

FORMATO AIFT010 - Conciliación Cartera ERP – EBP

ENTIDAD TERRITORIAL: SECRETARIA DE SALUD DEL ATLANTICO

IPS:HELPHARMA SA

FECHA DE CORTE DE CONCILIACION: 31/12/2020

FECHA DE CONCILIACION: 16/07/2020

INFOR		INFORMACION ERP																		
No.	FACTURA ACREEDOR REG. ERP	VALOR FACTURA REGISTRADA ERP	VALOR DESCUENTO Y AJUSTES RECOBRO	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 A ACEPTADA EPS	GLOSA CONCILIADA ACEPTADA POR ACREEDOR	NÚMERO DE ACTA DE CONCILIACIÓN	GLOSA PENDIENTE POR CONCILIAR	GLOSA REITERADA POR CONCILIAR	SALDO LIBRE PARA PAGO A FECHA DE CORTE	ACTUAL MENTE PROCESO LEGAL	OBSERVACIONES
1	Q62391	90.292		90.292			849		-		-			-	2020071605			90.292		SE LEVANTA GLOSA, SE VALIDAN SOPORTES, FACTURA CUMPLE CON TODOS LOS REQUISITOS LEGALES.
2	Q62393	141.901		141.901			849		-		4.470			4.470	2020071605			137.431		SE LEVANTA GLOSA PARCIAL, SE VALIDAN SOPORTES, SE HACE DESCUENTO DE DIFERENCIA Y CANTIDAD EN EL MEDICAMENTO SUSTITUTO SALBUTAMOL INHALADOR \$ (7.652*1), PRESTADOR FACTURA (3.182*1), MEDICAMENTO NO PBS BUDESONIDA 80 + FORMOTEROL 4.5 INHALADOR 120 DOSIS CANTIDAD X 1.
3	Q62398	406.497		406.497			849		-		-			-	2020071605			406.497		SE LEVANTA GLOSA, SE VALIDAN SOPORTES, MEDICAMENTO NO PBS PARICALCITOL 2 MCG TABLETA CANTIDAD X 30. TARIFA REGULADA SEGÚN CIRCULAR 04/2012. DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO INCLUIDO.
4	Q62798	406.497		406.497			849		-		-			-	2020071605			406.497		SE LEVANTA GLOSA, SE VALIDAN SOPORTES, MEDICAMENTO NO PBS PARICALCITOL 2 MCG TABLETA CANTIDAD X 30. TARIFA REGULADA SEGÚN CIRCULAR 04/2012. DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO INCLUIDO.
5	Q64328	141.901		141.901			849		-		4.470			4.470	2020071605			137.431		SE LEVANTA GLOSA PARCIAL, SE VALIDAN SOPORTES, SE HACE DESCUENTO DE DIFERENCIA Y CANTIDAD EN EL MEDICAMENTO SUSTITUTO SALBUTAMOL INHALADOR \$ (7.652*1), PRESTADOR FACTURA (3.182*1), MEDICAMENTO NO PBS BUDESONIDA 80 + FORMOTEROL 4.5 INHALADOR 120 DOSIS CANTIDAD X 1.
6	Q64330	141.901		141.901			849		-		4.470			4.470	2020071605			137.431		SE LEVANTA GLOSA PARCIAL, SE VALIDAN SOPORTES, SE HACE DESCUENTO DE DIFERENCIA Y CANTIDAD EN EL MEDICAMENTO SUSTITUTO SALBUTAMOL INHALADOR \$ (7.652*1), PRESTADOR FACTURA (3.182*1), MEDICAMENTO NO PBS BUDESONIDA 80 + FORMOTEROL 4.5 INHALADOR 120 DOSIS CANTIDAD X 1.

7	Q64332	174.517	174.517	849	-	2.272	2.272	2020071605	172.245	SE LEVANTA GLOSA PARCIAL, SE VALIDAN SOPORTES, SE HACE DESCUENTO DE DIFERENCIA EN EL MEDICAMENTO SUSTITUTO KETOTIFENO JBE 100ML \$(1.136*3). PRESTADOR FACTURA \$(1.136*1). MEDICAMENTO NO PBS MONTELUKAST 4 MG SOBRE CANTIDAD X 90.
8	Q64334	114.129	114.129	849	-	4.950	4.950	2020071605	109.179	SE LEVANTA GLOSA, SE VALIDAN SOPORTES, DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO CLORFENIRAMINA 4 MG TABLETA \$(77*90). PRESTADOR FACTURA \$(22*90). MEDICAMENTO NO PBS LEVOCETIRIZINA 5 MG TABLETA CANTIDAD X 1.
9	Q64915	680.994	680.994	849	-	8.100	8.100	2020071605	672.894	SE LEVANTA GLOSA PARCIAL, SE VALIDAN SOPORTES, SE HACE DESCUENTO DE DIFERENCIA EN EL MEDICAMENTO SUSTITUTO LORATADINA 10 MG TAB \$(112*90). PRESTADOR FACTURA A \$(22*90). MEDICAMENTO NO PBS FEXOFENADINA 180 MG TABLETA CANTIDAD X 90
10	Q64917	90.817	90.817	849	-	-	-	2020071605	90.817	SE LEVANTA GLOSA, FACTURA CUMPLE CON TODOS LOS REQUISITOS LEGALES, MEDICAMENTO NO PBS ACETONIDO DE TRIAMCINOLONA 55 MCG SOLUCION NASAL 120 DOSIS CANTIDAD X 3. DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO INCLUIDO. ANEXAN SOPORTES
11	Q65166	141.901	141.901	849	-	4.470	4.470	2020071605	137.431	SE LEVANTA GLOSA PARCIAL, SE VALIDAN SOPORTES, SE HACE DESCUENTO DE DIFERENCIA Y CANTIDAD EN EL MEDICAMENTO SUSTITUTO SALBUTAMOL INHALADOR \$(7.652*1), PRESTADOR FACTURA (3.182*1), MEDICAMENTO NO PBS BUDESONIDA 80 + FORMOTEROL 4.5 INHALADOR 120 DOSIS CANTIDAD X 1.
12	Q65974	141.901	141.901	849	-	4.470	4.470	2020071605	137.431	SE LEVANTA GLOSA PARCIAL, SE VALIDAN SOPORTES, SE HACE DESCUENTO DE DIFERENCIA Y CANTIDAD EN EL MEDICAMENTO SUSTITUTO SALBUTAMOL INHALADOR \$(7.652*1), PRESTADOR FACTURA (3.182*1), MEDICAMENTO NO PBS BUDESONIDA 80 + FORMOTEROL 4.5 INHALADOR 120 DOSIS CANTIDAD X 1.

