatividad vigente Res.1995/99 describen suministro los días 27 y 28 Sept/2017 con enmendadura 22:00H, 6:00 y 8:00 a.m Sin el soporte de administración no procede pago





250	186082	1.641.790	1.641.790	849	-	169.760	2022040704	1.472.030.00	SE VALIDA FACTURA, ANEXAN SOPORTES. SE VERIFICA CODIGO CUM EN REGISTRO INVIMA REGISTRADO EN MYT. EN REGISTRO DE APLICACION. MVC EN MEDICAMENTO LINEZOLID 600MG SLN INY \$ 153.438x 10= \$1534380 . REGULADO CIRCULAR 01/2017. DESCUENTO DE SIMILAR VANCOMICINA 500MG/POLVO SUSP. INY \$6235X10=\$62350
251	186104	25.698	25.698	849	-	25.698	2022040704	-	No subsanada causa de devolución, sin registro de CUM de MULTIVITAMINICOS MINERALES GOTAS PEDIAT Fco 10 ml #2 v. unitario \$12.849 Prescripción:30/04/2017 8 gotas /dia.No hay descuento de medicamento homólogo en la factura Tiamina tab 300 mg. La hoja adjunta de control de medicamentos no corresponde a soporte de administración, donde se evidencie la atención de manera cronológica y secuencial con el registro de los medicamentos suministrados e indicados de acuerdo a historia clínica, con la firma del funcionario responsable, con el cumplimiento de la normatividad vigente Res.1995/99 Describe suministro en solo un día Abril 30 /2017 Sin el soporte de administración no procede pago
252	186131	73.040	73.040	849	-	73.040	2022040704	-	Se valida factura, no se subsanó causa de devolución, sin registro de CUM de medicamento NOPBS PROGESTERONA MICRONIZADA TAB 200 mg facturado a \$7.304, se reconoce a \$4.500 y se debe descontar la diferencia por MVF\$2.804x10=\$28.041 No se evidencia en la factura descuento de medicamento homólogo MEDROXIPROGESTERONA TAB 5 MG \$267 Prescripción:11/04/2017 PROGESTERONA MICRO TAB 200 MG 1 tab vo/dia La hoja adjunta de control de medicamentos no corresponde a soporte de aplicación, donde se evidencie la atención de manera cronológica y secuencial con el registro de los medicamentos suministrados e indicados de acuerdo a historia clínica, con la firma del funcionario responsable, con el cumplimiento de la normatividad vigente Res.1995/99, describen solo 2 tab. Sin el soporte de administración no procede pago.
253	186273	661.725	661.725	849	-	661.725	2022040704	-	No subsanada la causa de devolución, registro de aplicación incompleto Sin el soporte de administración no procede pago



NIT: 890.102.006-1  
Código Postal: 080003  
SC-CER627381 Código DANE: 08-000

Gobernación del Atlántico  
atlantico.gov.co

• atencionalciudadano@atlantico.gov.co  
• (57)(5) 330 7103  
• Calle 40 carreras 45 y 46 / Barranquilla - Colombia  
Línea Gratuita: 01 8000 915 307



254	186276	3.523.500	3.523.500	849	-	3.523.500	2022040704	-	<p>No subsanada la causa de devolución, se factura ALIMENTO DE USO ESPECIAL COMPLETO DE ALTO CONTENIDO ENERGÉTICO CON EPA Y GLA SR OXEPA 500 ML v. unitario \$58.725 x 60 Prescripción: 15/11/2016 2 dosis/día La hoja adjunta de control de medicamentos no corresponde a soporte de administración, donde se evidencie la atención de manera cronológica y secuencial con el registro de las tecnologías suministrados e indicados de acuerdo a historia clínica, con la firma del funcionario responsable, con el cumplimiento de la normatividad vigente Res.1995/99 Describen suministro de 18 DOSIS como unico producto . Sin el soporte de administración no procede pago.</p>
255	186279	5.175.000	5.175.000	816	-	5.175.000	2022040704	-	<p>Se valida factura y se levanta causa de devolución, por cobertura, toda vez que la prestación del servicio se realiza en Marzo /2016 y es en la resolución 5269/2017 con vigencia 2018 es donde se incluyen los medicamentos usados en los procedimientos de anestesia, sedación y analgesia. En este caso se registran inconsistencias en los soportes adjuntos, Se factura DEXMEDETOMIDINA AMP 0.2 mg/2 ml a valor unitario de \$86.250 x 60 se debe aplicar descuento de medicamento homólogo MIDAZOLAN 5 MG \$6.921 Prescripción: 10/03/2016 Dexmedetomidina 400 mcg en infusión continuáx 1 semana La factura registra f. ingreso y egreso 05/12/2017 Constancia de entrega: 10/03/2017 Formato de Justificación no registra año de la prescripción. La hoja adjunta de control de medicamentos no corresponde a soporte de aplicación, donde se evidencie la atención de manera cronológica y secuencial con el registro de los medicamentos suministrados e indicados de acuerdo a historia clínica, con la firma del funcionario responsable, con el cumplimiento de la normatividad vigente Res.1995/99 Describe solo 1 aplicación, no especificando cantidades, registra DEXMEDETOMIDINA como unico medicamento administrado. Sin el soporte de administración no procede pago.</p>
256	186287	3.338.770	3.338.770	849	-	3.338.770	2022040704	-	PRESTADOR NO SUBSANA GLOSA NO SE EVIDENCIA LA FIRMA DEL PROFESIONAL EN EL REGISTRO DE APLICACION
257	186294	4.324.320	4.324.320	849	-	2.184.600	2022040704	2.139.720.00	MVC DORIPENEM \$86825X33=\$ 2865225 POR REG 2012 Y SE DESCUENTA SUSTITUTO MEROPENEM \$ 21985X33= \$725505 SOLO SE EVIDENCIA EN EL REG DE APLICACIÓN 33 AMP
258	186460	12.250	12.250	849	-	12.250	2022040704	-	NO SE EVIDENCIAN SOPORTES



259	186465	4.597.012	4.597.012	849	-	4.302.606	2022040704	294.406.00	SE VALIDA FACTURA, ANEXAN SOPORTES. SE VERIFICA CODIGO CUM EN REGISTRO INVIMA REGISTRADO EN MYT. EN REGISTRO DE APLICACION. MVC EN MEDICAMENTO LINEZOLID 600MG SLN INY \$ 153.438x 2= \$306876 REGULADO CIRCULAR 01/2017. DESCUENTO DE SIMILAR VANCOMICINA 500MG/POLVO SUSP. INY \$6235X2=\$12472 SOLO SE EVIDENCIAN 2 AMPOLLAS
260	186468	1.125.000	1.125.000	849	-	1.125.000	2022040704	-	Se valida factura, no subsanado causa de devolución, facturado PULMOCARE LATA 237 ml a \$12.500x90 Prescripción : 28/12/2017 1 lata cada 6 horas La hoja adjunta de control de medicamentos no corresponde a soporte de administración, donde se evidencie la atención de manera cronológica y secuencial con el registro de las tecnologías suministradas e indicadas de acuerdo a historia clínica, con la firma del funcionario responsable, con el cumplimiento de la normatividad vigente Res.1995/99 Atención corresponde a Internación en Cuidados Intensivos y en el formato adjunto registra como unica tecnología suministrada PULMOCARE2 LATAS. Sin el soporte de administración no procede pago
261	186469	3.888.000		507	3.888.000	3.833.567	2022040704	54.433.00	SOLO SE EVIDENCIA UNA AMPOY DE VASOPRESINA \$55436 Y SE DESCUENTA SUSTITUTO
262	186470	1.296.000	1.296.000	849	-	1.296.000	2022040704	-	PRESTADOR NO SUBSANA GLOSA ANEXA SOPORTES SOLO SE EVIDENCIA 6 AMP EN EL REGISTRO DE APLICACIÓN 64800X6 = \$ 388800 SE DESCUENTA SUSTITUTO DESMOPRESINA \$ 19882X6= \$ 119292
263	186472	1.944.000		507	1.944.000	596.460	2022040704	1.347.540.00	SE VALIDA FACTURA, ANEXAN SOPORTES. SE EVIDENCIA HOJA DE MEDICAMENTO VASOPRESINA SLN INY. 20 UI/ML \$64800X30=\$1944000 DESCUENTO DE SIMILAR DESMOPRESINA ACETATO 4MG/MK SUSP. \$19.882X30=\$596460
264	186531	2.997.000	2.997.000	849	-	2.997.000	2022040704	-	Se valida y se evidencia factura nutrición parenteral conformado por combinación de aminoácidos esenciales y no esenciales, Aceite refinado de Soya y Oliva emulsión inyectable 1.500 ml prescrita el día 26/09/2016 13:05 H para administrar una vez por día, se trata de usuario con soporte ventilatorio. No se adjunta hoja de registro de UCI que permita verificar la administración de producto facturado. Anexa hoja de control de Medicamento donde se registra como unica tecnología sministrada OLIMED N7 1500 ML, Y NOTA de Fallecido 27/09/2016 3:00 a.m, teniendo en cuenta el tiempo transcurrido desde la prescripción hasta el fallecimiento de ser soportada la administración se reconocerá solo una aplicación 1.500 ml en \$380.000 valor de referencia promedio del mercado institucional. Descuento \$119.500



265	186548	46.512	46.512	849	-	46.512	2022040704	-	Se valida factura, no fueron subsanadas las causas de devolución, no hay registro de CUM de MEDICAMENTO NOPBS FOSFATO DE SODIO DIBASICO/FOSFATO DE SODIO MONOBASICO SOLUCIÓN ORAL 133 ML., facturado a \$15.504 X 3 No hay homólogo en el PBS. Prescripción: 23/01/2017 La hoja adjunta de control de medicamentos no corresponde a soporte de aplicación, donde se evidencie la atención de manera cronológica y secuencial con el registro de los medicamentos suministrados e indicados de acuerdo a historia clínica, con la firma del funcionario responsable, con el cumplimiento de la normatividad vigente Res.1995/99 describen suministro el día 23/01/2017 . Sin el soporte de administración no procede pago
266	193040	1.107.000	1.107.000	849	-	1.107.000	2022040704	-	PRESTADOR NO SUBSANA GLOSA REGISTRO DE APLICACIÓN INCOMPLETO
267	193044	1.107.180	1.107.180	849	-	787.328	2022040704	319.852.00	SE VALIDA FACTURA, ANEXAN SOPORTES. SE EVIDENCIA SOPORTES DE 26. MAYOR VALOR COBRADO EN ENSURE PLUS HN 237ML. \$12302 X 26=\$319852. NO EXISTE SIMILAR EN PBS.
268	193049	1.853.280	1.853.280	849	-	686.160	2022040704	1.167.120.00	MVC DORIPENEM \$86825X18=\$ 1562850 POR REG 2012 Y SE DESCUENTA SUSTITUTO MEROPENEM \$ 21985X18= \$395730
269	193060	382.860	382.860	849	-	382.860	2022040704	-	No fue subsanado causa de devolución, facturado BUDESONIDA SLN PARA NEBULIZACIÓN 0.5 MG/ML v. unitario \$19.143x 20 Prescripción: 20/11/2017 MNB BUDESONIDA 0.5 mg+3cc SSN cada 6 H X 5 DÍAS La hoja adjunta de control de medicamentos no corresponde a soporte de aplicación, donde se evidencie la atención de manera cronológica y secuencial con el registro de los medicamentos suministrados e indicados de acuerdo a historia clínica, con la firma del funcionario responsable, con el cumplimiento de la normatividad vigente Res.1995/99 Describen solo 6 MNB realizadas como unico tratamiento aplicado. Sin el soporte de administración no procede pago
270	193887	1.500.000	1.500.000	849	-	1.500.000	2022040704	-	PRESTADOR NO SUBSANA MOTIVO DE DEVOLUCION ACTA DE CTC.REG APLICACIÓN
271	193890	1.149.253	1.149.253	849	-	43.645	2022040704	1.105.608.00	SE VALIDA FACTURA, ANEXAN SOPORTES. SE VERIFICA CODIGO CUM EN REGISTRO INVIMA REGISTRADO EN MYT. EN REGISTRO DE APLICACION, MEDICAMENTO LINEZOLID 600MG SLN INY x 7.. DESCUENTO DE SIMILAR VANCOMICINA 500MG/POLVO SUSP. INY \$6235X7=\$43645.
272	193893	1.074.360	1.074.360	849	-	1.000.524	2022040704	73.836.00	SE VALIDA FACTURA ANEXAN SOPORTES, SE VERIFICA CODIGO CUM EN REGISTRO INVIMA. ANEXADO EN MYT. MAYOR VALOR COBRADO EN MEDICAMENTO. LACTULOSA 66.7GR X 15ML SOBRE SE RECONOCE A \$8422X9=\$75798 DESCUENTO DE SIMILAR ACEITE DE RICINO \$218X9=1962 SOLO SE EVIDENCIA 9 SOBRES EN EL REGISTRO DE APLIC



273	193894	1.055.700		1.055.700		849			-					32.960	2022040704			1.022.740.00	SE VALIDA FACTURA, ANEXAN SOPORTE. . MAYOR VALOR COBRADO EN SUSTITUTO DEL LABETALOL 100MG/100ML. SE RECONOCE A \$52.785X20=\$527850.SE DESCUENTA SIMILAR METOPROLOL TARTRA. 1MG/ML AMP \$1.648X20 =\$3.296
274	194186	109.560		109.560		849			-					109.560	2022040704			-	Se valida factura, no se subsanó causa de devolución, sin registro de CUM de medicamento NOPBS PROGESTERONA MICRONIZADA TAB 200 mg facturado a \$7.304, se reconoce a \$4.500 y se debe descontar la diferencia por MVF\$2.804x15=\$31.260. No se evidencia en la factura descuento de medicamento homólogo MEDROXIPROGESTERONA TAB 5 MG \$267 Prescripción:27/12/2017 1 tab vo/día La hoja adjunta de control de medicamentos no corresponde a soporte de aplicación, donde se evidencie la atención de manera cronológica y secuencial con el registro de los medicamentos suministrados e indicados de acuerdo a historia clínica, con la firma del funcionario responsable, con el cumplimiento de la normatividad vigente Res.1995/99, describen solo 3 tab. Sin el soporte de administración no procede pago
275	194189	4.597.012		4.597.012		849			-					474.968	2022040704			4.122.044.00	SE VALIDA FACTURA, ANEXAN SOPORTES. SE VERIFICA CODIGO CUM EN REGISTRO INVIMA REGISTRADO EN MYT. EN REGISTRO DE APLICACION. MVC EN MEDICAMENTO LINEZOLID 600MG SLN INY \$ 153.438x 28= \$4296264. REGULADO CIRCULAR 01/2017. DESCUENTO DE SIMILAR VANCOMICINA 500MG/POLVO SUSP. INY \$X28=\$174580
276	194193	224.460		224.460		849			-					224.460	2022040704			-	No subsanadas causa de devolución, sin registro de CUM en la factura, medicamento NOPBS RIFAXIMINA TAB 200 MG FACTURADAS A \$4.988X45 SE RECONOCE A \$2.800 y se aplica descuento por el MVF \$2800x45=\$126.000 y descontar medicamento homólogo NISTATINA \$453 prescripción: 04/01/2018 1 tab cada 8 h por 15 días La hoja adjunta de control de medicamentos no corresponde a soporte de aplicación, donde se evidencie la atención de manera cronológica y secuencial con el registro de los medicamentos suministrados e indicados de acuerdo a historia clínica, con la firma del funcionario responsable, con el cumplimiento de la normatividad vigente Res.1995/99 Describen en la hoja de contro como unico medicamento suministrado 17 tab. Sin el soporte de administración no procede pago.
277	23239834	908.040				207			121.800					25.200	2022040704			96.600.00	Se acepta precio de la tecnología no pos PULMOCARE 273 ML LATA en \$ 14.750 c/u c/u x 60
278	24246600	19.691				207			2.191					2.191	2022040704			-	Se acepta glosa sin descuento del mismo grupo terapeutico del medicamento no pos
279	24246613	19.691				207			2.191					2.191	2022040704			-	Se acepta glosa sin descuento del mismo grupo terapeutico del medicamento no pos
280	24246617	161.775				207			28.778					28.778	2022040704			-	Se acepta descuento del medicamento similar NISTATINA 500.000 UI GRAGEA x 45 en \$ 640 c/u
281	24246671	873.180				207			230.880					230.880	2022040704			-	Se acepta precio de \$ 10.705 c/u en Diben drink vainilla fco 200ml x 60



