

FORMATO AIFT010 - Conciliación Cartera ERP – EBP  
 ENTIDAD TERRITORIAL: SECRETARIA DE SALUD DEL ATLANTICO  
 UNION TEMPORAL CECAC SAN MARTIN URUETA  
 FECHA DE CORTE DE CONCILIACION: 30/09/2021  
 FECHA DE CONCILIACION: 14/09/2021

INFOR		INFORMACION ERP																		
No.	FACTURA ACREEDOR REG. ERP	VALOR FACTURA REGISTRADA ERP	VALOR DESCUENTO Y AJUSTES RECOBROS	VALOR DEVOLUCIÓN	FECHA ULTIMA DEVOLUCIÓN	VALOR EN AUDITORÍA	NÚMERO DE GLOSA U OBJECCIÓN	FECHA NOTIFICACIÓN GLOSA	VALOR GLOSADO	FECHA RESPUESTA GLOSA	VLR GLOSA - ACEPTADA ACREEDOR	No. NOTA CRÉDITO ACREEDOR	GLOSA CONCILIADA ACEPTADA EPS	GLOSA CONCILIADA ACEPTADA POR ACREEDOR	NUMERO DE ACTA DE CONCILIACIÓN	GLOSA PENDIENTE POR CONCILIAR	GLOSA REITERADA POR CONCILIAR	SALDO LIBRE PARA PAGO A FECHA DE CORTE	ACTUALMENTE PROCESO LEGAL	OBSERVACIONES
1	UT 27251	500.658,00					4.208		44.341,00					40.714,00				3.627	0	SE LEVANTA GLOSA PARCIAL, SE REGISTRA EN LA FACTURA UN MAYOR VALOR COBRADO, MEDICAMENTO NO PBS ACETATO DE LEUPROLIDE 11.25 MG AMPOLLA \$(469.334*1) TARIFA REGULADA SEGÚN CIRCULAR 07/2018. PRESTADOR FACTURA A (502.187). SE HACE DESCUENTO DE DIFERENCIA EN MEDICAMENTO SUSTITUTO MEDROXIPROGESTERONA ACETATO 5 MG TABLETA \$(313*30). PRESTADOR FACTURA A \$(1.529)
2	UT 27396	6.481.374,00					4.206		2.422.872,00					1.178.814,00				1.244.058	0	SE LEVANTA GLOSA PARCIAL, SE REGISTRA EN LA FACTURA UN MAYOR VALOR COBRADO, MEDICAMENTO NO PBS BORTEZOMIB 3.5 MG, \$(2.116.640*3) TARIFA REGULADA SEGÚN CIRCULAR 07/2018. PRESTADOR FACTURA A \$(2.190.722*3). SE HACE DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO INTERFERON ALFA 2B-5 UI AMP POR DESCUENTO POR COMPARADOR ADMINISTRATIVO CON DIAGNOSTICO (MIELOMA MULTIPLE) \$(349.120*3). PRESTADOR FACTURA A \$(90.792)
3	UT 27495	15.386.068,00					4.201		158.800,00					31.760,00				127.040	0	SE LEVANTA GLOSA PARCIAL. SE HACE DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO DOXORUBICINA HCL 10 MG SOLUCION INYECTABLE \$(15.880*2).



4	UT 27629	8.762.888,00					4.206	2.513.664,00					1.692.808,00				820.856	0	SE LEVANTA GLOSA PARCIAL, SE REGISTRA EN LA FACTURA UN MAYOR VALOR COBRADO, MEDICAMENTO NO PBS BORTEZOMIB 3.5 MG, \$(2.116.640*4) TARIFA REGULADA SEGÚN CIRCULAR 07/2018. PRESTADOR FACTURA A \$ (2.190.722*4). SE HACE DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO INTERFERON ALFA 2B-5 UI AMP POR DESCUENTO POR COMPARADOR ADMINISTRATIVO CON DIAGNOSTICO (MIELOMA MULTIPLE) \$ (349.120*4).
5	UT 27630	4.320.916,00					4.206	1.256.832,00					725.348,00				531.484	0	SE LEVANTA GLOSA PARCIAL, SE REGISTRA EN LA FACTURA UN MAYOR VALOR COBRADO, MEDICAMENTO NO PBS BORTEZOMIB 3.5 MG, \$(2.116.640*2) TARIFA REGULADA SEGÚN CIRCULAR 07/2018. PRESTADOR FACTURA A \$ (2.190.722*2). SE HACE DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO INTERFERON ALFA 2B-5 UI AMP POR DESCUENTO POR COMPARADOR ADMINISTRATIVO CON DIAGNOSTICO (MIELOMA MULTIPLE) \$ (349.120*2). PRESTADOR FACTURA A \$(60.528)
<b>TOTAL</b>		<b>35.451.904</b>						<b>6.396.509</b>					<b>3.669.444</b>				<b>2.727.065</b>		



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

Gobernación del Atlántico  
atlantico.gov.co

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

