

FORMATO AIFT010 - Conciliación Cartera ERP – EBP  
 ENTIDAD TERRITORIAL: SECRETARIA DE SALUD DEL ATLANTICO  
 IPS:CLINICA SAN MARTIN BARRANQUILLA LTDA  
 FECHA DE CORTE DE CONCILIACION: 31/12/2020  
 FECHA DE CONCILIACION: 18/09/2020

INFORMACION		INFORMACION ERP																		
No.	FACTURA ACREEDOR REG. ERP	VALOR FACTURA REGISTRADA ERP	VALOR DESCUENTO Y AJUSTES RECBRO	VALOR DEVOLUCIÓN	FECHA ULTIMA DEVOLUCIÓN	VALOR EN AUDITORIA	NÚMERO DE GLOSA U OBJECCIÓN	FECHA NOTIFICACIÓN GLOSA	VALOR GLOSADO	FECHA RESPUESTA GLOSA	VLR GLOSA - ACEPTADA ACREEDOR	No. NOTA CRÉDITO ACREEDOR	GLOSA CONCILIADA ACEPTADA EPS	GLOSA CONCILIADA ACEPTADA POR ACREEDOR	NÚMERO DE ACTA DE CONCILIACIÓN	GLOSA PENDIENTE POR CONCILIAR	GLOSA REITERADA POR CONCILIAR	SALDO LIBRE PARA PAGO A FECHA DE CORTE	ACTUALMENTE PROCESO LEGAL	OBSERVACIONES
1	SM71180	9.750.956		9.750.956			849		-		1.396.480		-	1.396.480	2020091847	-	-	8.354.476	0	SE LEVANTA PARCIALMENTE VALOR GLOSADO, SE VALIDAN SOPORTES, SE HACE DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO INTERFERON ALFA 2B-5 UI AMP CON DIAGNOSTICO C900 \$ (349.120*4). MEDICAMENTO NO PBS BORTEZOMIB 3.5 MG, PRESTADOR FACTURA 4 AMPOLLAS SE RECONOCE A TARIFA FACTURADA\$ (2.437.739) MED. REGULADO. Fechas de aplicación soportadas 04/02/2016, 07/02/2016, 11/02/2016 y 14/02/2016.
2	SM70646	918.750		918.750			849		-		475.020		-	475.020	2020091847	-	-	443.730	0	Se validan soportes, tecnología NOPBS facturada IFOSFAMIDA SLN INY 1 GR \$61.250X15 DOSIS PRESCRITA: 2645 mg / día por 5 días, soportada aplicación los días 26-27-28-29-30 Enero-2016 se descuenta medicamento homólogo CICLOFOSFAMIDA \$31.668X15= \$475.020

3	SM71182	918.750		918.750			849		-		475.020			-	475.020	2020091847	-	-	443.730	0	Se validan soportes, tecnología NOPBS facturada IFOSFAMIDA SLN INY 1 GR \$61.250X15 DOSIS PRESCRITA: 2520 mg / día por 5 días, soportada aplicación los días 17-18-19-20-21 Enero-2016 se descuenta medicamento homólogo CICLOFOSFAMIDA \$31.668X15= \$475.020,
4	SM69097	1.324.192		1.324.192			849		-		533.024			-	533.024	2020091847	-	-	791.168	0	SE LEVANTA PARCIALMENTE VALOR GLOSADO SE VALIDAN SOPORTES, MEDICAMENTO NO PBS DAUNORRUBICINA AMP 20 SE RECONOCE A \$(82.762), SEGÚN ORDEN MEDICA SE ORDENA 70MG I.V DIA: 1, 2, 3 Y 40 MG I.V DIA: 15 Y 16. PRESTADOR SOPORTA APLICACIÓN DE 70 MG LOS DÍAS 21,22,23 DE OCTUBRE/2015 Y 04 DE NOV/2015 EL TRATAMIENTO NO ACORDE CON LA ORDEN DEL MEDICO TRATANTE. PRESTADOR NO JUSTIFICA LA APLICACIÓN DE 70 MG EL DÍA 15° DEL

5	SM75636	216.000		216.000			816		-		216.000		-	216.000	2020091847	-	-	-	0	Se mantiene glosa total, tecnología NOPBS facturada MESNA AMP 400 MG \$9.000 X2, costo per cápita menor al valor del medicamento homólogo en el PBS por ATC V03AF0 FOLINATO DE CALCIO amp 50 mg, con valor de referencia \$31.404 Art. 134 Res. 5592/2015 F. prestación 02/11/2016. Comité Técnico Científico no registra en el acta respectiva medicamento homólogo en el PBS.
6	SM77781	331.048		331.048			849		-		105.000		-	105.000	2020091847	-	-	226.048	0	Se levanta parcialmente valor glosado, Validados soportes, CUM registrado en la factura de venta, activo en INVIMA en la fecha de aplicación, tecnología facturada DAUNORUBICINA Amp 20 mg \$82.762x4, soportada aplicación de acuerdo a prescripción en Febrero y Marzo/2017, se aplica descuento de medicamento homólogo DOXORUBICINA POLVO PARA INYECCIÓN 10 MG \$26.250x4=\$105.000