282	24246688	873.180				207		230.880						230.880	2022040704				-	Se acepta precio de \$ 10.705 c/u en Diben drink vainilla fco 200ml x 60
283	24246718	1.011.948				207		402.948						339.948	2022040704			63.000.00		Se acepta precio de la tecnología no pos pos L-GLUTAMINA 10g, MALTODEXTRINA 5g, L-REUTERI 100million CFU (GLUTAPAK-R) X 21 en \$ 29.000 c/u
284	24246728	873.180		873.180		849		-						873.180	2022040704				-	PRESTADOR NO SUBSANA MOTIVO DE DEVOLUCION NO SE EVIDENCIA ACTA DE CTC Y MYT
285	24246735	1.412.100				207		530.100						237.300	2022040704			292.800.00		Se acepta precio de la tecnología no pos ALIMENTO ESPECIAL PARA ENFERMEDAD RENAL CRONICA LIQUIDA NEPRO BP LATA 237ML x 60 en \$ 19580 c/u = \$1174800
286	24246738	413.586				207		223.695						8.586	2022040704			215.109.00		Se acepta precio de la tecnología no pos glucerna lata 237 grs x 27 en \$ 15000 c/u
287	24246742	689.310				207		372.825						14.310	2022040704			358.515.00		Se acepta precio de la tecnología no pos glucerna lata 237 grs x 45 en \$ 15000c/u = \$562500
288	24246762	76.890				207		44.290						-	2022040704			44.290.00		FACTURA CUMPLE CON LAS TARIFAS DE MERCADO
289	24246765	260.565				207		63.465						39.315	2022040704			24.150.00		Se acepta precio de \$ 14.750 c/u en PULMOCARE 273 ML LATA x 15
290	24246771	104.226				207		25.386						15.726	2022040704			9.660.00		Se acepta precio de \$ 14.750 c/u en PULMOCARE 273 ML LATA x 6
291	24247359	69.484				207		16.924						10.484	2022040704			6.440.00		Se acepta precio de \$ 14.750 c/u en PULMOCARE 273 ML LATA x 4
292	24247369	104.226				207		25.386						15.726	2022040704			9.660.00		Se acepta precio de \$ 14.750 c/u en PULMOCARE 273 ML LATA x 6
293	24247372	903.292		903.292		849		-						903.292	2022040704				-	NO SE EVIDENCIA LA REMISION A NUTRICIONISTA O LA FIRMA DEL ESPECIALISTA EN LA ORDEN MEDICA PULMOCARE 52X12500-\$ 650000
294	23239821	157.629				207		51.229						28.633	2022040704			22.596.00		Acepto carbetocina 100mg ampolla x 1, por valor de \$ 130.450 Se acepta oxitocina 10ui ampolla en \$1454 x unidad. Valor referente.
295	23239827	157.629				207		51.229						28.633	2022040704			22.596.00		Acepto carbetocina 100mg ampolla x 1, por valor de \$ 130.450 Se acepta oxitocina 10ui ampolla en \$1454 x unidad. Valor referente.
296	23239868	3.132.000				207-207		2.352.660						2.352.660	2022040704				-	Se acepta no descuento del medicamento similar AMINOFILINA 240 MG/10 ML SOLUCION INYECTABLE x 30, se reconoce precio \$ 3.527 c/u Se acepta mayor valor en tecnología no pos CITRATO DE CAFEINA 20 MG/ ML AMPOLLA /3 ML x 30, precio regulado CIR 04 del 2012 por fecha de prestación de servicio 20/06/2017
297	23239873	7.536				507		7.536						7.536	2022040704				-	PRESTADOR NO ANEXA SOPORTES
298	23239880	7.536				507		7.536						7.536	2022040704				-	PRESTADOR NO ANEXA SOPORTES



299	23239888	25.184				207-207		11.876				4.144	2022040704		7.732.00	Se acepta precio \$ 5.950 c/u en ESPORAS DE BACILLUS CLAUSIL 2000 MILLONES UI x 4 Se acepta descuento en medicamento similar LOPERAMIDA CLORHIDRATO 2 MG TABLETA O CAPSULA a precio \$ 345 c/u x 4
300	23239914	151.849				207-207		108.849				63.497	2022040704		45.352.00	Se acepta precio \$ 90.000 c/u en tecnología no pos LABETALOL 100 mg/mL SOLUCION INYECTABLE x 1 Se acepta descuento en medicamento el METOPROLOL AMPOLLA 1MGR x 1 en \$ 1648
301	23239921	36.763				207-207		8.844				8.844	2022040704		-	Se acepta precio regulado cir o4/2012 por fecha de prestación de servicios 14/11/2017 en tecnología no pos DOMPERIDONA 1MG/ML FRASCO X 60 ML x 1 Se acepta descuento en medicamento el x 1 en \$ 6.650 METOCLOPRAMIDA (CLORHIDRATO) 4 MG/ML DE BASE (0,4%) SOLUCION ORAL en \$ 3.193 x 1
302	23239938	12.849				207		1.967				1.967	2022040704		-	Se acepta descuento en medicamento similar HIERRO (FERROSO) SULFATO ANHIDRO 20 25 MG DE FE/ML (2 2.5%) SOLUCION ORAL, en \$ 1.967
303	23239962	1.764.600				207		828.600				-	2022040704		828.600.00	FACTURA CUMPLE CON LAS TARIFAS
304	23239988	65.300				507		65.300				65.300	2022040704		-	PRESTADOR NO ANEXA SOPORTES
305	23239994	108.000				207		7.560				7.560	2022040704		-	Se acepta descuento del medicamento similar BISACOLIDO 5MGR TABLETAS x 24 a precio \$ 315 c/u
306	24240005	586.608				207		245.808				-	2022040704		245.808.00	FACTURA CUMPLE CON LAS TARIFAS DE MERCADO
307	24240012	81.625				507		81.625				81.625	2022040704		-	PRESTADOR NO ANEXA SOPORTES
308	24240020	192.354				507		192.354				192.354	2022040704		-	PRESTADOR NO ANEXA SOPORTES
309	24240028	1.518.490				207-207		1.088.490				634.970	2022040704		453.520.00	Se acepta descuento del medicamento similar metoprolol 1 mg amp valor referenciado \$1.648 c/u x10 amp= \$16480 Se acepta precio del medicamento no pos, labetalol sol inyectable 100 mg/20 ml x 10 en \$ 90.000 c/u= \$900000 \$
310	24240032	1.394.082				207-207		377.379				-	2022040704		377.379.00	prestador cumple con precio regulado cir 01/2017 por prestación de servicio de fecha 13/10/2017, linezolid amo 600 mg
311	24240039	2.168.572				207-207		587.034				87.290	2022040704		499.744.00	Se acepta precio regulado cir 01/2017 por prestación de servicio de fecha 17/11/2017, linezolid amo 600 mg x 14 Se acepta no descuento del medicamento similar VANCOMICINA AMPOLLA 500 MGR x 14, a precio \$ 6235 c/u 87290
312	247038	59.800.000	59.800.000			849		-				14.519.900	2022040704		45.280.100.00	prestador subsana glosa y mvc en IMPLANTE CARDIOSINCRONIZADOR en \$ 47.000.000 Se acepta glosa por no descuento del procedimiento similar desfibrilador cardioversor tarifa SOAT 2019 -25% \$ 1.719.900.



313	255417	76.890			207		34.290				-	2022040704		34.290.00	FACTURA CUMPLE CON LAS TARIFAS DE MERCADO
314	255444	346.005			207		154.305				-	2022040704		154.305.00	FACTURA CUMPLE CON LAS TARIFAS DE MERCADO
315	255600	602.305			207		226.305				-	2022040704		226.305.00	FACTURA CUMPLE CON LAS TARIFAS DE MERCADO
316	255612	576.675			207		257.175				-	2022040704		257.175.00	FACTURA CUMPLE CON LAS TARIFAS DE MERCADO
317	255625	121.597			207		29.617				18.347	2022040704		11.270.00	Se acepta precio de la tecnología no pos PULMOCARE LATA 237 ml en \$ 14.750 c/u X 7
318	255640	694.840			207		169.240				64.400	2022040704		104.840.00	Se acepta precio de la tecnología no pos PULMOCARE 237 ML en \$ 14.750 c/u x 40
319	255658	312.678			207		76.158				28.980	2022040704		47.178.00	Se acepta precio de la tecnología no pos PULMOCARE 237 ML en \$ 14.750 c/u x 18
320	255680	1.042.260			207		253.860				157.260	2022040704		96.600.00	Se acepta precio de la tecnología no pos PULMOCARE 237 ML en \$ 14.750 c/u x 60
321	255868	1.785.000			207		1.503.680				1.185.000	2022040704		318.680.00	Se acepta precio de la tecnología no pos glucerna lata 237 grs en \$ 15000 c/u x 40 = \$
322	255870	94.140			207		35.340				15.820	2022040704		19.520.00	Se acepta precio de la tecnología no pos ALIMENTO ESPECIAL PARA ENFERMEDAD RENAL CRONICA LIQUIDA NEPRO LATA 237ML en \$ 19580 c/u X 4 = \$ 78320
323	255886	114.920			207-207		24.309				-	2022040704		24.309.00	SE VALIDA FACTURA ANEXAN SOPORTES, SE VERIFICA CODIGO CUM EN REGISTRO INVIMA. ANEXADO EN MYT. MAYOR VALOR COBRADO EN MEDICAMENTO. LACTULOSA 66.7GR X 15ML SOBRE SE RECONOCE A \$8422X20=\$168,440. DESCUENTO DE SIMILAR ACEITE DE RICINO \$149X20=\$2.980.
324	255903	43.824			207-207		29.556				18.702	2022040704		10.854.00	Se acepta precio de la tecnología no pos PROGESTERONA NATURAL MICRONIZADA CAPS 200 MG en \$ 4.500 c/u x 3 Se acepta descuento del medicamento similar ACETATO DE MEDROXIPROGESTERONA 5MG TABLETAS x 6 en \$ 313 c/u
325	255915	21.912			207-207		14.778				9.351	2022040704		5.427.00	Se acepta precio de la tecnología no pos PROGESTERONA NATURAL MICRONIZADA CAPS 200 MG en \$ 4.500 c/u x 3 Se acepta descuento del medicamento similar ACETATO DE MEDROXIPROGESTERONA 5MG TABLETAS x 3 en \$ 313 c/u
326	255922	27.600	27.600		849		-				27.600	2022040704		-	PRESTADOR NO ANEXA SOPORTES
327	255927	55.200	55.200		849		-				55.200	2022040704		-	PRESTADOR NO ANEXA SOPORTES
328	255942	34.500	34.500		849		-				34.500	2022040704		-	PRESTADOR NO ANEXA SOPORTES
329	255948	41.400	41.400		849		-				41.400	2022040704		-	PRESTADOR NO ANEXA SOPORTES
330	255949	20.700	20.700		849		-				20.700	2022040704		-	PRESTADOR NO ANEXA SOPORTES
331	255950	55.200	55.200		849		-				55.200	2022040704		-	PRESTADOR NO ANEXA SOPORTES
332	255957	27.600	27.600		849		-				27.600	2022040704		-	PRESTADOR NO ANEXA SOPORTES
333	193909	3.283.580			207-207		1.006.240				124.700	2022040704		881.540.00	Se acepta precio circular 01 de 2017 por Fecha de prestación: 6/11/2017 en linezolid ampolla de 600 mg x 20 Se acepta descuento de similar vancomicina ampolla de 500 mg x 20 a precio \$6235





334	204377	4.597.012				207-207-107		3.335.430					3.043.614	2022040704			291.816.00	Se acepta glosa por no descuento del medicamento similar vancomicina amp 500 mg x 14 a precio en \$ 6235 c/u Se acepta glosa por mayor valor facturado en linezolid ampolla de 600 mg x 14, se reconoce precio regulado circular 04 de 2018 por prestación: 4/08/2018, Se acepta glosa por facturación adicional en 14 ampollas de linezolid 600 mg x 14, ordenado y justificado por medico tratante solo 14 ampollas.
335	204388	4.597.012				207-207		1.408.736					174.580	2022040704			1.234.156.00	Se acepta descuento del medicamento similar vancomicina amp 500 mg x 28 en \$ 6235 c/u Se acepta precio regulado cir. 04 de 2012 por fecha de prestación: 31-05-2017 del medicamento no pos linezolid ampolla de 600 mg x 28
336	204406	15.046				207		7.900					7.900	2022040704			-	Se acepta descuento del medicamento similar sulfadiazina de plata crema topica de 30 gramos a \$7900
337	236388	2.013.674				207-207		533.403					81.055	2022040704			452.348.00	prestador cumple precio regulado circular 01 de 2017 por fecha de prestación: 16/11/2017 en medicamento linezolid ampolla de 600 mg x 13 Se acepta descuento del medicamento similar vancomicina ampolla de 500 mg x 13 a precio \$ 6235 c/u
338	236460	48.975				207		23.700					23.700	2022040704			-	Se acepta descuento del medicamento similar sulfadiazina de plata crema topica de 30 gramos x 3 a \$7900 c/u
339	236465	32.650				207		15.800					15.800	2022040704			-	Se acepta descuento del medicamento similar sulfadiazina de plata crema topica de 30 gramos x 2 a \$7900 c/u
340	236666	2.168.572		2.168.572		849		-					2.168.572	2022040704			-	NO SE ANEXARON SOPORTES
341	236684	556.044				207-207		346.172					202.636	2022040704			143.536.00	Se acepta precio en \$ 90000 c/u en medicamento no pos labetalol ampolla de 100 mg x 4 = \$ 360.000 Se acepta descuento del medicamento similar metoprolol tartrato tableta de de 100 mg x 4, en \$ \$1648 c/u = \$ 6592
342	236739	2.168.572		2.168.572		849		-					87.290	2022040704			2.081.282.00	PRESTADOR SUBSANA GLOSA Y SE DESCUENTA SUSTITUTO VANCOMICINA AMP \$6235X14= \$87290 MNPBS LINEZOLID AMP \$154898 PREC REG/2017



