



FORMATO AIFT010 - Conciliación Cartera ERP – EBP
 ENTIDAD TERRITORIAL: SECRETARIA DE SALUD DEL ATLANTICO
 DISTRIBUIDORA SOMASALUD SAS
 FECHA DE CORTE DE CONCILIACION: 31/10/2021
 FECHA DE CONCILIACION: 05/10/2021

INFOR		INFORMACION ERP																ACTUALM ENTE PROCES O LEGAL	OBSERVACIONES		
No.	FACTURA ACREEDOR REG. ERP	VALOR FACTURA REGISTRADA ERP	VALOR DESCUENTO Y AJUSTES RECOBR O	VALOR DEVOLUCIÓN	FECHA ULTIMA DEVOLUCIÓN	VALOR EN AUDITORÍA	NÚMERO DE GLOSAS 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 CONCILIA CIÓN	GLOSA PENDIE NTE POR CONCILIAR	GLOSA REITER ADA POR CONCILIAR	SALDO LIBRE PARA PAGO A FECHA DE CORTE			
1	702	226.800,00					207		23.931,00					23.931,00					-	0	MAYOR VALOR COBRADO EN DORZALAMIDA+TIMOLOL+ BRIMONIDIINA (KRYTANTEK) 20%+0,2%+0,5% POR 3 UNIDADES FACTURADAS, VALOR UNITARIO A RECONOCER \$69,423 PESOS, SEGÚN PRECIO REFERENTE EN CIRCULAR 04 2018 , VALOR UNITARIO FACTURADO \$77,400 PESOS, SE GLOSA DIFERENCIA. F.P.S 06/11/2018.
2	704	226.800,00					207		23.931,00					23.931,00					-	0	MAYOR VALOR COBRADO EN DORZALAMIDA+TIMOLOL+ BRIMONIDIINA (KRYTANTEK) 20%+0,2%+0,5% POR 3 UNIDADES FACTURADAS, VALOR UNITARIO A RECONOCER \$69,423 PESOS, SEGÚN PRECIO REFERENTE EN CIRCULAR 04 2018 , VALOR UNITARIO FACTURADO \$77,400 PESOS, SE GLOSA DIFERENCIA. F.P.S 06/11/2018.
3	706	226.800,00					207		23.931,00					23.931,00					-	0	MAYOR VALOR COBRADO EN DORZALAMIDA+TIMOLOL+ BRIMONIDIINA (KRYTANTEK) 20%+0,2%+0,5% POR 3 UNIDADES FACTURADAS, VALOR UNITARIO A RECONOCER \$69,423 PESOS, SEGÚN PRECIO REFERENTE EN CIRCULAR 04 2018 , VALOR UNITARIO FACTURADO \$77,400 PESOS, SE GLOSA DIFERENCIA. F.P.S 06/11/2018.
4	710	198.600,00					207		54.474,00					54.474,00					-	0	MAYOR VALOR COBRADO EN BIMATOPROST 0,3 MG/3 ML SOLUCION OFTALMICA POR 3 UNIDADES FACTURADAS, VALOR UNITARIO A RECONOCER \$49,842 PESOS, SEGÚN PRECIO CIRCULAR 04 DE 2018 , VALOR UNITARIO FACTURADO \$68,000 PESOS, SE GLOSA DIFERENCIA. F.P.S 15/11/2018.



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





12	730	213.000,00		213.000			849		-								213.000	0	PRESTADOR SUBSANA GLOSA ANEXA SOPORTES DESNUTRICION PROTEICOCALORICA MODERADA PEDIASURE 80N \$ 7100X30
13	732	89.364,00					507		89.364,00				5.040,00				84.324	0	MVC EN SUSTITUTO BROMOCRIPTINA A \$ 698X12 = \$8376 PARA UNA GLOSA DE \$5040 DEL MEDICAMENTO CABERGOLINA \$ 7725X12
14	738	297.000,00					207		17.460,00				17.460,00				-	0	MAYOR VALOR COBRADO POR DESCUENTO DEL SIMILAR EN FACTURA DE VENTAMETFORMINA 850 MG TABLETA A MENOR VALOR RECONOCIDO \$350 PESOS, EL VALOR UNITARIO A RECONOCER \$447 PESOS, SEGUN PRECIO REFERENTE POR 180 UNIDADES EQUIVALENTE AL TRATAMIENTO NO POS, SE APLICA DESCUENTO EN FACTUR DEL VALOR NO DESCONTADO . F.P.S 16/11/2018. SE LLAMA USUARIO Y CONFIRMA LA ENTREGA.
15	740	295.200,00					207		3.420,00				-				3.420	0	FACTURA CUMPLE CON LAS TARIFAS DE MERCADO METFORMINA/VILDAGLIPTINA MG TABLETA , DESCUENTO DEL SUSTITUTO INCLUIDO
16	742	219.060,00					207		12.600,00				-				12.600	0	FACTURA CUMPLE CON LAS TARIFAS DE MERCADO METFORMINA/VILDAGLIPTINA MG TABLETA , DESCUENTO DEL SUSTITUTO INCLUIDO
17	744	600.000,00					207		71.600,00				-				71.600	0	FACTURA CUMPLE CON LAS TARIFAS DE MERCADO ALIMENTO PROWHEY \$75000X8
18	746	147.780,00					206-207		44.730,00				-				44.730	0	FACTURA CUMPLE CON LAS TARIFAS DE MERCADO SAXAGLIPTINA/VILDAGLIPTINA MG TABLETA , DESCUENTO DEL SUSTITUTO INCLUIDO



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



19	748	711.180,00					207-207		334.440,00									162.360,00		172.080	0	MAYOR VALOR COBRADO EN APIXABAN (ELIGUIS) 2,5 MG TABLETA POR 180 UNIDADES FACTURADAS, VALOR UNITARIO A RECONOCER \$3,481 x180 PESOS, SEGÚN PRECIO REFERENTE EN CIRCULAR 04 DE 2018 , VALOR UNITARIO FACTURADO \$4,020 PESOS., F.P.S 29/11/2018. \$626580 207 - MAYOR VALOR COBRADO POR DESCUENTO SIMILAR POS EN FACTURA DE VENTA WARFARINA SODICA 5 MG TABLETA A MENOR VALOR POR DESCUENTO DEL SIMILAR POS CROMOGLICATO DE SODIO 20 MG EN FACTURA A MENOR VALOR RECONOCIDO \$1,00 PESOS , EL VALOR UNITARIO A RECONOCER \$5000 PESOS , SEGUN PRECIO REFERENTE POR 6 UNIDADES EQUIVALENTE AL TRATAMIENTO NO POS, SE APLICA DESCUENTO EN FACTURA AL VALOR NO DESCONTADO . F.P.S 02/11/2018. - \$43302 ACIDO POLACRILICO (ACRYLAM) TUBO 10 CFS. POR 6
20	65	246.000,00					207-207		64.500,00									24.000,00		40.500	0	FACTURA CUMPLE CON LAS TARIFAS DE MERCADO DUTASTERIDE/TAMSULOSINA \$4141X90 DESCUENTO DEL SUSTITUTO INCLUIDO
21	67	352.980,00					207		21.600,00									-		21.600	0	FACTURA CUMPLE CON LAS TARIFAS DE MERCADO SACUBITRILO/VALSARTAN 50 MG TABLETA POR 90 UNIDADES \$4,875DESCUENTO DEL SUSTITUTO INCLUIDO
22	69	357.300,00					207		17.100,00									-		17.100	0	FACTURA CUMPLE CON LAS TARIFAS DE MERCADO DUTASTERIDE/TAMSULOSINA \$4141X90 DESCUENTO DEL SUSTITUTO INCLUIDO
23	73	371.445,00					207		168.576,00									168.576,00		-	0	MAYOR VALOR COBRADO EN DORZALAMIDA+TIMOLOL+ BRIMONIDIINA (KRYTANTEK) 20%+0,2%+0,5% POR 3 UNIDADES FACTURADAS, VALOR UNITARIO A RECONOCER \$69,423 PESOS, SEGÚN PRECIO REFERENTE EN CIRCULAR 04 2018 , VALOR UNITARIO FACTURADO \$125,615 PESOS, SE GLOSA DIFERENCIA. F.P.S 08/11/2018.
24	75	309.330,00					207-207		16.380,00									-		16.380	0	FACTURA CUMPLE CON LAS TARIFAS DE MERCADO HIDROXICLOROQUINA SULFATO 200MG \$3.520X90 TABLETA DESCUENTO DEL SUSTITUTO INCLUIDO
25	85	142.110,00					207		65.430,00									65.430,00		-	0	MAYOR VALOR COBRADO EN PARICALCITOL 3 MG TABLETAS (ZEMPLAR) POR 20 UNIDADES FACTURADAS, VALOR UNITARIO A RECONOCER \$47,492 PESOS, SEGÚN PRECIO REFERENTE CIRCULAR 04 DE 2018 , VALOR UNITARIO FACTURADO \$115,000 PESOS, SE GLOSA DIFERENCIA. F.P.S 20/09/2019. SE REALIZA VISITA Y ESPOSA CONFIRMA LA ENTREGA. - \$1350160 207 - MAYOR VALOR COBRADO POR NO DESCUENTO DEL SIMILAR POS REGISTRADO EN FORMATO MYT Y ACTA. CTC



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





26	140	2.298.600,00					207-207	1.375.740,00										25.580,00		1.350.160	0	MAYOR VALOR COBRADO POR NO DESCUENTO DEL SIMILAR POS REGISTRADO EN FORMATO MYT Y ACTA CTC CALCITRIOL 0,25 MG CAPSULA POR 20 UNIDADES EQUIVALENTE AL TRATAMIENTO NO POS, VALOR UNITARIO A RECONOCER \$1.349 PESOS, SEGÚN PRECIO REFERENTE EN MYT , SE APLICA DESCUENTO EN FACTURA. F.P.S 20/09/2018. - \$25580
27	307	331.416,00					207-207	70.365,00										14.172,00		56.193	0	MAYOR VALOR COBRADO POR DESCUENTO SIMILAR POS EN FACTURA DE VENTA SALBUTAMOL PARA INHALACION A MENOR VALOR RECONOCIDO \$2.268 PESOS , EL VALOR UNITARIO A RECONOCER \$ 6752 PESOS, SEGUN PRECIO REFERENTE POR 3 UNIDADES EQUIVALENTE AL TRATAMIENTO NO POS , SE APLICA DESCUENTO EN FACTURA AL VALOR NO DESCONTADO F.P.S 06/08/2018. - \$61365
28	543	200.100,00					207	55.671,00										55.671,00		-	0	MAYOR VALOR COBRADO EN BIMATOPROST 0,3 MG/3 ML SOLUCION OFTALMICA POR 3 UNIDADES FACTURADAS, VALOR UNITARIO A RECONOCER \$49,843 PESOS, SEGÚN PRECIO CIRCULAR 04 DE 2018 , VALOR UNITARIO FACTURADO \$68,500 PESOS, SE GLOSA DIFERENCIA. F.P.S 13/11/2018.SE REALIZA VISITA DOMICILIARIA Y CONFIRMA LA ENTREGA.
29	591	226.800,00					207	23.931,00										23.931,00		-	0	MAYOR VALOR COBRADO EN DORZALAMIDA+TIMOLOL+ BRIMONIDINA (KRYTANTEK) 20%+0,2%+0,5% POR 3 UNIDADES FACTURADAS, VALOR UNITARIO A RECONOCER \$69,423 PESOS, SEGÚN PRECIO REFERENTE EN CIRCULAR 04 2018 , VALOR UNITARIO FACTURADO \$77,400 PESOS, SE GLOSA DIFERENCIA. F.P.S 12/10/2018.
30	607	332.292,00					207-207	39.000,00										14.172,00		24.828	0	MAYOR VALOR COBRADO POR DESCUENTO SIMILAR POS EN FACTURA DE VENTA SALBUTAMOL PARA INHALACION A MENOR VALOR RECONOCIDO \$2.268 PESOS , EL VALOR UNITARIO A RECONOCER \$ 6752 PESOS, SEGUN PRECIO REFERENTE POR 3 UNIDADES EQUIVALENTE AL TRATAMIENTO NO POS , SE APLICA DESCUENTO EN FACTURA AL VALOR NO DESCONTADO F.P.S 06/08/2018. - \$61365
31	623	852.840,00					207	172.440,00										-		172.440	0	FACTURA CUMPLE CON LAS TARIFAS DE MERCADO SACUBITRILO/VALSARTAN 50 MG TABLETA POR 180 UNIDADES \$4,875DESCUENTO DEL SUSTITUTO INCLUIDO
32	627	1.754.940,00					207-207	503.406,00										155.718,00		347.688	0	MAYOR VALOR COBRADO POR NO DESCUENTO DE SIMILAR POS DE LA TECNOLOGIA NO POS LIRAGLUTIDE 6 MG / ML SOLUCION DULAGLUTIDA 1,5 MG AMPOLLA (TRUCILITY) POLVO PARA RECONSTRUIR ATC A10BX14 , EL SIMILAR POS A RECONOCER INSULINA GLARGININA AMPOLLA 300 U.I ATC A10AE04 POR 9 UNIDADES EQUIVALENTE AL TRATAMIENTO NO POS, VALOR UNITARIO A RECONOCER \$17302 PESOS,= \$155718 SE APLICA DESCUENTO EN FACTURA. F.P.S 06/12/2018



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



33	708	226.800,00					207		23.931,00												0	MAYOR VALOR COBRADO EN DORZALAMIDA+TIMOLOL+ BRIMONIDINA (KRYTANTEK) 20%+0.2%+0.5% POR 3 UNIDADES FACTURADAS, VALOR UNITARIO A RECONOCER \$69,423 PESOS, SEGÚN PRECIO REFERENTE EN CIRCULAR 04 2018 , VALOR UNITARIO FACTURADO \$77,400 PESOS, SE GLOSA DIFERENCIA. F.P.S 13/11/2018. SE REALIZA VISITA DOMICILIARIA Y CONFIRMA LA ENTREGA.	
34	756	637.560,00					207-207		154.080,00													0	MAYOR VALOR COBRADO POR DESCUENTO SIMILAR POS EN FACTURA DE VENTA ACIDO ACETIL SALICILICO 100 MG TABLETA A MENOR VALOR RECONOCIDO \$9 PESOS , EL VALOR UNITARIO A RECONOCER \$106 PESOS, SEGUN PRECIO REFERENTE POR 360 UNIDADES EQUIVALENTE AL TRATAMIENTO NO POS , SE APLICA DESCUENTO EN FACTURA AL VALOR NO DESCONTADO F.P.S 23/11/2018. - \$34920
35	760	332.292,00					207		30.000,00													0	MAYOR VALOR COBRADO POR DESCUENTO DEL SIMILAR POS EN FACTURA DE VENTA SALBUTAMOL 100 MCG SOLUCION INHALACION A MENOR VALOR RECONOCIDO \$1,736 PESOS , EL VALOR UNITARIO A RECONOCER\$11,736 PESOS, SEGUN PRECIO REFERENTE POR 3 UNIDADES EQUIVALENTE AL TRATAMIENTO NO POS, SE APLICA DESCUENTO EN FACTURA AL VALOR NO DESCONTADO . F.P.S 23/11/2018. SE LLAMA USUARIO Y CONFIRMA LA ENTREGA
36	764	584.280,00					207-207		452.700,00													0	MAYOR VALOR COBRADO POR DESCUENTO DEL SIMILAR POSACIDO VALPROICO 250 MG CPASULA EN FACTURA A MENOR VALOR RECONOCIDO \$100 PESOS , EL VALOR UNITARIO A RECONOCER \$645 PESOS , SEGUN PRECIO REFERENTE EN CIRCULAR 04 DE 2018 POR 180 UNIDADES EQUIVALENTE AL TRATAMIENTO NO POS, SE APLICA DESCUENTO EN FACTURA AL VALOR NO DESCONTADO . F.P.S 23/11/2018. - \$98100
37	766	252.000,00					207-207		207.243,00													0	MVC OLOPATADINA 2% \$53.000X3=\$159,000 SE DESCUENTA CROMOGLICATO DE SODIO \$5000X3= \$15.000
38	770	427.860,00					507		427.860,00													0	MVC PILOCARPINA PREC DE REG CIRC 04/2018 \$ 3546X180= \$ 638280 DESCUENTO DEL SUSTITUTO INCLUIDO EN LA FACTURA PIRIDOSTIGMINA \$1200X180= \$ 216,000 TOTAL GLOSA \$ 5580
39	776	194.400,00					507		194.400,00													0	MVC DEFLAZACORT 6MG \$2046X90= \$ 184145 PREC DE REG /2018 Y SE DESCUENTA SUSTITUTO PREDNISOLONA 210