13	Q67644	191.433	191.433	849	-	13.410	13.410	2020071605	178.023	SE LEVANTA GLOSA PARCIAL, SE VALIDAN SOPORTES, SE HACE DESCUENTO DE DIFERENCIA EN EL MEDICAMENTO SUSTITUTO SALBUTAMOL INHALADOR \$ (7.652*3), PRESTADOR FACTURA (3.182*3), MEDICAMENTO NO PBS SALMETEROL 50 MCG + FLUTICASONA 500 MCG INHALADOR CANTIDAD X 3
14	Q67730	61.438	61.438	849	-	-	-	2020071605	61.438	SE LEVANTA GLOSA, SE VALIDAN SOPORTES, FACTURA CUMPLE CON TODOS LOS REQUISITOS LEGALES.
15	Q68808	114.129	114.129	849	-	4.950	4.950	2020071605	109.179	SE LEVANTA GLOSA, SE VALIDAN SOPORTES, DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO CLORFENIRAMINA 4 MG TABLETA \$(77*90). PRESTADOR FACTURA \$(22*90). MEDICAMENTO NO PBS LEVOCETIRIZINA 5 MG TABLETA CANTIDAD X 1.
16	Q69508	90.292	90.292	849	-	-	-	2020071605	90.292	SE LEVANTA GLOSA, SE VALIDAN SOPORTES, FACTURA CUMPLE CON TODOS LOS REQUISITOS LEGALES.
17	Q69513	155.871	155.871	849	-	-	-	2020071605	155.871	SE LEVANTA GLOSA, PRESTADOR ANEXA SOPORTES, FACTURA CUMPLE CON TODOS LOS REQUISITOS LEGALES, MEDICAMENTO NO PBS MONTELUKAST 10MG CANTIDAD X 90, TARIFA REGULADA SEGÚN CIRCULAR 04/2012. DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO KETOTIFENO 1MG TABLETA INCLUIDO
18	Q69846	141.901	141.901	849	-	-	-	2020071605	141.901	SE LEVANTA GLOSA, SE VALIDAN SOPORTES, FACTURA CUMPLE CON TODOS LOS REQUISITOS LEGALES.
19	Q70274	147.402	147.402	849	-	20.610	20.610	2020071605	126.792	SE LEVANTA GLOSA PARCIAL, SE VALIDAN SOPORTES, SE DESCUENTA DIFERENCIA DE MEDICAMENTO SUSTITUTO TEOFILINA 125 MG TAB \$(285*90), PRESTADOR FACTURA A \$(28*180). MEDICAMENTO NO PBS MONTELUKAST 10 MG TABLETA TARIFA REGULADA SEGÚN CIRCULAR 04/2012.
20	Q70747	390.765	390.765	849	-	36.366	36.366	2020071605	354.399	SE LEVANTA GLOSA PARCIAL, SE VALIDAN SOPORTES, EL CODIGO CUM DE LA FACTURA CORRESPONDE CON EMITIDO POR EL INVIMA, SE HACE DESCUENTO DE DIFERENCIA Y CANTIDAD EN EL MEDICAMENTO SUSTITUTO SALBUTAMOL INHALADOR \$ (7.652*6), PRESTADOR FACTURA (3.182*3), MEDICAMENTO NO PBS BUDESONIDA 200 MCG + FORMOTEROL 6 MCG CAPSULA INHALADA CANTIDAD X 180.

21	Q70749	81.144	81.144	849	-	-	-	2020071605	81.144	SE LEVANTA GLOSA, PRESTADOR ANEXA SOPORTES, FACTURA CUMPLE CON TODOS LOS REQUISITOS LEGALES, MEDICAMENTO NO PBS MONTELUKAST 10MG CANTIDAD X 30, TARIFA REGULADA SEGÚN CIRCULAR 04/2012. DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO KETOTIFENO 1MG TABLETA INCLUIDO
22	Q71452	36.909	36.909	849	-	-	-	2020071605	36.909	SE LEVANTA GLOSA, SE VALIDAN SOPORTES, FACTURA CUMPLE CON TODOS LOS REQUISITOS LEGALES.
23	Q72316	347.304	347.304	849	-	34.020	34.020	2020071605	313.284	SE LEVANTA GLOSA PARCIAL, SE VALIDAN SOPORTES, SE DESCUENTA DIFERENCIA DE MEDICAMENTO SUSTITUTO TEOFILINA 125 MG TAB \$(285*90), PRESTADOR FACTURA A \$(28*180). MEDICAMENTO NO PBS MONTELUKAST 10 MG TABLETA TARIFA REGULADA SEGÚN CIRCULAR 04/2012. SE HACE DESCUENTO DE DIFERENCIA EN EL MEDICAMENTO SUSTITUTO SALBUTAMOL INHALADOR \$(7.652*3), PRESTADOR FACTURA (3.182*3), MEDICAMENTO NO PBS SALMETEROL 50 MCG + FLUTICASONA 500 MCG INHALADOR CANTIDAD X 3. FECHA DE ENTREGA: 12/12/2017
24	Q72783	390.765	390.765	849	-	36.366	36.366	2020071605	354.399	SE LEVANTA GLOSA PARCIAL, SE VALIDAN SOPORTES, EL CODIGO CUM DE LA FACTURA CORRESPONDE CON EMITIDO POR EL INVIMA, SE HACE DESCUENTO DE DIFERENCIA Y CANTIDAD EN EL MEDICAMENTO SUSTITUTO SALBUTAMOL INHALADOR \$(7.652*6), PRESTADOR FACTURA (3.182*3), MEDICAMENTO NO PBS BUDESONIDA 200 MCG + FORMOTEROL 6 MCG CAPSULA INHALADA CANTIDAD X 180.
25	Q72805	7.243.863	7.243.863	849	-	-	-	2020071605	7.243.863	SE LEVANTA GLOSA, PRESTADOR ANEXAN SOPORTES, FACTURA CUMPLE CON TODOS LOS REQUISITOS LEGALES, MEDICAMENTO NO PBS TOBRAMICINA 28 MG POLVO PARA INHALACION CAPSULA DURA (TOBI PODHALER) CANTIDAD X CANTIDAD X 224 CON CODIGO CUM 20034176 – 02 VALIDADO EN EL INVIMA Y FACTURA, DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO INCLUIDO.