343	237202	121.328		121.328			849		-				121.328	2022040704					NO SE ANEXARON SOPORTES
344	238025	16.326		16.326			849		-				16.326	2022040704					NO SE ANEXARON SOPORTES
345	238080	16.326		16.326			849		-				16.326	2022040704					NO SE ANEXARON SOPORTES
346	238190	16.326		16.326			849		-				16.326	2022040704					NO SE ANEXARON SOPORTES
347	240051	1.518.490					207-207		993.810				634.970	2022040704			358.840.00		Se acepta precio en \$ 90.000 c/u en medicamento no pos labetalol ampolla de 100 mg x 10 = \$900000 Se acepta descuento del medicamento similar metoprolol tartrato tableta de de 100 mg x 10, en \$ \$1648 c/u= 16480



NIT: 890.102.006-1  
Código Postal: 080003  
SC-CER627381 Código DANE: 08-000

Gobernación del Atlántico  
atlantico.gov.co

• atencionalciudadano@atlantico.gov.co  
• (57)(5) 330 7103  
• Calle 40 carreras 45 y 46 / Barranquilla - Colombia  
Línea Gratuita: 01 8000 915 307



348	240063	3.717.552				207-207		984.744				149.640	2022040704		835.104.00	prestador cumple precio regulado circular 01 de 2017 por Fecha de prestación: 2/08/2017 del medicamento linezolid ampolla de 600 mg Se acepta descuento del medicamento similar vancomicina ampolla de 500 mg x 24 en 6235 c/u
349	240070	619.592				207-207		259.140				24.940	2022040704		234.200.00	prestador cumple precio regulado circular 01 de 2017 por Fecha de prestación: 29/12/2017 del medicamento linezolid ampolla de 600 mg x 4 Se acepta descuento del medicamento similar vancomicina ampolla de 500 mg x 4 en 6235 c/u
350	240119	2.788.164				207-207		1.166.130				643.277	2022040704		522.853.00	Se acepta precio regulado circular 04 de 2018 por Fecha de prestación: 9/05/2018, del medicamento linezolid ampolla de 600 mg x 18 \$125395x18= 2257117 Se acepta descuento del medicamento similar vancomicina ampolla de 500 mg x 18 en 6235 c/u
351	240126	929.388				207-207		388.710				37.410	2022040704		351.300.00	prestador cumple precio regulado circular 01 de 2017 por Fecha de prestación: 29/01/2018, del medicamento linezolid ampolla de 600 mg x 6 Se acepta descuento del medicamento similar vancomicina ampolla de 500 mg x 6 en 27.079 c/u
352	240143	3.036.980				207-207		2.478.560				1.269.940	2022040704		1.208.620.00	Se acepta precio de la tecnología no pos, labetalol ampolla de 100 mg \$90000X 20 en \$ 1800000c/u Se acepta descuento del medicamento similar METROPOLOL \$1648X20= \$ 32960
353	240197	1.154.124				507		1.154.124				1.154.124	2022040704		-	NO SE EVIDENCIA ACTA DE CTC
354	240221	2.788.164				207-207		1.166.130				643.277	2022040704		522.853.00	Se acepta precio regulado circular 04 de 2018 por Fecha de prestación: 9/05/2018, del medicamento linezolid ampolla de 600 mg x 18 \$125395x18= 2257117 Se acepta descuento del medicamento similar vancomicina ampolla de 500 mg x 18 en 6235 c/u
355	240241	4.337.144				207-207		1.148.868				174.580	2022040704		974.288.00	prestador cumple precio regulado circular 01 de 2017 por Fecha de prestación: 6/11/2017, del medicamento linezolid ampolla de 600 mg x 28 Se acepta descuento del medicamento similar vancomicina ampolla de 500 mg x 28 en 6235 c/u



356	240267	1.548.980				207-207		623.615					358.276	2022040704		265.339.00	Se acepta precio regulado circular 04 de 2018 por Fecha de prestación: 28/05/2018, del medicamento linezolid ampolla de 600 mg x 10 x 125395 \$1253954 Se acepta descuento del medicamento similar vancomicina ampolla de 500 mg x 10 en 6235 c/u
357	240293	4.027.348				207-207		1.684.410					929.177	2022040704		755.233.00	Se acepta precio regulado circular 04 de 2018 por Fecha de prestación: 27/04/2018, del medicamento linezolid ampolla de 600 mg x 26 \$125395X26= \$ 3260281 Se acepta descuento del medicamento similar vancomicina ampolla de 500 mg x 6235x26= \$162,110 c/u
358	240309	1.795.304				507		1.795.304					1.795.304	2022040704		-	NO SE EVIDENCIA ACTA DE CTC
359	194007	912.840				207		162.840					162.840	2022040704		-	Se acepta precio de \$ 25.000 c/u en Diben drink NEUTRO fco *500m x 30
360	204351	12.849				207		1.937					1.937	2022040704		-	Se acepta menor valor descontado en HIERRO (FERROSO) SULFATO ANHIDRO 20 25 MG DE FE/ML (2 2,5%) SOLUCION ORAL, se reconoce a CONCILIADO \$1937
361	204358	172.287				207		11.736					11.736	2022040704		-	Se acepta glosa por NO descuento del medicamento similar SALBUTAMOL INHALADOR 100 MCG. SE RECONOCE A PRECIO REFERENCIA en \$11736 c/u EL CUAL SE GLOSA .F
362	204383	1.107.180				207		468.180					-	2022040704		468.180.00	FACTURA CUMPLE CON LAS TARIFAS DE MERCADO
363	204489	805.770				207-207		738.574					682.710	2022040704		55.864.00	SE VALIDA FACTURA ANEXAN SOPORTES, SE VERIFICA CODIGO CUM EN REGISTRO INVIMA. ANEXADO EN MYT. MAYOR VALOR COBRADO EN MEDICAMENTO. LACTULOSA 66.7GR X 15ML SOBRE SE RECONOCE A \$8422X15=\$126330 DESCUENTO DE SIMILAR ACEITE DE RICINO \$218X15=3270
364	236376	1.537.800				207		577.800					-	2022040704		577.800.00	FACTURA CUMPLE CON LAS TARIFAS DE MERCADO
365	236395	157.629				207-207		53.647					28.633	2022040704		25.014.00	Acepto carbetocina 100mg ampolla x 1, por valor de \$ 130.450 Se acepta oxitocina 10ui ampolla en \$1454 x unidad. Valor referente.
366	237083	211.815				207		79.515					35.595	2022040704		43.920.00	Se acepta precio de la tecnología no pos ALIMENTO ESPECIAL PARA ENFERMEDAD RENAL CRONICA LIQUIDA NEPRO BP LATA 237ML en \$ 19580 c/u X 9= \$176220
367	237170	807.345				207		360.045					-	2022040704		360.045.00	FACTURA CUMPLE CON LAS TARIFAS DE MERCADO
368	237365	18.750				207-207		5.208					5.208	2022040704		-	Se acepta descuento del medicamento similar HIERRO (FERROSO) SULFATO ANHIDRO 20 25 MG DE FE/ML (2 2,5%) SOLUCION ORAL x 1 en \$ 1937. Se acepta precio \$ 15. 479 de la tecnología no pos PEDIAVIT GOTAS- MULTIVITAMINAS Y OTROS MINERALES INCL COMBINACIONES SUSPENSION ORAL 10 ML x 1



369	237375	64.800	64.800	849	-	64.800	2022040704	-	NO SE ANEXARON SOPORTES
370	238167	160.440		207-207	69.829	-	2022040704	69.829.00	SE VALIDA FACTURA ANEXAN SOPORTES, SE VERIFICA CODIGO CUM EN REGISTRO INVIMA. ANEXADO EN MYT. MAYOR VALOR COBRADO EN MEDICAMENTO. LACTULOSA 66.7GR X 15ML SOBRE SE RECONOCE A \$8422X20=\$168,440. DESCUENTO DE SIMILAR ACEITE DE RICINO \$149X20=\$2.980.
371	238173	129.600	129.600	849	-	129.600	2022040704	-	NO SE ANEXARON SOPORTES
372	238226	1.025.200		207	457.200	-	2022040704	457.200.00	FACTURA CUMPLE CON LAS TARIFAS DE MERCADO
373	240044	1.282.360		507	1.282.360	1.282.360	2022040704	-	NO SE ANEXARON SOPORTES
374	240045	256.472		507	256.472	256.472	2022040704	-	NO SE ANEXARON SOPORTES
375	240110	1.282.360		507	1.282.360	1.282.360	2022040704	-	NO SE EVIDENCIA ACTA DE CTC
376	240318	94.140		207	35.340	15.820	2022040704	19.520.00	Se acepta precio de \$ 19580 c/u, NEPRO BP LATA 237ML x 4 = \$78320
377	240321	51.260		207	19.260	-	2022040704	19.260.00	FACTURA CUMPLE CON LAS TARIFAS DE MERCADO



NIT: 890.102.006-1  
Código Postal: 080003  
Código DANE: 08-000

Gobernación del Atlántico  
atlantico.gov.co

• atencionalciudadano@atlantico.gov.co  
• (57)(5) 330 7103  
• Calle 40 carreras 45 y 46 / Barranquilla - Colombia  
Línea Gratuita: 01 8000 915 307



378	240359	115.335				207		43.335					-	2022040704			43.335.00	FACTURA CUMPLE CON LAS TARIFAS DE MERCADO
379	240407	529.380				207		248.580					-	2022040704			248.580.00	FACTURA CUMPLE CON LAS TARIFAS
380	240420	102.520				207		38.520					-	2022040704			38.520.00	FACTURA CUMPLE CON LAS TARIFAS DE MERCADO
381	240426	256.300				207		96.300					-	2022040704			96.300.00	FACTURA CUMPLE CON LAS TARIFAS DE MERCADO
382	240434	615.120				207		231.120					-	2022040704			231.120.00	FACTURA CUMPLE CON LAS TARIFAS DE MERCADO
383	192750	69.800.000				207-207		24.239.500					24.239.500	2022040704			-	Se acepta precio de la tecnología no pos cobrado IMPLANTE CARDIOSINCRONIZADOR en \$ 47.000.000 Se acepta glosa por no descuento del procedimiento similar desfibrilador cardioversor tarifa SOAT 2019 -25% \$ 1.719.900.
384	204391	73.040				207-207		49.440					34.480	2022040704			14.960.00	Se acepta descuento del medicamento similar ACETATO DE MEDROXIPROGESTERONA 5MG TABLETAS x 10 a \$ 331 c/u Se acepta precio en \$ 4.500 c/u del medicamento no POS: PROGESTERONA NATURAL MICRONIZADA CAPS 200 MG x 10
385	204396	12.250				207-207		5.250					5.250	2022040704			-	Se acepta precio \$ 10273 C/U en medicamento no POS:FOSFATO SODIO DIBASICO/ FOSFATO DE SODIO MONOBASICO SOL ENEMA RECTAR 133 CC x 1 Se acepta descuento del similar ACEITE DE RICINO SUSTANCIA PURA USP a precio \$ 3.273
386	204407	42.922				507		42.922					42.922	2022040704			-	Se realiza glosa por cobertura del medicamento NO POS facturado; TIROFIBAN 0.25MGRS/ML AMPOLLA, la Tecnología debe ser cubierta por la EPS con cargo a la unidad de pago por capitación art 12 PARAG. 1 Resolución 1479 del 2015 en concordancia con el ANEXO 1 de la resolución 6408 de 2016 "INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS- CUBIERTO EN EL TRATAMIENTO DEL EVENTO CORONARIO AGUDO. FECHA DE PRESTACION DEL SERVICIO 05/04/2017
387	236442	3.132.000				207-207		581.470					581.470	2022040704			-	Se acepta precio regulado según CIR 04 del 2012 por Fecha de la prestación de servicios 24/09/2017 en tecnología no pos CITRATO DE CAFEINA 60 MG/ 3ML AMPOLLA X 3 ML x 30 Se acepta descuento del similar AMINOFILINA 240 MG/10 ML SOLUCION INYECTABLE x 30, a precio \$ 3.527 c/u
388	236650	4.415.688				207-207		2.485.632					1.108.032	2022040704			1.377.600.00	Se acepta descuento del medicamento similar PENICILINA G SODICA O POTASICA CRISTALINA 1.000.000 UI POLVO PARA INYECCION x 24, a precio \$2.181 c/u Se acepta precio \$140,000 c/u, de la tecnología no pos COLISTIMETATO SODICO COLISTINA 1000000 UI x 24



389	238197	64.800			207-207		31.530					6.900	2022040704		24.630.00	Se acepta precio \$ 5.950 c/u en ESPORAS DE BACILLUS CLAUSIL 2000 MILLONES UI x 10 Se acepta descuento en medicamento similar LOPERAMIDA CLORHIDRATO 2 MG TABLETA O CAPSULA a precio \$ 345 c/u x 10
390	238228	18.750			207-207		5.208					5.208	2022040704		-	Se acepta precio \$ 15.479 c/u en PEDIAVIT GOTAS-MULTIVITAMINAS Y OTROS MINERALES INCL COMBINACIONES SUSPENSION ORAL 10 ML x 1 Se acepta descuento en medicamento similar esHIERRO (FERROSO) SULFATO ANHIDRO 20 25 MG DE FE/ML (Z 2.5%) SOLUCION ORAL x 1
391	240150	3.935.736			207-207		2.657.736					2.657.736	2022040704		-	Se acepta precio regulado cir 04/2012 por fecha de prestación de servicios 13/03/2018 en tecnología no pos INMUNOGLOBULINA HUMANA 5 GRS/100ML Se acepta descuento en medicamento similar inmunoglobulina humana anti D RHO 2 ml x 3, en \$ 81.053 c/u
392	240304	2.050.310			207-207		1.246.120					672.120	2022040704		574.000.00	Se acepta precio \$ 140.000c/u en COLISTIMETATO SODICO COLISTINA 1000000 UI x 10 = \$1400.000 Se acepta descuento en medicamento similar PENICILINA G SODICA O POTASICA CRISTALINA 1.000.000 UI POLVO PARA INYECCION en \$ 2.181 c/u x 10 = \$21810
393	240340	1.331.792			207		175.472					132.002	2022040704		43.470.00	Se acepta precio de \$ 14.750 c/u, PULMOCARE 273 ML LATA x 88
394	240348	408.618			207		53.838					10.368	2022040704		43.470.00	Se acepta precio de \$ 14.750 c/u, PULMOCARE 273 ML LATA x 27
395	241229	8.600.000	8.600.000		849		-					8.511.737	2022040704		88.263.00	PROCEDIMIENTO COBERTURA POS RES 5269/2017, 370102 SE LEVANTA GLOSA PARCIAL POR UNA AMOPOY DE ILOPROST \$ 88,263 REG 04/2018
396	234433	696.597	696.597		849		-					696.597	2022040704		-	NO SE ANEXARON SOPORTES
397	234455	4.337.144	4.337.144		849		-					4.337.144	2022040704		-	PRESTADOR NO ANEXA SOPORTES
398	234599	309.796	309.796		849		-					309.796	2022040704		-	NO SE ANEXARON SOPORTES