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





40	778	312.000,00				207		47.800,00									47.800	0	FACTURA CUMPLE CON LAS TARIFAS DE MERCADO ALIMENTO PROWHEY \$75000X8	
41	826	645.792,00	645.792			849		-									22.956,00	622.836	0	PRESTADOR SUBSANA GLOSA SE DESCUENTA MENOR VALOR AL SALBUTAMOL \$7652X3= \$ 22956
42	1022	245.000,00	245.000			849		-										245.000	0	prestador anexa soportes y cumple con las tarifas hialuronato de sodio \$ 2495 y se descuenta sustituto en la factura
43	1028	660.792,00	660.792			849		-									99.597,00	561.195	0	MAYOR VALOR COBRADO EN FORMOTEROL + BUDESONIDA SYMBICORT TURBOHALER 320/9 MCG. POR 3 UNIDADES FACTURADA, VALOR UNITARIO A RECONOCER \$198.802 PESOS, SEGÚN PRECIO REFERENTE DEL MERCADO , VALOR UNITARIO FACTURADO \$232.000 PESOS
44	1030	348.168,00				207-207		110.652,00										110.652	0	PRESTADOR ANEXA DECLARACION JURAMENTADA Y SUBSANA GLOSA FACTURA CUMPLE CON LAS TARIFAS DE MERCADO BUDESONIDA/FORMOTEROL 160/4,5 \$ 232,000x3 SUSTITUTO INCLUIDO
45	91	108.000,00				207		20.250,00										20.250	0	FACTURA CUMPLE CON LAS TARIFAS DE MERCADO LINAGLIPTINA 5MGX90
46	93	349.740,00				207-207		86.940,00										86.940	0	FACTURA CUMPLE CON LAS TARIFAS DE MERCADO LINAGLIPTINA 5MG4186X90SUSTITUTO INCLUIDO



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



47	95	592.800,00					207-207	106.662,00										69.360	0	MVC EN EL SUSTITUTO CROMOGLICATO \$5000X6= 30000 PRESTADOR LO FACTURA A \$1000
48	97	345.690,00					207-207	298.530,00										-	0	MAYOR VALOR COBRADO EN GABAPENTINA 300 MG TABLETA POR 90 UNIDADES FACTURADAS, VALOR UNITARIO A RECONOCER \$642 PESOS, SEGÚN PRECIO REFERENTE EN CIRCULAR 04 DE 2012 , VALOR UNITARIO FACTURADO \$3,957 PESOS, SE GLOSA DIFERENCIA. F.P.S 26/10/2018. - \$298350 MAYOR VALOR COBRADO POR DESCUENTO SIMILAR POS EN FACTURA DE VENTA ACETAMINOFEN 500 MG TABLETA A MENOR VALOR RECONOCIDO \$116 PESOS. EL VALOR
49	99	252.000,00					207-207	117.540,00										117.540	0	FACTURA CUMPLE CON LAS TARIFAS DE MERCADO DIOSMINA \$ 2880X90
50	101	269.448,00					207	2.280,00										2.280	0	FACTURA CUMPLE CON LAS TARIFAS DE MERCADO BROMURO DE IPRATROPIO Y DESCUENTO INCLUIDO DEL SUSTITUTO
51	103	347.490,00					207	21.600,00										21.600	0	FACTURA CUMPLE CON LAS TARIFAS DE MERCADO DUTASTERIDE/TAMSULOSINA \$4141X90 DESCUENTO DEL SUSTITUTO INCLUIDO
52	110	123.000,00					207-207	32.250,00										20.250	0	MAYOR VALOR COBRADO POR DESCUENTO DEL SIMILAR POS CROMOGLICATO DE SODIO 20 MG EN FACTURA A MENOR VALOR RECONOCIDO \$1,00 PESOS , EL VALOR UNITARIO A RECONOCER \$5000 PESOS , SEGUN PRECIO REFERENTE POR 3 UNIDADES EQUIVALENTE AL TRATAMIENTO NO POS, SE APLICA DESCUENTO EN FACTURA AL VALOR NO DESCONTADO . F.P.S 02/11/2018. ACIDO POLIACRILICO (ACRYLARM) TUBO 10 GRS POR 3 UNIDADES. VALOR UNITARIO FACTURADO \$42.000
53	112	246.500,00					207-207	64.485,00										42.485	0	MVC EN EL SUSTITUTO CROMOGLICATO \$5000X5= 25000 PRESTADOR LO FACTURA A \$1000



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



54	553	446.220,00					107		347.940,00									347.940	0	PRESTADOR ANEXA SOPORTES FACTURA CUMPLE CON LAS TARIFAS DE MERCADO DABIGATRAN 150MG \$3866X 180 PREC REG/2018 Y DESCUENTO DEL SUSTITUTO INCLUIDO
55	581	96.300,00					207		30.000,00									30.000	0	FACTURA CUMPLE CON LAS TARIFAS DE MERCADO CARBOXIMETILCELULOSA \$37.500X3 CROCMOGLICATO \$5400
56	923	250.200,00					207-207		205.443,00				106.200,00					99.243	0	MVC OLOPATADINA 2% \$53.000X3=\$159.000 SE DESCUENTA CROMOGLICATO DE SODIO \$5000X3= \$15.000
57	938	352.980,00					207-207		27.000,00									27.000	0	FACTURA CUMPLE CON LAS TARIFAS DE MERCADO DUTASTERIDE/TAMSULOSINA \$4141X90 DESCUENTO DEL SUSTITUTO INCLUIDO
58	948	347.490,00					207		21.600,00									21.600	0	FACTURA CUMPLE CON LAS TARIFAS DE MERCADO DUTASTERIDE/TAMSULOSINA \$4141X90 DESCUENTO DEL SUSTITUTO INCLUIDO
59	978	226.800,00					207		23.931,00				23.931,00					-	0	MAYOR VALOR COBRADO EN DORZALAMIDA+TIMOLOL+ BRIMONIDIINA (KRYTANTEK) 20%+0,2%+0,5% POR 3 UNIDADES FACTURADAS, VALOR UNITARIO A RECONOCER \$69,423 PESOS, SEGÚN PRECIO REFERENTE EN CIRCULAR 04 2018 , VALOR UNITARIO FACTURADO \$77,400 PESOS, SE GLOSA DIFERENCIA. F.P.S 13/11/2018. SE REALIZA VISITA DOMICILIARIA Y CONFIRMA LA ENTREGA.
60	986	352.980,00					207-207		27.000,00									27.000	0	FACTURA CUMPLE CON LAS TARIFAS DE MERCADO DUTASTERIDE/TAMSULOSINA \$4141X90 DESCUENTO DEL SUSTITUTO INCLUIDO



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



61	990	226.800,00					207	23.931,00												0	MAYOR VALOR COBRADO EN DORZALAMIDA+TIMOLOL+ BRIMONIDIINA (KRYTANTEK) 20%+0,2%+0,5% POR 3 UNIDADES FACTURADAS, VALOR UNITARIO A RECONOCER \$69,423 PESOS, SEGÚN PRECIO REFERENTE EN CIRCULAR 04 2018 , VALOR UNITARIO FACTURADO \$77,400 PESOS, SE GLOSA DIFERENCIA. F.P.S 13/11/2018. SE REALIZA VISITA DOMICILIARIA Y CONFIRMA LA ENTREGA.	
62	998	226.800,00					207	23.931,00												0	MAYOR VALOR COBRADO EN DORZALAMIDA+TIMOLOL+ BRIMONIDIINA (KRYTANTEK) 20%+0,2%+0,5% POR 3 UNIDADES FACTURADAS, VALOR UNITARIO A RECONOCER \$69,423 PESOS, SEGÚN PRECIO REFERENTE EN CIRCULAR 04 2018 , VALOR UNITARIO FACTURADO \$77,400 PESOS, SE GLOSA DIFERENCIA. F.P.S 13/11/2018. SE REALIZA VISITA DOMICILIARIA Y CONFIRMA LA ENTREGA.	
63	1002	226.800,00					207	23.931,00												0	MAYOR VALOR COBRADO EN DORZALAMIDA+TIMOLOL+ BRIMONIDIINA (KRYTANTEK) 20%+0,2%+0,5% POR 3 UNIDADES FACTURADAS, VALOR UNITARIO A RECONOCER \$69,423 PESOS, SEGÚN PRECIO REFERENTE EN CIRCULAR 04 2018 , VALOR UNITARIO FACTURADO \$77,400 PESOS, SE GLOSA DIFERENCIA. F.P.S 13/11/2018. SE REALIZA VISITA DOMICILIARIA Y CONFIRMA LA ENTREGA.	
64	1006	226.800,00					207	23.931,00												0	MAYOR VALOR COBRADO EN DORZALAMIDA+TIMOLOL+ BRIMONIDIINA (KRYTANTEK) 20%+0,2%+0,5% POR 3 UNIDADES FACTURADAS, VALOR UNITARIO A RECONOCER \$69,423 PESOS, SEGÚN PRECIO REFERENTE EN CIRCULAR 04 2018 , VALOR UNITARIO FACTURADO \$77,400 PESOS, SE GLOSA DIFERENCIA. F.P.S 13/11/2018. SE REALIZA VISITA DOMICILIARIA Y CONFIRMA LA ENTREGA.	
65	1008	226.800,00					207	23.931,00												0	MAYOR VALOR COBRADO EN DORZALAMIDA+TIMOLOL+ BRIMONIDIINA (KRYTANTEK) 20%+0,2%+0,5% POR 3 UNIDADES FACTURADAS, VALOR UNITARIO A RECONOCER \$69,423 PESOS, SEGÚN PRECIO REFERENTE EN CIRCULAR 04 2018 , VALOR UNITARIO FACTURADO \$77,400 PESOS, SE GLOSA DIFERENCIA. F.P.S 13/11/2018. SE REALIZA VISITA DOMICILIARIA Y CONFIRMA LA ENTREGA.	
66	1016	257.978,00					207	33.198,00												2.780	0	MAYOR VALOR COBRADO POR DESCUENTO DEL SIMILAR POS CROMOGLICATO DE SODIO 20 MG EN FACTURA A MENOR VALOR RECONOCIDO \$1,00 PESOS , EL VALOR UNITARIO A RECONOCER \$5000 PESOS , SEGUN PRECIO REFERENTE POR 6 UNIDADES EQUIVALENTE AL TRATAMIENTO NO POS, SE APLICA DESCUENTO EN FACTURA AL VALOR NO DESCONTADO . ACIDO POLIACRILICO (ACRYLARM) TUBO 10 GRS POR 6 UNIDADES , VALOR UNITARIO FACTURADO \$42,000 x6= \$ 252,000



NIT: 890.102.006-1
Código Postal: 080003
SC-CER627331 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



67	1024	99.500,00					207-207	62.985,00									20.000,00			42.985	0	MVC EN SUSTITUTO CROMOGLICATO DE SODIO \$5000X5=\$25.000 EL PRESTADOR LO FACTURA \$1000 SE GLOSA LA DIFERENCIA \$20.000
68	1034	126.900,00					207	3.240,00									3.240,00			-	0	MAYOR VALOR COBRADO POR DESCUENTO DEL SIMILAR EN FACTURA DE VENTA KETOTIFENO 1 MG TABLETA A MENOR VALOR RECONOCIDO \$100 PESOS, EL VALOR UNITARIO A RECONOCER \$136 PESOS, SE GUN PRECIO REFERENTE POR 90 UNIDADES EQUIVALENTE AL TRATAMIENTO NO POS, SE APLICA DESCUENTO EN FACTUR DEL VALOR NO DESCONTADO . F.P.S 10/08/2018.
69	1040	352.980,00					207	298.350,00									298.350,00			-	0	MAYOR VALOR COBRADO EN GABAPENTINA 300 MG TABLETA POR 90 UNIDADES FACTURADAS, VALOR UNITARIO A RECONOCER \$642 PESOS, SEGÚN PRECIO REFERENTE EN CIRCULAR 04 DE 2012 , VALOR UNITARIO FACTURADO \$3,957 PESOS, SE GLOSA DIFERENCIA. F.P.S 26/10/2018. - \$298350 MAYOR VALOR COBRADO POR DESCUENTO SIMILAR POS EN FACTURA DE VENTA ACETAMINOFEN 500 MG TABLETA A MENOR VALOR RECONOCIDO \$116 PESOS, EL VALOR UNITARIO A RECONOCER \$118 PESOS, SEGUN PRECIO REFERENTE POR 90 UNIDADES EQUIVALENTE AL TRATAMIENTO NO POS , SE APLICA DESCUENTO EN FACTURA AL VALOR NO DESCONTADO F.P.S 26/10/2018. - \$180
70	1042	123.750,00					207	11.520,00									11.520,00			-	0	MAYOR VALOR COBRADO POR DESCUENTO DEL SIMILAR EN FACTURA DE VENTA GLIBENCLAMIDA 5 MG TABLETA A MENOR VALOR RECONOCIDO \$300 PESOS, EL VALOR UNITARIO A RECONOCER \$428 PESOS, SEGUN PRECIO REFERENTE POR 90 UNIDADES EQUIVALENTE AL TRATAMIENTO NO POS, SE APLICA DESCUENTO EN FACTURA DEL VALOR NO DESCONTADO . F.P.S 28/09/2018.
71	1044	1.359.180,00					207	16.750,00									-			16.750	0	FACTURA CUMPLE CON LAS TARIFAS DE MERCADO
72	1046	252.000,00					207-207	117.540,00									-			117.540	0	FACTURA CUMPLE CON LAS TARIFAS DE MERCADO DIOSMINA \$ 2880X90



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



73	186	509.124,00				207		115.668,00										76.788	0	MAYOR VALOR COBRADO POR NO DESCUENTO DEL SIMILAR POS DE LA TECNOLOGIA NO POS RIVAROXABAN (XARELTO)20 MG TABLETA ATC B01AF01 , NO SE RECONOCE EL SIMILAR REGISTRADO EN FORMATO CTC Y FORMATO MYT Y DESCONTADO EN FACTURA (ACIDO ACETIL SALICILICO 100 MG TABLETA ATC N02BA01) EL SIMILAR A RECONOCER WARFARINA SODICA 5 MG TABLETA ATCB01AA03 POR 84 UNIDADES EQUIVALENTE AL TRATAMIENTO NO POS, VALOR UNITARIO A RECONOCER \$432 PESOS, SEGÚN PRECIO REFERENTE, SE APLICA DESCUENTO EN FACTURA DEL VALOR NO DESCONTADO . F.P.S 30/11/2018.
74	213	545.490,00				207		123.930,00										85.050	0	MAYOR VALOR COBRADO POR NO DESCUENTO DEL SIMILAR POS DE LA TECNOLOGIA NO POS RIVAROXABAN (XARELTO)20 MG TABLETA ATC B01AF01 , NO SE RECONOCE EL SIMILAR REGISTRADO EN FORMATO CTC Y FORMATO MYT Y DESCONTADO EN FACTURA (ACIDO ACETIL SALICILICO 100 MG TABLETA ATC N02BA01) EL SIMILAR A RECONOCER WARFARINA SODICA 5 MG TABLETA ATCB01AA03 POR 90 UNIDADES EQUIVALENTE AL TRATAMIENTO NO POS, VALOR UNITARIO A RECONOCER \$432 PESOS, SEGÚN PRECIO REFERENTE, SE APLICA DESCUENTO EN FACTURA DEL VALOR NO DESCONTADO . F.P.S 08/10/2018. SE LLAMA FAMILAIR DEL USUARIO Y CONFIRMA LA ENTREGA.
75	219	1.710.000,00				207		234.000,00										234.000	0	FACTURA CUMPLE CON LAS TARIFAS DE MERCADO GLUCERNA 237ML \$9500X180= \$1710,000
76	220	426.000,00	426.000			849		-										426.000	0	PRESTADOR SUBSANA GLOSA ANEXA SOPORTES DESNUTRICION PROTEICOCALORICA MODERADA PEDIASURE 80N \$ 7100X60
77	221	2.295.000,00	2.295.000			849		-										2.295.000	0	PRESTADOR SUBSANA GLOSA FACTURA CUMPLE CON LAS TARIFAS DE MERCADO ENSURE CLINICAL \$8500X270 F/P/S 14/01/2019



