

FORMATO AIFT010 - Conciliación Cartera ERP – EBP

ENTIDAD TERRITORIAL: SECRETARIA DE SALUD DEL ATLANTICO

Asociación Clínica Bautista

FECHA DE CORTE DE CONCILIACION: 31/03/2022

FECHA DE CONCILIACION:11/03/2021

INFOR	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	ACTUALMENTE PROCESO LEGAL	OBSERVACIONES
1	CE341374	2.448.051		2.448.051			849						2.448.051		2022031180			-		SE LEVANTA GLOSA PARCIAL DE \$29,400. SE REAJUSTA VALOR DE HOMOLOGO CEFRADINA 1 G, SE RECONOCE A \$2,500 C/U*6. PRESTADOR ACEPTA GLOSA POR NO DESCUENTO DE LA CUOTA DE RECUPERACIÓN, SEGÚN LO DISPUESTO EN EL DECRETO 2357 DE 1995, ARTÍCULO 18 (ÍTEM
2	CE350193	28.185		28.185			849						28.185		2022031180			-		SE LEVANTA GLOSA PARCIAL DE \$34,300. SE REAJUSTA VALOR DE HOMOLOGO CEFRADINA 1 G, SE RECONOCE A \$1000 C/U*7. PRESTADOR ACEPTA GLOSA POR NO DESCUENTO DE LA CUOTA DE RECUPERACIÓN, SEGÚN LO DISPUESTO EN EL DECRETO 2357 DE 1995, ARTÍCULO 18 (ÍTEM
3	CE316601	897.462					207-120		80.273				50.873		2022031180			29.400		SE LEVANTA GLOSA PARCIAL DE \$68,600. SE REAJUSTA VALOR DE HOMOLOGO CEFRADINA 1 G, SE RECONOCE A \$1000 C/U*14. PRESTADOR ACEPTA GLOSA POR NO DESCUENTO DE LA CUOTA DE RECUPERACIÓN, SEGÚN LO DISPUESTO EN EL DECRETO 2357 DE 1995, ARTÍCULO 18 (ÍTEM



4	CE316616	1.047.039				207-120	93.651				59.351		2022031180	34.300	SE LEVANTA GLOSA PARCIAL \$1,120. EN CONCILIACION SE REAJUSTA VALOR DE HOMOLOGO METRONIDAZOL 500 MG TABLETA, SE RECONOCE A \$180 C/U*16. ACEPTA GLOSA, NO SE REALIZÓ DESCUENTO DE LA CUOTA DE RECUPERACIÓN, SEGÚN LO DISPUESTO EN EL
5	CE316619	2.094.078				207-120	187.303				118.703		2022031180	68.600	SE LEVANTA GLOSA PARCIAL \$5,560. SE RECONOCE TECNOLOGIA NO PBS A PRECIO FACTURADO, ACEPTA GLOSA NO SE REALIZÓ DOCUMENTO DE LA CUOTA DE RECUPERACIÓN, SEGÚN LO DISPUESTO EN EL DECRETO 2357 DE 1995, ARTÍCULO 18 (ÍTEM 2 Y 4), ARTÍCULO 3 DEL DECRETO 4877 DE
6	CE316623	2.255.136				207-120	116.756				115.636		2022031180	1.120	SE LEVANTA GLOSA PARCIAL \$23,400. EN CONCILIACION SE REAJUSTA VALOR DE HOMOLOGO TAMOXIFENO (CITRATO) 20 MG, SE RECONOCE A \$3,200 C/U*3. ACEPTA GLOSA POR NO DESCUENTO DE LA CUOTA DE RECUPERACIÓN, SEGÚN LO DISPUESTO EN EL DECRETO 2357 DE 1995, ARTÍCULO 18
7	CE316638	63.360				120-207	8.728				3.168		2022031180	5.560	PRESTADOR ACEPTA GLOSA. NO SE REALIZÓ DOCUMENTO DE LA CUOTA DE RECUPERACIÓN, SEGÚN LO DISPUESTO EN EL DECRETO 2357 DE 1995, ARTÍCULO 18 (ÍTEM 2 Y 4), ARTÍCULO 3 DEL DECRETO 4877 DE 2007 Y ARTÍCULO 12 DE LA RESOLUCIÓN 1479 DE 2015 PACIENTE NIVEL:1
8	CE316649	716.502				207-120	68.825				45.425		2022031180	23.400	PRESTADOR ACEPTA GLOSA. NO SE REALIZÓ DOCUMENTO DE LA CUOTA DE RECUPERACIÓN, SEGÚN LO DISPUESTO EN EL DECRETO 2357 DE 1995, ARTÍCULO 18 (ÍTEM 2 Y 4), ARTÍCULO 3 DEL DECRETO 4877 DE 2007 Y ARTÍCULO 12 DE LA RESOLUCIÓN 1479 DE 2015 PACIENTE NIVEL:1
9	CE316678	124.000				120	6.200				6.200		2022031180	-	PRESTADOR ACEPTA GLOSA. NO SE REALIZÓ DOCUMENTO DE LA CUOTA DE RECUPERACIÓN, SEGÚN LO DISPUESTO EN EL DECRETO 2357 DE 1995, ARTÍCULO 18 (ÍTEM 2 Y 4), ARTÍCULO 3 DEL DECRETO 4877 DE 2007 Y ARTÍCULO 12 DE LA RESOLUCIÓN 1479 DE 2015 PACIENTE NIVEL:1