399	234656	1.362.060		1.362.060		849		-				1.362.060	2022040704				-	NO SE EVIDENCIA LA ORDEN MEDICA O LA HISTORIA CLINICA DONDE SE AUTORICE EL MEDICAMENTO
400	234728	2.013.674		2.013.674		849		-				2.013.674	2022040704				-	NO SE EVIDENCIA LA ORDEN MEDICA DONDE SE AUTORIZA EL MEDICAMENTO O SU HISTORIA CLINICA COMPLETA
401	235670	121.500		121.500		849		-				121.500	2022040704				-	NO SE ANEXARON SOPORTES
402	235748	67.500		67.500		849		-				67.500	2022040704				-	NO SE ANEXARON SOPORTES
403	239412	1.518.490		1.518.490		849		-				16.480	2022040704				1.502.010.00	PRESTADOR SUBSANA MOTIVO DE DEVOLUCION ANEXA FACTURA CON SOPORTES COMPLETO Y SE DESCUENTA EL SUSTITUTO
404	239744	157.629		157.629		849		-				157.629	2022040704				-	PRESTADOR NO ANEXA SOPORTES
405	239782	4.182.246		4.182.246		849		-				4.182.246	2022040704				-	NO SE EVIDENCIA LA ORDEN MEDICA DONDE SE AUTORIZA EL MEDICAMENTO O SU HISTORIA CLINICA COMPLETA
406	239796	12.849		12.849		849		-				12.849	2022040704				-	PRESTADOR NO ANEXA SOPORTES
407	240494	696.164		696.164		849		-				696.164	2022040704				-	PRESTADOR NO SUBSANA MOTIVO DE DEVOLUCION NO SE EVIDENCIA ACTA DE CTC Y MYT
408	240661	242.144		242.144		849		-				242.144	2022040704				-	PRESTADOR NO ANEXA SOPORTES
409	240754	1.833.150		1.833.150		849		-				320.980	2022040704				1.512.170.00	PRESTADOR ANEXA SOPORTES Y SOLO SE EVIDENCIA 118 LATAS SUMINISTRADAS
410	240949	484.288		484.288		849		-				484.288	2022040704				-	PRESTADOR NO ANEXA SOPORTES
411	240966	423.752		423.752		849		-				423.752	2022040704				-	PRESTADOR NO ANEXA SOPORTES
412	240991	303.698		303.698		849		-				303.698	2022040704				-	PRESTADOR NO ANEXA SOPORTES
413	241016	786.968		786.968		849		-				786.968	2022040704				-	PRESTADOR NO SUBSANA MOTIVO DE DEVOLUCION NO SE EVIDENCIA ACTA DE CTC Y MYT
414	241017	181.608		181.608		849		-				181.608	2022040704				-	PRESTADOR NO ANEXA SOPORTES
415	241018	908.040		908.040		849		-				908.040	2022040704				-	PRESTADOR NO SUBSANA MOTIVO DE DEVOLUCION NO SE EVIDENCIA ACTA DE CTC Y MYT
416	241021	484.288		484.288		849		-				484.288	2022040704				-	PRESTADOR NO ANEXA SOPORTES
417	241024	332.948		332.948		849		-				332.948	2022040704				-	PRESTADOR NO ANEXA SOPORTES





418	251503	963.760	963.760	849	-	963.760	2022040704	-	NO SE ANEXARON SOPORTES
419	251605	1.458.090	1.458.090	849	-	574.570	2022040704	883.520.00	Se acepta precio \$ 90.000 c/u en tecnología no pos LABETALOL 100 mg/mL SOLUCION INYECTABLE x 10 = \$ 900,000 Se acepta descuento del medicamento similar metoprolol tartrato tableta de de 100 mg x 10, en \$ \$1648 c/u = \$ 16480
420	234144	497.350	497.350	849	-	497.350	2022040704	-	NO SE ANEXARON SOPORTES
421	234168	2.340.000	2.340.000	849	-	2.340.000	2022040704	-	NO SE ANEXARON SOPORTES
422	234389	1.390.110	1.390.110	849	-	1.390.110	2022040704	-	NO SE ANEXARON SOPORTES



NIT: 890.102.006-1  
Código Postal: 080003  
SC-CER627381 Código DANE: 08-000

Gobernación del Atlántico  
atlantico.gov.co

• atencionalciudadano@atlantico.gov.co  
• (57)(5) 330 7103  
• Calle 40 carreras 45 y 46 / Barranquilla - Colombia  
Línea Gratuita: 01 8000 915 307



423	234458	2.427.120	2.427.120	849	-	2.427.120	2022040704	-	NO SE ANEXARON SOPORTES
424	234763	1.087.590	1.087.590	849	-	1.087.590	2022040704	-	NO SE ANEXARON SOPORTES
425	235111	157.000	157.000	507	157.000	157.000	2022040704	-	se encuentra cubierta en el P.B.S, como terapia alternativa (FITOTERAPEUTICO),según ART 28 de la resolución 6408/2016: "ARTÍCULO 28. MEDICINA Y TERAPIAS ALTERNATIVAS Y COMPLEMENTARIAS. Las EPS o las entidades que hagan sus veces podrán incluir la utilización de medicinas y terapias alternativas o complementarias por parte de los prestadores que hagan parte de su red de servicios, siempre y cuando éstas se encuentren autorizadas y reglamentadas debidamente para su ejercicio de acuerdo con lo establecido en la normatividad vigente sobre la materia". La Tecnología debe ser cubierta por la EPS con cargo a la unidad de pago por capitación art 12 PARAG. 1 Resolución 1479 del 2015
426	235389	3.402.917	3.402.917	849	-	3.402.917	2022040704	-	EL MEDICAMENTO DE LA ORDEN MEDICA Y EL ACTA DE CTC NO ES IGUAL AL QUE APARECE EN LA FACTURA Y FALTA REGISTRO DE APLICACIÓN
427	235407	1.078.720	1.078.720	849	-	1.078.720	2022040704	-	NO SE ANEXARON SOPORTES



NIT: 890.102.006-1  
Código Postal: 080003  
SC-CER627351 Código DANE: 08-000

Gobernación del Atlántico  
atlantico.gov.co

• atencionalciudadano@atlantico.gov.co  
• (57)(5) 330 7103  
• Calle 40 carreras 45 y 46 / Barranquilla - Colombia  
Línea Gratuita: 01 8000 915 307



428	235598	858.000	858.000	849	-	858.000	2022040704	-	NO SE ANEXARON SOPORTES
429	235683	305.000	305.000	507	305.000	305.000	2022040704	-	NO SE ANEXARON SOPORTES
430	235895	34.195	34.195	849	-	34.195	2022040704	-	NO SE ANEXARON SOPORTES
431	239390	7.871.472	7.871.472	849	-	3.928.320	2022040704	3.943.152.00	PRESTADOR ANEXA SOPORTES MVC INMUNOGLOBULINA HUMANA 5GR/100 \$ 717,192X6= \$ 4303,152 SE DESCUENTA SUSTITUTO INMUNOGLOBULINA HUMANA ANTI D \$ 60,000X6= \$ 360,000
432	239404	157.629	157.629	849	-	157.629	2022040704	-	PRESTADOR NO ANEXA SOPORTES



NIT: 890.102.006-1  
Código Postal: 080003  
SC-CER627381 Código DANE: 08-000

Gobernación del Atlántico  
atlantico.gov.co

• atencionalciudadano@atlantico.gov.co  
• (57)(5) 330 7103  
• Calle 40 carreras 45 y 46 / Barranquilla - Colombia  
Línea Gratuita: 01 8000 915 307



433	239426	36.763	36.763	849	-	36.763	2022040704	-	La factura no cumplen con alguno de los requisitos legales: - El CUM de la tecnología no pos registrada en el formato MYT-01 y la factura de venta 19954931-01 corresponde al medicamento -- DOMPERIDONA 10 MG TABLETAS - CAJA PLEGADIZA CON DOS BLISTER EN ALUMINIO /PVC TRANSPARENTE POR 10 TABLETAS C/U y no coincide con lo solicitado por el médico tratante DOMPERIDONA 1 MG/ML SUSPENSIÓN ORAL. - El primer nombre del usuario se encuentra errado en el formato MYT-01 - AMILY MILAGROS CONSUEGRA - no coincide con el soporte de la fotocopia del registro civil donde se evidencia que el nombre es EMILY MILAGROS CONSUEGRA SANCHEZ. Adicionalmente, la fecha de la solicitud registrada en el formato MYT-01 (18-11-2017) no coincide con el resto de los soportes la historia clínica registra 01-11-2017, la fórmula médica 02-11-2017 y el formato de justificación 18-10-2017. - El soporte de entrega de medicamentos es ambulatorio y no es válido para una hospitalización, adicionalmente la firma no corresponde a la del paciente. - El soporte de aplicación de medicamentos requiere de la descripción detallada de la dosis aplicada durante el día, hora, fecha, vía de administración y quien la aplica, o en su defecto las notas de enfermería. - Por tanto, lo anterior no puede ser asumido por el ente territorial ya que no cumple con los requisitos legales del Res.4331 de 2012 Res.5395 de 2013 y el Anexo Técnico # 2 Rel 2972 del 3 de junio de 2015.
434	239466	3.236.160	3.236.160	849	-	1.234.560	2022040704	2.001.600.00	SE VALIDAN SOPORTES MVC TIGECICLINA 50MG \$134.840x15 = \$ 2,022,600 SE DESCUENTA SE DESCUENTA SIMILAR CIPROFLOXACION 100MG SLN INY \$1.400X15=\$21,000
435	240449	73.526	73.526	849	-	73.526	2022040704	-	"La factura no cumplen con alguno de los requisitos legales: - El ACTA DE CTC NO REGISTRA LA APROBACIÓN DE LA TECNOLOGIA NO POS DOMPERIDONA SUSP 1 MG/ML - La fecha de solicitud registrada en el MYT 20/10/2017 no coincide con el registrado en la fórmula médica (21-12-2017) y el resto de los soportes (22-12-2017). -Los datos del médico tratante no son legibles, no registra la firma en la fórmula médica. - La forma farmacéutica registrada en el ACTA DE CTC AMPOLLA no coincide con lo solicitado por el médico tratante (SLN ORAL)- El soporte de entrega de medicamentos es ambulatorio y no es válido para una hospitalización, adicionalmente la firma no corresponde a la del paciente. - El soporte de aplicación de medicamentos requiere de la descripción detallada de la dosis aplicada durante el día, hora y fecha, vía de administración, o en su defecto las notas de enfermería. Por tanto, lo anterior no puede ser asumido por el ente territorial ya que no cumple con los requisitos legales del DECRETO 2200 DE 2005. Res.5395 de 2013, Res. 1479 de 2015, Res 3951 de 2016 y el Anexo Técnico # 2 Rel 2972 del 3 de junio de 2015.



436	240574	20.340	20.340	849	-	20.340	2022040704	-	"La factura no cumplen con alguno de los requisitos legales:- Los datos del médico prescriptor no son legibles y no se evidencia el REGISTRO MEDICO en la fórmula médica. -El soporte de aplicación de medicamentos requiere de la descripción detallada de la dosis aplicada durante el día, hora y fecha, vía de administración, o en su defecto las notas de enfermería, ya que la dosis prescrita no coincide con lo administrado por parte del profesional del departamento de enfermería. -Por tanto, lo anterior no puede ser asumido por el ente territorial ya que no cumple con los requisitos legales del DECRETO 2200 DE 2005. Res.5395 de 2013, Res. 1479 de 2015, Res 3951 de 2016 y el Anexo Técnico # 2 Rel 2972 del 3 de junio de 2015.
437	240617	4.094.136	4.094.136	849	-	4.094.136	2022040704	-	PRESTADOR NO ANEXA SOPORTES
438	240625	941.400	941.400	849	-	941.400	2022040704	-	NO SE ANEXARON SOPORTES
439	240685	922.964	922.964	849	-	922.964	2022040704	-	PRESTADOR NO SUBSANA MOTIVO DE DEVOLUCION NO SE EVIDENCIA ACTA DE CTC Y MYT
440	251453	200.900	200.900	849	-	200.900	2022040704	-	NO SE ANEXARON SOPORTES
441	251530	32.355	32.355	849	-	32.355	2022040704	-	NO SE ANEXARON SOPORTES



NIT: 890.102.006-1  
Código Postal: 080003  
SC-CER627381 Código DANE: 08-000

Gobernación del Atlántico  
atlantico.gov.co

• atencionalciudadano@atlantico.gov.co  
• (57)(5) 330 7103  
• Calle 40 carreras 45 y 46 / Barranquilla - Colombia  
Línea Gratuita: 01 8000 915 307