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



78	222	2.565.000,00		2.565.000			849		-								2.565.000	0	PRESTADOR ANEXA SOPORTES DIAGNOSTICO TUMOR CEREBRAL DESNUTRICION PROTEICOALORICA ENSURE PLUS \$9500X270 F.P.S 14/02/2019
79	223	510.000,00		510.000			849		-								510.000	0	factura cumple con las tarifas de mercado ensure 8 onz \$8500x60
80	224	510.000,00		510.000			849		-								510.000	0	PRESTADOR ANEXA SOPORTES DIAGNOSTICO DESNUTRICION PROTEICOALORICA ENSURE 8ONZ \$8500X60 F.P.S 14/12/2018
81	225	510.000,00		510.000			849		-								510.000	0	PRESTADOR ANEXA SOPORTES DIAGNOSTICO DESNUTRICION PROTEICOALORICA ENSURE 8ONZ \$8500X60 F.P.S 25/10/2018
82	226	1.032.000,00					207		64.800,00								64.800	0	FACTURA CUMPLE CON LAS TARIFAS DE MERCADO ENSURE 400MG \$43000
83	228	588.000,00					207		96.000,00								96.000	0	FACTURA CUMPLE CON LAS TARIFAS DE MERCADO GLUCERNA 237ML \$9500X60= \$588,000
84	229	1.764.000,00					207		288.000,00								288.000	0	FACTURA CUMPLE CON LAS TARIFAS DE MERCADO GLUCERNA 237ML \$9800X180= \$1764,000



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



85	1048	252.000,00				207-207	63.540,00										63.540	0	FACTURA CUMPLE CON LAS TARIFAS DE MERCADO DIOSMINA \$ 2880X90
86	1050	435.600,00				207-207	14.400,00										14.400	0	FACTURA CUMPLE CON LAS TARIFAS DE MERCADO DIOSMINA \$ 2880X90
87	1054	320.940,00	320.940			849	-										320.940	0	PRESTADOR ANEXA SOPORTES SUBSANA GLOSA Y CUMPLE CON LAS TARIFAS DE MERCADO LINAGLIPTINA/METFORMINA 2.5/1000 \$2133X180 SUSTITUTO METFORMINA \$ 350
88	1058	14.940,00				507	14.940,00										14.940	0	FACTURA CUMPLE CON LAS TARIFAS DE MERCADO METOPROLOL \$666X90
89	1060	357.660,00				207-207	115.920,00						115.920,00				-	0	MAYOR VALOR COBRADO ENCILOSTAZOL 100 MG POR 180 UNIDADES FACTURADAS. VALOR UNITARIO A RECONOCER \$1,449 PESOS, SEGÚN PRECIO REFERENTE CIRCULAR 04 DE 2018 , VALOR UNITARIO FACTURADO \$1,996 PESOS, SE GLOSA DIFERENCIA. F.P.S 03/09/2018. - \$98460 MAYOR VALOR COBRADO POR DESCUENTO SIMILAR POS EN FACTURA DE VENTA ACIDO ACETIL SALICILICO 100 MG TABLETA A MENOR VALOR RECONOCIDO \$9 PESOS , EL VALOR UNITARIO A RECONOCER \$106 PESOS, SEGUN PRECIO REFERENTE POR 180 UNIDADES EQUIVALENTE AL TRATAMIENTO NO POS , SE APLICA DESCUENTO EN FACTURA AL VALOR NO DESCONTADO F.P.S 03/09/2018. - \$17460



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



90	1062	594.180,00				207		217.260,00										171.900	0	MAYOR VALOR COBRADO EN APIXABAN (ELIQUIS) 2,5 MG TABLETA POR 60 UNIDADES FACTURADAS, VALOR UNITARIO A RECONOCER \$3,481X180 = \$ 626580 PESOS, SEGUN PRECIO REFERENTE EN CIRCULAR 04 DE 2018 , VALOR UNITARIO FACTURADO \$4,020 PESOS, SE GLOSA DIFERENCIA. F.P.S 29/11/2018. SE LLAMA USUARIA Y CONFIRMA LA ENTREGA LA HIJA. - \$97020 207 - MAYOR VALOR COBRADO POR DESCUENTO SIMILAR POS EN FACTURA DE VENTA WARFARINA SODICA 5 MG TABLETA A MENOR VALOR RECONOCIDO \$69 PESOS , EL VALOR UNITARIO A RECONOCER \$ 432X180 PESOS, SEGUN PRECIO REFERENTE POR 180 UNIDADES EQUIVALENTE AL TRATAMIENTO NO POS Y REGISTRADO EN ACTA CTC , SE APLICA DESCUENTO EN FACTURA AL VALOR NO DESCONTADO F.P.S 29/11/2018. - \$237420
91	1064	450.000,00				207		9.000,00										9.000	0	FACTURA CUMPLE CON LAS TARIFAS DE MERCADO NEPRO 237ML \$15,000
92	126	1.906.780,00		1.906.780		849		-										1.906.780	0	FACTURA CUMPLE TAR DE REG CIRC 04/2018 TERIPARATIDE \$ 1018190X2 Y SE DESCUENTA ACIDO ZOLENDRONICO \$64800X2
93	128	2.860.170,00		2.860.170		849		-										2.860.170	0	FACTURA CUMPLE TAR DE REG CIRC 04/2018 TERIPARATIDE \$ 1018190X3 Y SE DESCUENTA ACIDO ZOLENDRONICO \$64000X3
94	138	3.749.346,00		3.749.346		849		-					84.000,00					3.665.346	0	PRESTADOR SUBSANA GLOSA MVC EN EL SUSTITUTO POR COMPARADOR ADMINISTRATIVO ERITROPOYETINA 2000 UI \$27000X6= \$ 162.000 DEL MEDICAMENTO METOXIPOLIETILENGLICOL\$ 637.891X6= \$ 3827.346
95	156	560.700,00				207		123.930,00										85.050	0	MAYOR VALOR COBRADO POR NO DESCUENTO DEL SIMILAR POS DE LA TECNOLOGIA NO POS RIVAROXABAN (XARELTO)20 MG TABLETA ATC B01AF01, NO SE RECONOCE EL SIMILAR REGISTRADO EN FORMATO CTC Y FORMATO MYT Y DESCONTADO EN FACTURA (ACIDO ACETIL SALICILICO 100 MG TABLETA ATC N02BA01) EL SIMILAR A RECONOCER WARFARINA SODICA 5 MG TABLETA ATCB01AA03 POR 90 UNIDADES EQUIVALENTE AL TRATAMIENTO NO POS. VALOR UNITARIO A



96	158	261.660,00					207	57.834,00										18.144,00		39.690	0	MAYOR VALOR COBRADO POR NO DESCUENTO DEL SIMILAR POS DE LA TECNOLOGIA NO POS RIVAROXABAN (XARELTO)20 MG TABLETA ATC B01AF01, NO SE RECONOCE EL SIMILAR REGISTRADO EN FORMATO CTC Y FORMATO MYT Y DESCONTADO EN FACTURA (ACIDO ACETIL SALICILICO 100 MG TABLETA ATC N02BA01) EL SIMILAR A RECONOCER WARFARINA SODICA 5 MG TABLETA ATCB01AA03 POR 42 UNIDADES EQUIVALENTE AL TRATAMIENTO NO POS S. VALOR UNITARIO A RECONOCER \$432X90 PESOS, SEGÚN PRECIO REFERENTE, SE APLICA DESCUENTO EN FACTURA DEL VALOR NO DESCONTADO . F.P.S 26/07/2018. SE LLAMA USUARIO Y CONFIRMA LA ENTREGA POR HIJA.
97	160	560.700,00					207	123.930,00										38.880,00		85.050	0	MAYOR VALOR COBRADO POR NO DESCUENTO DEL SIMILAR POS DE LA TECNOLOGIA NO POS RIVAROXABAN (XARELTO)20 MG TABLETA ATC B01AF01, NO SE RECONOCE EL SIMILAR REGISTRADO EN FORMATO CTC Y FORMATO MYT Y DESCONTADO EN FACTURA (ACIDO ACETIL SALICILICO 100 MG TABLETA ATC N02BA01) EL SIMILAR A RECONOCER WARFARINA SODICA 5 MG TABLETA ATCB01AA03 POR 90 UNIDADES EQUIVALENTE AL TRATAMIENTO NO POS S. VALOR UNITARIO A RECONOCER \$432X90 PESOS, SEGÚN PRECIO REFERENTE, SE APLICA DESCUENTO EN FACTURA DEL VALOR NO DESCONTADO . F.P.S 26/07/2018. SE LLAMA USUARIO Y CONFIRMA LA ENTREGA POR HIJA.
98	162	560.700,00					207	123.930,00										38.880,00		85.050	0	MAYOR VALOR COBRADO POR NO DESCUENTO DEL SIMILAR POS DE LA TECNOLOGIA NO POS RIVAROXABAN (XARELTO)20 MG TABLETA ATC B01AF01, NO SE RECONOCE EL SIMILAR REGISTRADO EN FORMATO CTC Y FORMATO MYT Y DESCONTADO EN FACTURA (ACIDO ACETIL SALICILICO 100 MG TABLETA ATC N02BA01) EL SIMILAR A RECONOCER WARFARINA SODICA 5 MG TABLETA ATCB01AA03 POR 90 UNIDADES EQUIVALENTE AL TRATAMIENTO NO POS S. VALOR UNITARIO A RECONOCER \$432X90 PESOS, SEGÚN PRECIO REFERENTE, SE APLICA DESCUENTO EN FACTURA DEL VALOR NO DESCONTADO . F.P.S 26/07/2018. SE LLAMA USUARIO Y CONFIRMA LA ENTREGA POR HIJA.
99	166	545.490,00					207	123.930,00										38.880,00		85.050	0	MAYOR VALOR COBRADO POR NO DESCUENTO DEL SIMILAR POS DE LA TECNOLOGIA NO POS RIVAROXABAN (XARELTO)20 MG TABLETA ATC B01AF01, NO SE RECONOCE EL SIMILAR REGISTRADO EN FORMATO CTC Y FORMATO MYT Y DESCONTADO EN FACTURA (ACIDO ACETIL SALICILICO 100 MG TABLETA ATC N02BA01) EL SIMILAR A RECONOCER WARFARINA SODICA 5 MG TABLETA ATCB01AA03 POR 90 UNIDADES EQUIVALENTE AL TRATAMIENTO NO POS S. VALOR UNITARIO A RECONOCER \$432X90 PESOS, SEGÚN PRECIO REFERENTE, SE APLICA DESCUENTO EN FACTURA DEL VALOR NO DESCONTADO . F.P.S 26/07/2018. SE LLAMA USUARIO Y CONFIRMA LA ENTREGA POR HIJA.
100	168	560.700,00					207	123.930,00										38.880,00		85.050	0	MAYOR VALOR COBRADO POR NO DESCUENTO DEL SIMILAR POS DE LA TECNOLOGIA NO POS RIVAROXABAN (XARELTO)20 MG TABLETA ATC B01AF01, NO SE RECONOCE EL SIMILAR REGISTRADO EN FORMATO CTC Y FORMATO MYT Y DESCONTADO EN FACTURA (ACIDO ACETIL SALICILICO 100 MG TABLETA ATC N02BA01) EL SIMILAR A RECONOCER WARFARINA SODICA 5 MG TABLETA ATCB01AA03 POR 90 UNIDADES EQUIVALENTE AL TRATAMIENTO NO POS S. VALOR UNITARIO A RECONOCER \$432X90 PESOS, SEGÚN PRECIO REFERENTE, SE APLICA DESCUENTO EN FACTURA DEL VALOR NO DESCONTADO . F.P.S 26/07/2018. SE LLAMA USUARIO Y CONFIRMA LA ENTREGA POR HIJA.



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



101	172	186.900,00					207	123.930,00										110.970	0	MAYOR VALOR COBRADO POR NO DESCUENTO DEL SIMILAR POS DE LA TECNOLOGIA NO POS RIVAROXABAN (XARELTO)20 MG TABLETA ATC B01AF01, NO SE RECONOCE EL SIMILAR REGISTRADO EN FORMATO CTC Y FORMATO MYT Y DESCONTADO EN FACTURA (ACIDO ACETIL SALICILICO 100 MG TABLETA ATC N02BA01) EL SIMILAR A RECONOCER WARFARINA SODICA 5 MG TABLETA ATCB01AA03 POR 30 UNIDADES EQUIVALENTE AL TRATAMIENTO NO POS, VALOR UNITARIO A RECONOCER \$432 PESOS, SEGÚN PRECIO REFERENTE, SE APLICA DESCUENTO EN FACTURA DEL VALOR NO DESCONTADO . F.P.S 06/09/2018. - \$41310	
102	174	560.700,00					207	123.930,00											85.050	0	MAYOR VALOR COBRADO POR NO DESCUENTO DEL SIMILAR POS DE LA TECNOLOGIA NO POS RIVAROXABAN (XARELTO)20 MG TABLETA ATC B01AF01, NO SE RECONOCE EL SIMILAR REGISTRADO EN FORMATO CTC Y FORMATO MYT Y DESCONTADO EN FACTURA (ACIDO ACETIL SALICILICO 100 MG TABLETA ATC N02BA01) EL SIMILAR A RECONOCER WARFARINA SODICA 5 MG TABLETA ATCB01AA03 POR 30 UNIDADES EQUIVALENTE AL TRATAMIENTO NO POS, VALOR UNITARIO A RECONOCER \$432 PESOS, SEGÚN PRECIO REFERENTE,
103	178	545.490,00					207	123.930,00											85.050	0	MAYOR VALOR COBRADO POR NO DESCUENTO DEL SIMILAR POS DE LA TECNOLOGIA NO POS RIVAROXABAN (XARELTO)20 MG TABLETA ATC B01AF01, NO SE RECONOCE EL SIMILAR REGISTRADO EN FORMATO CTC Y FORMATO MYT Y DESCONTADO EN FACTURA (ACIDO ACETIL SALICILICO 100 MG TABLETA ATC N02BA01) EL SIMILAR A RECONOCER WARFARINA SODICA 5 MG TABLETA ATCB01AA03 POR 30 UNIDADES EQUIVALENTE AL TRATAMIENTO NO POS, VALOR UNITARIO A RECONOCER \$432X30 PESOS, SEGÚN PRECIO REFERENTE, SE APLICA DESCUENTO EN FACTURA DEL VALOR NO DESCONTADO . F.P.S 06/09/2018. - \$41310
104	180	545.490,00					207	123.930,00											85.050	0	MAYOR VALOR COBRADO POR NO DESCUENTO DEL SIMILAR POS DE LA TECNOLOGIA NO POS RIVAROXABAN (XARELTO)20 MG TABLETA ATC B01AF01, NO SE RECONOCE EL SIMILAR REGISTRADO EN FORMATO CTC Y FORMATO MYT Y DESCONTADO EN FACTURA (ACIDO ACETIL SALICILICO 100 MG TABLETA ATC N02BA01) EL SIMILAR A RECONOCER WARFARINA SODICA 5 MG TABLETA ATCB01AA03 POR 30 UNIDADES EQUIVALENTE AL TRATAMIENTO NO POS, VALOR UNITARIO A RECONOCER \$432X30 PESOS, SEGÚN PRECIO REFERENTE, SE APLICA DESCUENTO EN FACTURA DEL VALOR NO DESCONTADO . F.P.S 06/09/2018. - \$41310



