

FORMATO AIFT010 - Conciliación Cartera ERP – EBP

ENTIDAD TERRITORIAL: SECRETARÍA DE SALUD DEL ATLANTICO

CLINICA EL PRADO S.A

FECHA DE CORTE DE CONCILIACION: 11/11/2022

FECHA DE CONCILIACION:30/11/2022

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 OBJECIÓN	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
	545686	212.500							111.240					27.324	20221111146			83.916,00		SE LEVANTA GLOSA PARCIAL, TECNOLOGIA EN SALUD BARRERA COLOSTOMIA 57 MM SE RECONOCE A \$(35.669*4). PRESTADOR FACTURA A \$(42.500*4)
	545688	227.000							200.798					159.455	20221111146			41.343,00		SE LEVANTA GLOSA PARCIAL, TECNOLOGIA EN SALUD BOLSA DE COLOSTOMIA 57 MM SE RECONOCE A \$(22.515*2) SE EVIDENCIA LA COLOCACION DE SOLO 2 BOLSAS. PRESTADOR FACTURA A \$(50.000*4). TECNOLOGIA EN SALUD BOLSA DE COLOSTOMIA 70 MM SE RECONOCE A \$(22.515*1). PRESTADOR FACTURA A \$(27.000*1).
	546375	56.924							9.886					9.886	20221111146			-		GLOSA TOTAL, SE HACE DESCUENTO POR MAYOR VALOR COBRADO EN CANTIDAD DE MEDICAMENTO NO PBS CILOSTAZOL 100MG, SUMINISTRA CANTIDAD X 38 A PRECIO\$(1.355.33*38) Y FACTURA 42. SE GLOSA LA DIFERENCIA, DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO COBRADO A \$(106*38)
	546380	85.433							85.433					3.145	20221111146			82.288,00		SE LEVANTA GLOSA PARCIAL, PRESTADOR ANEXA SOPORTES. SE HACE DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO ISOSORBIDE DINITRATO 10 MG TABLETA \$ (85*37). MEDICAMENTO NO PBS DIOSMINA + HESPERIDINA 450/50 TABLETA CANTIDAD X 37

546388	14.500.000								14.500.000								8.668.825	20221111146		5.831.175,00	SE LEVANTA GLOSA PARCIAL, PRESTADOR ANEXA SOPORTES, SE ADENDA POR PARTE DEL PRESTADOR Y SE CERTIFICA QUE AL MOMENTO DE FACTURAR HUBO ERROR EN LA CONCENTRACION DEL MEDICAMENTO JUSTIFICANDO QUE SE DEBIO COLOCAR EN FACTURA COLISTIMETATO DE SODIO 1.000.000 UI. SE REGISTRA EN LA FACTURA UN MAYOR VALOR COBRADO, MEDICAMENTO NO PBS COLISTIMETATO DE SODIO 1.000.000 UI POLVO \$(210.000*29). PRESTADOR FACTURA A \$(500.000*29). SE HACE DESCUENTO DE MEDICAMENTO
546403	103.000								18.644								18.644	20221111146		-	GLOSA TOTAL, SE ACEPTA DESCUENTO DE SUSTITUTO VECURONIO BROMURO 4 MG / ML AMPOLLA \$(18.644*1)
546417	13.482								1.440								999	20221111146		441,00	SE LEVANTA GLOSA PARCIAL, SE HACE DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO ACIDO ACETIL SALICILICO 100 MG TAB \$(111*9).
546452	9.737								1.691								1.378	20221111146		313,00	SE LEVANTA GLOSA PARCIAL, SE HACE DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO ACIDO ACETIL SALICILICO 100 MG TAB \$(106*13).
550254	6.205.000								4.096.684								4.096.684	20221111146		-	GLOSA TOTAL, SE REGISTRA EN LA FACTURA UN MAYOR VALOR COBRADO MEDICAMENTO NO PBS POLIMIXINA B 500.000 UI AMPOLLA SE RECONOCE A \$(127.800*17). PRESTADOR FACTURA A \$(365.000*17). SE HACE DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO GENTAMINICINA \$(3.781,42*17)
554291	8.800.000								8.800.000								8.800.000	20221111146		-	GLOSA TOTAL. SE EVIDENCIA POR PARTE DEL PRESTADOR EL ANEXO DE SOPORTE DE AGOTAMIENTO DEL SOAT, DONDE SE CERTIFICA QUE NO SE AGOTO EL CUPO DE LOS 800 SMLDV, POR LO TANTO NO ES COMPETENCIA DE LA SECRETARIA DE SALUD. PRESTADOR ANEXA SOPORTE DEL PROCEDIMIENTO PAQUETE DECORTICACION Y PLEURECTOMIA POR VATS SE RECONOCE A PRECIO FACTURADO.
556744	950.016								950.016								82.554	20221111146		867.462,00	SE LEVANTA GLOSA PARCIAL, PRESTADOR ANEXA ACTA DE COMITÉ TECNICO CIENTIFICO, SE REGISTRA EN LA FACTURA UN MAYOR VALOR COBRADO, MEDICAMENTO NO PBS LINEZOLID 600 MG SOL INYECTABLE 2 MG/ML \$(150.812*6). PRESTADOR FACTURA A \$(158.336*6). SE HACE DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO VANCOMICINA 500 MG/ML POLVO PARA SUSPENSION INYECTABLE \$(6.235*6).