442	251549	400.004	400.004	849	-	400.004	2022040704	-	tecnología cobrada DEXMEDETOMINA AMP 0.2 mg/2ml es un anestésicos, se encuentran cubiertos por el Plan de Beneficios con cargo a la UPC para la fecha de prescripción del servicio en el aplicativo y se encuentra dentro de las coberturas establecidas ART.29 Analgesia, anestesia y sedación REF. resolucion 5857/2018
443	251598	1.036.164	1.036.164	849	-	1.036.164	2022040704	-	NO SE EVIDENCIA ACTA CTC Y MYT
444	251600	2.763.104	2.763.104	849	-	628.064	2022040704	2.135.040.00	SE VALIDAN SOPORTES MVC TIGECICLINA 50MG \$134.840x16 = \$ 2157440 PRECIO DE REG CIR 04/2012 SE DESCUENTA SE DESCUENTA SIMILAR CIPROFLOXACION 100MG SLN INY \$1.400X16=\$22400
445	234013	486.000	486.000	849	-	486.000	2022040704	-	PRESTADOR NO SUBSANA GLOSA
446	234196	3.050	3.050	849	-	3.050	2022040704	-	PRESTADOR NO SUBSANA GLOSA
447	234285	3.050	3.050	849	-	3.050	2022040704	-	PRESTADOR NO SUBSANA GLOSA
448	234424	456.420	456.420	849	-	456.420	2022040704	-	PRESTADOR NO SUBSANA GLOSA
449	234428	445.500	445.500	849	-	445.500	2022040704	-	Se observa las siguientes objeciones: La formula médica no registra la vía de administración del suplemento ordenado DIBEN 1.5 KCAL/ML bolsa- El soporte de entrega de medicamentos es ambulatorio y no es válido para una hospitalización, adicionalmente la firma no corresponde a la del paciente. - El soporte de aplicación de medicamentos requiere de la descripción detallada de la dosis aplicada durante el día, hora y fecha, vía de administración, o en su defecto las notas de enfermería. - Por tanto, lo anterior no puede ser asumido por el ente territorial ya que no cumple con los requisitos legales DECRETO 2200 DE 2005 Res.5395 de 2013 y el Anexo Técnico # 2 Rel 2972 del 3 de junio de 2015.
450	234564	456.420	456.420	849	-	456.420	2022040704	-	PRESTADOR NO SUBSANA GLOSA
451	235377	7.536	7.536	849	-	7.536	2022040704	-	PRESTADOR NO SUBSANA GLOSA
452	235774	7.536	7.536	849	-	7.536	2022040704	-	PRESTADOR NO SUBSANA GLOSA
453	235786	7.536	7.536	849	-	7.536	2022040704	-	PRESTADOR NO SUBSANA GLOSA
454	235794	7.536	7.536	849	-	7.536	2022040704	-	PRESTADOR NO SUBSANA GLOSA
455	235803	7.536	7.536	849	-	7.536	2022040704	-	PRESTADOR NO SUBSANA GLOSA
456	235896	81.000	81.000	849	-	81.000	2022040704	-	PRESTADOR NO SUBSANA GLOSA
457	239420	157.629	157.629	849	-	157.629	2022040704	-	PRESTADOR NO SUBSANA GLOSA
458	239447	527.408	527.408	849	-	527.408	2022040704	-	PRESTADOR NO SUBSANA GLOSA
459	239450	157.629	157.629	849	-	157.629	2022040704	-	PRESTADOR NO SUBSANA GLOSA
460	239787	7.536	7.536	849	-	7.536	2022040704	-	PRESTADOR NO SUBSANA GLOSA
461	240857	157.629	157.629	849	-	157.629	2022040704	-	PRESTADOR NO SUBSANA GLOSA
462	240870	157.629	157.629	849	-	157.629	2022040704	-	PRESTADOR NO SUBSANA GLOSA
463	240880	157.629	157.629	849	-	157.629	2022040704	-	PRESTADOR NO SUBSANA GLOSA
464	240951	157.629	157.629	849	-	157.629	2022040704	-	PRESTADOR NO SUBSANA GLOSA
465	240954	157.629	157.629	849	-	157.629	2022040704	-	PRESTADOR NO SUBSANA GLOSA
466	251401	580.000	580.000	849	-	580.000	2022040704	-	PRESTADOR NO SUBSANA MOTIVO DE DEVOLUCION NO SE EVIDENCIA ACTA DE CTC Y MYT
467	251418	464.000	464.000	849	-	464.000	2022040704	-	PRESTADOR NO SUBSANA GLOSA
468	234076	190.980		207	65.540	5.780	2022040704	59.760.00	Se acepta precio de \$ 9.260 c/u en PEDIASURE lata 237 ml x 20



469	234108	144.450			207		50.370				5.550	2022040704			44.820.00	Se acepta precio de \$ 9.260 c/u en PEDIASURE lata 237 ml x 15
470	234191	171.882			207		58.986				5.202	2022040704			53.784.00	Se acepta precio de \$ 9.260 c/u en PEDIASURE lata 237 ml x 18
471	234589	171.882			207		58.986				-	2022040704			58.986.00	prestador cumple con las tarifas
472	235394	922.500			107		36.900				36.900	2022040704			-	Se acepta glosa por entrega ambulatoria de fresubin líquido de 200 ml x 3 paciente hospitalizado
473	240718	220.575			207		115.080				-	2022040704			115.080.00	FACTURA CUMPLE CON LAS TARIFAS
474	240843	810.000			207		167.700				-	2022040704			167.700.00	Se acepta precio de la tecnología no pos diben drink lata 200 ml en \$ 13500 c/u x 60
475	240945	576.675			207		216.675				-	2022040704			216.675.00	FACTURA CUMPLE CON LAS TARIFAS DE MERCADO
476	240970	499.785			207		187.785				-	2022040704			187.785.00	FACTURA CUMPLE CON LAS TARIFAS DE MERCADO
477	240972	384.450			207		144.450				-	2022040704			144.450.00	FACTURA CUMPLE CON LAS TARIFAS DE MERCADO
478	241001	1.412.100			207		530.100				530.100	2022040704			-	Se acepta precio de la tecnología no pos nepro bp liquido de 237 ml en \$ 14.700 c/u X 60
479	241012	879.912			207		368.712				-	2022040704			368.712.00	FACTURA CUMPLE CON LAS TARIFAS DE MERCADO
480	241014	153.780			207		57.780				-	2022040704			57.780.00	FACTURA CUMPLE CON LAS TARIFAS DE MERCADO
481	241215	153.780			207		57.780				-	2022040704			57.780.00	FACTURA CUMPLE CON LAS TARIFAS DE MERCADO
482	251431	367.632			207		198.840				7.632	2022040704			191.208.00	Se acepta precio de la tecnología no pos glucerna lata 237 grs en \$ 15000 c/u x 24 = \$360.000
483	251444	796.536	796.536		849		-				796.536	2022040704			-	PRESTADOR NO SUBSANA GLOSA
484	251459	847.260			207		318.060				142.380	2022040704			175.680.00	Se acepta precio de la tecnología no pos nepro bp liquido de 237 ml x 36 en \$ 19580 c/u= \$ 704880
485	251464	102.520			207		38.520				-	2022040704			38.520.00	FACTURA CUMPLE CON LAS TARIFAS DE MERCADO
486	234096	62.960	62.960		849		-				62.960	2022040704			-	PRESTADOR NO SUBSANA GLOSA
487	234648	62.960	62.960		849		-				62.960	2022040704			-	PRESTADOR NO SUBSANA GLOSA
488	235080	62.960	62.960		849		-				62.960	2022040704			-	PRESTADOR NO SUBSANA GLOSA
489	235084	62.960	62.960		849		-				62.960	2022040704			-	PRESTADOR NO SUBSANA GLOSA
490	235087	62.960	62.960		849		-				62.960	2022040704			-	PRESTADOR NO SUBSANA GLOSA
491	235123	62.960	62.960		849		-				62.960	2022040704			-	PRESTADOR NO SUBSANA GLOSA
492	235133	62.960	62.960		849		-				62.960	2022040704			-	PRESTADOR NO SUBSANA GLOSA
493	235140	88.144	88.144		849		-				88.144	2022040704			-	PRESTADOR NO SUBSANA GLOSA
494	235162	50.368	50.368		849		-				50.368	2022040704			-	PRESTADOR NO SUBSANA GLOSA
495	235173	62.960	62.960		849		-				62.960	2022040704			-	PRESTADOR NO SUBSANA GLOSA
496	235178	62.960	62.960		849		-				62.960	2022040704			-	PRESTADOR NO SUBSANA GLOSA
497	235181	62.960	62.960		849		-				62.960	2022040704			-	PRESTADOR NO SUBSANA GLOSA
498	235184	37.776	37.776		849		-				37.776	2022040704			-	PRESTADOR NO SUBSANA GLOSA
499	235372	25.184	25.184		849		-				25.184	2022040704			-	PRESTADOR NO SUBSANA GLOSA
500	235374	62.960	62.960		849		-				62.960	2022040704			-	PRESTADOR NO SUBSANA GLOSA
501	235677	88.144	88.144		849		-				88.144	2022040704			-	PRESTADOR NO SUBSANA GLOSA



502	235733	62.960	62.960	849	-	62.960	2022040704	-	PRESTADOR NO SUBSANA GLOSA
503	235741	62.960	62.960	849	-	62.960	2022040704	-	PRESTADOR NO SUBSANA GLOSA
504	240465	62.960	62.960	849	-	62.960	2022040704	-	PRESTADOR NO SUBSANA GLOSA
505	240472	75.552	75.552	849	-	75.552	2022040704	-	PRESTADOR NO SUBSANA GLOSA
506	240629	62.960	62.960	849	-	62.960	2022040704	-	PRESTADOR NO SUBSANA GLOSA
507	234294	16.325	16.325	849	-	16.325	2022040704	-	PRESTADOR NO SUBSANA GLOSA
508	235089	16.325	16.325	849	-	16.325	2022040704	-	PRESTADOR NO SUBSANA GLOSA
509	235762	16.325	16.325	849	-	16.325	2022040704	-	PRESTADOR NO SUBSANA GLOSA
510	235799	16.325	16.325	849	-	16.325	2022040704	-	PRESTADOR NO SUBSANA GLOSA
511	235812	16.325	16.325	849	-	16.325	2022040704	-	PRESTADOR NO SUBSANA GLOSA
512	235816	16.325	16.325	849	-	16.325	2022040704	-	PRESTADOR NO SUBSANA GLOSA
513	235819	16.325	16.325	849	-	16.325	2022040704	-	PRESTADOR NO SUBSANA GLOSA
514	235823	16.325	16.325	849	-	16.325	2022040704	-	PRESTADOR NO SUBSANA GLOSA
515	235891	16.325	16.325	849	-	16.325	2022040704	-	PRESTADOR NO SUBSANA GLOSA
516	239401	48.975		207	23.700	23.700	2022040704	-	Se acepta descuento en medicamento similar sulfadiazina de plata crema topica de 20 gramos x 3, en \$ 7.900 c/u
517	239479	81.625	81.625	849	-	81.625	2022040704	-	PRESTADOR NO SUBSANA GLOSA
518	239760	157.629		207-207	53.647	28.633	2022040704	25.014.00	Acepto carbetocina 100mg ampolla x 1, por valor de \$ 130.450 Se acepta oxitocina 10ui ampolla en \$1454 x unidad. Valor referente.
519	239771	157.629		207-207	53.647	28.633	2022040704	25.014.00	Acepto carbetocina 100mg ampolla x 1, por valor de \$ 130.450 Se acepta oxitocina 10ui ampolla en \$1454 x unidad. Valor referente.
520	239792	81.625		207	39.500	39.500	2022040704	-	Se acepta descuento en medicamento similar sulfadiazina de plata crema topica de 20 gramos x 5, en \$ 7.900 c/u
521	239812	62.960	62.960	849	-	62.960	2022040704	-	PRESTADOR NO SUBSANA GLOSA
522	240603	48.975	48.975	849	-	48.975	2022040704	-	PRESTADOR NO SUBSANA GLOSA
523	240635	81.625		207	39.500	39.500	2022040704	-	Se acepta descuento del medicamento similar sulfadiazina de plata crema topica de 20 gramos x 5, en \$ 7.900 c/u
524	240640	62.960	62.960	849	-	62.960	2022040704	-	PRESTADOR NO SUBSANA GLOSA
525	240655	62.960	62.960	849	-	62.960	2022040704	-	PRESTADOR NO SUBSANA GLOSA
526	240670	62.960	62.960	849	-	62.960	2022040704	-	PRESTADOR NO SUBSANA GLOSA
527	240673	48.975	48.975	849	-	48.975	2022040704	-	PRESTADOR NO SUBSANA GLOSA
528	240678	25.184	25.184	849	-	25.184	2022040704	-	PRESTADOR NO SUBSANA GLOSA
529	240690	65.300		207	39.500	39.500	2022040704	-	se acepta glosa por no descuento del medicamento homologo sulfadiazina de plata crema topica de 20 gramos a \$7900*5
530	240693	50.368	50.368	849	-	50.368	2022040704	-	PRESTADOR NO SUBSANA GLOSA
531	240701	32.650	32.650	849	-	32.650	2022040704	-	PRESTADOR NO SUBSANA GLOSA





532	240708	12.592		12.592		849		-				12.592	2022040704			-	PRESTADOR NO SUBSANA GLOSA
533	240839	62.960		62.960		849		-				62.960	2022040704			-	PRESTADOR NO SUBSANA GLOSA
534	240852	50.368		50.368		849		-				50.368	2022040704			-	PRESTADOR NO SUBSANA GLOSA
535	240938	62.960		62.960		849		-				62.960	2022040704			-	PRESTADOR NO SUBSANA GLOSA
536	169663	159.390				207-207		54.444				28.940	2022040704		25.504.00		Acepto carbetocina 100mg ampolla (duratocin) x 1, por valor de \$ 130.450 Se acepta oxitocina 10ui ampolla en \$1454 x unidad. Valor referente.
537	169664	159.390				207-207		54.444				28.940	2022040704		25.504.00		Acepto carbetocina 100mg ampolla (duratocin) x 1, por valor de \$ 130.450 Se acepta oxitocina 10ui ampolla en \$1454 x unidad. Valor referente.
538	169667	159.390				207-207		54.444				28.940	2022040704		25.504.00		Acepto carbetocina 100mg ampolla (duratocin) x 1, por valor de \$ 130.450 Se acepta oxitocina 10ui ampolla en \$1454 x unidad. Valor referente.
539	169671	159.390				207-207		54.444				28.940	2022040704		25.504.00		Acepto carbetocina 100mg ampolla (duratocin) x 1, por valor de \$ 130.450 Se acepta oxitocina 10ui ampolla en \$1454 x unidad. Valor referente.
540	169672	159.390				207-207		54.444				28.940	2022040704		25.504.00		Acepto carbetocina 100mg ampolla (duratocin) x 1, por valor de \$ 130.450 Se acepta oxitocina 10ui ampolla en \$1454 x unidad. Valor referente.
541	169673	159.390				207-207		54.444				28.940	2022040704		25.504.00		Acepto carbetocina 100mg ampolla (duratocin) x 1, por valor de \$ 130.450 Se acepta oxitocina 10ui ampolla en \$1454 x unidad. Valor referente.
542	169675	159.390				207-207		54.444				28.940	2022040704		25.504.00		Acepto carbetocina 100mg ampolla (duratocin) x 1, por valor de \$ 130.450 Se acepta oxitocina 10ui ampolla en \$1454 x unidad. Valor referente.
543	169678	159.390				207-207		54.444				28.940	2022040704		25.504.00		Acepto carbetocina 100mg ampolla (duratocin) x 1, por valor de \$ 130.450 Se acepta oxitocina 10ui ampolla en \$1454 x unidad. Valor referente.