26	Q73334	41.170	41.170	849	-	-	-	2020071605	41.170	SE LEVANTA GLOSA, SE VALIDAN SOPORTES, FACTURA CUMPLE CON TODOS LOS REQUISITOS LEGALES. MEDICAMENTO NO PBS FUROATO DE MOMETASONA 0.05% 18 GR CANTIDAD X 2. DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO INCLUIDO.
27	Q73893	114.189	114.189	849	-	-	-	2020071605	114.189	SE LEVANTA GLOSA, SE VALIDAN SOPORTES, FACTURA CUMPLE CON TODOS LOS REQUISITOS LEGALES.
28	Q73896	15.322	15.322	849	-	-	-	2020071605	15.322	SE LEVANTA GLOSA, SE VALIDAN SOPORTES, FACTURA CUMPLE CON TODOS LOS REQUISITOS LEGALES, MEDICAMENTO NO PBS ABACAVIR 600MG + LAMIVUDINA 300 MG CANTIDAD X 30. DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO INCLUIDO. FECHA DE PRESTACION DE SERVICIO 04/01/2016
29	Q74900	73.858	73.858	849	-	73.858	73.858	2020071605	-	GLOSA TOTAL, MEDICAMENTO DESLORATADINA TAB 5 MG SE ENCUENTRA CUBIERTA EN EL PLAN DE BENEFICIOS CON CARGO A LA UPC SEGÚN RESOLUCION 5269/2017 Y DEBE SER ASUMIDO POR LA EPS. CANTIDAD X 90. FECHA DE ENTREGA 01/02/2018
30	Q75213	191.433	191.433	849	-	13.410	13.410	2020071605	178.023	SE LEVANTA GLOSA PARCIAL, SE VALIDAN SOPORTES, SE HACE DESCUENTO DE DIFERENCIA EN EL MEDICAMENTO SUSTITUTO SALBUTAMOL INHALADOR \$ (7.652*3), PRESTADOR FACTURA (3.182*3), MEDICAMENTO NO PBS SALMETEROL 50 MCG + FLUTICASONA 500 MCG INHALADOR CANTIDAD X 3
31	Q75215	139.797	139.797	849	-	-	-	2020071605	139.797	SE LEVANTA GLOSA, PRESTADOR ANEXA SOPORTES, FACTURA CUMPLE CON TODOS LOS REQUISITOS LEGALES, MEDICAMENTO NO PBS MONTELUKAST 10MG CANTIDAD X 90, TARIFA REGULADA SEGÚN CIRCULAR 04/2012. DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO KETOTIFENO 1MG TABLETA INCLUIDO
32	Q75951	191.433	191.433	849	-	13.410	13.410	2020071605	178.023	SE LEVANTA GLOSA PARCIAL, SE VALIDAN SOPORTES, SE HACE DESCUENTO DE DIFERENCIA EN EL MEDICAMENTO SUSTITUTO SALBUTAMOL INHALADOR \$ (7.652*3), PRESTADOR FACTURA (3.182*3), MEDICAMENTO NO PBS SALMETEROL 50 MCG + FLUTICASONA 500 MCG INHALADOR CANTIDAD X 3

33	Q75954	139.797	139.797	849	-	20.610	20.610	2020071605	119.187	SE LEVANTA GLOSA PARCIAL, SE VALIDAN SOPORTES, SE DESCUENTA DIFERENCIA DE MEDICAMENTO SUSTITUTO TEOFILINA 125 MG TAB \$(285*90), PRESTADOR FACTURA A \$(28*180). MEDICAMENTO NO PBS MONTELUKAST 10 MG TABLETA TARIFA REGULADA SEGÚN CIRCULAR 04/2012.
34	Q77124	25.740	25.740	849	-	-	-	2020071605	25.740	SE LEVANTA GLOSA, SE VALIDAN SOPORTES, FACTURA CUMPLE CON TODOS LOS REQUISITOS LEGALES, MEDICAMENTO NO PBS LEVOCETIRIZINA 2.5 MG JARABE 100 ML CANTIDAD X 1, DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO INCLUIDO.
35	Q77602	25.740	25.740	849	-	-	-	2020071605	25.740	SE LEVANTA GLOSA, SE VALIDAN SOPORTES, FACTURA CUMPLE CON TODOS LOS REQUISITOS LEGALES, MEDICAMENTO NO PBS LEVOCETIRIZINA 2.5 MG JARABE 100 ML CANTIDAD X 1, DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO INCLUIDO.
36	Q61798	10.489	10.489	849	-	-	-	2020071605	10.489	SE LEVANTA GLOSA, SE VALIDAN SOPORTES, FACTURA CUMPLE CON TODOS LOS REQUISITOS LEGALES. MEDICAMENTO NO PBS LEVOCETIRIZINA 2.5 MG JARABE 120 ML CANTIDAD X 1. DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO INCLUIDO.
37	BQ1524	369.696	369.696	849	-	36.366	36.366	2020071605	333.330	SE LEVANTA GLOSA PARCIAL, SE VALIDAN SOPORTES, EL CODIGO CUM DE LA FACTURA CORRESPONDE CON EMITIDO POR EL INVIMA, SE HACE DESCUENTO DE DIFERENCIA Y CANTIDAD EN EL MEDICAMENTO SUSTITUTO SALBUTAMOL INHALADOR \$(7.652*6), PRESTADOR FACTURA (3.182*3), MEDICAMENTO NO PBS BUDESONIDA 200 MCG + FORMOTEROL 6 MCG CAPSULA INHALADA CANTIDAD X 180.
38	BQ1566	50.760	50.760	849	-	-	-	2020071605	50.760	SE LEVANTA GLOSA, PRESTADOR ANEXA SOPORTES, FACTURA CUMPLE CON TODOS LOS REQUISITOS LEGALES, MEDICAMENTO NO PBS MONTELUKAST 10MG CANTIDAD X 30, TARIFA REGULADA SEGÚN CIRCULAR 04/2018. DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO KETOTIFENO 1MG TABLETA INCLUIDO