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





105	230	1.764.000,00				207		288.000,00										288.000	0	FACTURA CUMPLE CON LAS TARIFAS DE MERCADO GLUCERNA 237ML \$9800X180= \$1764,000
106	148	627.660,00				207		99.720,00										99.720	0	FACTURA CUMPLE CON LAS TARIFAS DE MERCADO
107	150	298.620,00				207		105.840,00			37.800,00							68.040	0	MAYOR VALOR COBRADO POR DESCUENTO DEL SIMILAR POS EN FACTURA DE VENTA BROMOCRIPTINA 2,5 MG TABLETA A MENOR VALOR RECONOCIDO \$278 PESOS , EL VALOR UNITARIO A RECONOCER \$698 PESOS, SEGUN PRECIO REFERENTE POR 90 UNIDADES EQUIVALENTE AL TRATAMIENTO NO POS, SE APLICA DESCUENTO EN FACTURA AL VALOR NO DESCONTADO , SE APLICA DESCUENTO EN FACTURA. F.P.S 03/09/2018.
108	152	247.410,00	247.410			849		-										247.410	0	PRESTADOR SUBSANA GLOSA Y CUMPOLE CON LAS TARIFAS RASAGILINA \$3597 Y SUSTITUTO BROMOCRIPTINA \$ 847X90
109	505	492.000,00				207-207		56.154,00			15.000,00							41.154	0	MAYOR VALOR COBRADO POR DESCUENTO DEL SIMILAR POS EN FACTURA DE VENTA SALBUTAMOL 100 MCG SOLUCION INHALACION A MENOR VALOR RECONOCIDO \$2,000 PESOS , EL VALOR UNITARIO A RECONOCER \$7000 PESOS, SEGUN PRECIO REFERENTE POR 3 UNIDADES EQUIVALENTE AL TRATAMIENTO NO POS, SE APLICA DESCUENTO EN FACTURA AL VALOR NO DESCONTADO , F.P.S 26/08/2018
110	507	180.000,00				207		123.840,00			123.840,00							-	0	MAYOR VALOR COBRADO POR NO DESCUENTO DEL SIMILAR POS DE LA TECNOLOGIA NO POS METOPROLOL SUCCINATO 25 MG ATC C07AB02, NO SE RECONOCE EL SIMILAR REGISTRADO EN FORMATO CTC Y FORMATO MYT Y DESCONTADO EN FACTURA (PROPAMOLOL CLORHIDRATO 40 MG X 1,500 C/U DESCONTADA) EL SIMILAR A RECONOCER METOPROLOL 50 MG ATC C07AB02 POR 120 UNIDADES EQUIVALENTE AL TRATAMIENTO NO POS. VALOR UNITARIO A RECONOCER \$2.532 PESOS.
111	521	252.000,00				207		43.302,00			30.000,00							13.302	0	MVC EN SUSTITUTO CROMOGLICATO DE SODIO \$5000X6= \$30.000 EL PRESTADOR LO FACTURA \$1000 SE GLOSA LA DIFERENCIA



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



112	523	164.000,00					207	28.860,00										4.860	0	MAYOR VALOR COBRADO POR DESCUENTO DEL SIMILAR POS CROMOGLICATO DE SODIO 20 MG EN FACTURA A MENOR VALOR RECONOCIDO \$1,000 PESOS , EL VALOR UNITARIO A RECONOCER \$5000 PESOS , SEGUN PRECIO REFERENTE POR 4 UNIDADES EQUIVALENTE AL TRATAMIENTO NO POS, SE APLICA DESCUENTO EN FACTURA AL VALOR NO DESCONTADO . F.P.S 01/11/2018.
113	525	200.100,00					207	18.657,00										-	0	MAYOR VALOR COBRADO EN BIMATOPROST 0,3 MG/3 ML SOLUCION OFTALMICA POR 3 UNIDADES FACTURADAS, VALOR UNITARIO A RECONOCER \$49,843 PESOS, SEGUN PRECIO CIRCULAR 04 DE 2018 , VALOR UNITARIO FACTURADO \$68,500 PESOS, SE GLOSA DIFERENCIA. F.P.S 13/11/2018.SE REALIZA VISITA DOMICILIARIA Y CONFIRMA LA ENTREGA.
114	527	226.800,00					207	23.931,00										-	0	MAYOR VALOR COBRADO EN DORZALAMIDA+TIMOLOL+ BRIMONIDIINA (KRYTANTEK) 20%+0,2%+0,5% POR 3 UNIDADES FACTURADAS, VALOR UNITARIO A RECONOCER \$69,423 PESOS, SEGUN PRECIO REFERENTE EN CIRCULAR 04 2018 , VALOR UNITARIO FACTURADO \$77,400 PESOS, SE GLOSA DIFERENCIA. F.P.S 13/11/2018. SE REALIZA VISITA DOMICILIARIA Y CONFIRMA LA ENTREGA.
115	531	357.942,00					207	30.000,00										9.000	0	MAYOR VALOR COBRADO POR DESCUENTO DEL SIMILAR POS EN FACTURA DE VENTA SALBUTAMOL 100 MCG SOLUCION INHALACION A MENOR VALOR RECONOCIDO \$2,000 PESOS , EL VALOR UNITARIO A RECONOCER\$7000 PESOS, SEGUN PRECIO REFERENTE POR 3 UNIDADES EQUIVALENTE AL TRATAMIENTO NO POS, SE APLICA DESCUENTO EN FACTURA AL VALOR NO DESCONTADO , F.P.S 26/08/2018
116	539	624.780,00					207-207	247.860,00										171.900	0	MAYOR VALOR COBRADO EN APIXABAN (ELIGUIS) 2,5 MG TABLETA POR 180UNIDADES FACTURADAS, VALOR UNITARIO A RECONOCER \$3,481 x180 PESOS, SEGUN PRECIO REFERENTE EN CIRCULAR 04 DE 2018 , VALOR UNITARIO FACTURADO \$4,020 PESOS,. F.P.S 29/11/2018. \$626580 207 - MAYOR VALOR COBRADO POR DESCUENTO SIMILAR POS EN FACTURA DE VENTA WARFARINA SODICA 5 MG TABLETA A MENOR VALOR RECONOCIDO \$60 PESOS. EL
117	545	226.800,00					207	23.931,00										-	0	MAYOR VALOR COBRADO EN DORZALAMIDA+TIMOLOL+ BRIMONIDIINA (KRYTANTEK) 20%+0,2%+0,5% POR 3 UNIDADES FACTURADAS, VALOR UNITARIO A RECONOCER \$69,423 PESOS, SEGUN PRECIO REFERENTE EN CIRCULAR 04 2018 , VALOR UNITARIO FACTURADO \$77,400 PESOS, SE GLOSA DIFERENCIA. F.P.S 13/11/2018. SE REALIZA VISITA DOMICILIARIA Y CONFIRMA LA ENTREGA.
118	547	352.980,00					207-207	27.000,00										27.000	0	FACTURA CUMPLE CON LAS TARIFAS DE MERCADO DUTASTERIDE/TAMSULOSINA \$4141X90 DESCUENTO DEL SUSTITUTO INCLUIDO



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



119	549	96.300,00					207-207	38.451,00									38.451	0	FACTURA CUMPLE CON LAS TARIFAS DE MERCADO CARBOXIMETILCELULOSA \$37.500X3 CROCMOGLICATO \$5400	
120	551	122.739,00					207	21.390,00					12.000,00					9.390	0	MAYOR VALOR COBRADO POR DESCUENTO DEL SIMILAR POS CROMOGLICATO DE SODIO 20 MG EN FACTURA A MENOR VALOR RECONOCIDO \$1,000 PESOS , EL VALOR UNITARIO A RECONOCER \$5000 PESOS , SEGUN PRECIO REFERENTE POR 3 UNIDADES EQUIVALENTE AL TRATAMIENTO NO POS. SE APLICA DESCUENTO EN FACTURA AL VALOR NO DESCONTADO . F.P.S 01/11/2018.
121	555	111.300,00					207-207	53.451,00					15.000,00					38.451	0	MAYOR VALOR COBRADO POR DESCUENTO DEL SIMILAR POS CROMOGLICATO DE SODIO 20 MG EN FACTURA A MENOR VALOR RECONOCIDO \$400 PESOS , EL VALOR UNITARIO A RECONOCER \$5400 PESOS , SEGUN PRECIO REFERENTE POR 3 UNIDADES EQUIVALENTE AL TRATAMIENTO NO POS. SE APLICA DESCUENTO EN FACTURA AL VALOR NO DESCONTADO . F.P.S 09/11/2018.
122	565	200.100,00					207	55.971,00					55.971,00					-	0	MAYOR VALOR COBRADO EN BIMATOPROST 0,3 MG/3 ML SOLUCION OFTALMICA POR 3 UNIDADES FACTURADAS, VALOR UNITARIO A RECONOCER \$49,843 PESOS, SEGUN PRECIO CIRCULAR 04 DE 2018 , VALOR UNITARIO FACTURADO \$68,500 PESOS, SE GLOSA DIFERENCIA. F.P.S 13/11/2018. SE REALIZA VISITA DOMICILIARIA Y CONFIRMA LA ENTREGA.
123	571	371.445,00					207	23.931,00					23.931,00					-	0	MAYOR VALOR COBRADO EN DORZALAMIDA+TIMOLOL+ BRIMONIDIINA (KRYTANTEK) 20%+0,2%+0,5% POR 3 UNIDADES FACTURADAS, VALOR UNITARIO A RECONOCER \$69,423 PESOS, SEGUN PRECIO REFERENTE EN CIRCULAR 04 2018 , VALOR UNITARIO FACTURADO \$88,928 PESOS, SE GLOSA DIFERENCIA. F.P.S 06/11/2018. SE LLAMA USUARIO Y FAMILIAR (HERMANO9 QUIEN RECIBE LOS MEDICAMENTO CONFIRMA LA ENTREGA.
124	573	200.100,00					207	55.971,00					55.971,00					-	0	MAYOR VALOR COBRADO EN BIMATOPROST 0,3 MG/3 ML SOLUCION OFTALMICA POR 3 UNIDADES FACTURADAS, VALOR UNITARIO A RECONOCER \$49,843 PESOS, SEGUN PRECIO CIRCULAR 04 DE 2018 , VALOR UNITARIO FACTURADO \$68,500 PESOS, SE GLOSA DIFERENCIA. F.P.S 13/11/2018. SE REALIZA VISITA DOMICILIARIA Y CONFIRMA LA ENTREGA.
125	575	352.980,00					207-207	27.000,00										27.000	0	FACTURA CUMPLE CON LAS TARIFAS DE MERCADO DUTASTERIDE/TAMSULOSINA \$4141X90 DESCUENTO DEL SUSTITUTO INCLUIDO



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



147	647	297.900,00				207-207	82.980,00											6.120	0	MAYOR VALOR COBRADO POR DESCUENTO DEL SIMILAR EN FACTURA DE VENTAMETFORMINA 850 MG TABLETA A MENOR VALOR RECONOCIDO \$20 PESOS, EL VALOR UNITARIO A RECONOCER \$447x180= \$80460 PESOS , SEGUN PRECIO REFERENTE EQUIVALENTE AL TRATAMIENTO NO POS, SE APLICA DESCUENTO EN FACTUR DEL VALOR NO DESCONTADO . F.P.S 11/10/2018. -	
148	892	177.600,00		177.600		849	-											17.415,00	160.185	0	PRESTADOR SUBSANA GLOSA MVC DORZOLAMIDA/TIMOLO PREC DE REG /2019 \$ 55195X3= \$ 165585 DESCUENTO DEL SUSTITUTO INCLUIDO EN FACT
149	894	823.770,00				207-207	137.250,00													0	MAYOR VALOR COBRADO POR DESCUENTO SIMILAR POS EN FACTURA DE VENTA LOVASTATINA 20 MG TABLETA A MENOR VALOR RECONOCIDO \$ 13 PESOS , EL VALOR UNITARIO A RECONOCER \$ 271 PESOS, SEGUN PRECIO REFERENTE EN POR 90 UNIDADES EQUIVALENTE AL TRATAMIENTO NO POS , SE APLICA DESCUENTO EN FACTURA AL VALOR NO DESCONTADO F.P.S 22/01/2019. - \$23220 207- MAYOR VALOR COBRADO EN POSIVASTATINA
150	896	281.232,00		281.232		849	-												281.232	0	PRESTADOR ANEXA SOPORTES Y CUMPLE CON LAS TARIFAS BROMURO DE GLICOPIRRONEO \$ 3516X90 SALBUTAMOL 11730
151	898	302.292,00		302.292		849	-												302.292	0	PRESTADOR ANEXA SOPORTES Y CUMPLE CON LAS TARIFAS BROMURO DE GLICOPIRRONEO \$ 3516X90 SALBUTAMOL 11730
152	190	352.980,00				207	21.600,00												21.600	0	FACTURA CUMPLE CON LAS TARIFAS DE MERCADO DUTASTERIDE/TAMSULOSINA \$4141X90 DESCUENTO DEL SUSTITUTO INCLUIDO
153	283	158.496,00				207	123.171,00													0	MAYOR VALOR COBRADO EN DORZOLAMIDA 2% SOLUCION OFTALMICA POR 3 UNIDADES FACTURADAS, VALOR UNITARIO A RECONOCER \$13,575 PESOS, SEGUN PRECIO REFERENTE EN CIRCULAR 04 2012 , VALOR UNITARIO FACTURADO \$54,632 PESOS, SE GLOSA DIFERENCIA. F.P.S 19/06/2016.



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	902	765.000,00	765.000	849	-	-	765.000	0	PRESTADOR SUBSANA GLOSA ENDURE 237ML \$8500X90 F.P.S. 14/01/2019
162	903	765.000,00	765.000	849	-	-	765.000	0	PRESTADOR SUBSANA GLOSA ENDURE 237ML \$8500X90 F.P.S. 28/01/2019
163	904	1.183.680,00		207	243.000,00	-	243.000	0	FACTURA CUMPLE CON LAS TARIFAS DE MERCADO HIDROCODONA/ACETAMINOFEN \$4500X270= \$1,215,000
164	906	1.700.190,00	1.700.190	849	-	359.640,00	1.340.550	0	prestador anexa soportes y subsana glosa mvc en micofenolato \$ 5965x270= \$ 1610550 prec de reg desc sustituto azatioprina \$1000x270
165	908	641.790,00		507	641.790,00	8.370,00	633.420	0	MVC PILOCARPINA PREC DE REG CIRC 04/2018 \$ 3546X270= \$ 957420 DESCUENTO DEL SUSTITUTO INCLUIDO EN LA FACTURA PIRIDOSTIGMINA \$1200X270= \$ 324000 TOTAL GLOSA \$ 5580
166	910	641.790,00		507	641.790,00	8.451,00	633.339	0	MVC PILOCARPINA 5MG \$3545 CIR04/2018 DESCUENTO INCLUIDO DEL SUSTITUTO PIRIDOSTIGMINA \$ 1200X270
167	912	189.000,00	189.000	849	-	155.460,00	33.540	0	MVC DIACEREINA \$759X60= \$ 45540 PREC 07/2018