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



556745	875.000								875.000						875.000	20221111146	-	GLOSA TOTAL, PRESTADOR ANEXA ACTA DE COMITÉ TECNICO CIENTIFICO, NO SE EVIDENCIA HOJA DE ADMINISTRACION DE MEDICAMENTO. SE REGISTRA EN LA FACTURA UN MAYOR VALOR COBRADO, MEDICAMENTO NO PBS DAPTOMICINA 500 MG AMPOLLA 10 ML \$(389.900*1). PRESTADOR FACTURA A \$(875.000*1). SE HACE DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO VANCOMICINA 500 MG/ML POLVO PARA SUSPENSION INYECTABLE \$(6.235*1).
557718	1.734.362								1.734.362						32.711	20221111146	1.701.651,00	SE LEVANTA GLOSA PARCIAL, PRESTADOR ANEXA ACTA DE COMITÉ TECNICO CIENTIFICO, SE EVIDENCIA CODIGO CUM 19929840-01 EN FACTURA. SE HACE DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO CICLOFOSFAMIDA 500 MG POLVO PARA INYECCION \$(32.711*1). MEDICAMENTO NO PBS LEVOSIMEDAN FRASCO AMPOLLA 2.5 (DAXIM) CANTIDAD X 1. TARIFA REGULADA SEGÚN CIRCULAR 01/2016
558678	315.000								315.000						315.000	20221111146	-	GLOSA TOTAL, PRESTADOR NO ANEXA ACTA DE COMITÉ TECNICO CIENTIFICO. SE REGISTRA EN LA FACTURA UN MAYOR VALOR COBRADO, MEDICAMENTO NO PBS SALMETEROL 50 MCG + FLUTICASONA 250 MCG INHALADOR \$(136.900*1). PRESTADOR FACTURA A \$(315.000*1) SE HACE DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO BECLOMETASONA INH 250 MCG \$(12.966*1).
559640	597.000								597.000						597.000	20221111146	-	GLOSA TOTAL, PRESTADOR NO ANEXA ACTA DE COMITÉ TECNICO CIENTIFICO. SE EVIDENCIA QUE LA FACTURA REGISTRA CODIGO CUM. SE REGISTRA UN MAYOR VALOR COBRADO. MEDICAMENTO NO PBS INDACATEROL 110 MCG + BROMURO DE GLICOPIRRONIO CAPSULA PARA INHALACION 50 MCG SE RECONOCE A \$(7.200*30=216.000). PRESTADOR FACTURA A \$(597.000). SE HACE DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO SALBUTAMOL 4 MG TAB TABLETA \$(255*30).
564375	151.500								45.364						45.364	20221111146	-	GLOSA TOTAL, SE REGISTRA UN MAYOR VALOR COBRADO, BARRERA COLOSTOMIA 70MM SE RECONOCE A \$(39.547*2). PRESTADOR FACTURA A \$(42.500*2). BOLSA DE COLOSTOMIA 70MM \$(12.335*2). PRESTADOR FACTURA A \$(27.000*2). PRESTADOR FACTURA CLIPS BOLSA PARA COLOSTOMIA \$(12.500*1) NO SE CANCELADA YA QUE ESTE SE ENCUENTRA INCLUIDO DENTRO DE LA BARRERA.
566865	1.099.104								1.099.104						1.099.104	20221111146	-	GLOSA TOTAL, PRESTADOR NO ANEXA ACTA DE COMITÉ TECNICO CIENTIFICO, NO SE EVIDENCIA HOJA DE ADMINISTRACION DE MEDICAMENTO. SE HACE DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO VANCOMICINA 500 MG/ML POLVO PARA SUSPENSION INYECTABLE \$(6.235*8). MEDICAMENTO NO PBS LINEZOLID 600 MG SOL INYECTABLE 2 MG/ML CANTIDAD X 8.
568720	511.288								511.288						511.288	20221111146	-	GLOSA TOTAL, PRESTADOR NO ANEXA ACTA DE COMITÉ TECNICO CIENTIFICO, SE EVIDENCIA EN HOJA DE ADMINISTRACION DE MEDICAMENTO SOLO EL SUMINISTRO DE 1 TABLETA. SE HACE DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO ACICLOVIR 200 MG TABLETA \$(115*30). MEDICAMENTO DARUNAVIR 800 MG TAB CANTIDAD X 30