7	SM79167	72.000					507		72.000		40.442		-	40.442	2020091847	-	-	31.558	0	Se levanta parcialmente valor glosado, tecnología NOPBS VASOPRESINA AMP 20 UI \$72.000x1 se reconoce a \$33.114 se descuenta MVF \$38.886 y se aplica descuento de medicamento homólogo ADRENALINA, \$1.556 tomando en consideración el efecto terapéutico por lo que se indicó la tecnología NOPBS.
8	SM79184	61.153					207		49.943		32.403		-	32.403	2020091847	-	-	17.540	0	Se levanta parcialmente valor glosado. Glosa inicial de \$49.943 por mayor valor cobrado en BOLSA DE COLOSTOMÍA DE 70 MM facturado en \$61.153, se reconoce en \$28.750, por lo que se levanta \$17.540 y persiste descuento por MVF\$32.403
9	SM79185	45.000					207		20.290		13.000		-	13.000	2020091847	-	-	7.290	0	Se levanta parcialmente valor glosado. Glosa inicial de \$20.290 por mayor valor cobrado por BARRERA DE COLOSTOMIA (\$45.000) Se reconoce en \$32.000 se levanta \$7.290 y persiste glosa por \$13.000

10	SM79312	90.000					507		90.000	90.000			-	90.000	2020091847	-	-	-	0	Se mantiene glosa total, tecnología NOPBS facturada MESNA AMP 400 MG \$9.000 X2, costo per cápita menor al valor del medicamento homólogo en el PBS por ATC V03AF0 FOLINATO DE CALCIO amp 50 mg, con valor de referencia \$31.404 Art. 134 Res. 6408/2016 F. prestación 24/04/2017.
11	SM79466	4.116.814		4.116.814			849		-	705.575			-	705.575	2020091847	-	-	3.411.239	0	Se levanta parcialmente valor glosado, verificados soportes Factutra LINEZOLYD 600 MG/2ML \$158,339X26 REGULACIÓN CIRC. 01/2016 f. PRESTACIÓN Abril/2017, Dx: J159 se aplica descuento de comparador administrativo LEVOFLOXACINO AMP 500 MGX\$108.55= \$54.275=\$705.575
12	SM79595	993.144		993.144			849		-	315.000			-	315.000	2020091847	-	-	678.144	0	Se levanta parcialmente valor glosado, Subsanado motivo de devolución, Facturado DAUNORRUBICINA AMP \$82.762x12, se descuenta medicamento homólogo DAUNORRUBICINA 10 MG \$26.250 X12 = \$315.000 Prestación Abril/2017

13	SM80163	36.000					507		36.000		36.000		-	36.000	2020091847	-	-	-	0	Se mantiene glosa total por cobertura condicionada a menor valor de medicamento NOPBS MESNA, que el medicamento homólogo por ATC FOLINATO DE CALCIO con cobertura en el PBS. Art.134 Res.6408/2016. F. de prestación 09/06/2017.
14	SM78137	39.060					207		27.850		16.290		-	16.290	2020091847	-	-	11.560	0	Se levanta parcialmente valor glosado. Glosa inicial de \$27.850 por mayor valor facturado en Bolsa de Colostomía 70 mm facturada en \$39.070, se reconoce en \$22.770, se levanta \$11.560 y persiste descuento por MVF por \$16.290
15	SM78138	45.000					207		20.290		13.000		-	13.000	2020091847	-	-	7.290	0	Se levanta parcialmente valor glosado. Glosa inicial de \$20.290 por mayor valor cobrado por BARRERA DE COLOSTOMIA (\$45.000) Se reconoce en \$32.000 se levanta \$7.290 y persiste glosa por \$13.000

16	SM78151	612.500		612.500			849		-		316.680		-	316.680	2020091847	-	-	295.820	0	Se levanta parcialmente valor glosado. Se evidencia registro de CUM en la factura de IFOSFAMIDA AMP \$61.250X10, se soporta la aplicación de las 10 ampollas. se reconoce a tarifa facturada \$61.250 y se descuenta medicamento homólogo \$31.668 x10 =\$316.680 F. prestación 30/03/2017
17	SM78152	248.286		248.286			849		-		78.750		-	78.750	2020091847	-	-	169.536	0	Se levanta parcialmente valor glosado, subsanado motivo de devolución, CUM registrado en la factura, Tecnología NOPBS DAUNORRUBICINA 20 MG \$82.762X3 se descuenta medicamento homólogo DOXURUBICINA \$ 26.250X3 \$78.750 F. prestación 01/04/2017

18	SM78153	180.000		180.000			849		-		180.000		-	180.000	2020091847	-	-	-	0	Se mantiene glosa total, tecnología NOPBS facturada MESNA AMP 400 MG \$9.000 X2, costo per cápita menor al valor del medicamento homólogo en el PBS por ATC V03AF0 FOLINATO DE CALCIO amp 50 mg, con valor de referencia \$31.404 Art. 134 Res. 6408/2016 F. prestación 30/03/2017. Comité Técnico Científico no registra en el acta respectiva medicamento homólogo en el PBS.
19	SM78469	1.235.860		1.235.860			849		-		780.000		-	780.000	2020091847	-	-	455.860	0	Se levanta parcialmente valor glosado, validados soportes, Facturado PEGFILGRASTIM JER PRELENADA 6 MG, se evidencia registro de CUM Y ATC en la factura, v. unitario \$1.235.860 se aplica descuento según registro en Formato MYT INTERFERON ALFA 2A 180 MCG \$780.000
20	SM73150	412.473		412.473			849		-		18.705		-	18.705	2020091847	-	-	393.768	0	Se levanta parcialmente valor glosado, Se evidencia registrado en la factura CUM de LINEZOLYD AMP 300 MG \$137.491 x 3 ,Acta de CTC completa. F. de prestación:20 y 21/06/2016, medicamento regulado, se descuenta homólogo VANCOMICINA amp 500 mg \$6.235X3.