39	BQ1799	205.560	205.560	849	-	8.100	8.100	2020071605	197.460	SE LEVANTA GLOSA PARCIAL, SE VALIDAN SOPORTES, SE HACE DESCUENTO DE DIFERENCIA EN EL MEDICAMENTO SUSTITUTO LORATADINA 10 MG TAB \$(112*90). PRESTADOR FACTURA A \$(22*90). MEDICAMENTO NO PBS FEXOFENADINA 120 MG TABLETA CANTIDAD X 90
40	BQ2195	50.760	50.760	849	-	-	-	2020071605	50.760	SE LEVANTA GLOSA, PRESTADOR ANEXA SOPORTES, FACTURA CUMPLE CON TODOS LOS REQUISITOS LEGALES, MEDICAMENTO NO PBS MONTELUKAST 10MG CANTIDAD X 30, TARIFA REGULADA SEGÚN CIRCULAR 04/2018. DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO KETOTIFENO 1MG TABLETA INCLUIDO
41	BQ2316	74.338	74.338	849	-	12.122	12.122	2020071605	62.216	SE LEVANTA GLOSA PARCIAL, SE VALIDAN SOPORTES, EL CODIGO CUM DE LA FACTURA CORRESPONDE CON EMITIDO POR EL INVIMA, SE HACE DESCUENTO DE DIFERENCIA Y CANTIDAD EN EL MEDICAMENTO SUSTITUTO SALBUTAMOL INHALADOR \$ (7.652*2), PRESTADOR FACTURA (3.182*1), MEDICAMENTO NO PBS BUDESONIDA 200 MCG + FORMOTEROL 6 MCG CAPSULA INHALADA CANTIDAD X 60.
42	BQ2389	50.760	50.760	849	-	-	-	2020071605	50.760	SE LEVANTA GLOSA, PRESTADOR ANEXA SOPORTES, FACTURA CUMPLE CON TODOS LOS REQUISITOS LEGALES, MEDICAMENTO NO PBS MONTELUKAST 10MG CANTIDAD X 30, TARIFA REGULADA SEGÚN CIRCULAR 04/2018. DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO KETOTIFENO 1MG TABLETA INCLUIDO
43	BQ2922	150.288	150.288	849	-	13.410	13.410	2020071605	136.878	SE LEVANTA GLOSA PARCIAL, SE VALIDAN SOPORTES, SE HACE DESCUENTO DE DIFERENCIA EN EL MEDICAMENTO SUSTITUTO SALBUTAMOL INHALADOR \$ (7.652*3), PRESTADOR FACTURA (3.182*3), MEDICAMENTO NO PBS SALMETEROL 50 MCG + FLUTICASONA 500 MCG INHALADOR CANTIDAD X 3
44	BQ3258	131.236	131.236	849	-	88.669	88.669	2020071605	42.567	SE LEVANTA GLOSA PARCIAL, SE VALIDAN SOPORTES, SE HACE DESCUENTO DE DIFERENCIA EN EL VALOR DEL MEDICAMENTO NO PBS CEFUROXIMA 500 mg/1UML \$(2.274*21). PRESTADOR FACTURA A \$(8.144*21). DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO INCLUIDO.

45	BQ5133	74.338	74.338	849	-	74.338	74.338	2020071605	-	GLOSA TOTAL, SE VALIDAN SOPORTES, NO SE EVIDENCIA EN EL ACTA DE ENTREGA LA FECHA DE PRESTACION DE SERVICIOS. EL CODIGO CUM DE LA FACTURA CORRESPONDE CON EMITIDO POR EL INVIMA, SE HACE DESCUENTO DE DIFERENCIA Y CANTIDAD EN EL MEDICAMENTO SUSTITUTO SALBUTAMOL INHALADOR \$ (7.652*2), PRESTADOR FACTURA (3.182*1), MEDICAMENTO NO PBS BUDESONIDA 200 MCG + FORMOTEROL 6 MCG CAPSULA INHALADA CANTIDAD X 60.
46	BQ5768	1.923.064	1.923.064	849	-	-	-	2020071605	1.923.064	SE LEVANTA GLOSA, PRESTADOR ANEXAN SOPORTES, FACTURA CUMPLE CON TODOS LOS REQUISITOS LEGALES, MEDICAMENTO NO PBS OMALIZUMAB 150 MG/1.2 ML AMPOLLA CANTIDAD X 2 TARIFA REGULADA SEGÚN CIRCULAR 07/2018. DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO AMINOFILINA 240 MG/10ML AMPOLLA SOLUCION INYECTABLE.
47	BQ7275	1.923.064	1.923.064	849	-	-	-	2020071605	1.923.064	SE LEVANTA GLOSA, PRESTADOR ANEXA SOPORTES, FACTURA CUMPLE CON TODOS LOS REQUISITOS LEGALES, MEDICAMENTO NO PBS OMALIZUMAB 150 MG/1 ML AMPOLLA CANTIDAD X 2 TARIFA REGULADA SEGÚN CIRCULAR 04/2018. DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO AMINOFILINA 240 MG/10ML AMPOLLA SOLUCION INYECTABLE.
48	BQ7285	1.923.064	1.923.064	849	-	-	-	2020071605	1.923.064	SE LEVANTA GLOSA, PRESTADOR ANEXAN SOPORTES, FACTURA CUMPLE CON TODOS LOS REQUISITOS LEGALES, MEDICAMENTO NO PBS OMALIZUMAB 150 MG/1.2 ML AMPOLLA CANTIDAD X 2 TARIFA REGULADA SEGÚN CIRCULAR 07/2018. DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO AMINOFILINA 240 MG/10ML AMPOLLA SOLUCION INYECTABLE.
49	BQ7288	1.923.064	1.923.064	849	-	-	-	2020071605	1.923.064	SE LEVANTA GLOSA, PRESTADOR ANEXA SOPORTES, FACTURA CUMPLE CON TODOS LOS REQUISITOS LEGALES, MEDICAMENTO NO PBS OMALIZUMAB 150 MG/1 ML AMPOLLA CANTIDAD X 2 TARIFA REGULADA SEGÚN CIRCULAR 04/2018. DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO AMINOFILINA 240 MG/10ML AMPOLLA SOLUCION INYECTABLE.