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



168	194	96.300,00				207-207	38.451,00										38.451	0	FACTURA CUMPLE CON LAS TARIFAS DE MERCADO CARBOXIMETILCELULOSA \$37.500X3 CROCMOGLICATO \$5400	
169	198	432.600,00				207	288.471,00											-	0	MAYOR VALOR COBRADO EN BIMATOPROST 0,3 MG/3 ML SOLUCION OFTALMICA POR 3 UNIDADES FACTURADAS, VALOR UNITARIO A RECONOCER \$49,843 PESOS, SEGÚN PRECIO CIRCULAR 04 DE 2018 , VALOR UNITARIO FACTURADO \$146,000 PESOS, SE GLOSA DIFERENCIA. F.P.S 27/06/2018. SE LLAMA A USUARIO Y CONFIRMA EL HIJO LAS ENTREGAS . 12/09/2019.
170	200	475.200,00				207	331.071,00											-	0	MAYOR VALOR COBRADO EN BIMATOPROST 0,3 MG/3 ML (LUMIGAN) SOLUCION OFTALMICA POR 3 UNIDADES FACTURADAS, VALOR UNITARIO A RECONOCER \$49,843 PESOS, SEGÚN PRECIO CIRCULAR 04 DE 2018 , VALOR UNITARIO FACTURADO \$160,200 PESOS, SE GLOSA DIFERENCIA. F.P.S 2706/2018.SE LLAMA FAMILIAR DE LA USUARIA (GLORIA SANDOVAL HIJA) CONFIRMA LA ENTREGA Y MANIFIESTA QUE FUE LA ULTIMA ENTREGA ANTES DE PASAR A LA NUEVA EPS 12/09/2019
171	202	475.200,00				207	331.071,00											-	0	MAYOR VALOR COBRADO EN BIMATOPROST 0,3 MG/3 ML (LUMIGAN) SOLUCION OFTALMICA POR 3 UNIDADES FACTURADAS, VALOR UNITARIO A RECONOCER \$49,843 PESOS, SEGÚN PRECIO CIRCULAR 04 DE 2018 , VALOR UNITARIO FACTURADO \$160,200 PESOS, SE GLOSA DIFERENCIA. F.P.S 2706/2018.SE LLAMA FAMILIAR DE LA USUARIA (GLORIA SANDOVAL HIJA) CONFIRMA LA ENTREGA Y MANIFIESTA QUE FUE LA ULTIMA ENTREGA ANTES DE PASAR A LA NUEVA EPS 12/09/2019
172	208	371.445,00				207	168.576,00											-	0	MAYOR VALOR COBRADO EN DORZALAMIDA+TIMOLOL+ BRIMONIDIINA (KRYTANTEK) 20%+0,2%+0,5% POR 3 UNIDADES FACTURADAS, VALOR UNITARIO A RECONOCER \$69,423 PESOS, SEGÚN PRECIO REFERENTE EN CIRCULAR 04 2018 , VALOR UNITARIO FACTURADO \$77,400 PESOS, SE GLOSA DIFERENCIA. F.P.S 27/06/2018.
173	210	123.000,00				207	21.651,00											9.651	0	MAYOR VALOR COBRADO POR DESCUENTO DEL SIMILAR POS CROMOGLICATO DE SODIO 20 MG EN FACTURA A MENOR VALOR RECONOCIDO \$1,000 PESOS , EL VALOR UNITARIO A RECONOCER \$5000 PESOS , SEGÚN PRECIO REFERENTE POR 3 UNIDADES EQUIVALENTE AL TRATAMIENTO NO POS, SE APLICA DESCUENTO EN FACTURA AL VALOR NO DESCONTADO . F.P.S 01/11/2018.
174	211	782.400,00	782.400			849	-											782.400	0	PRESTADOR SUBSANA GLOSA ANEXA SOPORTES Y CUMPLE CON LAS TARIFAS ENSOY PREDIAL \$ 65,200X12



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



175	216	280.000,00		280.000			849		-									280.000	0	PRESTADOR SUBSANA GLOSA ANEXA SOPORTES DESNUTRICION PROTEICOALORICA MODERADA PEDIASURE 400GR \$ 35000X8
176	379	624.780,00					207-207		247.860,00									171.900	0	MAYOR VALOR COBRADO EN APIXABAN (ELIQUIS) 2,5 MG TABLETA POR 180UNIDADES FACTURADAS, VALOR UNITARIO A RECONOCER \$3.481 x180 PESOS, SEGÚN PRECIO REFERENTE EN CIRCULAR 04 DE 2018 , VALOR UNITARIO FACTURADO \$4,020 PESOS., F.P.S 29/11/2018. \$626580 207 - MAYOR VALOR COBRADO POR DESCUENTO SIMILAR POS EN FACTURA DE VENTA WARFARINA SODICA 5 MG TABLETA A MENOR VALOR RECONOCIDO \$60 PESOS. EL
177	385	637.551,00					207		367.062,00									367.062	0	FACTURA CUMPLE CON LAS TARIFAS DE MERCADO BUDESONIDA/FORMOTEROL 160/4,5 \$ 224.253 SUSTITUTO INCLUIDO
178	387	357.300,00					207		17.100,00									17.100	0	FACTURA CUMPLE CON LAS TARIFAS DE MERCADO SACUBITRILO/VALSARTAN 50 MG TABLETA POR 90 UNIDADES \$5065DESCUENTO DEL SUSTITUTO INCLUIDO
179	397	357.942,00					207		30.000,00									-	0	MAYOR VALOR COBRADO POR DESCUENTO DEL SIMILAR POS EN FACTURA DE VENTA SALBUTAMOL 100 MCG SOLUCION INHALACION A MENOR VALOR RECONOCIDO \$1.736 PESOS , EL VALOR UNITARIO A RECONOCER\$11.736 PESOS, SEGUN PRECIO REFERENTE POR 3 UNIDADES EQUIVALENTE AL TRATAMIENTO NO POS, SE APLICA DESCUENTO EN FACTURA AL VALOR NO DESCONTADO . F.P.S 01/08/2018.
180	399	102.780,00					207-207		13.140,00									13.140	0	FACTURA CUMPLE CON LAS TARIFAS DE MERCADO DIOSMINA \$ 2880X90
181	401	320.040,00					207		11.700,00									11.700	0	FACTURA CUMPLE CON LAS TARIFAS DE MERCADO BUDESONIDA/FORMOTEROL \$ 120700X3= \$362100



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



182	403	736.740,00					207	359.820,00										199.960,00		159.860	0	MAYOR VALOR COBRADO EN APIXABAN (ELIQUIS) 2,5 MG TABLETA POR 180 UNIDADES FACTURADAS, VALOR UNITARIO A RECONOCER \$3,481 PESOS, SEGÚN PRECIO REFERENTE EN CIRCULAR 04 DE 2018 , VALOR UNITARIO FACTURADO \$5,480 PESOS, SE GLOSA DIFERENCIA. F.P.S 06/08/2018. SE DESCUENTA CROMOGLICATO \$5000X180	
183	405	352.980,00					207-207	27.000,00												27.000	0	FACTURA CUMPLE CON LAS TARIFAS DE MERCADO DUTASTERIDE/TAMSULOSINA \$4141X90 DESCUENTO DEL SUSTITUTO INCLUIDO	
184	407	96.300,00					207-207	38.451,00												38.451	0	FACTURA CUMPLE CON LAS TARIFAS DE MERCADO CARBOXIMETILCELULOSA \$37.500X3 CROCMOGLICATO \$5400	
185	410	371.445,00					207	168.576,00													0	MAYOR VALOR COBRADO EN DORZALAMIDA+TIMOLOL+ BRIMONIDIINA (KRYTANTEK) 20%+0,2%+0,5% POR 3 UNIDADES FACTURADAS, VALOR UNITARIO A RECONOCER \$69,423 PESOS, SEGÚN PRECIO REFERENTE EN CIRCULAR 04 2018 , VALOR UNITARIO FACTURADO \$125,615 PESOS, SE GLOSA DIFERENCIA. F.P.S 10/08/2018.	
186	412	96.300,00					207-207	38.451,00													38.451	0	FACTURA CUMPLE CON LAS TARIFAS DE MERCADO CARBOXIMETILCELULOSA \$37.500X3 CROCMOGLICATO \$5400
187	418	96.300,00					207-207	38.451,00													38.451	0	FACTURA CUMPLE CON LAS TARIFAS DE MERCADO CARBOXIMETILCELULOSA \$37.500X3 CROCMOGLICATO \$5400
188	420	283.200,00					207	11.400,00													11.400	0	FACTURA CUMPLE CON LAS TARIFAS DE MERCADO SACUBITRILO/VALSARTAN 50 MG TABLETA POR 60 UNIDADES \$5065DESCUENTO DEL SUSTITUTO INCLUIDO



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



189	422	352.980,00				207-207		27.000,00									27.000	0	FACTURA CUMPLE CON LAS TARIFAS DE MERCADO DUTASTERIDE/TAMSULOSINA \$4141X90 DESCUENTO DEL SUSTITUTO INCLUIDO
190	424	208.800,00				207-207		111.291,00									21.351	0	MAYOR VALOR COBRADO EN HIALURONATO DE SODIO AL 2%(LAGRICEL) SOLUCION OFTALMICA POR 3 UNIDADES FACTURADAS, VALOR UNITARIO A RECONOCER \$44,620 PESOS, SEGÚN PRECIO REFERENTE DEL MERCADO , VALOR UNITARIO FACTURADO \$75.000 PESOS, SE GLOSA DIFERENCIA. F.P.S 28/08/2018. - \$91140 207 - MAYOR VALOR COBRADO POR DESCUENTO DEL SIMILAR POS EN FACTURA DE VENTA (CLORURO DE SODIO 0.9% SOLUCION ATC S01GX01 A 1.500 C/1) DE LA
191	428	154.170,00				207-207		19.710,00									19.710	0	FACTURA CUMPLE CON LAS TARIFAS DE MERCADO DIOSMINA \$ 2880X90
192	858	464.940,00				207		88.020,00									-	0	MAYOR VALOR COBRADO EN APIXABAN (ELIQUIS) 5 MG TABLETA POR 180 UNIDADES FACTURADAS, VALOR UNITARIO A RECONOCER \$3,481 PESOS, SEGÚN PRECIO REFERENTE EN CIRCULAR 04 DE 2018 , VALOR UNITARIO FACTURADO \$3,970 PESOS, SE GLOSA DIFERENCIA. F.P.S 23/01/2019. SE LLAMA USUARIA Y CONFIRMA LA ENTREGA LA HIJA.
193	862	333.552,00				207		31.260,00									-	0	MAYOR VALOR COBRADO POR DESCUENTO DEL SIMILAR POS EN FACTURA DE VENTA SALBUTAMOL 100 MCG SOLUCION INHALACION A MENOR VALOR RECONOCIDO \$1,316 PESOS , EL VALOR UNITARIO A RECONOCER\$11.736 PESOS, SEGUN PRECIO REFERENTE POR 3 UNIDADES EQUIVALENTE AL TRATAMIENTO NO POS, SE APLICA DESCUENTO EN FACTURA AL VALOR NO DESCONTADO . F.P.S 21/01/2019.
194	864	2.295.000,00	2.295.000			849		-									2.295.000	0	PRESTADOR SUBSANA GLOSA FACTURA CUMPLE CON LAS TARIFAS DE MERCADO ENSURE CLINICAL \$8500X270
195	866	312.800,00				207		233.092,00									-	0	MAYOR VALOR COBRADO EN BIMATOPROST 0,3 MG/3 ML (LUMIGAN) SOLUCION OFTALMICA POR 3 UNIDADES FACTURADAS, VALOR UNITARIO A RECONOCER \$49,843 PESOS, SEGÚN PRECIO CIRCULAR 04 DE 2018 , VALOR UNITARIO FACTURADO \$160,200 PESOS, SE GLOSA DIFERENCIA. F.P.S 2706/2018.SE LLAMA FAMILIAR DE LA USUARIA (GLORIA SANDOVAL HIJA) CONFIRMA LA ENTREGA Y MANIFIESTA QUE FUE LA ULTIMA ENTREGA ANTES DE PASAR A LA NUEVA EPS 12/09/2019



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



196	868	158.000,00	158.000	849	-	65.500,00	92.500	0	MVC OLOPATADINA 2% \$53.000X2=\$106,000 DESCUENTO INCLUIDO CROMOGLICATO DE SODIO
197	870	118.400,00	118.400	849	-	-	118.400	0	PRESTADOR SUBSANA GLOSA FACTURA CUMPLE CON LAS TARIFAS DE MERCADO DORZOLAMIDA/TIMOLOL \$ 61,000X3
198	872	226.800,00		207	23.931,00	23.931,00	-	0	MAYOR VALOR COBRADO EN DORZALAMIDA+TIMOLOL+ BRIMONIDIINA (KRYTANTEK) 20%+0,2%+0,5% POR 3 UNIDADES FACTURADAS, VALOR UNITARIO A RECONOCER \$69,423 PESOS, SEGÚN PRECIO REFERENTE EN CIRCULAR 04 2018 , VALOR UNITARIO FACTURADO \$77,400 PESOS, SE GLOSA DIFERENCIA. F.P.S 13/11/2018. SE REALIZA VISITA DOMICILIARIA Y CONFIRMA LA ENTREGA.
199	874	226.800,00		207	23.931,00	23.931,00	-	0	MAYOR VALOR COBRADO EN DORZALAMIDA+TIMOLOL+ BRIMONIDIINA (KRYTANTEK) 20%+0,2%+0,5% POR 3 UNIDADES FACTURADAS, VALOR UNITARIO A RECONOCER \$69,423 PESOS, SEGÚN PRECIO REFERENTE EN CIRCULAR 04 2018 , VALOR UNITARIO FACTURADO \$77,400 PESOS, SE GLOSA DIFERENCIA. F.P.S 13/11/2018. SE REALIZA VISITA DOMICILIARIA Y CONFIRMA LA ENTREGA.
200	876	302.400,00	302.400	849	-	30.108,00	272.292	0	MAYOR VALOR COBRADO EN DORZALAMIDA+TIMOLOL+ BRIMONIDIINA (KRYTANTEK) 20%+0,2%+0,5% POR 4 UNIDADES FACTURADAS, VALOR UNITARIO A RECONOCER \$69,423 PESOS, SEGÚN PRECIO REFERENTE EN CIRCULAR 04 2018 , VALOR UNITARIO FACTURADO \$77,400 PESOS, SE GLOSA DIFERENCIA.
201	878	226.800,00	226.800	849	-	23.931,00	202.869	0	PRESTADOR ANEXA SOPORTESMAYOR VALOR COBRADO EN DORZALAMIDA+TIMOLOL+ BRIMONIDIINA (KRYTANTEK) 20%+0,2%+0,5% POR 3 UNIDADES FACTURADAS, VALOR UNITARIO A RECONOCER \$69,423 PESOS, SEGÚN PRECIO REFERENTE EN CIRCULAR 04 2018 , VALOR UNITARIO FACTURADO \$77,400 PESOS, SE GLOSA DIFERENCIA.
202	880	233.300,00	233.300	849	-	-	233.300	0	PRESTADOR SUBSANA GLOSA Y CUMPOLE CON LAS TARIFAS HIALURONATO DE SODIO VIALES \$ 2495X100





203	884	233.300,00				207-207	51.285,00										51.285	0	FACTURA CUMPLE CON LAS TARIFAS DE MERCADO HIALURONATO DE SODIO \$2231X100	
204	890	96.300,00	96.300			849	-										91.974,00	4.326	0	PRESTADOR ANEXA SOPORTES MVC CARBOXIMETILCELULOSA SODICA \$6842 X3= \$ 20,526 PREC DE REG CIRC 07/2019 Y DESCUENTO DEL SUSTITUTO INCLUIDO CROMOGLICATO DE SODIO \$ 5400X3= \$16200
205	430	357.942,00				207	30.000,00										30.000,00	-	0	MAYOR VALOR COBRADO POR DESCUENTO DEL SIMILAR POS EN FACTURA DE VENTA SALBUTAMOL 100 MCG SOLUCION INHALACION A MENOR VALOR RECONOCIDO \$1.736 PESOS , EL VALOR UNITARIO A RECONOCER\$11.736 PESOS, SEGUN PRECIO REFERENTE POR 3 UNIDADES EQUIVALENTE AL TRATAMIENTO NO POS, SE APLICA DESCUENTO EN FACTURA AL VALOR NO DESCONTADO . F.P.S 27/08/2018.
206	432	210.000,00				207	7.800,00											7.800	0	FACTURA CUMPLE CON LAS TARIFAS DE MERCADO CICLOBENZAPINA \$ 8000
207	436	706.050,00				207-207	550.080,00										550.080,00	-	0	MAYOR VALOR COBRADO EN IRBESARTAN 150 MG (APROVEL) POR 90 UNIDADES FACTURADAS, VALOR UNITARIO A RECONOCER \$2.907 PESOS, SEGUN PRECIO REFERENTE EN CIRCULAR 04 DE 2018 , VALOR UNITARIO FACTURADO \$8,800 PESOS, SE GLOSA DIFERENCIA. F.P.S 10/08/2018. - \$530370 207 - MAYOR VALOR COBRADO POR DESCUENTO SIMILAR POS EN FACTURA DE VENTA CAPTOPRIL 25 MG TABLETA A MENOR VALOR RECONOCIDO \$7 PESOS, EL VALOR UNITARIO A RECONOCER \$7 PESOS, SEGUN PRECIO REFERENTE EN CIRCULAR 04 DE 2018 , VALOR UNITARIO FACTURADO \$4,020 PESOS, F.P.S 29/11/2018. \$626580
208	509	624.780,00				207-207	247.860,00										75.960,00	171.900	0	MAYOR VALOR COBRADO EN IRBESARTAN 150 MG TABLETA POR 180UNIDADES FACTURADAS, VALOR UNITARIO A RECONOCER \$3,481 x180 PESOS, SEGUN PRECIO REFERENTE EN CIRCULAR 04 DE 2018 , VALOR UNITARIO FACTURADO \$4,020 PESOS, F.P.S 29/11/2018. \$626580 207 - MAYOR VALOR COBRADO POR DESCUENTO SIMILAR POS EN FACTURA DE VENTA WARFARINA SODICA 5 MG TABLETA A MENOR VALOR RECONOCIDO \$60 PESOS, EL
209	511	352.980,00				207-207	27.000,00											27.000	0	FACTURA CUMPLE CON LAS TARIFAS DE MERCADO DUTASTERIDE/TAMSULOSINA \$4141X90 DESCUENTO DEL SUSTITUTO INCLUIDO