21	SM73227	186.000		186.000			849		-		103.302		-	103.302	2020091847	-	-	82.698	0	Se levanta parcialmente valor glosado, Nota en auditoria inicial no corresponde con medicamento NOPBS facturado, HIDROXYUREA CAP 500 MG \$2.000X93, sin descuento de homólogo en la factura, se soporta la administración de 84 capsulas \$168.000; se descuenta \$18.000 por cantidades (9) no soportadas. Se descuenta medicamento homólogo de acuerdo a registro Acta de CTC y formato MYT Metotrexato sódico \$1015.5x84= \$85.302 F. de prestación: Feb-Marzo/2016.
22	SM73228	18.000		18.000			849		-		18.000		-	18.000	2020091847	-	-	-	0	Se mantiene glosa total, tecnología NOPBS facturada MESNA AMP 400 MG \$9.000 X2, costo per cápita menor al valor del medicamento homólogo en el PBS por ATC V03AF0 FOLINATO DE CALCIO amp 50 mg, con valor de referencia \$31.404 Art. 134 Res. 5592/2015 F. prestación 14/06/2016. Comité Técnico Científico no registra en el acta respectiva medicamento homólogo en el PBS.

23	SM73291	270.000		270.000			849		-		270.000		-	270.000	2020091847	-	-	-	0	Se mantiene glosa total, tecnología NOPBS facturada MESNA AMP 400 MG \$9.000 X2, costo per cápita menor al valor del medicamento homólogo en el PBS por ATC V03AF0 FOLINATO DE CALCIO amp 50 mg, con valor de referencia \$31.404 Art. 134 Res. 5592/2015 F. prestación 27/06/2016. Comité Técnico Científico no registra en el acta respectiva medicamento homólogo en el PBS.
24	SM73292	918.750		918.750			849		-		480.000		-	480.000	2020091847	-	-	438.750	0	Se levanta parcialmente valor glosado, validada factura se evidencia registro de CUM de IFOSFAMIDA AMP 1 GR \$61.250x 15 , se aplica descuento de medicamento homólogo de acuerdo a registro en formato MYT CICLOFOSFAMIDA AMP 1 GR \$32.000x 15= \$480.000 Soportada la aplicación de 15 amp, (Dosis 3 amp/día) f. PRESTACIÓN 27/06/2016

25	SM79200	18.000		18.000			849		-		18.000		-	18.000	2020091847	-	-	-	0	Se mantiene glosa total, tecnología NOPBS facturada MESNA AMP 400 MG \$9.000 X2, costo per cápita menor al valor del medicamento homólogo en el PBS por ATC V03AF0 FOLINATO DE CALCIO amp 50 mg, con valor de referencia \$31.404 Art. 134 Res. 6408/2016 F. prestación 21/04/2017. Comité Técnico Científico no registra en el acta respectiva medicamento homólogo en el PBS.
26	SM76526	700.000		700.000			849		-		54.208		-	54.208	2020091847	-	-	645.792	0	Se levanta parcialmente valor glosado. Se validan soportes, Tecnología facturada L-ORNITINA-L ASPARTATO 5 GR AMP \$50.000x14, se reconoce a \$46.647 se descuenta MVF \$46.942 y medicamento homólogo COLESTIRAMINA SOBRES \$7.266
27	SM76528	256.998		256.998			849		-		26.900		-	26.900	2020091847	-	-	230.098	0	Se levanta parcialmente valor glosado, subsanado motivo de devolución, se validan soportes facturado tecnología NOPBS RIFAXIMINA TAB 200 MG \$6.119x42, se aplica descuento por medicamento homólogo NISTATINA \$640.47x42 \$26.900

28	SM78441	11.237.208		11.237.208			849		-		1.396.480		-	1.396.480	2020091847	-	-	9.840.728	0	Se levanta parcialmente valor glosado, subsanado motivo de Devolución referente al código CUM registrado en factura de venta, se reconoce tecnología No-PBS Bortezomib 3,5 mg. ampolla - cantidad # 4, medicamento regulado, circular 01/2016; \$2.809.302 , se glosa INTERFERON ALFA 2B- 5 UI AMP similar no descontado \$349.120X4=\$1.396.480 - FPS 06/09/2016 DX C900
29	SM78794	56.128.820		56.128.820			849		-		6.834.224		-	6.834.224	2020091847	-	-	49.294.596	0	Se levanta parcialmente valor glosado, Subsanado motivo de Devolución referente al código CUM registrado en factura de venta, se reconoce tecnología No-PBS Voriconazole 200 mg. ampolla - facturado en \$255.131, cantidad # 220, medicamento regulado, circular 04/2012 \$231.372 y se glosará (2) amp. sobrefacturadas, no soportadas según hoja de administración del medicamento, solo se evidencia la aplicación de # 218 amp. por valor de \$ 510,262 + por MVF según regulación por un valor de \$5.179.462 + similar

30	SM94260	120.900		120.900			849		-	82.367			-	82.367	2020091847	-	-	38.533	0	SE LEVANTA PARCIALMENTE VALOR GLOSADO SE VALIDA FACTURA, ANEXAN SOPORTES. SE EVIDENCIA CODIGO CUM ANEXADO EN MYT, SE VERIFICA CODIGO CUM EN INVIMA(1990001625-01. SE DESCUENTA SIMILAR SEGUN NOTA CREDITO. #1052. POR HOMOLOGO CLORAMBUICLO TAB.2MG A \$2.657X31= \$82.367 VALOR COBRADO EN MEDICAMENTO HIDROXIUREA CAP \$3.900X31=\$120.900
31	SM94264	45.000					206		16.450	13.000			-	13.000	2020091847	-	-	3.450	0	Se levanta parcialmente valor glosado, por mayor valor cobrado \$16.450 , tecnología NOPBS facturada BARRERA DE COLOSTOMIA 70 MM EN \$45.000, SE RECONOCE EN \$32.000, se levanta \$3.450 y persiste MVF \$13.000
32	SM94265	42.000					206		19.230	19.230			-	19.230	2020091847	-	-	-	0	Se mantiene glosa total de \$19.230 por Mayor valor cobrado por Bolsa de Colostomía No. 70