50	BQ7290	1.923.064	1.923.064	849	-	-	-	2020071605	1.923.064	SE LEVANTA GLOSA, PRESTADOR ANEXA SOPORTES, FACTURA CUMPLE CON TODOS LOS REQUISITOS LEGALES, MEDICAMENTO NO PBS OMALIZUMAB 150 MG/1 ML AMPOLLA CANTIDAD X 2 TARIFA REGULADA SEGÚN CIRCULAR 04/2018. DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO AMINOFILINA 240 MG/10ML AMPOLLA SOLUCION INYECTABLE.
51	BQ7292	1.923.064	1.923.064	849	-	-	-	2020071605	1.923.064	SE LEVANTA GLOSA, PRESTADOR ANEXA SOPORTES, FACTURA CUMPLE CON TODOS LOS REQUISITOS LEGALES, MEDICAMENTO NO PBS OMALIZUMAB 150 MG/1 ML AMPOLLA CANTIDAD X 2 TARIFA REGULADA SEGÚN CIRCULAR 04/2018. DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO AMINOFILINA 240 MG/10ML AMPOLLA SOLUCION INYECTABLE.
52	BQ7341	74.338	74.338	849	-	12.122	12.122	2020071605	62.216	SE LEVANTA GLOSA PARCIAL, SE VALIDAN SOPORTES, EL CODIGO CUM DE LA FACTURA CORRESPONDE CON EMITIDO POR EL INVIMA, SE HACE DESCUENTO DE DIFERENCIA Y CANTIDAD EN EL MEDICAMENTO SUSTITUTO SALBUTAMOL INHALADOR \$ (7.652*2), PRESTADOR FACTURA (3.182*1), MEDICAMENTO NO PBS BUDESONIDA 200 MCG + FORMOTEROL 6 MCG CAPSULA INHALADA CANTIDAD X 60.
53	Q79342	43.910	43.910	849	-	43.910	43.910	2020071605	-	GLOSA TOTAL, SE VALIDAN SOPORTES, FACTURA NO REGISTRA EL CODIGO CUM Y ATC DE LA TECNOLOGIA NO POS FACTURADA. MEDICAMENTO NO PBS FUROATO DE MOMETASONA 0.05% 18 GR CANTIDAD X 2. DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO INCLUIDO.
54	Q79344	120.240	120.240	849	-	120.240	120.240	2020071605	-	GLOSA TOTAL, SE VALIDAN SOPORTES, FACTURA NO REGISTRA EL CODIGO CUM Y ATC DE LA TECNOLOGIA NO POS FACTURADA. MEDICAMENTO NO PBS LEVOCETIRIZINA 5 MG CAPSULA CANTIDAD X 90, DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO INCLUIDO.
55	Q79346	116.910	116.910	849	-	116.910	116.910	2020071605	-	GLOSA TOTAL, SE VALIDAN SOPORTES, FACTURA NO REGISTRA EL CODIGO CUM Y ATC DE LA TECNOLOGIA NO PBS FACTURADA. MEDICAMENTO NO PBS MONTELUKAST 10MG CANTIDAD X 90, TARIFA REGULADA SEGÚN CIRCULAR 04/2018. DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO KETOTIFENO 1MG TABLETA INCLUIDO

56	Q80018	1.931.650	1.931.650	849	-	736.064	736.064	2020071605	1.195.586	SE LEVANTA GLOSA PARCIAL, SE HACE DESCUENTO DE DIFERENCIA EN EL VALOR DEL MEDICAMENTO SUSTITUTO MEROPENEM 1 G AMPOLLA (\$56.140*14). MEDICAMENTO NO PBS ERTAPENEM 1 GR AMPOLLA \$ (143.900*14) TARIFA REGULADA SEGÚN CIRCULAR 04/2018.
57	Q80120	278.460	278.460	849	-	278.460	278.460	2020071605	-	GLOSA TOTAL, SE VALIDAN SOPORTES, MEDICAMENTO CETIRIZINA SEGÚN LA CIRCULAR 016/2018 : SE CUBREN CON CARGO A LA UPC LOS METABOLITOS ACTIVOS PRODUCTO DEL PRINCIPIO ACTIVO YA DESCRITO EN EL MENCIONADO ANEXO N° 1, INDISTINTAMENTE DE LA FORMA FARMACÉUTICA. EN FACTURA DE VENTA NO SE REGISTRA EL CODIGO CUM Y ATC DE LA TECNOLOGIA NO POS FACTURADA. FECHA DE PRESTACION DE SERVICIO 07/05/2018
58	Q80862	116.910	116.910	849	-	116.910	116.910	2020071605	-	GLOSA TOTAL, SE VALIDAN SOPORTES, FACTURA NO REGISTRA EL CODIGO CUM Y ATC DE LA TECNOLOGIA NO PBS FACTURADA. SE DESCUENTA DIFERENCIA DE MEDICAMENTO SUSTITUTO TEOFILINA 125 MG TAB \$(285*90), PRESTADOR FACTURA A \$(28*180). MEDICAMENTO NO PBS MONTELUKAST 10 MG TABLETA TARIFA REGULADA SEGÚN CIRCULAR 04/2018.
59	Q80864	411.834	411.834	849	-	36.366	36.366	2020071605	375.468	SE LEVANTA GLOSA PARCIAL, SE VALIDAN SOPORTES, EL CODIGO CUM DE LA FACTURA CORRESPONDE CON EMITIDO POR EL INVIMA, SE HACE DESCUENTO DE DIFERENCIA Y CANTIDAD EN EL MEDICAMENTO SUSTITUTO SALBUTAMOL INHALADOR \$ (7.652*6), PRESTADOR FACTURA (3.182*3), MEDICAMENTO NO PBS BUDESONIDA 200 MCG + FORMOTEROL 6 MCG CAPSULA INHALADA CANTIDAD X 180.
60	Q81258	53.138	53.138	849	-	53.138	53.138	2020071605	-	GLOSA TOTAL, SE VALIDAN SOPORTES, FACTURA NO REGISTRA EL CODIGO CUM Y ATC DE LA TECNOLOGIA NO PBS FACTURADA. SE HACE DESCUENTO DE DIFERENCIA EN EL MEDICAMENTO SUSTITUTO SALBUTAMOL INHALADOR \$ (7.652*1), PRESTADOR FACTURA (3.182*1), MEDICAMENTO NO PBS SALMETEROL 50 MCG + FLUTICASONA 250 MCG INHALADOR CANTIDAD X 1