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





210	512	900.000,00				207		18.000,00							18.000	0	FACTURA CUMPLE CON LAS TARIFAS DE MERCADO NEPRO \$15.000*60
211	830	374.568,00		374.568		849		-							366.916	0	MVC EN EL SUSTITUTO SALBUTAMOL 7652
212	842	64.200,00		64.200		849		-							2.884	0	PRESTADOR ANEXA SOPORTES MVC CARBOXIMETILCELULOSA SODICA \$6842 X2= \$ 13684 PREC DE REG CIRC 07/2019 Y DESCUENTO DEL SUSTITUTO INCLUIDO CROMOGLICATO DE SODIO \$ 5400X2= \$10800
213	844	73.200,00		73.200		849		-							73.200	0	PRESTADOR SUBSANA GLOSA FACTURA CUMPLE CON LAS TARIFAS DE MERCADO DORZOLAMIDA/TIMOLOL \$38600X2
214	850	148.950,00		148.950		849		-							111.870	0	MVC EN EL SUSTITUTO METFORMINA \$432X90= \$
215	856	226.800,00				207		23.931,00								0	MAYOR VALOR COBRADO EN DORZALAMIDA+TIMOLOL+ BRIMONIDIINA (KRYTANTEK) 20%+0,2%+0,5% POR 3 UNIDADES FACTURADAS, VALOR UNITARIO A RECONOCER \$69,423 PESOS, SEGÚN PRECIO REFERENTE EN CIRCULAR 04 2018 , VALOR UNITARIO FACTURADO \$77,400 PESOS, SE GLOSA DIFERENCIA. F.P.S 13/11/2018. SE REALIZA VISITA DOMICILIARIA Y CONFIRMA LA ENTREGA.
216	916	226.800,00				207		23.931,00								0	MAYOR VALOR COBRADO EN DORZALAMIDA+TIMOLOL+ BRIMONIDIINA (KRYTANTEK) 20%+0,2%+0,5% POR 3 UNIDADES FACTURADAS, VALOR UNITARIO A RECONOCER \$69,423 PESOS, SEGÚN PRECIO REFERENTE EN CIRCULAR 04 2018 , VALOR UNITARIO FACTURADO \$77,400 PESOS, SE GLOSA DIFERENCIA. F.P.S 13/11/2018. SE REALIZA VISITA DOMICILIARIA Y CONFIRMA LA ENTREGA.
217	918	226.800,00				207		23.931,00								0	MAYOR VALOR COBRADO EN DORZALAMIDA+TIMOLOL+ BRIMONIDIINA (KRYTANTEK) 20%+0,2%+0,5% POR 3 UNIDADES FACTURADAS, VALOR UNITARIO A RECONOCER \$69,423 PESOS, SEGÚN PRECIO REFERENTE EN CIRCULAR 04 2018 , VALOR UNITARIO FACTURADO \$77,400 PESOS, SE GLOSA DIFERENCIA. F.P.S 13/11/2018. SE REALIZA VISITA DOMICILIARIA Y CONFIRMA LA ENTREGA.
218	303	226.800,00				207		23.931,00								0	MAYOR VALOR COBRADO EN DORZALAMIDA+TIMOLOL+ BRIMONIDIINA (KRYTANTEK) 20%+0,2%+0,5% POR 3 UNIDADES FACTURADAS, VALOR UNITARIO A RECONOCER \$69,423 PESOS, SEGÚN PRECIO REFERENTE EN CIRCULAR 04 2018 , VALOR UNITARIO FACTURADO \$77,400 PESOS, SE GLOSA DIFERENCIA. F.P.S 13/11/2018. SE REALIZA VISITA DOMICILIARIA Y CONFIRMA LA ENTREGA.
219	309	226.800,00				207		23.931,00								0	MAYOR VALOR COBRADO EN DORZALAMIDA+TIMOLOL+ BRIMONIDIINA (KRYTANTEK) 20%+0,2%+0,5% POR 3 UNIDADES FACTURADAS, VALOR UNITARIO A RECONOCER \$69,423 PESOS, SEGÚN PRECIO REFERENTE EN CIRCULAR 04 2018 , VALOR UNITARIO FACTURADO \$77,400 PESOS, SE GLOSA DIFERENCIA. F.P.S 13/11/2018. SE REALIZA VISITA DOMICILIARIA Y CONFIRMA LA ENTREGA.



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



220	311	240.000,00				207-207		25.625,00								25.625	0	FACTURA CUMPLE CON LAS TARIFAS DE MERCADO LAGRICEL \$2450
221	313	226.800,00				207		23.931,00										MAYOR VALOR COBRADO EN DORZALAMIDA+TIMOLOL+BRIMONIDIINA (KRYTANTEK) 20%+0.2%+0.5% POR 3 UNIDADES FACTURADAS, VALOR UNITARIO A RECONOCER \$69,423 PESOS, SEGÚN PRECIO REFERENTE EN CIRCULAR 04 2018 , VALOR UNITARIO FACTURADO \$77,400 PESOS, SE GLOSA DIFERENCIA. F.P.S 13/11/2018. SE REALIZA VISITA DOMICILIARIA Y CONFIRMA LA ENTREGA.
222	317	128.739,00				207-207		37.989,00								20.250	0	MAYOR VALOR COBRADO POR DESCUENTO DEL SIMILAR POS CROMOGLICATO DE SODIO 20 MG EN FACTURA A MENOR VALOR RECONOCIDO \$1,00 PESOS , EL VALOR UNITARIO A RECONOCER \$5000 PESOS , SEGUN PRECIO REFERENTE POR 3 UNIDADES EQUIVALENTE AL TRATAMIENTO NO POS, SE APLICA DESCUENTO EN FACTURA AL VALOR NO DESCONTADO . ACIDO POLIACRILICO (ACRYLARM) TUBO 10 GRS POR 3 UNIDADES. VALOR UNITARIO FACTURADO \$42.000 x3=
223	330	76.230,00				207		76.230,00								76.230	0	FACTURA CUMPLE CON LAS TARIFAS DE MERCADO PRAMIPEXOL 970*90= \$ 83,300
224	334	76.230,00				207		76.230,00								76.230	0	FACTURA CUMPLE CON LAS TARIFAS DE MERCADO PRAMIPEXOL 970*90= \$ 83,301
225	336	486.450,00				207		26.640,00										MAYOR VALOR COBRADO EN RIVAROXABAN 20 MG TABLETA (XARELTO) POR 90 UNIDADES FACTURADAS, VALOR UNITARIO A RECONOCER \$6,496 PESOS, SEGÚN PRECIO REFERENTE CIRCULAR 04 DE 2018 , VALOR UNITARIO FACTURADO \$6,792 PESOS, SE GLOSA DIFERENCIA. F.P.S 27/07/2018.
226	338	226.800,00				207		23.931,00										MAYOR VALOR COBRADO EN DORZALAMIDA+TIMOLOL+BRIMONIDIINA (KRYTANTEK) 20%+0.2%+0.5% POR 3 UNIDADES FACTURADAS, VALOR UNITARIO A RECONOCER \$69,423 PESOS, SEGÚN PRECIO REFERENTE EN CIRCULAR 04 2018 , VALOR UNITARIO FACTURADO \$77,400 PESOS, SE GLOSA DIFERENCIA. F.P.S 13/11/2018. SE REALIZA VISITA DOMICILIARIA Y CONFIRMA LA ENTREGA.
227	342	257.478,00				207		33.198,00								2.280	0	MAYOR VALOR COBRADO POR DESCUENTO DEL SIMILAR POS CROMOGLICATO DE SODIO 20 MG EN FACTURA A MENOR VALOR RECONOCIDO \$1,00 PESOS , EL VALOR UNITARIO A RECONOCER \$5000 PESOS , SEGUN PRECIO REFERENTE POR 6 UNIDADES EQUIVALENTE AL TRATAMIENTO NO POS, SE APLICA DESCUENTO EN FACTURA AL VALOR NO DESCONTADO . ACIDO POLIACRILICO (ACRYLARM) TUBO 10 GRS POR 6 UNIDADES. VALOR UNITARIO FACTURADO \$42.000 x6= \$



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





228	344	96.300,00					207-207		38.451,00									38.451	0	FACTURA CUMPLE CON LAS TARIFAS DE MERCADO CARBOXIMETILCELULOSA \$37.500X3 CROCMOGLICATO \$5400	
229	348	322.560,00					207		180,00					180,00					-	0	MAYOR VALOR COBRADO POR DESCUENTO SIMILAR POS EN FACTURA DE VENTA ACETAMINOFEN 500 MG TABLETA A MENOR VALOR RECONOCIDO \$116 PESOS , EL VALOR UNITARIO A RECONOCER \$118 PESOS, SEGUN PRECIO REFERENTE POR 90 UNIDADES EQUIVALENTE AL TRATAMIENTO NO POS , SE APLICA DESCUENTO EN FACTURA AL VALOR NO DESCONTADO F.P.S 27/07/2018.
230	350	333.600,00					207-207		273.924,00					141.600,00					132.324	0	MVC OLOPATADINA \$53.000X4=\$212,000 SE DESCUENTA CROMOGLICATO DE SODIO \$5000X4= \$20.000
231	352	345.240,00					207-207		75.420,00					-					75.420	0	FACTURA CUMPLE CON LAS TARIFAS DE MERCADO LINAGLIPTINA 5MG4186X90SUSTITUTO INCLUIDO
232	356	197.700,00					207		35.571,00					35.571,00					-	0	MAYOR VALOR COBRADO EN BIMATOPROST 0,3 MG/3 ML SOLUCION OFTALMICA POR 3 UNIDADES FACTURADAS, VALOR UNITARIO A RECONOCER \$49,843 PESOS, SEGÚN PRECIO CIRCULAR 04 DE 2018 , VALOR UNITARIO FACTURADO \$61,700 PESOS, SE GLOSA DIFERENCIA. F.P.S 23/07/2018.
233	358	1.183.680,00					207-207		243.540,00					-					243.540	0	FACTURA CUMPLE CON LAS TARIFAS DE MERCADO HIDROCODONA/ACETAMINOFEN \$4500X270= \$1.215.000
234	132	11.122.146,00					207		478.080,00					478.080,00					-	0	MAYOR VALOR COBRADO POR DESCUENTO SIMILAR POS EN FACTURA DE VENTA METOTREXATO 50 MG SOLUCION INYECTABLE A MENOR VALOR RECONOCIDO \$8,366 PESOS , EL VALOR UNITARIO A RECONOCER \$ 23,306 PESOS, SEGUN PRECIO REFERENTE POR 32 UNIDADES EQUIVALENTE AL TRATAMIENTO NO POS Y REGISTRADO EN CTC , SE APLICA DESCUENTO EN FACTURA AL VALOR NO DESCONTADO F.P.S 25/07/2018.
235	134	8.442.012,00					207		179.280,00					179.280,00					-	0	MAYOR VALOR COBRADO POR DESCUENTO SIMILAR POS EN FACTURA DE VENTA METOTREXATO 50 MG SOLUCION INYECTABLE A MENOR VALOR RECONOCIDO \$8,366 PESOS , EL VALOR UNITARIO A RECONOCER \$ 23,306 PESOS, SEGUN PRECIO REFERENTE POR 12 UNIDAD EQUIVALENTE AL TRATAMIENTO NO POS Y REGISTRADO EN CTC , SE APLICA DESCUENTO EN FACTURA AL VALOR NO DESCONTADO F.P.S 20/12/2018.
236	142	16.921.056,00					207-207		1.230.324,00					723.336,00					506.988	0	MAYOR VALOR COBRADO EN ADALIMOMIB (DOMIRA) 40 MG AMPOLLA POR 12 UNIDADES FACTURADAS, VALOR UNITARIO A RECONOCER \$1,364,111 PESOS, SEGÚN PRECIO REFERENTE CIRCULAR 04 DE 2018 , VALOR UNITARIO FACTURADO \$1,413,888 PESOS, SE GLOSA DIFERENCIA. F.P.S 28/09/2018. SE LLAMA USUARIO Y CONFIRMA LA ENTREGA. - \$597324 MAYOR VALOR COBRADO POR DESCUENETO DEL SIMILAR POS REGISTRADO EN FORMATO ACTA CTC Y



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





237	87	96.300,00					207-207	38.451,00									38.451	0	FACTURA CUMPLE CON LAS TARIFAS DE MERCADO CARBOXIMETILCELULOSA \$37.500X3 CROCMOGLICATO \$5400	
238	89	371.445,00					207	168.576,00										0	MAYOR VALOR COBRADO EN DORZALAMIDA+TIMOLOL+ BRIMONIDIINA (KRYTANTEK) 20%+0,2%+0,5% POR 3 UNIDADES FACTURADAS, VALOR UNITARIO A RECONOCER \$69.423 PESOS, SEGÚN PRECIO REFERENTE EN CIRCULAR 04 DE 2018 , VALOR UNITARIO FACTURADO \$125.615 PESOS, SE GLOSA DIFERENCIA. F.P.S 17/10/2018. SE REALIZA VISITA DOMICILIARIA Y HIJO DEL USUARIO CONFIRMA LA ENTREGA.	
239	120	8.460.528,00					207-207	4.086.288,00										3.724.434	0	MAYOR VALOR COBRADO EN ADALIMUMAB (HUMIRA) 40 MG AMPOLLA POR 6 UNIDADES FACTURADAS, VALOR UNITARIO A RECONOCER \$1.364.080 PESOS, SEGÚN PRECIO REFERENTE CIRCULAR 04 DE 2018 , VALOR UNITARIO FACTURADO \$1.413.888 PESOS, SE GLOSA DIFERENCIA. F.P.S 12/11/2018. SE REALIZA TELEAUDITORIA Y MADRE CONFIRMA LA ENTREGA. - \$298848 207 - MAYOR VALOR COBRADO POR DESCUENTO DEL SIMILAR EN FACTURA DE VENTA CICLOSPORINA SOLUCION ORAL USP 100 MG A MENOR VALOR RECONOCIDO \$3.800 PESOS, EL VALOR UNITARIO A RECONOCER \$14301 PESOS, SEGUN PRECIO REFERENTE
240	122	22.284.000,00					207	2.137.320,00										-	0	MAYOR VALOR COBRADO POR DESCUENTO DEL SIMILAR POS IMATINIIB 100 MG TABLETA A MENOR VALOR RECONOCIDO \$20.600 PESOS, EL VALOR UNITARIO A RECONOCER \$44.348 PESOS, COMPARADOR ADMINISTRATIVO /2018 UNIDADES EQUIVALENTE AL TRATAMIENTO NO POS, SE APLICA DESCUENTO EN FACTURA DEL VALOR NO DESCONTADO . F.P.S 13/10/2018. CONFIRMA LA ENTREGA POR TRABAJO SOCIAL.PACIENTE CON DIAGNOSTICO LEUCEMIA MIELOIDE
241	146	5.133.960,00					207-207	1.874.880,00										1.327.720	0	MAYOR VALOR COBRADO EN TETRABENAZIINA (TETMODIS) TABLETA 25 MG POR 360 UNIDADES FACTURADAS, VALOR UNITARIO A RECONOCER \$14000 PESOS, SEGÚN PRECIO REFERENTE DEL MERCADO , VALOR UNITARIO FACTURADO \$15.531 PESOS, SE GLOSA DIFERENCIA. F.P.S 30/10/2018. SE REALIZA VISITA DOMICILIARIA POR TRABAJO SOCIAL CONFIRMA LA ENTREGA POR TIO Y ACUDIENTE DEL USUARIO.