33	SM94266	72.000		72.000			849		-	40.442			-	40.442	2020091847	-	-	31.558	0	SE LEVANTA PARCIALMENTE VALOR GLOSADO, VALIDADA FACTURA, ANEXAN SOPORTES. SE EVIDENCIA CODIGO CUM 20049908-01) EN REGISTRO INVIMA (presentacion de caja por 5) SE CANCELA 1 SEGÚN FACTURADO. MAYOR VALOR COBRADO EN MEDICAMENTO VASOPRESINA 20UI./1ML SE RECONOCE A\$33.114. SE DESCUENTA HOMOLOGO ADRENALINA 1MG \$1.556 NC No.1051
34	SM94270	39.000		39.000			849		-	26.570			-	26.570	2020091847	-	-	12.430	0	SE LEVANTA PARCIALMENTE VALOR GLOSADO SE VALIDA FACTURA, ANEXAN SOPORTES. SE EVIDENCIA CODIGO CUM ANEXADO EN MYT, SE VERIFICA CODIGO CUM EN INVIMA(1990001625-01. SE DESCUENTA SIMILAR SEGUN NOTA CREDITO. #1048. SE DESCUENTA HOMOLOGO CLORAMBUCILO TAB.2M \$26.570. MEDICAMENTO HIDROXIUREA CAP. 500MG SE RECONOCE A TARIFA FACTURADA \$3.900X10= \$39.000

35	SM94276	16.260		16.260			849		-		2.180		-	2.180	2020091847	-	-	14.080	0	SE LEVANTA PARCIALMENTE VALOR GLOSADO SE VALIDA FACTURA, ANEXAN SOPORTES. SE EVIDENCIA CODIGO CUM ANEXADO EN MYT, SE VERIFICA CODIGO CUM EN INVIMA(45382-03) .MAYOR VALOR COBRADO EN MEDICAMENTO CLEMASTINA SLN INY. 2MG/2ML SE RECONOCE A \$14.080. Descuento por MVF \$2.000 y Medicamento HOMOLOGO CLORFERNIRAMINA TAB SE DESCUENTA \$180 NC No.1050
36	SM94284	42.000					206		28.450		19.230		-	19.230	2020091847	-	-	9.220	0	Se levanta parcialmente valor glosado por MV por Bolsa de Colostomía No. 57 mm cobrada en \$42.000. se reconoce a \$22.770 se levanta \$9.220 y persiste descuento por MVF \$19.230
37	SM94285	43.214		43.214			849		-		16.178		-	16.178	2020091847	-	-	27.036	0	SE LEVANTA PARCIALMENTE VALOR GLOSADO SE VALIDA FACTURA, ANEXAN SOPORTES. SE EVIDENCIA CODIGO CUM EN MYT (32609-01) EN REGISTRO INVIMA. MAYOR VALOR COBRADO EN ENEMA 133ML \$21.607x2 SE RECONOCE A \$ 17,520X2= \$35,040. SE DESCUENTA MVF \$8.174 Y SIMILAR BISACODILO TAB. 5MG \$8,004 SEGÚN NC No.1049

38	SM94305	3.800.136		3.800.136			849		-	784.678		-	784.678	2020091847	-	-	3.015.458	0	SE LEVANTA PARCIALMENTE VALOR GLOSADO MEDICAMENTO CON COMPARADOR ADMINISTRATIVO SE VALIDA FACTURA, ANEXAN SOPORTES. SE EVIDENCIA CODIGO CUM ANEXADO EN MYT, SE VERIFICA CODIGO CUM EN INVIMA(19907394-06) MEDICAMENTO LINEZOLID 600MG SLN INY. ; FACTURADO A \$158.339X24 VALOR REGULADO SE SOPORTA LA APLICACIÓN DE 22, SE DESCUENTA 2 NO SOPORTADAS. \$316.678 DESCUENTA HOMOLOGO SEGUN NOTA CREDITO #1053
39	SM94309	1.153.556		1.153.556			849		-	80.000		-	80.000	2020091847	-	-	1.073.556	0	SE LEVANTA PARCIALMENTE VALOR GLOSADO SE VALIDA FACTURA, ANEXAN SOPORTES. SE EVIDENCIA CODIGO CUM ANEXADO EN MYT, SE VERIFICA CODIGO CUM EN INVIMA(20011001-01. MEDICAMENTO GEMCITABINA POLVO SLN INY. 1GR X4 FACTURADO DE ACUERDO A VALOR REGULADO CIRCULAR 04/2012. \$288.389 SE DESCUENTA HOMOLOGO METOTREXATO SLN INY 25MG SEGUN NOTA CREDITO No. 1054 \$80.000 DX C845



40	SM94311	1.153.556		1.153.556			849		-		80.000		-	80.000	2020091847	-	-	1.073.556	0	SE LEVANTA PARCIALMENTE VALOR GLOSADO SE VALIDA FACTURA, ANEXAN SOPORTES. SE EVIDENCIA CODIGO CUM ANEXADO EN MYT, SE VERIFICA CODIGO CUM EN INVIMA(20011001-01. MEDICAMENTO GEMCITABINA POLVO SLN INY. 1GR x 4 FACTURADO DE ACUERDO A VALOR REGULADO CIRCULAR 04/2012 \$288.389 SE DESCUENTA HOMOLOGO METOTREXATO SLN INY 25MG SEGUN NOTA CREDITO No.1055 \$80.000 DX C845
41	SM94313	1.609.080		1.609.080			849		-		742.080		-	742.080	2020091847	-	-	867.000	0	Se levanta parcialmente valor glosado. Verificado CUM registrado en la factura, ANEXAN SOPORTES, SE DESCUENT SIMILAR FLUOROURACILO SLN. INY. 500MG \$5.750x4= \$23000. MEDICAMENTO VINORELBINA 10 mg/ml facturado en \$402.270 x4 se reconoce según precio referenciado en el mercado \$222.500 se descuenta MVF \$719.080.