NIT: 890.102.006-1  
Código Postal: 080003  
SC-CERE27381 Código DANE: 08-000

Gobernación del Atlántico  
atlantico.gov.co

• atencionalciudadano@atlantico.gov.co  
• (57)(5) 330 7103  
• Calle 40 carreras 45 y 46 / Barranquilla - Colombia  
Línea Gratuita: 01 8000 915 307



544	169679	159.390				207-207		54.444					28.940	2022040704		25.504.00	Acepto carbetocina 100mg ampolla (duratocin) x 1, por valor de \$ 130.450 Se acepta oxitocina 10ui ampolla en \$1454 x unidad. Valor referente.
545	169681	159.390				207-207		54.444					28.940	2022040704		25.504.00	Acepto carbetocina 100mg ampolla (duratocin) x 1, por valor de \$ 130.450 Se acepta oxitocina 10ui ampolla en \$1454 x unidad. Valor referente.
546	169687	159.390				207-207		54.444					28.940	2022040704		25.504.00	Acepto carbetocina 100mg ampolla (duratocin) x 1, por valor de \$ 130.450 Se acepta oxitocina 10ui ampolla en \$1454 x unidad. Valor referente.
547	169688	159.390				207-207		54.444					28.940	2022040704		25.504.00	Acepto carbetocina 100mg ampolla (duratocin) x 1, por valor de \$ 130.450 Se acepta oxitocina 10ui ampolla en \$1454 x unidad. Valor referente.
548	169690	159.390				207-207		54.444					28.940	2022040704		25.504.00	Acepto carbetocina 100mg ampolla (duratocin) x 1, por valor de \$ 130.450 Se acepta oxitocina 10ui ampolla en \$1454 x unidad. Valor referente.
549	169691	159.390				207-207		54.444					28.940	2022040704		25.504.00	Acepto carbetocina 100mg ampolla (duratocin) x 1, por valor de \$ 130.450 Se acepta oxitocina 10ui ampolla en \$1454 x unidad. Valor referente.
550	169676	159.390	159.390			849		-					159.390	2022040704		-	NO SE ANEXARON SOPORTES



NIT: 890.102.006-1  
Código Postal: 080003  
SC-CER627381 Código DANE: 08-000

Gobernación del Atlántico  
atlantico.gov.co

• atencionalciudadano@atlantico.gov.co  
• (57)(5) 330 7103  
• Calle 40 carreras 45 y 46 / Barranquilla - Colombia  
Línea Gratuita: 01 8000 915 307



551	169677	159.390	159.390	849	-	159.390	2022040704	-	NO SE ANEXARON SOPORTES
552	169683	159.390	159.390	849	-	159.390	2022040704	-	NO SE ANEXARON SOPORTES
553	169684	318.780	318.780	849	-	318.780	2022040704	-	NO SE ANEXARON SOPORTES
554	169685	318.780	318.780	849	-	318.780	2022040704	-	NO SE ANEXARON SOPORTES
555	169686	318.780	318.780	849	-	318.780	2022040704	-	NO SE ANEXARON SOPORTES
556	169696	353.200	353.200	816	-	353.200	2022040704	-	NO SE ANEXARON SOPORTES
557	169697	765.000	765.000	849	-	765.000	2022040704	-	NO SE ANEXARON SOPORTES
558	169743	159.390	159.390	849	-	159.390	2022040704	-	PRESTADOR NO SUBSANA GLOSA
559	169744	159.390	159.390	849	-	159.390	2022040704	-	PRESTADOR NO SUBSANA GLOSA
560	169745	159.390	159.390	849	-	159.390	2022040704	-	PRESTADOR NO SUBSANA GLOSA
561	169746	159.390	159.390	849	-	159.390	2022040704	-	PRESTADOR NO SUBSANA GLOSA
562	169748	159.390	159.390	849	-	159.390	2022040704	-	PRESTADOR NO SUBSANA GLOSA
563	169749	159.390	159.390	849	-	159.390	2022040704	-	PRESTADOR NO SUBSANA GLOSA
564	169750	159.390	159.390	849	-	159.390	2022040704	-	PRESTADOR NO SUBSANA GLOSA
565	255894	29.216	29.216	849	-	29.216	2022040704	-	PRESTADOR NO SUBSANA GLOSA



NIT: 890.102.006-1  
 Código Postal: 080003  
 SC-CERE27351 Código DANE: 08-000

Gobernación del Atlántico  
[atlantico.gov.co](http://atlantico.gov.co)

• [atencionalciudadano@atlantico.gov.co](mailto:atencionalciudadano@atlantico.gov.co)  
 • (57)(5) 330 7103  
 • Calle 40 carreras 45 y 46 / Barranquilla - Colombia  
 Línea Gratuita: 01 8000 915 307



566	169668	159.390	159.390	849	-	159.390	2022040704	-	NO SE ANEXARON SOPORTES
567	169670	159.390	159.390	849	-	159.390	2022040704	-	NO SE ANEXARON SOPORTES
568	169674	159.390	159.390	849	-	159.390	2022040704	-	NO SE ANEXARON SOPORTES
569	169680	159.390	159.390	849	-	159.390	2022040704	-	NO SE ANEXARON SOPORTES
570	169689	159.390	159.390	849	-	159.390	2022040704	-	NO SE ANEXARON SOPORTES
571	169692	159.390	159.390	849	-	159.390	2022040704	-	NO SE ANEXARON SOPORTES



NIT: 890.102.006-1  
Código Postal: 080003  
SC-CER627351 Código DANE: 08-000

Gobernación del Atlántico  
atlantico.gov.co

• atencionalciudadano@atlantico.gov.co  
• (57)(5) 330 7103  
• Calle 40 carreras 45 y 46 / Barranquilla - Colombia  
Línea Gratuita: 01 8000 915 307



572	185690	46.512			207		9.819				9.819	2022040704			-	Se acepta descuento del similar aceite de ricino 30 ml valor a reconocer \$3.273 c/u x 3 ref. list mutual ser se glosa el valor \$9.819
573	194168	46.512			207-207		23.724				23.724	2022040704			-	Se acepta precio en \$ 10.869 c/u DE LA TECNOLOGIA NO POS (ENEMA) FOSFATO DE SODIO DIBASICO/FOSFATO DE SODIO SOL. ORAL 6+16G/133 ML x 3. Se acepta descuento de la tecnología similar aceite de ricino 30 ml x 3, \$ 3.273 c/u
574	232649	3.723.784			207		1.385.064				640.000	2022040704			745.064.00	Se acepta descuento del medicamento similar INMUNOGLOBULINA ANTI-D RH 250 A 300 MCG/2 ML SOLUCION INYECTABLE x 8 a precio \$ 80,000 c/u
575	232660	128.236			207-207		78.686				39.764	2022040704			38.922.00	SE DESCUENTA SUSTITUTO DESMOPRESINA AMP \$ 19882X2= \$ 39764. MNPBS VASOPRESINA \$ 64118X2= \$ 128236
576	232703	23.415			507		23.415				23.415	2022040704			-	SE REALIZA GLOSA POR COBERTURA MEDICAMENTO NO POS FACTURADO ACIDO FUSIDICO CREMA 2% 15G TABLETA POR 5 UNIDADES FACTURADAS, VALOR UNITARIO FACTURADO \$ 4.683 PARA UN TOTAL DE \$ 23.415 EL SIMILAR POS SULFADIAZINA CREMA 1% VALOR UNITARIO A RECONOCER \$ 20.142 REF. LIST MUTAL X4 UNIDADES EQUIVALENTES AL TRATAMIENTO NO POS CON UN VALOR TOTAL DE \$ 100.710 LO QUE INDICA LA RESOLUCION 1479 DE 2015 CUANDO LA TECNOLOGIA NO POS FACTURADA SEA IGUAL O MENOR QUE EL SIMILAR POS DEBE ASUMIR EL PAGO LA EPS.
577	232706	9.366			507		9.366				9.366	2022040704			-	PRESTADOR NO SUBSANA GLOSA
578	232712	9.366			507		9.366				9.366	2022040704			-	PRESTADOR NO SUBSANA GLOSA
579	237823	625.356	625.356		849		-				175.356	2022040704			450.000.00	prestador anexa soportes y cumple con las tarifas de la tecnología Pulmocare lata 237 ml. - cantidad # 36X12500. - FPS 10/09/2018
580	237848	1.749.708			207-207		1.169.508				689.484	2022040704			480.024.00	Se acepta precio \$ 90000c/u en labetalol soln iny. 100 mg/ml x 12 = \$1080000 Se acepta descuento en medicamento similar metoprolol amp 100 ml en \$ 1648 c/u x 12= \$ 19776
581	237864	145.809			207-207		97.459				57.457	2022040704			40.002.00	Se acepta precio \$ 90.000 c/u en labetalol soln iny. 100 mg/ml x 1 Se acepta descuento en medicamento similar metoprolol amp 100 ml en \$ 1648 c/u x 1
582	237876	19.440			207-207		12.924				6.090	2022040704			6.834.00	Se acepta precio \$ 5.950 c/u ENTEROGERMINA AMP SOL. ORAL x 3 Se acepta descuento en medicamento similar METOCLOPRAMIDA 10 MG x 30 a precio \$ 150 c/u
583	237888	97.200			207-207		77.832				77.832	2022040704			-	Se acepta precio \$ 2.700 c/u en TECNOLOGIA NO POS SILDENAFIL 50 MG x 8 Se acepta descuento en medicamento similar PRAZOSINA 1 MG TAB x 8 a precio \$ 279 c/u



584	237900	76.890	76.890	849	-	76.890	2022040704	-	Entidad no subsana motivo de Devolucion, se mantiene o ratifica igual motivo de Devolución (Orden expedida por nutricionista y CTC autorizado por médico). En caso de subsanar, se tendrá en cuenta el MVF por la tecnología Ensure Plus HN lata 237 ml. - cantidad # 6, se reconocerá a \$ 9.300 ( glosa por \$ 21.090), Entidad acepta glosa total de la factura. FPS 03/09/2018
585	237903	735.264	735.264	849	-	450.264	2022040704	285.000.00	PRESTADOR ANEXA SOPORTES SE EVIDENCIA 19 LATAS EN EL REGISTRO DE APLICACIÓN MVC EN GLUCERNA 237 ML
586	237907	503.759	503.759	849	-	76.009	2022040704	427.750.00	PRESTADOR SUBSANA MOTIVO DE DEVOLUCION. MVC EN TECNOLOGIA COBRADA PULMO CARE LATA 237 ML #29 UNIDADES A \$14750 X29
587	237918	76.890	76.890	849	-	76.890	2022040704	-	Entidad no subsana motivo de Devolucion, se mantiene o ratifica igual motivo de Devolución (Orden expedida por nutricionista y CTC autorizado por médico). En caso de subsanar, se tendrá en cuenta el MVF por la tecnología Ensure Advance lata 237 ml. - cantidad # 6, se reconocerá a \$ 9.300 ( glosa por \$ 21.090), Entidad acepta glosa total de la factura. FPS 03/09/2018
588	237926	67.080	67.080	849	-	67.080	2022040704	-	Entidad no subsana motivo de Devolucion, se mantiene o ratifica igual motivo de Devolución (Orden expedida por nutricionista y CTC autorizado por médico) de la tecnología Nepro AP lata 375 ml. - cantidad # 6. Entidad acepta glosa total de la factura. - FPS 16/10/2018
589	245951	38.000.000	38.000.000	849	-	1.743.150	2022040704	36.256.850.00	Entidad subsana motivo de Devolución, se revisa historia clínica y se evidencia que la orden medica en la historia clínica realizada el día 13/12/2018 tiene la orden del procedimiento, que para el día 14/02 lo solicitan formalmente en los formatos establecidos, se procede a auditar factura. Se reconoce tecnología No-PBS Insercion de cardioversor con resincronizador- cantidad # 1 ; se glosa similar no descontado implantacion de desfibrilador segun tarifa soat 2018 - 25% un valor de \$ 1.743.150 aceptada por la entidad. FPS 21/12/2018
590	252514	100.620	100.620	849	-	100.620	2022040704	-	Entidad no subsana motivo de Devolucion, se mantiene o ratifica igual motivo de Devolución (Orden expedida por nutricionista y CTC autorizado por médico) de la tecnología Nepro AP lata 375 ml. - cantidad # 9. Entidad acepta glosa total de la factura. - FPS 15/03/2018
591	252515	122.980	122.980	849	-	122.980	2022040704	-	Entidad no subsana motivo de Devolucion, se mantiene o ratifica igual motivo de Devolución (Orden expedida por nutricionista y CTC autorizado por médico) de la tecnología Nepro AP lata 375 ml. - cantidad # 11. Entidad acepta glosa total de la factura. - FPS 12/03/2018
592	252517	51.260	51.260	849	-	51.260	2022040704	-	Entidad no subsana motivo de Devolucion, se mantiene o ratifica igual motivo de Devolución (Orden expedida por nutricionista y CTC autorizado por Médico). En caso de subsanar, se tendrá en cuenta el MVF por la tecnología Ensure Plus HN lata 237 ml. - cantidad # 4, se reconocerá a \$ 9.300 (glosa por \$ 14.060). Entidad acepta glosa total de la factura. No similar - FPS 26 al 27/04/2018
593	252585	1.412.100	1.412.100	849	-	237.300	2022040704	1.174.800.00	prestador anexa soportes, se tendrá en cuenta el MVF por la tecnología Nepro BP lata 237 ml. - cantidad # 60, se reconocerá a \$ 19.580 X60= \$ 1.174.800.
594	252588	1.000.404	1.000.404	849	-	100.404	2022040704	900.000.00	PRESTADOR ANEXA SOPORTES SUBSANA GLOSA MVC INMUNEX PLUS SOBRE 131GR \$ 100.000X 9