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



242	170	186.900,00				107-207	53.790,00					25.140,00			28.650	0	MAYOR VALOR COBRADO POR NO DESCUENTO DEL SIMILAR POS DE LA TECNOLOGIA NO POS RIVAROXABAN (XARELTO)20 MG TABLETA ATC B01AF01, NO SE RECONOCE EL SIMILAR REGISTRADO EN FORMATO CTC Y FORMATO MYT Y DESCONTADO EN FACTURA (ACIDO ACETIL SALICILICO 100 MG TABLETA ATC N02BA01) EL SIMILAR A RECONOCER WARFARINA SODICA 5 MG TABLETA ATCB01AA03 POR 30 UNIDADES EQUIVALENTE AL TRATAMIENTO NO POS, VALOR UNITARIO A RECONOCER \$432 PESOS, SEGÚN PRECIO REFERENTE, SE APLICA DESCUENTO EN FACTURA DEL VALOR NO DESCONTADO . F.P.S 06/09/2018. - \$41310
243	176	545.490,00				107	375.502,00					37.980,00			337.522	0	PRESTADOR SUBSANA GLOSA ANEXA SOPORTES SE DESCUENTA SUSTITUTO WARFARINA 432X90= \$ 38880 AL MED NPB RIVAROXABAN 20MG
244	182	1.090.980,00				107	921.000,00					75.960,00			845.040	0	PRESTADOR ANEXA SOPORTESMVC EN EL SUSTITUTO WARFARINA \$432X180= \$ 77760
245	184	545.490,00				107	376.402,00					38.880,00			337.522	0	PRESTADOR SUBSANA GLOSA ANEXA SOPORTES SE DESCUENTA SUSTITUTO WARFARINA 432X90= \$ 38880 AL MED NPB RIVAROXABAN 20MG
246	215	509.124,00				307	375.256,00					36.288,00			338.968	0	MAYOR VALOR COBRADO POR NO DESCUENTO DEL SIMILAR POS DE LA TECNOLOGIA NO POS RIVAROXABAN (XARELTO)20 MG TABLETA ATC B01AF01, NO SE RECONOCE EL SIMILAR REGISTRADO EN FORMATO CTC Y FORMATO MYT Y DESCONTADO EN FACTURA (ACIDO ACETIL SALICILICO 100 MG TABLETA ATC N02BA01) EL SIMILAR A RECONOCER WARFARINA SODICA 5 MG TABLETA ATCB01AA03 POR 84 UNIDADES EQUIVALENTE AL TRATAMIENTO NO POS, VALOR UNITARIO A
247	377	371.445,00				207	168.576,00					168.576,00			-	0	MAYOR VALOR COBRADO EN DORZALAMIDA+TIMOLOL+ BRIMONIDIINA (KRYTANTEK) 20%+0,2%+0,5% POR 3 UNIDADES FACTURADAS, VALOR UNITARIO A RECONOCER \$69,423 PESOS, SEGÚN PRECIO REFERENTE EN CIRCULAR 04 2018 . VALOR UNITARIO FACTURADO \$125,615 PESOS, SE GLOSA DIFERENCIA. F.P.S 23/07/2018. SE REALIZA VISITA DOMICILIARIA Y USUARIA CONFIRMA LA ENTREGA.
248	395	371.445,00				207	227.316,00					227.316,00			-	0	MAYOR VALOR COBRADO EN BIMATOPROST 0,3 MG/3 ML SOLUCION OFTALMICA POR 3 UNIDADES FACTURADAS, VALOR UNITARIO A RECONOCER \$49,843 PESOS, SEGÚN PRECIO CIRCULAR 04 DE 2018 . VALOR UNITARIO FACTURADO \$125,615 PESOS, SE GLOSA DIFERENCIA. F.P.S 31/08/2018. SE REALIZA VISITA DOMICILIARIA Y CONFIRMA LA ENTREGA.



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



249	426	1.249.560,00					207-120		438.960,00									287.040	0	PRESTADOR ANEXA DECLARACION JURAMENTADA Y SE DESCUENTA MAYOR VALOR COBRADO EN APIXABAN (ELIQUIS) 2,5 MG TABLETA POR 360 UNIDADES ENTREGADAS , VALOR UNITARIO A RECONOCER \$3,481 PESOS, SEGÚN PRECIO REFERENTE EN CIRCULAR 04 DE 2018 , VALOR UNITARIO FACTURADO \$3,540 PESOS, SE GLOSA DIFERENCIA. F.P.S 27/08/2018. - \$14160 SE DESCUENTA SUSTITUTO WARFARINA \$432 X 360= \$ 155,520 PRESTADOR LO FACTURA\$69		
250	434	1.310.850,00					207		82.890,00										-	0	MAYOR VALOR COBRADO POR DESCUENTO DEL SIMILAR POS REGISTRADO EN FORMATO ACTA CTC Y DESCONTADO EN FACTURA DE VENTA AZATIOPRINA 50 MG A MENOR VALOR RECONOCIDO \$1,000 PESOS , EL VALOR UNITARIO A RECONOCER \$1,307 PESOS, SEGUN PRECIO REFERENTE POR 270 UNIDADES EQUIVALENTE AL TRATAMIENTO NO POS, SE APLICA DESCUENTO EN FACTURA AL VALOR NO DESCONTADO . F.P.S 17/09/2018.	
251	559	226.800,00		226.800			849		-										202.869	0	MAYOR VALOR COBRADO EN DORZOLAMIDA 2% SOLUCION OFTALMICA POR 3 UNIDADES FACTURADAS, VALOR UNITARIO A RECONOCER \$13,575 PESOS, SEGÚN PRECIO REFERENTE EN CIRCULAR 04 2012 , VALOR UNITARIO FACTURADO \$54.532 PESOS, SE GLOSA DIFERENCIA. F.P.S 11-12-2018. .	
252	712	198.600,00					207		54.471,00											-	0	MAYOR VALOR COBRADO EN BIMATOPROST 0,3 MG/3 ML SOLUCION OFTALMICA POR 3 UNIDADES FACTURADAS, VALOR UNITARIO A RECONOCER \$49,843 PESOS, SEGÚN PRECIO CIRCULAR 04 DE 2018 , VALOR UNITARIO FACTURADO \$68,500 PESOS, SE GLOSA DIFERENCIA. F.P.S 28/11/2018
253	750	468.000,00					207-107		247.500,00										220.500	0	PRESTADOR SUBSANA GLOSA ANEXA SOPORTES MVC EN NEPRO 237ML \$ 14700X30	
254	832	397.200,00					207		108.842,00											-	0	MAYOR VALOR COBRADO EN BIMATOPROST 0,3 MG/3 ML SOLUCION OFTALMICA POR 6 UNIDADES FACTURADAS, VALOR UNITARIO A RECONOCER \$49,843 PESOS, SEGÚN PRECIO CIRCULAR 04 DE 2018 , VALOR UNITARIO FACTURADO \$68.000 PESOS, SE GLOSA DIFERENCIA. F.P.S 23-01-2019.



255	852	426.240,00					207-107	258.240,00									258.240	0	PRESTADOR SUBSANA GLOSA ANEXA SOPORTES FACTURA CUMPLE CON LAS TARIFAS DE MERCADO ISOTRETINOINA 20MG \$5236X90 DESCUENTO DEL SUSTITUTO INCLUIDO
256	882	233.300,00					207-207	34.851,00									34.851	0	FACTURA CUMPLE CON LAS TARIFAS DE MERCADO HIALURONATO DE SODIO \$2231X100
257	914	226.800,00					207-107	162.777,00					23.931,00				138.846	0	MAYOR VALOR COBRADO EN DORZALAMIDA+TIMOLOL+BRIMONIDIINA (KRYTANTEK) 20%+0,2%+0,5% POR 3 UNIDADES FACTURADAS, VALOR UNITARIO A RECONOCER \$69,423 PESOS, SEGÚN PRECIO REFERENTE EN CIRCULAR 04 2018 , VALOR UNITARIO FACTURADO \$77,400 PESOS, SE GLOSA DIFERENCIA. F.P.S 13/11/2018. SE REALIZA VISITA DOMICILIARIA Y CONFIRMA LA ENTREGA.
258	920	226.800,00					207	23.931,00					23.931,00				-	0	MAYOR VALOR COBRADO EN DORZALAMIDA+TIMOLOL+BRIMONIDIINA (KRYTANTEK) 20%+0,2%+0,5% POR 3 UNIDADES FACTURADAS, VALOR UNITARIO A RECONOCER \$69,423 PESOS, SEGÚN PRECIO REFERENTE EN CIRCULAR 04 2018 , VALOR UNITARIO FACTURADO \$77,400 PESOS, SE GLOSA DIFERENCIA. F.P.S 13/11/2018. SE REALIZA VISITA DOMICILIARIA Y CONFIRMA LA ENTREGA.
259	932	1.236.870,00					207	120.780,00					120.780,00				-	0	MAYOR VALOR COBRADO POR DESCUENTO DEL SIMILAR POS REGISTRADO EN FORMATO MYT Y ACTA CTC CALCITRIOL 0,25 MG CAPSULA A MENOR RECONOCIDO \$7 PESOS POR 90 UNIDADES EQUIVALNTE AL TRATAMIENTO NO POS, VALOR UNITARIO A RECONOCER \$1,349 PESOS, SEGÚN PRECIO REFERENTE EN MYT , SE APLICA DESCUENTO EN FACTURA. F.P.S 20/09/2018.
260	996	226.800,00					207	23.931,00					23.931,00				-	0	MAYOR VALOR COBRADO EN DORZALAMIDA+TIMOLOL+BRIMONIDIINA (KRYTANTEK) 20%+0,2%+0,5% POR 3 UNIDADES FACTURADAS, VALOR UNITARIO A RECONOCER \$69,423 PESOS, SEGÚN PRECIO REFERENTE EN CIRCULAR 04 2018 , VALOR UNITARIO FACTURADO \$77,400 PESOS, SE GLOSA DIFERENCIA. F.P.S 13/11/2018. SE REALIZA VISITA DOMICILIARIA Y CONFIRMA LA ENTREGA.
261	1000	226.800,00					207	23.931,00					23.931,00				-	0	MAYOR VALOR COBRADO EN DORZALAMIDA+TIMOLOL+BRIMONIDIINA (KRYTANTEK) 20%+0,2%+0,5% POR 3 UNIDADES FACTURADAS, VALOR UNITARIO A RECONOCER \$69,423 PESOS, SEGÚN PRECIO REFERENTE EN CIRCULAR 04 2018 , VALOR UNITARIO FACTURADO \$77,400 PESOS, SE GLOSA DIFERENCIA. F.P.S 13/11/2018. SE REALIZA VISITA DOMICILIARIA Y CONFIRMA LA ENTREGA.



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



262	1020	245.000,00			207-207	62.985,00											62.985	0	FACTURA CUMPLE CON LAS TARIFAS DE MERCADO	
263	1056	238.500,00			207-207	82.980,00												65.520	0	MAYOR VALOR COBRADO POR DESCUENTO DEL SIMILAR EN FACTURA DE VENTAMETFORMINA 850 MG TABLETA A MENOR VALOR RECONOCIDO \$20 PESOS, EL VALOR UNITARIO A RECONOCER \$447x180= \$80460 PESOS , SEGUN PRECIO REFERENTE EQUIVALENTE AL TRATAMIENTO NO POS, SE APLICA DESCUENTO EN FACTUR DEL VALOR NO DESCONTADO .
264	71	297.900,00	297.900		849	-												221.040	0	MAYOR VALOR COBRADO POR DESCUENTO DEL SIMILAR EN FACTURA DE VENTAMETFORMINA 850 MG TABLETA A MENOR VALOR RECONOCIDO \$20 PESOS, EL VALOR UNITARIO A RECONOCER \$447x180= \$80460 PESOS , SEGUN PRECIO REFERENTE EQUIVALENTE AL TRATAMIENTO NO POS, SE APLICA DESCUENTO EN FACTUR DEL VALOR NO DESCONTADO . F.P.S 11/10/2018. -
265	124	4.646.000,00	4.646.000		849	-												4.646.000	0	PRESTADOR ANEXA DECLARACION JURAMENTADA Y CUMPLE CON LAS TARIFAS DE REG. CIR 04/2018 SOMATROPINA 20MG \$ 985,000X4 Y DESMOPRESINA \$55,800X4
266	164	560.700,00	560.700		849	-												521.820	0	PRESTADOR SUBSANA GLOSA SE DESCUENTA MENOR VALOR AL WARFARINA \$432X90= \$ 38880
267	188	1.090.980,00	1.090.980		849	-												1.015.020	0	MVC EN EL SUSTITUTO WARFARINA \$432X180= \$ 77760
268	204	96.300,00	96.300		849	-												96.300	0	PRESTADOR SUBSANA GLOSAFACTURA CUMPLE CON LAS TARIFAS DE MERCADO CARBOXIMETILCELULOSA \$37.500X3 CROCMOGLICATO \$5400



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



269	293	134.100,00	134.100	849	-	-	134.100	0	PRESTADOPR SUBSANA GLOSA ANEXA DECLARACION JURAMENTADA Y CUMPLE CON LAS TARIFAS DE MERCADO VALSARTAN 4160MG \$ 1792 Y SUSTITUTO LOSARTAN \$626X180
270	346	96.300,00	96.300	849	-	-	96.300	0	FACTURA CUMPLE CON LAS TARIFAS DE MERCADO CARBOXIMETILCELULOSA \$37.500X3 CROCMOGLICATO \$5400
271	381	220.800,00	220.800	849	-	-	220.800	0	PRESTADOR ANEXA DECLARACION JURAMENTADA Y CUMPLE CON LAS TARIFAS DE MERCADO DORZOLAMIDA/TIMOLO \$38600X3 TIMOLO 1800X3
272	383	246.000,00	246.000	849	-	9.000,00	237.000	0	MAYOR VALOR COBRADO POR DESCUENTO DEL SIMILAR POS CROMOGLICATO DE SODIO 20 MG EN FACTURA A MENOR VALOR RECONOCIDO \$1,00 PESOS , EL VALOR UNITARIO A RECONOCER \$5000 PESOS , SEGUN PRECIO REFERENTE POR 6 UNIDADES EQUIVALENTE AL TRATAMIENTO NO POS, SE APLICA DESCUENTO EN FACTURA AL VALOR NO DESCONTADO . ACIDO POLIACRILICO (ACRYLARM) TUBO 10 GRS POR 6 UNIDADES. VALOR UNITARIO FACTURADO \$42.000 x6= \$
273	414	371.445,00	371.445	849	-	168.576,00	202.869	0	MAYOR VALOR COBRADO EN DORZALAMIDA+TIMOLOL+ BRIMONIDIINA (KRYTANTEK) 20%+0,2%+0,5% POR 3 UNIDADES FACTURADAS, VALOR UNITARIO A RECONOCER \$69.423 PESOS, SEGÚN PRECIO REFERENTE EN CIRCULAR 04 2018 , VALOR UNITARIO FACTURADO \$125.615 PESOS, SE GLOSA DIFERENCIA. F.P.S 10/08/2018.
274	416	96.300,00	96.300	849	-	-	96.300	0	FACTURA CUMPLE CON LAS TARIFAS DE MERCADO CARBOXIMETILCELULOSA \$37.500X3 CROCMOGLICATO \$5400
275	519	110.400,00	110.400	849	-	-	110.400	0	PRESTADOR ANEXA DECLARACION JURAMENTADA Y CUMPLE CON LAS TARIFAS DE MERCADO DORZOLAMIDA/TIMOLO \$38600X3 TIMOLO 1800X3