42	SM94315	1.153.556		1.153.556			849		-		80.000		-	80.000	2020091847	-	-	1.073.556	0	SE LEVANTA PARCIALMENTE VALOR GLOSADO SE VALIDA FACTURA, ANEXAN SOPORTES. SE EVIDENCIA CODIGO CUM ANEXADO EN MYT, SE VERIFICA CODIGO CUM EN INVIMA(20011001-01. MEDICAMENTO GEMCITABINA POLVO SLN INY. 1GR x4. FACTURADO DE ACUERDO A VALOR REGULADO CIRCULAR 04/2012 \$288.389. SE DESCUENTA HOMOLOGO METOTREXATO SLN INY 25MG SEGUN NOTA CREDITO No.1057 \$80.000 DX C845
43	SM94325	1.433.360		1.433.360			849		-		644.000		-	644.000	2020091847	-	-	789.360	0	SE LEVANTA PARCIALMENTE VALOR GLOSADO SE VALIDA FACTURA, ANEXAN SOPORTES. SE VERIFICA CODIGO CUM 19904033-01. EN REGISTRO INVIMA. VALOR COBRADO EN MEDICAMENTO IFOSFAMIDA \$89.585X16 SE DESCUENTA SIMILAR CICLOFOSFAMIDA 1GR. POLVO \$40,250X16=644,000 NOTA CREDITO No.1060. SEGÚN TARIFA REFERENTE, FECHA DE ENTREGA:12/09/2017

44	SM94329	1.433.360		1.433.360			849		-		402.500		-	402.500	2020091847	-	-	1.030.860	0	SE LEVANTA PARCIALMENTE VALOR GLOSADO SE VALIDA FACTURA, ANEXAN SOPORTES. SE EVIDENCIA CODIGO CUM ANEXADO EN MYT, SE VERIFICA CODIGO CUM EN INVIMA(19904033-01. IFOSFAMIDA SLN INY. 1GR. SE RECONOCE A \$89.585X10= \$890.585 SE DESCUENTA HOMOLOGO SEGUN NOTA CREDITO #1061 CICLOFOSFAMIDA 1GR SLN INY \$402.500, Soportada la administración de 16 amp a Dosis de 3.5 mg/día los días 18-19-20 y 21 de Octubre /2017.
45	SM94331	1.433.360		1.433.360			849		-		644.000		-	644.000	2020091847	-	-	789.360	0	SE LEVANTA PARCIALMENTE VALOR GLOSADO SE VALIDA FACTURA, ANEXAN SOPORTES. SE EVIDENCIA CODIGO CUM ANEXADO EN MYT, SE VERIFICA CODIGO CUM EN INVIMA(20014773-02 IFOSFAMIDA SLN INY. 1GR. \$89.505x16, Soportada la aplicación de 16 amp a dosis 3.6 mg/ día los días 16-17-18 y 19 Nov. 2017 HOMOLOGO CICLOFOSFAMIDA 1GR SLN INY \$40.250 x 16= \$644.000

46	SM94336	864.000		864.000			849		-		485.304		-	485.304	2020091847	-	-	378.696	0	SE LEVANTA PARCIALMENTE VALOR GLOSADO, VALIDADA FACTURA, ANEXAN SOPORTES. SE EVIDENCIA CODIGO CUM ANEXADO EN MYT, SE VERIFICA CODIGO CUM EN INVIMA(20049908-01.MAYOR VALOR COBRADO EN MEDICAMENTO VASOPRESINA SLN AMP INY 20UI/1ML \$72.000 SE RECONOCE A \$33.114X12= \$397.368 SE DESCUENTA HOMOLOGO ADRENALINA AMP \$1.556X12= \$18.672. NC No.1063
47	SM94339	895.850		895.850			849		-		402.500		-	402.500	2020091847	-	-	493.350	0	SE LEVANTA PARCIALMENTE VALOR GLOSADO SE VALIDA FACTURA, ANEXAN SOPORTES. SE EVIDENCIA CODIGO CUM ANEXADO EN MYT, SE VERIFICA CODIGO CUM EN INVIMA(19904033-01. MEDICAMENTO IFOSFAMIDA SLN INY. 1GR. SE RECONOCE A TARIFA FACTURADA \$89.585X10= \$895.850 SE DESCUENTA HOMOLOGO SEGUN NOTA CREDITO #1064 CICLOFOSFAMIDA 1GR SLN INY \$402.500.

48	SM94342	621.630	621.630			849	-	131.184	-	131.184	2020091847	-	-	490.446	0	SE LEVANTA PARCIALMENTE VALOR GLOSADO FACTURADO FILGRASTIM 300 mcg A \$103.605x6 MEDICAMENTO REGULADO CIRC. 04/2012 SE VALIDA FACTURA, ANEXAN SOPORTES. SE EVIDENCIA CODIGO CUM ANEXADO EN MYT, SE VERIFICA CODIGO CUM EN INVIMA(20002046-03. HOMOLOGO ERITROPOYETINA 2000UI SLN INY \$131.184 NOTA CREDITO No.1065
49	SM94459	288.000	288.000			849	-	224.884	-	224.884	2020091847	-	-	63.116	0	SE LEVANTA PARCIALMENTE VALOR GLOSADO, VALIDADA FACTURA, ANEXAN SOPORTES. SE EVIDENCIA CODIGO CUM ANEXADO EN MYT, SE VERIFICA CODIGO CUM EN INVIMA(20049908-03.EN REGISTRO DE APLICACION SOLO SE EVIDENCIAN 2 AMPOLLAS DE MEDICAMENTO VASOPRESINA SLN AMP INY 20UI/1ML SE RECONOCE A \$33.114X2=\$66.228 FACTURADO EN \$72.000 MAYOR VALOR COBRADO \$155.544 SE DESCUENTA HOMOLOGO ADRENALINA NC No. 1070 \$6.224 FECHA