10	CE316682	112.100				120	5.605			5.605	2022031180	-	SE LEVANTA GLOSA PARCIAL DE \$16,070. EN CONCILIACION SE REAJUSTA VALOR DE HOMOLOGO , SE RECONOCE A \$6,200 C/U*1. PRESTADOR ACEPTA DIFERENCIA.
11	CE316683	112.100				120	5.605			5.605	2022031180	-	SE LEVANTA GLOSA PARCIAL DE \$54,351. SE REAJUSTA VALOR DE HOMOLOGO METRONIDAZOL 500 MG, SE RECONOCE A \$180 C/U*30. PRESTADOR ACEPTA GLOSA POR NO DESCUENTO DE LA CUOTA DE RECUPERACIÓN, SEGÚN LO DISPUESTO EN EL DECRETO 2357 DE 1995, ARTÍCULO 18 (ÍTEM
12	CE316690	10.880.220				207	22.270			6.200	2022031180	16.070	SE LEVANTA GLOSA PARCIAL DE \$814,800. EN CONCILIACION SE REAJUSTA VALOR DE HOMOLOGO NITROGLICERINA 05 % SOLUCION INYECTABLE, SE RECONOCE A \$4,000 C/U*84. PRESTADOR ACEPTA DIFERENCIA.
13	CE316699	2.000.040				207-120	159.753			105.402	2022031180	54.351	PRESTADOR ACEPTA GLOSA. NO SE REALIZÓ DESCUENTO DE LA CUOTA DE RECUPERACIÓN, SEGÚN LO DISPUESTO EN EL DECRETO 2357 DE 1995, ARTÍCULO 18 (ÍTEM 2 Y 4), ARTÍCULO 3 DEL DECRETO 4877 DE 2007 Y ARTÍCULO 12 DE LA RESOLUCIÓN 1479 DE 2015.
14	CE323285	20.209.728				207	1.150.800			336.000	2022031180	814.800	PRESTADOR ACEPTA GLOSA. POR NO DESCUENTO DE HOMOLOGO.
15	CE323289	112.125				120	5.606			5.606	2022031180	-	SE LEVANTA GLOSA. SE RECONOCE TECNOLOGIA NO PBS A PRECIO FACTURADO.



16	CE318322	149.577				120-207	7.479			7.479	2022031180	-	SE LEVANTA GLOSA. TECNOLOGIA NO PBS NO TIENE HOMOLOGO.
17	CE318320	144.837				207	10.089			-	2022031180	10.089	PRESTADOR ACEPTA GLOSA. POR NO DESCUENTO DE HOMOLOGO.
18	CE331739	112.125				207	38.800			-	2022031180	38.800	SE LEVANTA GLOSA PARCIAL DE \$243,639. SE RECONOCE TECNOLOGIA NO PBS A PRECIO FACTURADO SE REAJUSTA VALOR DE HOMOLOGO METRONIDAZOL 500 MG, SE RECONOCE A \$180 C/U*30. PRESTADOR ACEPTA DIFERENCIA.
19	CE331743	17.442				207	3.300			3.300	2022031180	-	PRESTADOR ACEPTA GLOSA. NO ANEXA SOPORTE.
20	CE332671	2.800.056				207-207	249.039			5.400	2022031180	243.639	SE LEVANTA GLOSA PARCIAL DE \$22,170. EN CONCILIACION SE REAJUSTA VALOR DE HOMOLOGO HIOSCINA PRESENTACION AMPOLLA, SE RECONOCE A \$171 C/U*15. PRESTADOR ACEPTA DIFERENCIA.
21	CE333142	800.020				307	800.020			800.020	2022031180	-	PRESTADOR ACEPTA GLOSA. POR NO DESCUENTO DE HOMOLOGO.