595	252762	116.424	116.424	849	-	116.424	2022040704	-	Entidad no subsana motivo de Devolucion, se mantiene o ratifica igual motivo de Devolución (Orden expedida por nutricionista y CTC autorizado por médico), de la tecnología Diber drink alimento 200 ml frasco lata 237 ml. - cantidad # 36. Entidad acepta glosa total de la factura. - FPS 28/03/2018
596	252763	615.120	615.120	849	-	76.890	2022040704	538.230.00	SE VALIDA FACTURA, ANEXAN SOPORTES. SE EVIDENCIA SOPORTES DE 42 ENSURES . MAYOR VALOR COBRADO EN ENSURE PLUS HN 237ML. NO EXISTE SIMILAR EN PBS.
597	253264	48.978	48.978	849	-	29.169	2022040704	19.809.00	Entidad subsana motivo de Devolución, se revisa historia clínica y se evidencia que el usuario ingreso a la institucion el día 04/02/2018, que coincide con el MYT, se procede a auditar factura. Valor a reconocer por tecnología No-PBS Acido fusidico crema topica-cantidad # 3 segun precio referenciado al mercado a \$ 8.440 : 1) se glosa por MVF un valor de \$ 23.658 y 2) se glosa similar no descontado, Hidrocortisona crema por valor de \$ 5.511, TOTAL GLOSA: \$ 29.169 aceptada por la entidad. FPS 02 al 09/02/2018
598	253266	32.607		207	9.819	9.819	2022040704	-	Se acepta descuento del medicamento similar ACEITE DE RICINO 30 ML x 3 en \$ 3.273 C/U
599	253268	10.869		207	3.273	3.273	2022040704	-	Se acepta descuento del medicamento similar ACEITE DE RICINO 30 ML x 1, en \$ 3.273
600	253984	10.869		207	3.273	3.273	2022040704	-	Se acepta descuento del medicamento similar ACEITE DE RICINO 30 ML x 1, en \$ 3.273
601	253988	32.607		207	9.819	9.819	2022040704	-	Se acepta descuento del medicamento similar ACEITE DE RICINO 30 ML x 3, en \$ 3.273
602	253938	48.978		507	48.978	48.978	2022040704	-	SE REALIZA GLOSA POR COBERTURA MEDICAMENTO NO POS ACIDO FUSIDICO CREMA 2% 15G POR 3 UNIDADES FACTURADAS, VALOR UNITARIO FACTURADO \$16.326 PARA UN TOTAL DE \$ 48.978 EL SIMILAR POS SULFADIAZINA CREMA 1% VALOR UNITARIO A RECONOCER \$ 20.142 REF. LIST MUTAL X3 UNIDADES EQUIVALENTES AL TRATAMIENTO NO POS CON UN VALOR TOTAL DE \$ 60.426 LO QUE INDICA LA RESOLUCION 1479 DE 2015 CUANDO LA TECNOLOGIA NO POS FACTURADA SEA IGUAL O MENOR QUE EL SIMILAR POS DEBE ASUMIR EL PAGO LA EPS.
603	253942	163.260		507	163.260	163.260	2022040704	-	PRESTADOR NO SUBSANA GLOSA
604	253944	48.978		507	48.978	48.978	2022040704	-	PRESTADOR NO SUBSANA GLOSA
605	253946	202.500	202.500	849	-	202.500	2022040704	-	Entidad no subsana motivo de Devolucion (fecha de solicitud y prestacion de servicio no coincide en MYT), se procede a auditar factura, valor a reconocer en caso de subsanar, por tecnología No-PBS Carbetocina 100 mcg. Ampolla - cantidad # 1, según precio referenciado al mercado a \$ 106.400, : 1) se glosa por MVF un valor de \$ 96.100 y 2) se glosa similar no descontado oxitocina 10 UI un valor de \$ 2.418, TOTAL GLOSA: \$ 98.518, aceptado por la entidad. FPS 06/01/2018
606	253949	81.630		507	81.630	81.630	2022040704	-	PRESTADOR NO SUBSANA GLOSA
607	253953	18.750		207	3.271	3.271	2022040704	-	Se acepta precio \$ 15.479 en TECNOLOGIA NO POS PEDIIVIT GOTAS x1
608	253956	10.869		207	3.273	3.273	2022040704	-	Se acepta descuento del medicamento similar ACEITE DE RICINO 30 ML x 1, en \$ 3.273
609	253959	10.869		207	3.273	3.273	2022040704	-	Se acepta descuento del medicamento similar ACEITE DE RICINO 30 ML x 1, en \$ 3.273



610	253962	208.452				207		51.204				31.452	2022040704			19.752.00	Se acepta precio de la tecnología no pos PULMOCARE LATA 237 ML en \$ 14.750 c/u X 12
611	253972	321.678	321.678			849		-				321.678	2022040704			-	Entidad no subsana motivo de Devolucion, se mantiene o ratifica igual motivo de Devolución (Orden expedida por nutricionista y CTC autorizado por médico). En caso de subsanar, se tendrá en cuenta el MVF por la tecnología Glucerna lata 237 ml. - cantidad # 21, se reconocerá a \$ 10.274 (glosa por \$ 105.924). Entidad acepta glosa total de la factura. FPS 02/05/2018
612	253974	192.225	192.225			849		-				192.225	2022040704			-	Entidad no subsana motivo de Devolucion, se mantiene o ratifica igual motivo de Devolución (Orden expedida por nutricionista y CTC autorizado por Médico). En caso de subsanar, se tendrá en cuenta el MVF por la tecnología Ensure Plus HN lata 237 ml. - cantidad # 15, se reconocerá a \$ 9.300 (glosa por \$ 38.665) y según las cantidades solo se evidencia la administración de 11 latas de 15 facturadas (glosa por \$ 51.260). Entidad acepta glosa total de la factura. No similar. - FPS 17/02/2018
613	253975	32.607				207		9.819				9.819	2022040704			-	Se acepta descuento del medicamento similar ACEITE DE RICINO 30 ML x 3, en \$ 3.273 c/u
614	253980	21.738				207		6.546				6.546	2022040704			-	Se acepta descuento del medicamento similar ACEITE DE RICINO 30 ML x 2, en \$ 3.273 c/u
615	253981	10.869				207		3.273				3.273	2022040704			-	Se acepta descuento del medicamento similar ACEITE DE RICINO 30 ML x 1, en \$ 3.273
616	254008	79.380				207		3.872				3.872	2022040704			-	Se acepta descuento del medicamento similar NOREEPINEFRINA 4 MG AMP x 1 en \$ 3.827
617	254009	19.440	19.440			849		-				19.440	2022040704			-	Entidad no subsana motivo de Devolucion, se mantiene o ratifica igual motivo de Devolución tecnología No-PBS Enterogermina 2000 millones ml. suspensión oral, código CUM registrado en factura 19952942-01 es muestra médica sin valor comercial (INVIMA), no se reconoce - cantidad # 2 - (ademas facturados a MV) - Entidad acepta glosa total de la factura. FPS 01/09/2018
618	254011	64.800	64.800			849		-				64.800	2022040704			-	Entidad no subsana motivo de Devolucion, se mantiene o ratifica igual motivo de Devolución tecnología No-PBS Enterogermina 2000 millones ml. suspensión oral, código CUM registrado en factura 19952942-01 es muestra médica sin valor comercial (INVIMA), no se reconoce - cantidad # 10 - (ademas facturados a MV) - Entidad acepta glosa total de la factura. FPS 16/05/2018
619	254013	64.800	64.800			849		-				64.800	2022040704			-	Entidad no subsana motivo de Devolucion, se mantiene o ratifica igual motivo de Devolución tecnología No-PBS Enterogermina 2000 millones ml. suspensión oral, código CUM registrado en factura 19952942-01 es muestra médica sin valor comercial (INVIMA), no se reconoce - cantidad # 10 - (ademas facturados a MV) - Entidad acepta glosa total de la factura. FPS 25/06/2018
620	254015	129.600	129.600			849		-				129.600	2022040704			-	Entidad no subsana motivo de Devolucion, se mantiene o ratifica igual motivo de Devolución tecnología No-PBS Enterogermina 2000 millones ml. suspensión oral, código CUM registrado en factura 19952942-01 es muestra médica sin valor comercial (INVIMA), no se reconoce - cantidad # 20 - (ademas facturados a MV) - Entidad acepta glosa total de la factura. FPS 07/09/2018
621	254017	81.630				507		81.630				81.630	2022040704			-	PRESTADOR NO SUBSANA GLOSA





622	254018	129.600	129.600	849	-	129.600	2022040704	-	Entidad no subsana motivo de Devolucion, se mantiene o ratifica igual motivo de Devolución tecnología No-PBS Enterogermina 2000 millones ml. suspensión oral, código CUM registrado en factura 19952942-01 es muestra médica sin valor comercial (INVIMA), no se reconoce - cantidad # 20 - (además facturados a MV) - Entidad acepta glosa total de la factura. FPS 07/09/2018
623	254019	202.500		207-207	98.518	73.704	2022040704	24.814.00	Se factura medicamento NOPBS carbetocina 100mg ampolla x 1, en \$ 202.500, se acepta precio en conciliación por valor de \$ 130.450 Se acepta oxitocina 10ui ampolla en \$1454 x unidad. Valor referente.
624	254020	551.612	551.612	849	-	74.972	2022040704	476.640.00	Entidad subsana motivo de Devolución, se revisa historia clínica y se evidencia orden medica (clínica) coincide con fecha de MYT. Se procede a auditar factura. Valor a reconocer por tecnología No-PBS Linezolid 600 mg. Ampolla- cantidad # 4 (medicamento regulado circular 04/2018) a \$ 117.192 MAS EL 7% IPS A \$ 125.395 : 1) se glosa por MVF un valor de \$ 50.032 y 2) se glosa similar no descontado, Vancomicina 500 mg. ampolla por valor de 6235 X 4, aceptada por la entidad. FPS 07 al 08/07/2018
625	254021	49.106		207	3.193	3.193	2022040704	-	Se acepta descuento del medicamento similar METOCLOPRAMIDA AMP x 1 en \$ 3.193
626	254024	84.375		207	60.426	60.426	2022040704	-	Se acepta descuento del medicamento similar SULFADIAZINA CREMA 30 g x 3, en \$ 20.142 c/u
627	254026	51.840	51.840	849	-	51.840	2022040704	-	Entidad no subsana motivo de Devolucion, se mantiene o ratifica igual motivo de Devolución tecnología No-PBS Enterogermina 2000 millones ml. suspensión oral, código CUM registrado en factura 19952942-01 es muestra médica sin valor comercial (INVIMA), no se reconoce - cantidad # 8 - (además facturados a MV) - Entidad acepta glosa total de la factura. FPS 22/04/2018
628	188010	138.000	138.000	849	-	138.000	2022040704	-	PRESTADOR NO SUBSANA GLOSA
629	188016	15.046	15.046	849	-	15.046	2022040704	-	PRESTADOR NO SUBSANA GLOSA
630	188025	30.092	30.092	849	-	30.092	2022040704	-	PRESTADOR NO SUBSANA GLOSA
631	188043	69.000	69.000	849	-	69.000	2022040704	-	PRESTADOR NO SUBSANA GLOSA
632	188109	73.040	73.040	849	-	73.040	2022040704	-	PRESTADOR NO SUBSANA GLOSA
633	188222	73.040	73.040	849	-	73.040	2022040704	-	PRESTADOR NO SUBSANA GLOSA
634	188229	69.000	69.000	849	-	69.000	2022040704	-	PRESTADOR NO SUBSANA GLOSA
635	188396	69.000	69.000	849	-	69.000	2022040704	-	PRESTADOR NO SUBSANA GLOSA
636	188418	96.600	96.600	849	-	96.600	2022040704	-	PRESTADOR NO SUBSANA GLOSA
637	188419	96.600	96.600	849	-	96.600	2022040704	-	PRESTADOR NO SUBSANA GLOSA
638	169702	420.750	420.750	849	-	420.750	2022040704	-	NO SE ANEXARON SOPORTES



639	243707	59.800.000				4205-4210		1.732.700				1.732.700	2022040704			-	Se acepta precio de la tecnología no pos cobrado IMPLANTE CARDIOSINCRONIZADOR en \$ 47.000.000 Se acepta glosa por no descuento del procedimiento similar desfibrilador cardioversor tarifa SOAT 2019 -25% \$ 1.719.900.
640	246441	59.800.000				4210-4205		1.732.700				1.732.700	2022040704			-	Se acepta precio de la tecnología no pos cobrado IMPLANTE CARDIOSINCRONIZADOR en \$ 47.000.000 Se acepta glosa por no descuento del procedimiento similar desfibrilador cardioversor tarifa SOAT 2019 -25% \$ 1.719.900.
641	259945	1.379.030				4204-4210		1.234.270				187.426	2022040704			1.046.844.00	Se acepta precio regulado cir 07/2018 por fecha de prestación de servicios 4/02/2019" en tecnología no pos linezolid sol inyectable 600 mg X 10 \$125395X10 = \$ 1253954 Se acepta descuento en medicamento similar vancomicina amp 500 mg a precio \$ 6.235 c/u X 10
642	260005	1.956.150				4210-4204		1.848.406				1.848.406	2022040704			-	Se acepta precio regulado cir 07/2018 por fecha de prestación de servicios 8/02/2019" en tecnología no pos colistimetato de sodio 1.000.000 UI x 14 Se acepta descuento en medicamento similar vancomicina amp 500 mg a precio \$ 6.235 c/u x 14
643	260009	428.400				3101		428.400				428.400	2022040704			-	El usuario se encuentra como afiliado fallecido en al base de datos del ADRES.