569069	1.020.000								1.020.000										1.020.000	20221111146	-	GLOSA TOTAL, PRESTADOR NO ANEXA ACTA DE COMITÉ TECNICO CIENTIFICO, NO SE EVIDENCIA HOJA DE ADMINISTRACION DEL MEDICAMENTO. SE HACE DESCUENTO DE MEDICAMENTO DESMOPRESINA ACETATO 4 MG/ML SUSPENSION INYECTABLE \$(19.882*12). MEDICAMENTO NO PBS VASOPRESINA 20 UI/1ML SOLUCION INYECTABLE CANTIDAD X 12.
569613	511.288								511.288										511.288	20221111146	-	GLOSA TOTAL, PRESTADOR NO ANEXA ACTA DE COMITÉ TECNICO CIENTIFICO, SE EVIDENCIA EN HOJA DE ADMINISTRACION DE MEDICAMENTO SOLO EL SUMINISTRO DE 1 TABLETA. SE HACE DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO ACICLOVIR 200 MG TABLETA \$(115*30). MEDICAMENTO DARUNAVIR 800 MG TAB CANTIDAD X 30
569729	510.000								510.000										510.000	20221111146	-	GLOSA TOTAL, PRESTADOR NO ANEXA ACTA DE COMITÉ TECNICO CIENTIFICO, SE HACE DESCUENTO DE MEDICAMENTO DESMOPRESINA ACETATO 4 MG/ML SUSPENSION INYECTABLE \$(19.882*6). MEDICAMENTO NO PBS VASOPRESINA 20 UI/1ML SOLUCION INYECTABLE CANTIDAD X 6
570853	120.000								120.000										120.000	20221111146	-	GLOSA TOTAL, PRESTADOR NO ANEXA ACTA DE COMITÉ TECNICO CIENTIFICO, SE REGISTRA EN LA FACTURA UN MAYOR VALOR COBRADO MEDICAMENTO NO PBS POLIETILENGLICOL 3350 GR (NULYTELY) SOBRE \$(16.402*4) PROVEEDOR FACTURA A \$(30.000*4). SE HACE DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO ACEITE DE RICINO SUSTANCIA PURA SOLUCION ORAL FRASCO X 60 ML \$(3.273*4).
571035	590.000								590.000										590.000	20221111146	-	GLOSA TOTAL, PRESTADOR NO ANEXA ACTA DE COMITÉ TECNICO CIENTIFICO, SE REGISTRA EN LA FACTURA UN MAYOR VALOR COBRADO, MEDICAMENTO NO PBS LABETALOL 100 MG/20 ML SOLUCION INYECTABLE SE RECONOCE A \$(95.000*5). PRESTADOR FACTURA A \$(118.000*5). SE HACE DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO METOPROLOL TARTRATO 1 MG/ML AMPOLLA \$(1.648*5).
573016	590.000								590.000										590.000	20221111146	-	GLOSA TOTAL, PRESTADOR NO ANEXA ACTA DE COMITÉ TECNICO CIENTIFICO, SE EVIDENCIA EN INVIMA QUE MEDICAMENTO NO PBS FACTURADO REGISTRA CODIGO CUM INACTIVO 19950626-1 CON FECHA 2016/03/06. SE REGISTRA EN LA FACTURA UN MAYOR VALOR COBRADO, MEDICAMENTO NO PBS LABETALOL 100 MG/20 ML SOLUCION INYECTABLE SE RECONOCE A \$(95.000*5). PRESTADOR FACTURA A \$(118.000*5). SE HACE DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO METOPROLOL TARTRATO 1 MG/ML AMPOLLA \$(1.648*5).
574019	170.000								170.000										170.000	20221111146	-	GLOSA TOTAL, PRESTADOR NO ANEXA ACTA DE COMITÉ TECNICO CIENTIFICO, SE HACE DESCUENTO DE MEDICAMENTO DESMOPRESINA ACETATO 4 MG/ML SUSPENSION INYECTABLE \$(19.882*2). MEDICAMENTO NO PBS VASOPRESINA 20 UI/1ML SOLUCION INYECTABLE CANTIDAD X 2.