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





276	533	96.300,00	96.300	849	-	-	96.300	0	PRESTADOR ANEXA DECLARACION JURAMENTADA FACTURA CUMPLE CON LAS TARIFAS DE MERCADO CARBOXIMETILCELULOSA \$37.500X3 CROCMOGLICATO \$5400
277	593	226.800,00	226.800	849	-	23.931,00	202.869	0	MAYOR VALOR COBRADO EN DORZOLAMIDA 2% SOLUCION OFTALMICA POR 3 UNIDADES FACTURADAS, VALOR UNITARIO A RECONOCER \$13,575 PESOS, SEGÚN PRECIO REFERENTE EN CIRCULAR 04 2012 , VALOR UNITARIO FACTURADO \$54.532 PESOS, SE GLOSA DIFERENCIA. F.P.S 11-12-2018. .
278	631	458.460,00	458.460	849	-	-	458.460	0	PRESTADOR SUBSANA GLOSA ANEXA DECLARACION JURAMENTADA Y CUMPLE CON LAS TARIFAS DE MERCADO VILDAGLIPTINA/METFORMINA \$ 2994X180 Y METFORMINA \$447X180
279	684	124.920,00	124.920	849	-	-	124.920	0	PRESTADOR ANEXA SOPORTES Y CUMPLE CON LAS TARIFAS TAMSULONSINA \$1688X90 Y PRAZOSINA \$280X90
280	718	96.300,00	96.300	849	-	-	96.300	0	FACTURA CUMPLE CON LAS TARIFAS DE MERCADO CARBOXIMETILCELULOSA \$37.500X3 CROCMOGLICATO \$5400
281	734	165.330,00	165.330	849	-	-	165.330	0	FACTURA CUMPLE CON LAS TARIFAS DE REG /2018 PRAMIPEXOL 2100X90 SUSTITUTO INCLUIDO
282	752	226.800,00	226.800	849	-	23.931,00	202.869	0	PRESTADOR ANEXA DECLARACION JURAMENTADA MAYOR VALOR COBRADO EN DORZALAMIDA+TIMOLOL+ BRIMONIDIINA (KRYTANTEK) 20%+0,2%+0,5% POR 3 UNIDADES FACTURADAS, VALOR UNITARIO A RECONOCER \$69,423 PESOS, SEGÚN PRECIO REFERENTE EN CIRCULAR 04 2018 , VALOR UNITARIO FACTURADO \$77,400 PESOS, SE GLOSA DIFERENCIA.



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



283	772	173.100,00	173.100	849	-	15.600,00	157.500	0	prestador subsana glosa anexa soportes se descuenta sustituto cromoglicato de sodio \$5200x3= \$ 15600
284	774	119.880,00	119.880	849	-	14.580,00	105.300	0	PRESTADOR ANEXA SOPORTES SE DESCUENTA MVC EN CROMOGLICATO DE SODIO \$5400X3= \$ 16200POLIETILENGLICOL SYSTANE ULTRA \$40500X3= \$ 121500
285	834	226.800,00	226.800	849	-	23.931,00	202.869	0	PRESTADOR ANEXA DECLARACION JURAMENTADA MAYOR VALOR COBRADO EN DORZALAMIDA+TIMOLOL+ BRIMONIDIINA (KRYTANTEK) 20%+0,2%+0,5% POR 3 UNIDADES FACTURADAS, VALOR UNITARIO A RECONOCER \$69,423 PESOS, SEGÚN PRECIO REFERENTE EN CIRCULAR 04 2018 , VALOR UNITARIO FACTURADO \$77,400 PESOS, SE GLOSA DIFERENCIA.
286	836	226.800,00	226.800	849	-	23.931,00	202.869	0	PRESTADOR ANEXA DECLARACION JURAMENTADA MAYOR VALOR COBRADO EN DORZALAMIDA+TIMOLOL+ BRIMONIDIINA (KRYTANTEK) 20%+0,2%+0,5% POR 3 UNIDADES FACTURADAS, VALOR UNITARIO A RECONOCER \$69,423 PESOS, SEGÚN PRECIO REFERENTE EN CIRCULAR 04 2018 , VALOR UNITARIO FACTURADO \$77,400 PESOS, SE GLOSA DIFERENCIA.
287	840	96.300,00	96.300	849	-	91.974,00	4.326	0	PRESTADOR ANEXA SOPORTES MVC CARBOXIMETILCELULOSA SODICA \$6842 X3= \$ 20,526 PREC DE REG CIRC 07/2019 Y DESCUENTO DEL SUSTITUTO INCLUIDO CROMOGLICATO DE SODIO \$ 5400X3= \$16200
288	854	124.920,00	124.920	849	-	-	124.920	0	PRESTADOR ANEXA SOPORTES Y CUMPLE CON LAS TARIFAS TAMSULONSINA \$1688X90 Y PRAZOSINA \$280X90
289	860	504.000,00	504.000	849	-	-	504.000	0	FACTURA CUMPLE CON LAS TARIFAS DE MERCADO DIOSMINA/HESPERIDINA MG TABLETA , VALOR UNITARIO FACTURADO \$2880 X180 UNIDADES DESCUENTO DEL SUSTITUTO INCLUIDO



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



290	886	2.992.800,00	2.992.800	849	-	1.564.800,00	1.428.000	0	MVC HIALURONATO DE SODIO \$ 250,000 X6= \$ 1500,000Y SE DESCUENTA SUSTITUTO DEXAMETASONA AMP \$12000X6= \$ 72,000
291	927	1.032.000,00	1.032.000	849	-	-	1.032.000	0	PRESTADOR ANEXA SOPORTES CON ACTA DE ENTREGA 14/09/2018 ENSURE 400GR \$ 43,000X24
292	982	96.300,00	96.300	849	-	-	96.300	0	PRESTADOR ANEXA SOPORTES Y DECLARACION JURAMENTADA FACTURA CUMPLE CON LAS TARIFAS DE MERCADO CARBOXIMETILCELULOSA \$37.500X3 CROCMOGLICATO \$5400
293	988	226.800,00	226.800	849	-	23.931,00	202.869	0	PRESTADOR ANEXA SOPORTES MAYOR VALOR COBRADO EN DORZALAMIDA+TIMOLOL+ BRIMONIDIINA (KRYTANTEK) 20%+0,2%+0,5% POR 3 UNIDADES FACTURADAS A 77.400 C/U SU, VALOR UNITARIO A RECONOCER \$69,423X3= \$208269 PESOS, SEGÚN PRECIO REFERENTE EN CIRCULAR 04 2018 , PESOS, SE GLOSA DIFERENCIA. F.P.S 12/09/2018.
294	1004	226.800,00	226.800	849	-	23.931,00	202.869	0	PRESTADOR ANEXA SOPORTES MAYOR VALOR COBRADO EN DORZALAMIDA+TIMOLOL+ BRIMONIDIINA (KRYTANTEK) 20%+0,2%+0,5% POR 3 UNIDADES FACTURADAS A 77.400 C/U SU, VALOR UNITARIO A RECONOCER \$69,423X3= \$208269 PESOS, SEGÚN PRECIO REFERENTE EN CIRCULAR 04 2018 , PESOS, SE GLOSA DIFERENCIA. F.P.S 12/09/2018.
295	1010	96.300,00	96.300	849	-	-	96.300	0	PRESTADOR SUBSANA GLOSAFACTURA CUMPLE CON LAS TARIFAS DE MERCADO CARBOXIMETILCELULOSA \$37.500X3 CROCMOGLICATO \$5400
296	1012	64.200,00	64.200	849	-	-	64.200	0	FACTURA CUMPLE CON LAS TARIFAS DE MERCADO CARBOXIMETILCELULOSA \$37.500X2 CROCMOGLICATO \$5400



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



297	1026	66.300,00	66.300	849	-	-	66.300	0	FACTURA CUMPLE CON LAS TARIFAS DE MERCADO BIMATOPROST \$ 23900 TIMOLO 1800 X 3
298	79	401.940,00	401.940	849	-	-	401.940	0	PRESTADOR ANEXA SOPORTE Y SUBSANA GLOSA RIVAROXABAN 15MG \$ 5853X90
299	81	371.445,00		207	168.576,00	168.576,00	-	0	MAYOR VALOR COBRADO EN DORZALAMIDA+TIMOLOL+ BRIMONIDINA (KRYTANTEK) 20%+0,2%+0,5% POR 3 UNIDADES FACTURADAS, VALOR UNITARIO A RECONOCER \$69,423 PESOS, SEGÚN PRECIO REFERENTE EN CIRCULAR 04 2018 , VALOR UNITARIO FACTURADO \$125.615PESOS, SE GLOSA DIFERENCIA. F.P.S 10/10/2018.
300	83	475.200,00		207	331.071,00	331.071,00	-	0	MAYOR VALOR COBRADO EN BIMATOPROST 0,3 MG/3 ML SOLUCION OFTALMICA POR 3 UNIDADES FACTURADAS, VALOR UNITARIO A RECONOCER \$49,843 PESOS, SEGÚN PRECIO CIRCULAR 04 DE 2018 , VALOR UNITARIO FACTURADO \$160.200 PESOS, SE GLOSA DIFERENCIA. F.P.S 16/10/2018.
301	116	1.346.400,00		107-207-207	929.202,00	134.816,00	794.386	0	MAYOR VALOR COBRADO POR DESCUENTO DE SIMILAR POS DE LA TECNOLOGIA NO POS LIRAGLUTIDA PLUMA PRELLENTA SOLUCION INYECTABLEE 6 MG/ML/3 ML ATC A10BX07 , NO CORRESPONDIENTE GLIBENCLAMIDA 5 MG TABLETA ATC A10BB01 ,EL SIMILAR POS A RECONOCER INSULINA GLARGININA AMPOLLA 300 U.I. ATC A10AE04 POR 8 UNIDADES EQUIVALENTE AL TRATAMIENTO NO POS, VALOR UNITARIO A RECONOCER \$17302PESOS, FACTURA.
302	154	560.700,00	560.700	849	-	38.880,00	521.820	0	PRESTADOR SUBSANA GLOSA SE DESCUENTA MENOR VALOR AL WARFARINA \$432X90= \$ 38880
303	206	545.490,00	545.490	849	-	-	545.490	0	PRESTADOR SUBSANA GLOSA CUMPLE CON LAS TARIFAS RIVAROXABAN 15MG \$ 5853 DESCUENTO DEL SUSTITUTO INCLUIDO WARFARINA \$ 432X90



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



304	340	246.600,00				207		211.275,00											0	MAYOR VALOR COBRADO EN DORZOLAMIDA 2% SOLUCION OFTALMICA POR 3 UNIDADES FACTURADAS, VALOR UNITARIO A RECONOCER \$13,575 PESOS, SEGÚN PRECIO REFERENTE EN CIRCULAR 04 2012 , VALOR UNITARIO FACTURADO \$84.000 PESOS, SE GLOSA DIFERENCIA. F.P.S 28-08-2018
305	537	200.100,00				207		55.971,00											0	MAYOR VALOR COBRADO EN BIMATOPROST 0,3 MG/3 ML SOLUCION OFTALMICA POR 3 UNIDADES FACTURADAS, VALOR UNITARIO A RECONOCER \$49,843 PESOS, SEGÚN PRECIO CIRCULAR 04 DE 2018 , VALOR UNITARIO FACTURADO \$68.500 PESOS, SE GLOSA DIFERENCIA. F.P.S 13-11-2018..
306	567	158.496,00				207		122.871,00											0	MAYOR VALOR COBRADO EN DORZOLAMIDA 2% SOLUCION OFTALMICA POR 3 UNIDADES FACTURADAS, VALOR UNITARIO A RECONOCER \$13,575 PESOS, SEGÚN PRECIO REFERENTE EN CIRCULAR 04 2012 , VALOR UNITARIO FACTURADO \$54.532 PESOS, SE GLOSA DIFERENCIA. F.P.S 11-12-2018. .
307	838	96.300,00				207-207		38.451,00										38.451	0	FACTURA CUMPLE CON LAS TARIFAS DE MERCADO CARBOXIMETILCELULOSA \$37.500X3 CROCMOGLICATO \$5400
308	848	2.024.640,00				207-107-207		642.352,00											0	MAYOR VALOR COBRADO POR DESCUENTO DE SIMILAR POS DE LA TECNOLOGIA NO POS LIRAGLUTIDA PLUMA PRELLENTA SOLUCION INYECTABLEE 6 MG/ML/3 ML ATC A10BX07 , NO CORRESPONDIENTE GLIBENCLAMIDA 5 MG TABLETA ATC A10BB01 ,EL SIMILAR POS A RECONOCER INSULINA GLARGININA AMPOLLA 300 U.I. ATC A10AE04 POR 8 UNIDADES EQUIVALENTE AL TRATAMIENTO NO POS, VALOR UNITARIO A RECONOCER \$17302PESOS, FACTURA.
309	925	3.565.080,00	3.565.080			849		-											0	MAYOR VALOR COBRADO POR DESCUENTO DEL SIMILAR (VALCOTE)500 MG TABLETA POR 1080 UNIDADES FACTURADAS, VALOR UNITARIO A RECONOCER \$1290 = \$ 1.393.200 PESOS, SEGÚN PRECIO REG 04 /2018 , VALOR UNITARIO FACTURADO \$3.346 PESOS, SE GLOSA DIFERENCIA. F.P.S 23/11/2018. MAYOR VALOR COBRADO POR DESCUENTO DEL SIMILAR POSACIDO VALPROICO 250 MG CPASULA EN FACTURA A MENOR VALOR RECONOCIDO \$100 PESOS EL VALOR
310	974	377.820,00				207-207		82.140,00											0	MAYOR VALOR COBRADO POR DESCUENTO DEL SIMILAR POS REGISTRADO EN FORMATO ACTA CTC AZATIOPRINA 50 MG TAB A MENOR VALOR DESCONTADO 1.000 PESOS , EL VALOR UNITARIO A RECONOCER \$1,037 PESOS, SEGUN PRECIO REFERENTE POR 60 UNIDADES EQUIVALENTE AL TRATAMIENTO NO POS, SE APLICA DESCUENTO EN FACTURA AL VALOR NO DESCONTADO . F.P.S 05-09-2018 - \$2220 MAYOR VALOR COBRADO EN MICOEENOLATO 500 MG



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



311	994	226.800,00		226.800			849		-				23.931,00			202.869	0	PRESTADOR ANEXA SOPORTES MAYOR VALOR COBRADO EN DORZALAMIDA+TIMOLOL+ BRIMONIDIINA (KRYTANTEK) 20%+0,2%+0,5% POR 3 UNIDADES FACTURADAS A 77,400 C/U SU, VALOR UNITARIO A RECONOCER \$69,423X3=\$208269 PESOS, SEGÚN PRECIO REFERENTE EN CIRCULAR 04 2018 , PESOS, SE GLOSA DIFERENCIA. F.P.S 12/09/2018.
312	1014	96.300,00					207-207		38.451,00				-			38.451	0	FACTURA CUMPLE CON LAS TARIFAS DE MERCADO CARBOXIMETILCELULOSA \$37.500X3 CROCMOGLICATO \$5400
313	1032	660.792,00					207-107		497.198,00				99.594,00			397.604	0	MAYOR VALOR COBRADO EN FORMOTEROL + BUDESONIDA SYMBICORT TURBOHALER 320/9 MCG. POR 3 UNIDADES FACTURADA, VALOR UNITARIO A RECONOCER \$198.802 PESOS, SEGÚN PRECIO REFERENTE DEL MERCADO , VALOR UNITARIO FACTURADO \$232.000 PESOS
TOTAL		214.018.773		51.670.707					38.847.060				21.317.814			69.199.953	0	



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