50	SM94465	144.000		144.000			849		-		80.884		-	80.884	2020091847	-	-	63.116	0	SE LEVANTA PARCIALMENTE VALOR GLOSADO, VALIDADA FACTURA, ANEXAN SOPORTES. SE EVIDENCIA CODIGO CUM ANEXADO EN MYT, SE VERIFICA CODIGO CUM EN INVIMA(20049908-01.MAYOR VALOR COBRADO EN MEDICAMENTO VASOPRESINA SLN AMP INY 20UI/1ML SE RECONOCE A \$33.114X2=\$66.228 SE DESCUENTA HOMOLOGO ADRENALINA \$3.112, NC No. 1071 MVF:\$77.772
51	SM94281	45.000					206		24.730		13.000		-	13.000	2020091847	-	-	11.730	0	Se levanta parcialmente valor glosado, \$24.730 por Mayor valor cobrado por Barrera Flexible de Colostomía No. 57, se reconoce en \$32.000 por lo que se levanta \$11.730 y persiste MVF \$13.000
52	SM94282	42.000					206		7.900		7.900		-	7.900	2020091847	-	-	-	0	Se mantiene glosa total de \$7.900 por Mayor valor cobrado por Bolsa de Colostomía No. 70
53	SM94283	45.000					206		24.730		13.000		-	13.000	2020091847	-	-	11.730	0	Se levanta parcialmente valor glosado, \$24.730 por Mayor valor cobrado por Barrera Flexible de Colostomía No. 57, se reconoce en \$32.000 por lo que se levanta \$11.730 y persiste MVF \$13.000

54	SM94319	1.266.712		1.266.712			849		-	288.000			-	288.000	2020091847	-	-	978.712	0	Se levanta glosa parcial, Subsanado motivo de devolución, se reconoce tecnología No-PBS Linezolid 600 mg solución inyectable, medicamento regulado circular 01/2017 - cantidad # 8 - se descuenta similar (comparador administrativo) no descontado vancomicina 500 mg. por valor de \$ 288,000 (confirmada según nota crédito anexa # 1058 por dicho valor) - FPS 04/08/2017
55	SM94322	1.433.360		1.433.360			849		-	644.000			-	644.000	2020091847	-	-	789.360	0	Se levanta parcialmente valor glosado, se evidencia registro de CUM en factura cobro de tecnología No-PBS IFOSFAMIDA polvo para reconstituir 1 gr. soln. inyectable- \$89.585x16 - se aplica descuento de homólogo no descontado CICLOFOSFAMIDA 1 gr. amp. por valor de \$ 644.000 (confirmada según nota crédito anexa # 1059 por dicho valor) - FPS 18/08/2017.

56	SM94344	895.850		895.850			849		-		402.500		-	402.500	2020091847	-	-	493.350	0	Se levanta parcialmente valor glosado, se soporta factura con registro de CUM de tecnología No-PBS Ifosfamida polvo para reconstituir 1 gr. soln. inyectable- cantidad # 10 -se reconoce a valor facturado \$89.585 Se aplica descuento por medicamento similar ciclofosfamida 1 gr. amp. por valor de \$ 402.500 (confirmada segun nota credito anexa # 1066 por dicho valor) - FPS 17/11/2017
57	SM94347	402.270		402.270			849		-		185.520		-	185.520	2020091847	-	-	216.750	0	Se levanta parcialmente valor glosado, se evidencia CUM registrado en factura de venta y corresponde a la presentación de 50 mg/5 ml se reconoce tecnología No-PBS Vinorelbina solución inyectable 10mg/1 ml cantidad # 1 - segun precio referenciado en el mercado \$222.500 se descuenta MVF \$ 179,770 + similar no descontado 5-fluoracilo soln. inyectable 500mg/10ml. por valor de \$ 5,750 (confirmada segun nota credito anexa # 1067 por dicho valor) - FPS 17/11/2017



58	SM94438	402.270		402.270			849		-		185.520			-	185.520	2020091847	-	-	216.750	0	Se levanta parcialmente valor glosado, se evidencia CUM registrado en factura de venta y corresponde a la presentación de 50 mg/5 ml se reconoce tecnología No-PBS Vinorelbina solución inyectable 10mg/1 ml cantidad # 1 - según precio referenciado en el mercado \$222.500 se descuenta MVF \$ 179,770 + similar no descontado 5-fluoracilo soln. inyectable 500mg/10ml. por valor de \$ 5,750 (confirmada según nota crédito anexa # 1067 por dicho valor) - FPS 18/10/2017
59	SM94446	716.680		716.680			849		-		322.000			-	322.000	2020091847	-	-	394.680	0	Se levanta parcialmente valor glosado, se soporta factura con registro de CUM de IFOSFAMIDA polvo para reconstituir 1 gr. soln. inyectable-cantidad # 8 - se reconoce a tarifa facturada \$89.585 se descuenta similar ciclofosfamida 1 gr. amp. por valor de \$ 322.000 (confirmada según nota crédito anexa # 1069 por dicho valor) - FPS 20/12/2017