561024	9.186.600													9.186.600						9.186.600	20221111146	-	GLOSA TOTAL. EL PROCEDIMIENTO FACTURADO TEST DE VASORREACTIVIDAD CON VASODILADORES, SEGUN LA RESOLUCION 5975/2016 EL CODIGO CUPS ES 37.2.1.02 QUE CORRESPONDE A (CATETERISMO CARDIACO DEL LADO DERECHO DEL CORAZÓN CON PRUEBA DE SUSTANCIA TERAPEUTICA). SE ENCUENTRA INCLUIDO EN EL PLAN DE BENEFICIO EN SALUD SEGUN RESOLUCION 6408/2016. NO SE EVIDENCIA ANEXO DE DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO.	
571298	86.884													85.209						6.148	20221111146	79.061,00	SE LEVANTA GLOSA PARCIAL, SE VALIDAN SOPORTES. MEDICAMENTO CILOSTAZOL 100MG \$(1.498*58). DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO COBRADO (106*58)	
572622	103.362													36.574						12.492	20221111146	24.082,00	NO SE LEVANTA GLOSA PARCIAL, SE VALIDAN SOPORTES. SE HACE DESCUENTO POR MAYOR VALOR COBRADO EN CANTIDAD DE MEDICAMENTO CILOSTAZOL 100MG \$(1.498), SUMINISTRA 65 Y FACTURA 69. SE GLOSA CANTIDAD X 4 TABLETAS, TARIFA REGULADA SEGÚN CIRCULAR 04/2012. DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO ACIDO ACETIL SALICILICO 100 MG TAB (100*65). EN CASO DE SUBSANAR SE DESCUENTA DIFERENCIA.	
579524	7.404													1.725						700	20221111146	1.025,00	NO SE LEVANTA GLOSA PARCIAL, SE HACE DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO ACIDO ACETIL SALICILICO 100 MG TAB \$(100*7).	
579977	120.000													120.000						120.000	20221111146	-	NO GLOSA TOTAL. PRESTADOR NO ANEXA ACTA DE COMITÉ TÉCNICO CIENTÍFICO, NO SE EVIDENCIA HOJA DE ADMINISTRACION DE LA TECNOLOGIA FACTURADA. SE REGISTRA EN LA FACTURA UN MAYOR VALOR COBRADO MEDICAMENTO NO PBS POLIETILENGLICOL 3350 GR (NULYTELY) SOBRE \$(16.402*4). PRESTADOR FACTURA A \$(30.000*4). SE HACE DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO ACEITE DE RICINO SUSTANCIA PURA SOLUCION ORAL FRASCO X 60 ML \$(3.273*4).	
<b>TOTAL</b>	<b>56.463.811</b>													<b>53.865.003</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>45.152.246</b>			<b>8.712.757,00</b>	