22	CE333143	213.750				207	24.735				2.565		2022031180		22.170	SE LEVANTA GLOSA PARCIAL DE \$131,000. EN CONCILIACION SE REAJUSTA VALOR DE HOMOLOGO ACICLOVIR AMPOLLA, SE RECONOCE A \$3,400 C/U*10. PRESTADOR ACEPTA DIFERENCIA.
23	CE333155	14.720				207	8.400				8.400		2022031180		-	PRESTADOR ACEPTA GLOSA. NO ANEXA SOPORTE.
24	CE335660	800.020				207	165.000				34.000		2022031180		131.000	SE LEVANTA GLOSA PARCIAL DE \$8,000. EN CONCILIACION SE REAJUSTA VALOR DE HOMOLOGO METOCLOPRAMIDA AMPOLLA, SE RECONOCE A \$1,000 C/U*1. PRESTADOR ACEPTA DIFERENCIA.
25	CE335661	960.024				307	960.024				960.024		2022031180		-	PRESTADOR ACEPTA GLOSA. NO ANEXA SOPORTE.
26	CE335665	59.970				207	9.000				1.000		2022031180		8.000	SE LEVANTA GLOSA PARCIAL POR VALOR DE \$ 568 PESOS. POR CUOTA DE RECUPERACION USUARIO NIVEL 1 DE SISBEN. SEGUN DECRETO 780/2016. F.P.S:21/05/2016. ACEPTA GLOSA POR NO DESCUENTO DEL VALOR DEL MEDICAMENTO SIMILAR A LA FACTURA DE VENTA - \$2774
27	CE343852	11.378				120-207	3.342				2.774		2022031180		568	SE LEVANTA GLOSA PARCIAL POR VALOR DE \$ 52,351 PESOS. POR CUOTA DE RECUPERACION USUARIO NIVEL 1 DE SISBEN. SEGUN DECRETO 780/2016. F.P.S: 29/06/2016. ACEPTA GLOSA POR NO SOPORTE EN (1) ERTAPENEM AMP 1 GR NO SOPORTADO EN HOJA DE APLICACIÓN DE



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



28	CE353353	1.047.039				120-307-207	555.827			503.476	2022031180	52.351	SE LEVANTA GLOSA PARCIAL POR VALOR DE \$ 4,473 PESOS. POR CUOTA DE RECUPERACION USUARIO NIVEL 1 DE SISBEN. SEGUN DECRETO 780/2016. F.P.S: 23/05/2016. ACEPTA GLOSA POR NO DESCUENTO MEROPENEM AMP 1 GR X 1, SE RECONOCE PRECIO SEGÚN RES 718/15 \$
29	CE360425	89.470				207-120	55.030			50.557	2022031180	4.473	SE LEVANTA GLOSA PARCIAL DE \$409,035. POR CUOTA DE RECUPERACION USUARIO NIVEL 1 DE SISBEN. SEGUN DECRETO 780/2016. F.P.S:12/08/2016. EN CONCILIACION SE REAJUSTA VALOR DE HOMOLOGO VANCOMICINA AMP 500 MG , SE RECONOCE A \$2.500 C/U*14. PRESTADOR
30	CE366607	1.298.584				120-207	444.035			35.000	2022031180	409.035	SE LEVANTA GLOSA PARCIAL DE \$818,070. POR CUOTA DE RECUPERACION USUARIO NIVEL 1 DE SISBEN. SEGUN DECRETO 780/2016. F.P.S:12/08/2016. EN CONCILIACION SE REAJUSTA VALOR DE HOMOLOGO VANCOMICINA AMP 500 MG , SE RECONOCE A \$2.500 C/U*28. PRESTADOR
31	CE366624	2.597.168				120-207	888.070			70.000	2022031180	818.070	SE LEVANTA GLOSA PARCIAL DE \$91,536. EN CONCILIACION SE REAJUSTA VALOR DE HOMOLOGO MIDAZOLAM AMP 5 MG , SE RECONOCE A \$1,200 C/U*16. PRESTADOR ACEPTA DIFERENCIA.
32	CE350197	1.830.432				207	110.736			19.200	2022031180	91.536	SE LEVANTA GLOSA PARCIAL DE \$12,139. EN CONCILIACION SE REAJUSTA VALOR DE HOMOLOGO WARFARINA SODICA TABL 5 MG, SE RECONOCE A \$432 C/U*4. PRESTADOR ACEPTA DIFERENCIA.
33	CE350198	22.548				207	13.867			1.728	2022031180	12.139	PRESTADOR ACEPTA GLOSA. NO ANEXA SOPORTE.



34	CE356579	18.284.992				207		1.039.224				304.000		2022031180			735.224	SE LEVANTA GLOSA PARCIAL DE \$735,224. EN CONCILIACION SE REAJUSTA VALOR DE HOMOLOGO NITROGLICERINA 05 % SOLUCION INYECTABLE, SE RECONOCE A \$4,000 C/U*76. PRESTADOR ACEPTA DIFERENCIA.
TOTAL		74.354.278			2.476.236			7.297.392		0	0	6.148.933		0	0		3.624.695	



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