60	SM95508	3.707.580		3.707.580			849		-		628.416		-	628.416	2020091847	-	-	3.079.164	0	Se levanta parcialmente valor glosado, Subsanado motivo de Devolución referente a la inconsistencia en las cantidades y valores de la factura de venta vs. formato MYT, se evidencia registro de CUM de la tecnología No- PBS en la factura de venta, se reconoce tecnología No-PBS Pegfilgrastim 6 mg/0,6ml. soln. inyectable - \$1.235.860 x 3 Circ. 07/2018 (segun factura y administracion del medicamento) - se descuenta por similar INTERFERON ALFA 2B 3MUI ampolla por valor de \$ 209.472X3 FPS 14/12/2018 DX: C920
61	SM96384	5.597.350					207-307-207		3.310.947		2.296.678		-	2.296.678	2020091847	-	-	1.014.269	0	Se levanta parcialmente valor glosado \$3.310.947, validados soportes, factura de tecnología NOPBS TRETINOINA cap 10 mg v. unitario facturado \$20.354x275, se reconoce a \$17.411x192 soportadas su administración se descuenta por MVF:\$20.354-\$17.411=\$2.943x275=\$809,325, 83 tab no soportadas su administración \$17.411x90=\$1.445.113, se aplica descuento por medicamento homólogo Vitamina A \$220x192=\$42.240

62	SM97429	6.975.272		6.975.272			849		-		210.000			-	210.000	2020091847	-	-	6.765.272	0	Se levanta parcialmente valor glosado, subsanado motivo de Devolución referente a la inconsistencia en las cantidades y valores de la factura de venta vs. formato MYT, registra código CUM de la tecnología No-PBS en la factura de venta, se reconoce tecnología No-PBS Idarrubicina 10 mg. soln. inyectable, medicamento regulado circular 04/2012- cantidad # 8 (según factura y administración del medicamento) - Al subsanar se aplica descuento de medicamento homólogo DOXORUBICINA AMP \$26.250x8=\$210.000
63	SM97626	259.800					208-208		111.800		-			-	-	2020091847	-	-	111.800	0	Se levanta glosa total facturado PROCALCITONINA \$129.900x2, se reconoce a valor facturado y no se descuenta procedimiento homólogo debido a la especificidad de los laboratorios clínicos.
64	SM97637	129.948		129.948			849		-		-			-	-	2020091847	-	-	129.948	0	Se levanta glosa en su totalidad, Prestador subsana motivo de Devolución referente al resultado del laboratorio tecnología No-PBS Procalcitonina semiautomatizado o automatizado - cantidad # 1, se revisa y confirma, cumple con los requisitos legales. - FPS 30/04/2018

65	SM97643	15.000					207-207		6.294	6.294		-	6.294	2020091847	-	-	-	0	Se mantiene glosa por MVF, por LACTULOSA sobres 15 ml \$7.500x2 valor conciliado de \$4.683 y descuento de medicamento homólogo Bisacodilo \$330x2 Glosa \$6.294
66	SM97644	9.137.670		9.137.670			849		-	8.336.396		-	8.336.396	2020091847	-	-	801.274	0	Se levanta parcialmente valor glosado, IPS soporta formato MYT subsanada la causa de devolución valor y cantidades consistentes con los datos en la factura,CUM registrado en la factura con Prestación del servicio 07/08/2018, tecnología No-PBS facturada COLISTINA SLN INY 100 MG a valor unitario \$397.290x23, medicamento con valor regulado circ. 04/2018 Valor x mg \$171.14x240 mg (Colistimetato de Sodio)=\$41.073x23=\$944.679 se descuenta MVF \$356.217x23=\$8.192
67	SM97645	129.948					208-208		55.948	-		-	-	2020091847	-	-	55.948	0	Se levanta glosa total, facturado PROCALCITONINA \$129.948x1, se reconoce a valor facturado y no se descuenta procedimiento homólogo debido a la especificidad de los laboratorios clínicos.

68	SM95549	725.235					3806		725.235		99.120		-	99.120	2020091847	-	-	626.115	0	Se levanta parcialmente valor glosado, se evidencia subsanada la causa de devolución registro CUM en la factura, PRESCRIPCIÓN MIPRES No. 20190114165009925 886 del 14/01/2019 FILGRASTIM 300 MCG/DÍA facturado en \$103.605x7, valor de regulación Circ. 04/2012, se aplica descuento de medicamento homólogo ERITROPOYETINA AMP \$14.160X7= \$99.120 F.PRESTACIÓN 17-27 ENERO/2019.
69	SM95691	129.948					3806		129.948		-		-	-	2020091847	-	-	129.948	0	Se levanta glosa total, facturado tecnología NOPBS PROCALCITONINA, prescripción MIPRES No. 20190122113010073 320 del 22/01/2019. se reconoce a tarifa facturada, estudio soportado.

70	SM95813	35.263.659					3806		35.263.659		137.937		-	137.937	2020091847	-	-	35.125.722	0	Se levanta parcialmente valor glosado, subsanado motivo de devolución, registro de CUM en la factura de venta, validados soportes, se verifica en plataforma GENESIS la prescripción MIPRES No.20190128173010 165524 del 28/01/2019, tecnología NOPBS BRENTUXIMAB AMP 50 MG facturada a valor unitario de \$11.754.553 x3 precio regulación circ. 07/2018, se descuenta valor de medicamento homólogo Cisplatino amp \$137.937 Fecha de aplicación: 28/01/2019 , 117 mg IV Dosis única. Soportada la
71	SM96736	2.076.074					3806		2.076.074		240.720		-	240.720	2020091847	-	-	1.835.354	0	Se levanta parcialmente valor glosado. Se validan soportes, se evidencia en la plataforma genesis PRESCRIPCIÓN MIPRES No.20190213166010 434253, del 13/02/2019 FILGRASTRIMAMP 300 MCG facturados en \$122.122x17, valor regulación Cir.04/2018 , soportada aplicación de 17 ampollas en la factura en físico, se descuenta medicamento homólogo ERITROPOYETINA AMP \$14.160X17 \$240.720