61	Q82013	77.940	77.940	849	-	77.940	77.940	2020071605	-	GLOSA TOTAL, SE VALIDAN SOPORTES, FACTURA NO REGISTRA EL CODIGO CUM Y ATC DE LA TECNOLOGIA NO PBS FACTURADA. SE DESCUENTA DIFERENCIA DE MEDICAMENTO SUSTITUTO TEOFILINA 125 MG TAB \$(285*60), PRESTADOR FACTURA A \$(28*120). MEDICAMENTO NO PBS MONTELUKAST 10 MG TABLETA TARIFA REGULADA SEGÚN CIRCULAR 04/2018
62	Q82677	104.715	104.715	849	-	104.715	104.715	2020071605	-	GLOSA TOTAL, SE VALIDAN SOPORTES, FACTURA NO REGISTRA EL CODIGO CUM Y ATC DE LA TECNOLOGIA NO PBS FACTURADA. SE DESCUENTA DIFERENCIA DE MEDICAMENTO SUSTITUTO TEOFILINA 125 MG TAB \$(285*90), PRESTADOR FACTURA A \$(28*180). MEDICAMENTO NO PBS MONTELUKAST 10 MG TABLETA TARIFA REGULADA SEGÚN CIRCULAR 04/2018.
63	Q83403	27.149	27.149	849	-	27.149	27.149	2020071605	-	GLOSA TOTAL, SE VALIDAN SOPORTES, FACTURA NO REGISTRA EL CODIGO CUM Y ATC DE LA TECNOLOGIA NO POS FACTURADA. MEDICAMENTO NO PBS LEVOCETIRIZINA 2.5 MG JARABE 100 ML CANTIDAD X 1, DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO INCLUIDO.
64	Q84188	205.560	205.560	849	-	8.100	8.100	2020071605	197.460	SE LEVANTA GLOSA PARCIAL, SE VALIDAN SOPORTES, SE HACE DESCUENTO DE DIFERENCIA EN EL MEDICAMENTO SUSTITUTO LORATADINA 10 MG TAB \$(112*90). PRESTADOR FACTURA A \$(22*90). MEDICAMENTO NO PBS FEXOFENADINA 120 MG TABLETA CANTIDAD X 90
65	Q84405	348.184	348.184	849	-	348.184	348.184	2020071605	-	GLOSA TOTAL, SE VALIDAN SOPORTES, FACTURA NO REGISTRA EL CODIGO CUM Y ATC DE LA TECNOLOGIA NO PBS FACTURADA. SE HACE DESCUENTO DE DIFERENCIA EN EL MEDICAMENTO SUSTITUTO NITROGLICERINA 50 MGR/ML \$(12.526*4). PRESTADOR FACTURA A \$(4044*4). MEDICAMENTO NO PBS ALPROSTADIL 20 MCG/ 1 ML SOLUCION INYECTABLE \$(91.090*4) TARIFA REGULADA SEGÚN CIRCULAR 04/2018.

66	Q84680	50.760	50.760	849	-	-	-	2020071605	50.760	SE LEVANTA GLOSA, PRESTADOR ANEXA SOPORTES, FACTURA CUMPLE CON TODOS LOS REQUISITOS LEGALES, MEDICAMENTO NO PBS MONTELUKAST 10MG CANTIDAD X 30, TARIFA REGULADA SEGÚN CIRCULAR 04/2018. DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO KETOTIFENO 1MG TABLETA INCLUIDO
67	Q84736	25.667	25.667	849	-	25.667	25.667	2020071605	-	GLOSA TOTAL, SE VALIDAN SOPORTES, FACTURA NO REGISTRA EL CODIGO CUM Y ATC DE LA TECNOLOGIA NO POS FACTURADA. MEDICAMENTO NO PBS LEVOCETIRIZINA 2.5 MG JARABE 100 ML CANTIDAD X 1, DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO INCLUIDO.
68	Q85342	50.760	50.760	849	-	-	-	2020071605	50.760	SE LEVANTA GLOSA, PRESTADOR ANEXA SOPORTES, FACTURA CUMPLE CON TODOS LOS REQUISITOS LEGALES, MEDICAMENTO NO PBS MONTELUKAST 10MG CANTIDAD X 30, TARIFA REGULADA SEGÚN CIRCULAR 04/2018. DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO KETOTIFENO 1MG TABLETA INCLUIDO
69	Q86009	150.288	150.288	849	-	150.288	150.288	2020071605	-	GLOSA TOTAL, SE VALIDAN SOPORTES, FACTURA NO REGISTRA EL CODIGO CUM Y ATC DE LA TECNOLOGIA NO PBS FACTURADA. SE HACE DESCUENTO DE DIFERENCIA EN EL MEDICAMENTO SUSTITUTO SALBUTAMOL INHALADOR \$ (7.652*3), PRESTADOR FACTURA (3.182*3), MEDICAMENTO NO PBS SALMETEROL 50 MCG + FLUTICASONA 500 MCG INHALADOR CANTIDAD X 1
70	Q86011	50.760	50.760	849	-	-	-	2020071605	50.760	SE LEVANTA GLOSA, PRESTADOR ANEXA SOPORTES, FACTURA CUMPLE CON TODOS LOS REQUISITOS LEGALES, MEDICAMENTO NO PBS MONTELUKAST 10MG CANTIDAD X 30, TARIFA REGULADA SEGÚN CIRCULAR 04/2018. DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO KETOTIFENO 1MG TABLETA INCLUIDO
71	Q86327	246.464	246.464	849	-	24.244	24.244	2020071605	222.220	SE LEVANTA GLOSA PARCIAL, SE VALIDAN SOPORTES, SE HACE DESCUENTO DE DIFERENCIA Y CANTIDAD EN EL MEDICAMENTO SUSTITUTO SALBUTAMOL INHALADOR \$ (7.652*4), PRESTADOR FACTURA (3.182*2), MEDICAMENTO NO PBS BUDESONIDA 200 MCG + FORMOTEROL 6 MCG CAPSULA INHALADA CANTIDAD X 120.