NIT: 890.102.006-1  
Código Postal: 080003  
Código DANE: 08-000

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO  
atlantico.gov.co

atencionalciudadano@atlantico.gov.co  
(57)(5) 330 7103  
Calle 40 carreras 45 y 46 / Barranquilla - Colombia  
Línea Gratuita: 01 8000 915 307



644	260010	499.800				4205-4210		341.250					289.786	2022040704		51.464.00	Se acepta precio de la tecnología no pos labetalol sol inyectable 100 mg/20 ml X 7 \$31650 c/u= \$ 221550 precio de reg /2019 Se acepta descuento en medicamento similar Se acepta descuento del medicamento similar metoprolol 1 mg amp x 7 en \$ 1.648 c/u = \$ 11536
645	260012	124.952				3101		124.952					124.952	2022040704		.	El usuario se encuentra como afiliado fallecido en al base de datos del ADRES.
646	260016	2.482.254				4204		372.798					337.367	2022040704		35.431.00	Se acepta precio regulado cir 07/2018 por fecha de prestación de servicios 14/02/2019" en tecnología no pos linezolid sol inyectable 600 mg X 18 \$125395= \$ 2257,117
647	260029	714.000				3101		714.000					714.000	2022040704		.	NO SE EVIDENCIA ACTA DE CTC
648	260036	714.000				4210-4205		487.500					413.980	2022040704		73.520.00	Se acepta precio de la tecnología no pos labetalol sol inyectable 100 mg/20 ml X 10 \$31650 c/u= \$ 316500 precio de reg /2019 Se acepta descuento en medicamento similar metoprolol 1 mg amp x 10 en \$ 1.648 c/u = \$ 16480



NIT: 890.102.006-1  
Código Postal: 080003  
SC-CER627351 Código DANE: 08-000

Gobernación del Atlántico  
atlantico.gov.co

• atencionalciudadano@atlantico.gov.co  
• (57)(5) 330 7103  
• Calle 40 carreras 45 y 46 / Barranquilla - Colombia  
Línea Gratuita: 01 8000 915 307



649	260047	1.004.500				4210-4204		154.620				84.080	2022040704			70.540,00	Se acepta descuento del medicamento similar metoprolol 1 mg amp x 7 en \$ 1.648 c/u = \$ 11536
650	260054	97.750				4205-4210		18.330				18.330	2022040704			-	Se acepta precio de la tecnología en salud cobrada,ADENOSINA 6 MG/2ML INYECTABLE x 1 en \$83.300 Se acepta descuento del medicamento similar NOREPINEFRINA 4 MG/4ML AMP X1 valor referenciado \$ 3.880 c/u x1 amp
651	260082	2.121.600				3202		2.121.600				2.121.600	2022040704			-	tecnología cobrada DEXMEDETOMINA AMP 0.2 mg/2ml es un anestésicos, se encuentran cubiertos por el Plan de Beneficios con cargo a la UPC para la fecha de prescripción del servicio en el aplicativo y se encuentra dentro de las coberturas establecidas ART.29 Analgesia, anestesia y sedación REF. resolución 5857/2018
652	260297	1.060.800				3101		1.060.800				1.060.800	2022040704			-	tecnología cobrada DEXMEDETOMINA AMP 0.2 mg/2ml es un anestésicos, se encuentran cubiertos por el Plan de Beneficios con cargo a la UPC para la fecha de prescripción del servicio en el aplicativo y se encuentra dentro de las coberturas establecidas ART.29 Analgesia, anestesia y sedación REF. resolución 5857/2018
653	260312	1.060.800				3101		1.060.800				1.060.800	2022040704			-	tecnología cobrada DEXMEDETOMINA AMP 0.2 mg/2ml es un anestésicos, se encuentran cubiertos por el Plan de Beneficios con cargo a la UPC para la fecha de prescripción del servicio en el aplicativo y se encuentra dentro de las coberturas establecidas ART.29 Analgesia, anestesia y sedación REF. resolución 5857/2018



NIT: 890.102.006-1  
Código Postal: 080003  
Código DANE: 08-000

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO  
atlantico.gov.co

atencionalciudadano@atlantico.gov.co  
(57)(5) 330 7103  
Calle 40 carreras 45 y 46 / Barranquilla - Colombia  
Línea Gratuita: 01 8000 915 307



654	260382	407.484				4213		14.553					14.553	2022040704		-	Se reconoce (27) unidades alimento DIBEN DRINK 1.5 KCAL 200 ML correspondientes a la cantidad efectivamente suministrada al usuario, se glosa (1) Frasco.
655	267127	2.623.824				4205		1.153.324					1.153.324	2022040704		-	Se acepta precio de INMUNOGLOBULINA HUMANA 5GR/100 ML x 2 en \$ 735.250 c/u Se acepta descuento del medicamento similar INMUNOGLOBULINA HUMANA ANTI-D RHO 2ML x 2 en \$ 81.053 c/u
656	267146	999.600				4205		556.500					556.500	2022040704		-	Se acepta precio de la tecnología no pos labelolol sol inyectable 100 mg/20 ml X 14 \$31650 c/u= \$ 443100 precio de reg /2019 Se acepta descuento en medicamento similar metoprolol 1 mg amp x 14 en \$ 1.648 c/u = \$ 23072
657	267152	714.000				4205-4210		413.980					413.980	2022040704		-	Se acepta precio de la tecnología no pos labelolol sol inyectable 100 mg/20 ml X 10 \$31650 c/u= \$ 316500 precio de reg /2019 Se acepta descuento en medicamento similar metoprolol 1 mg amp x 10 en \$ 1.648 c/u = \$ 16480
658	267395	64.075				4205		18.125					-	2022040704		18.125,00	FACTURA CUMPLE CON LAS TARIFAS DE MERCADO



659	267418	269.115				4205		269.115									2022040704		269.115.00	FACTURA CUMPLE CON LAS TARIFAS DE MERCADO	
660	267458	768.900				4205		217.500										2022040704		217.500.00	FACTURA CUMPLE CON LAS TARIFAS DE MERCADO
661	267939	4.776.492				4210		923.370				923.370						2022040704		-	Se acepta glosa por no descuento del medicamento similar por \$923.370
662	267946	24.767				4210-4205		18.164				18.164						2022040704		-	Se acepta glosa por mayor valor facturado en \$ 16.327 Se acepta glosa por no descuento del medicamento similar en \$ 1.837
663	267952	24.767				4205-4210		18.164				18.164						2022040704		-	Se acepta glosa por mayor valor facturado en \$ 16.327 Se acepta glosa por no descuento del medicamento similar en \$ 1.837



NIT: 890.102.006-1  
Código Postal: 080003  
Código DANE: 08-000  
SC-CER627351

Gobernación del Atlántico  
atlantico.gov.co

• atencionalciudadano@atlantico.gov.co  
• (57)(5) 330 7103  
• Calle 40 carreras 45 y 46 / Barranquilla - Colombia  
Línea Gratuita: 01 8000 915 307



664	267475	38.445				4205		10.875									10.875.00	FACTURA CUMPLE CON LAS TARIFAS DE MERCADO
665	267533	243.194				4205		36.694										Se acepta precio de la tecnología no pos PULMOCARE 237 ML en \$ 14.750 x 14
666	267539	347.420				4205		52.420										Se acepta precio de la tecnología no pos PULMOCARE 237 ML en \$ 14.750 x 20
667	267556	625.356				4205		94.356										Se acepta precio de la tecnología no pos PULMOCARE 237 ML en \$ 14750 c/u x 36
668	267563	364.791				4205		55.041										Se acepta precio de la tecnología no pos PULMOCARE 237 ML en \$ 14.750 c/u x 21



NIT: 890.102.006-1  
Código Postal: 080003  
SC-CER627351 Código DANE: 08-000

Gobernación del Atlántico  
atlantico.gov.co

• atencionalciudadano@atlantico.gov.co  
• (57)(5) 330 7103  
• Calle 40 carreras 45 y 46 / Barranquilla - Colombia  
Línea Gratuita: 01 8000 915 307



669	267571	434.275				4205		65.525					65.525	2022040704					Se acepta precio de la tecnología no pos PULMOCARE 237 ML en \$ 14.750 c/u x 25
670	267581	434.275				4205		65.525					65.525	2022040704					Se acepta precio de la tecnología no pos PULMOCARE 237 ML en \$ 14.750 c/u x 25
671	267586	364.791				4205		55.041					55.041	2022040704					Se acepta precio de la tecnología no pos PULMOCARE 237 ML en \$ 14.750 c/u x 21
672	267593	312.678				4205		47.178					47.178	2022040704					Se acepta precio de la tecnología no pos PULMOCARE 237 ML en \$ 14.750 c/u x 18
673	267597	294.440				4205		89.600					89.600	2022040704					Se acepta precio de la tecnología no pos NEPRO 237 ML EN \$ 10.242 C/U X 20



NIT: 890.102.006-1  
Código Postal: 080003  
SC-CER627381 Código DANE: 08-000

Gobernación del Atlántico  
atlantico.gov.co

• atencionalciudadano@atlantico.gov.co  
• (57)(5) 330 7103  
• Calle 40 carreras 45 y 46 / Barranquilla - Colombia  
Línea Gratuita: 01 8000 915 307





674	267611	88.332				4205		26.880					26.880	2022040704				-	Se acepta precio de la tecnología no pos NEPRO 237 ML EN \$ 10.242 C/U X 6
675	267626	470.700				4205		265.860					265.860	2022040704				-	Se acepta precio de la tecnología no pos NEPRO 237 ML EN \$ 10.242 C/U X 20
676	267638	706.050				4205		398.790					398.790	2022040704				-	Se acepta precio de la tecnología no pos NEPRO 237 ML EN \$ 10.242 C/U X 30
677	267813	127.400				4205		34.800					34.800	2022040704				-	Se acepta glosa por mayorm valor facturado
678	267817	420.420				4205		97.440					97.440	2022040704				-	Se acepta glosa por mayor valor



NIT: 890.102.006-1  
Código Postal: 080003  
SC-CER627351 Código DANE: 08-000

Gobernación del Atlántico  
atlantico.gov.co

• atencionalciudadano@atlantico.gov.co  
• (57)(5) 330 7103  
• Calle 40 carreras 45 y 46 / Barranquilla - Colombia  
Línea Gratuita: 01 8000 915 307



679	267820	356.720				4205		97.440											2022040704		97.440.00	prestador cumple con las tarifas
680	267840	91.902				4205		32.502											2022040704		32.502.00	PRESTADOR CUMPLE CON LAS TARIFAS
681	267922	689.265				4205		689.265		14.265									2022040704		675.000.00	"El valor de la tecnología en salud cobrada, alimento GLUCERNA 237 ML \$15.317 c/u x45 latas es mayor al valor máximo establecido \$15,000, por lo tanto, se glosa la diferencia fecha de prestación 20/04/2019 "
682	281428	41.400				4001-4116-4208		41.400		41.400									2022040704		-	GLOSA TOTAL, FACTURA EXTEMPORANEA DEBIDO A QUE NO CUMPLE CON LOS TIEMPOS ESTIPULADOS EN LA LEY 1955 DEL 2019 POR NO RADICARSE A TIEMPO PARA LA LEY DEL ACUERDO FINAL. FECHA DE ENTREGA: 20 JUNIO 2019.FECHA DE RADICACION 3 OCT 2020 .EXISTE INCONSISTENCIA EN SOPORTES ANEXADOS. FACTURA REGISTRA FECHA DE INGRESO Y EGRESO 9 SEPT 2019. Y DEMAS SOPORTES REGISTRAN EN JUNIO. SE DESCUENTA SIMILAR LOPERAMIDA \$100X6=\$6.000. MEDICAMENTO ENTTEGRERMINA 2000MILL AMP.
683	281437	40.000				4001-4116		40.000		40.000									2022040704		-	GLOSA TOTAL, FACTURA EXTEMPORANEA DEBIDO A QUE NO CUMPLE CON LOS TIEMPOS ESTIPULADOS EN LA LEY 1955 DEL 2019 POR NO RADICARSE A TIEMPO PARA LA LEY DEL ACUERDO FINAL. FECHA DE ENTREGA: 20 JUNIO 2019.FECHA DE RADICACION 3 OCT 2020 .EXISTE INCONSISTENCIA EN SOPORTES ANEXADOS. FACTURA REGISTRA FECHA DE INGRESO Y EGRESO 9 SEPT 2019. Y DEMAS SOPORTES REGISTRAN EN JUNIO. SE DESCUENTA SIMILAR LOPERAMIDA \$100X6=\$6.000. MEDICAMENTO ENTTEGRERMINA 2000MILL AMP.



684	281483	203.742				4002-4116-4205		203.742					203.742	2022040704	-	GLOSA TOTAL, FACTURA EXTEMPORANEA DEBIDO A QUE NO CUMPLE CON LOS TIEMPOS ESTIPULADOS EN LA LEY 1955 DEL 2019 POR NO RADICARSE A TIEMPO PARA LA LEY DEL ACUERDO FINAL. FECHA DE ENTREGA: 20 JUNIO 2019.FECHA DE RADICACION 3 OCT 2020 .EXISTE INCONSISTENCIA EN SOPORTES ANEXADOS. FACTURA REGITRA FECHA DE INGRESO Y EGRESO 9 SEPT 2019. Y DEMAS SOPORTES REGISTRAN EN JUNIO. SE DESCUENTA SIMILAR LOPERAMIDA \$100X6=\$6.000. MEDICAMENTO ENTEGORERMINA 2000MILL AMP.	
685	281489	115.335				4001-4116-4205		115.335					115.335	2022040704	-	GLOSA TOTAL, FACTURA EXTEMPORANEA DEBIDO A QUE NO CUMPLE CON LOS TIEMPOS ESTIPULADOS EN LA LEY 1955 DEL 2019 POR NO RADICARSE A TIEMPO PARA LA LEY DEL ACUERDO FINAL. FECHA DE ENTREGA: 20 JUNIO 2019.FECHA DE RADICACION 3 OCT 2020 .EXISTE INCONSISTENCIA EN SOPORTES ANEXADOS. FACTURA REGITRA FECHA DE INGRESO Y EGRESO 9 SEPT 2019. Y DEMAS SOPORTES REGISTRAN EN JUNIO. SE DESCUENTA SIMILAR LOPERAMIDA \$100X6=\$6.000. MEDICAMENTO ENTEGORERMINA 2000MILL AMP.	
686	281678	208.452				4001-4116-4205		208.452					208.452	2022040704	-	GLOSA TOTAL, FACTURA EXTEMPORANEA DEBIDO A QUE NO CUMPLE CON LOS TIEMPOS ESTIPULADOS EN LA LEY 1955 DEL 2019 POR NO RADICARSE A TIEMPO PARA LA LEY DEL ACUERDO FINAL. FECHA DE ENTREGA: 20 AGOSTO 2019.FECHA DE RADICACION 3 OCT 2020 .EXISTE INCONSISTENCIA EN SOPORTES ANEXADOS. FACTURA REGITRA FECHA DE INGRESO Y EGRESO 11 SEPT 2019. Y DEMAS SOPORTES REGISTRAN EN AGOSTO. MAYOR VALOR COBRADO EN FRESUBRIN DRINK 200ML. \$17.371X7=\$121.219 SEGUN LO SOPORTADO DEMAS REGISTRAN COMO NO APLICADAS. FACT 12. NO EXISTE SIMILAR EN PBS.	
687	281731	145.288				4001-4116		145.288					145.288	2022040704	-	GLOSA TOTAL, FACTURA EXTEMPORANEA DEBIDO A QUE NO CUMPLE CON LOS TIEMPOS ESTIPULADOS EN LA LEY 1955 DEL 2019 POR NO RADICARSE A TIEMPO PARA LA LEY DEL ACUERDO FINAL. FECHA DE ENTREGA: 9 AGOSTO 2019.FECHA DE RADICACION 3 OCT 2020 .EXISTE INCONSISTENCIA EN SOPORTES ANEXADOS. FACTURA REGITRA FECHA DE INGRESO Y EGRESO 11 SEPT 2019. Y DEMAS SOPORTES REGISTRAN EN AGOSTO. FRESUBRIN DRINK 200ML. NO EXISTE SIMILAR EN PBS.	
<b>TOTAL</b>		<b>830.513.248</b>		<b>489.190.605</b>				<b>104.604.155</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>		<b>366.882.716</b>		<b>-</b>	<b>-</b>	<b>226.912.044.00</b>



NIT: 890.102.006-1  
Código Postal: 080003  
SC-CER627381 Código DANE: 08-000

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO  
atlantico.gov.co

• atencionalciudadano@atlantico.gov.co  
• (57)(5) 330 7103  
• Calle 40 carreras 45 y 46 / Barranquilla - Colombia  
Línea Gratuita: 01 8000 915 307