72	SM96924	11.514.280					3806		11.514.280		1.014.280		-	1.014.280	2020091847	-	-	10.500.000	0	Se levanta parcialmente valor glosado, validación de factura y soportes cobro de procedimiento NOPBS GASTRECTOMIA VERTICAL (MANGA GASTRICA ) POR LAPAROSCOPIA \$ 11.514.280 Prescripción MIPRES No. 20190128116010153 465 del 28/01/2019; IMC:41.6, se aplica descuento por procedimiento homólogo GASTRECTOMIA PARCIAL \$1.014.280. ADRES SOLEDAD SUBSIDIADO. Fecha de prestación: 19/03/2019
73	SM97024	11.514.280					3806		11.514.280		1.014.280		-	1.014.280	2020091847	-	-	10.500.000	0	Se levanta parcialmente valor glosado, validación de factura y soportes cobro de procedimiento NOPBS GASTRECTOMIA VERTICAL (MANGA GASTRICA ) POR LAPAROSCOPIA \$ 11.514.280 Prescripción MIPRES No. 20190121177010051 014 del 21/01/2019; IMC: 49.61; se aplica descuento por procedimiento homólogo GASTRECTOMIA PARCIAL \$1.014.280. ADRES SOLEDAD SUBSIDIADO. Fecha de prestación: 21/03/2019

74	SM97025	11.514.280					3806		11.514.280		1.014.280		-	1.014.280	2020091847	-	-	10.500.000	0	Se levanta parcialmente valor glosado, validación de factura y soportes cobro de procedimiento NOPBS GASTRECTOMIA VERTICAL (MANGA GASTRICA ) POR LAPAROSCOPIA \$ 11.514.280 Prescripción MIPRES No201901301150102 08624 del 30 Enero/2019, IMC:41.7 ;se aplica descuento por procedimiento homólogo GASTRECTOMIA PARCIAL \$1.014.280. ADRES GALAPA SUBSIDIADO. Fecha de prestación: 21/03/2019.
75	SM97105	11.514.280					3806		11.514.280		1.014.280		-	1.014.280	2020091847	-	-	10.500.000	0	Se levanta parcialmente valor glosado, validación de factura y soportes cobro de procedimiento NOPBS GASTRECTOMIA VERTICAL (MANGA GASTRICA ) POR LAPAROSCOPIA \$ 11.514.280 Prescripción MIPRES No201901241730101 04082 del 24 Enero/2019, IMC 45.52 ; se aplica descuento por procedimiento homólogo GASTRECTOMIA PARCIAL \$1.014.280. ADRES SOLEDAD SUBSIDIADO HASTA ABRIL /2019 Fecha de prestación: 23/03/2019.



76	SM97406	11.514.280					3806		11.514.280		1.014.280		-	1.014.280	2020091847	-	-	10.500.000	0	Se levanta parcialmente valor glosado validación de factura y soportes cobro de procedimiento NOPBS GASTRECTOMIA VERTICAL (MANGA GASTRICA ) POR LAPAROSCOPIA \$ 11.514.280 Prescripción MIPRES No 20190201120010245 954 del 01/02/2019, IMC: 44.15 se aplica descuento por procedimiento homólogo GASTRECTOMIA PARCIAL \$1.014.280. ADRES SUBSIDIADO SOLEDAD. FECHA DE PRESTACIÓN: 23/03/2019.
77	SM98018	1.709.708					3714		1.709.708		1.709.708		-	1.709.708	2020091847	-	-	-	0	Se mantiene glosa total, ya que no se soporta prescripción MIPRES para la fecha de prestación, ya que las adjuntas corresponden a fechas posteriores a la prestación del servicio. Validados soportes registro de CUM en factura de venta, se evidencia Prescripción MIPRES 20190530188012302 445, de 30/05/2019, autorización de EPS adjunta registra Prescripción No. 20190423163011555 123 del 23 de Abril/2019 Aplicaciones del medicamento soportadas en fecha del 30/03/2019 a 14/04/2019. Prescripción por fuera

78	SM98025	103.917					3201		103.917	103.917	-	103.917	2020091847	-	-	-	0	Se mantiene glosa total por cobertura, tecnología facturada REMIFENTANILO CLORHIDRATO POLVO PARA RECONSTITUIR A SLN INY 2 MG, Tecnología cubierta en el PBS con cargo a la UPC , de acuerdo a lo estipulado en Art 29/ Resolución 5857/2018 F de prestación: 03/04/2019
79	SM98136	13.000					3201		13.000	-	-	-	2020091847	-	-	13.000	0	Se levanta glosa total, (\$13.000) tecnología facturada ETILENEFRINA SLN INYECTABLE 10 MG, ATC C01CA01, En INVIMA clasificaci6nx ATC en el grupo farmacol6gico Terapia cardíaca, como agente adrenergicos y dopaminergicos, indicaci6n como VASOPRESOR, por lo que no aplica el Art.29 de la Res 5857/2018 que se refiere a medicamentos indicados para sedaci6n, analgesia y anestesia. F. prestaci6n: 22/04/2019

80	SM98143	207.834					3201		207.834		207.834		-	207.834	2020091847	-	-	-	0	Se mantiene glosa total por cobertura, tecnología facturada REMIFENTANILO CLORHIDRATO POLVO PARA RECONSTITUIR A SLN INY 2 MG, Tecnología cubierta en el PBS con cargo a la UPC con cargo a la UPC , de acuerdo a lo estipulado en Art 29/ Resolución 5857/2018 F de prestación: 22/04/2019.
<b>TOTAL</b>		<b>236.787.065</b>		<b>132.334.979</b>					<b>101.723.627</b>		<b>41.148.574</b>			<b>41.148.574</b>				<b>192.910.032</b>		