72	Q86342	2.977.228	2.977.228	849	-	105.012	105.012	2020071605	2.872.216	SE LEVANTA GLOSA, SE VALIDAN SOPORTES, SE REGISTRA EN LA FACTURA UN MAYOR VALOR COBRADO, MEDICAMENTO NO PBS TIROTROPINA ALFA RECOMBINANTE HUMANA SOL. INY. 1.1 MG \$(1.500.187*2) TARIFA REGULADA SEGÚN CIRCULAR 04/2018. PRESTADOR FACTURA A \$(1.552.693*2). DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO INCLUIDO.
73	Q86991	50.760	50.760	849	-	-	-	2020071605	50.760	SE LEVANTA GLOSA, PRESTADOR ANEXA SOPORTES, FACTURA CUMPLE CON TODOS LOS REQUISITOS LEGALES, MEDICAMENTO NO PBS MONTELUKAST 10MG CANTIDAD X 30, TARIFA REGULADA SEGÚN CIRCULAR 04/2018. DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO KETOTIFENO 1MG TABLETA INCLUIDO
74	Q88059	411.834	411.834	849	-	36.366	36.366	2020071605	375.468	SE LEVANTA GLOSA PARCIAL, SE VALIDAN SOPORTES, EL CODIGO CUM DE LA FACTURA CORRESPONDE CON EMITIDO POR EL INVIMA, SE HACE DESCUENTO DE DIFERENCIA Y CANTIDAD EN EL MEDICAMENTO SUSTITUTO SALBUTAMOL INHALADOR \$(7.652*6), PRESTADOR FACTURA (3.182*3), MEDICAMENTO NO PBS BUDESONIDA 200 MCG + FORMOTEROL 6 MCG CAPSULA INHALADA CANTIDAD X 180.
75	Q89244	20.066	20.066	849	-	-	-	2020071605	20.066	SE LEVANTA GLOSA, SE VALIDAN SOPORTES, FACTURA CUMPLE CON TODOS LOS REQUISITOS LEGALES.
76	Q68095	236.580	236.580	849	-	2.700	2.700	2020071605	233.880	SE LEVANTA GLOSA PARCIAL, SE VALIDAN SOPORTES, SE HACE DESCUENTO DE DIFERENCIA EN EL MEDICAMENTO SUSTITUTO LORATADINA 10 MG TAB \$(112*30). PRESTADOR FACTURA A \$(22*30). MEDICAMENTO NO PBS FEXOFENADINA 180 MG TABLETA CANTIDAD X 30
77	Q68099	236.580	236.580	849	-	2.700	2.700	2020071605	233.880	SE LEVANTA GLOSA PARCIAL, SE VALIDAN SOPORTES, SE HACE DESCUENTO DE DIFERENCIA EN EL MEDICAMENTO SUSTITUTO LORATADINA 10 MG TAB \$(112*30). PRESTADOR FACTURA A \$(22*30). MEDICAMENTO NO PBS FEXOFENADINA 180 MG TABLETA CANTIDAD X 30

78	Q68906	1.714.662	1.714.662	849	-	-	-	2020071605	1.714.662	SE LEVANTA GLOSA, PRESTADOR ANEXA SOPORTES, FACTURA CUMPLE CON TODOS LOS REQUISITOS LEGALES, MEDICAMENTO NO PBS OMALIZUMAB 150 MG/1.2 ML AMPOLLA CANTIDAD X 2 TARIFA REGULADA SEGÚN CIRCULAR 04/2012. DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO INCLUIDO. FECHA DE PRESTACION DE SERVICIO: 22/09/2015
79	Q68909	1.714.662	1.714.662	849	-	-	-	2020071605	1.714.662	SE LEVANTA GLOSA, PRESTADOR ANEXA SOPORTES, FACTURA CUMPLE CON TODOS LOS REQUISITOS LEGALES, MEDICAMENTO NO PBS OMALIZUMAB 150 MG/1.2 ML AMPOLLA CANTIDAD X 2 TARIFA REGULADA SEGÚN CIRCULAR 04/2012. DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO INCLUIDO. FECHA DE PRESTACION DE SERVICIO: 28/10/2015
80	Q68911	1.714.662	1.714.662	849	-	-	-	2020071605	1.714.662	SE LEVANTA GLOSA, PRESTADOR ANEXA SOPORTES, FACTURA CUMPLE CON TODOS LOS REQUISITOS LEGALES, MEDICAMENTO NO PBS OMALIZUMAB 150 MG/1.2 ML AMPOLLA CANTIDAD X 2 TARIFA REGULADA SEGÚN CIRCULAR 04/2012. DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO INCLUIDO. FECHA DE PRESTACION DE SERVICIO: 25/11/2015
81	Q68914	1.714.662	1.714.662	849	-	-	-	2020071605	1.714.662	SE LEVANTA GLOSA, PRESTADOR ANEXA SOPORTES, FACTURA CUMPLE CON TODOS LOS REQUISITOS LEGALES, MEDICAMENTO NO PBS OMALIZUMAB 150 MG/1.2 ML AMPOLLA CANTIDAD X 2 TARIFA REGULADA SEGÚN CIRCULAR 04/2012. DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO INCLUIDO. FECHA DE PRESTACION DE SERVICIO: 28/12/2015
82	Q68916	1.714.662	1.714.662	849	-	-	-	2020071605	1.714.662	SE LEVANTA GLOSA, PRESTADOR ANEXA SOPORTES, FACTURA CUMPLE CON TODOS LOS REQUISITOS LEGALES, MEDICAMENTO NO PBS OMALIZUMAB 150 MG/1.2 ML AMPOLLA CANTIDAD X 2 TARIFA REGULADA SEGÚN CIRCULAR 04/2012. DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO INCLUIDO. FECHA DE PRESTACION DE SERVICIO: 29/01/2016
83	Q68979	236.580	236.580	849	-	2.700	2.700	2020071605	233.880	SE LEVANTA GLOSA PARCIAL, SE VALIDAN SOPORTES, SE HACE DESCUENTO DE DIFERENCIA EN EL MEDICAMENTO SUSTITUTO LORATADINA 10 MG TAB \$(112*30). PRESTADOR FACTURA A \$(22*30). MEDICAMENTO NO PBS FEXOFENADINA 180 MG TABLETA CANTIDAD X 30

84	Q68993	1.714.662	1.714.662	849	-	-	-	2020071605	1.714.662	SE LEVANTA GLOSA, PRESTADOR ANEXA SOPORTES, FACTURA CUMPLE CON TODOS LOS REQUISITOS LEGALES, MEDICAMENTO NO PBS OMALIZUMAB 150 MG/1.2 ML AMPOLLA CANTIDAD X 2 TARIFA REGULADA SEGÚN CIRCULAR 04/2012. DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO INCLUIDO. FECHA DE PRESTACION DE SERVICIO: 11/04/2016
85	Q69076	1.714.662	1.714.662	849	-	-	-	2020071605	1.714.662	SE LEVANTA GLOSA, PRESTADOR ANEXA SOPORTES, FACTURA CUMPLE CON TODOS LOS REQUISITOS LEGALES, MEDICAMENTO NO PBS OMALIZUMAB 150 MG/1.2 ML AMPOLLA CANTIDAD X 2 TARIFA REGULADA SEGÚN CIRCULAR 04/2012. DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO INCLUIDO. FECHA DE PRESTACION DE SERVICIO: 29/02/2016
86	Q69080	1.714.662	1.714.662	849	-	-	-	2020071605	1.714.662	SE LEVANTA GLOSA, PRESTADOR ANEXA SOPORTES, FACTURA CUMPLE CON TODOS LOS REQUISITOS LEGALES, MEDICAMENTO NO PBS OMALIZUMAB 150 MG/1.2 ML AMPOLLA CANTIDAD X 2 TARIFA REGULADA SEGÚN CIRCULAR 04/2012. DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO INCLUIDO. FECHA DE PRESTACION DE SERVICIO: 11/05/2016
87	Q69168	716.940	716.940	849	-	8.100	8.100	2020071605	708.840	SE LEVANTA GLOSA PARCIAL, SE VALIDAN SOPORTES, SE HACE DESCUENTO DE DIFERENCIA EN EL MEDICAMENTO SUSTITUTO LORATADINA 10 MG TAB \$(112*90). PRESTADOR FACTURA A \$(22*90). MEDICAMENTO NO PBS FEXOFENADINA 180 MG TABLETA CANTIDAD X 90. FECHA DE PRESTACION DE SERVICIO: 23/07/2017
88	Q69170	1.972.862	1.972.862	849	-	-	-	2020071605	1.972.862	SE LEVANTA GLOSA, PRESTADOR ANEXA SOPORTES, SE REGISTRA EN LA FACTURA UN MAYOR VALOR COBRADO EN EL MEDICAMENTO NO PBS OMALIZUMAB 150 MG/1.2 ML AMPOLLA CANTIDAD X 2 TARIFA REGULADA SEGÚN CIRCULAR 01/2016. DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO INCLUIDO. FECHA DE PRESTACION DE SERVICIO: 24/03/2017
89	Q69175	716.940	716.940	849	-	8.100	8.100	2020071605	708.840	SE LEVANTA GLOSA PARCIAL, SE VALIDAN SOPORTES, SE HACE DESCUENTO DE DIFERENCIA EN EL MEDICAMENTO SUSTITUTO LORATADINA 10 MG TAB \$(112*90). PRESTADOR FACTURA A \$(22*90). MEDICAMENTO NO PBS FEXOFENADINA 180 MG TABLETA CANTIDAD X 90

90	Q69178	1.972.862	1.972.862	849	-	-	-	2020071605	1.972.862	SE LEVANTA GLOSA, PRESTADOR ANEXA SOPORTES, SE REGISTRA EN LA FACTURA UN MAYOR VALOR COBRADO EN EL MEDICAMENTO NO PBS OMALIZUMAB 150 MG/1.2 ML AMPOLLA CANTIDAD X 2 TARIFA REGULADA SEGÚN CIRCULAR 01/2016. DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO INCLUIDO. FECHA DE PRESTACION DE SERVICIO: 01/06/2017
91	Q69183	238.980	238.980	849	-	2.700	2.700	2020071605	236.280	SE LEVANTA GLOSA PARCIAL, SE VALIDAN SOPORTES, SE HACE DESCUENTO DE DIFERENCIA EN EL MEDICAMENTO SUSTITUTO LORATADINA 10 MG TAB \$(112*30). PRESTADOR FACTURA A \$(22*30). MEDICAMENTO NO PBS FEXOFENADINA 180 MG TABLETA CANTIDAD X 30
92	Q69438	1.016.097	1.016.097	849	-	11.427	11.427	2020071605	1.004.670	SE LEVANTA GLOSA PARCIAL, PRESTADOR ANEXA SOPORTES, SE REGISTRA EN LA FACTURA UN MAYOR VALOR COBRADO EN EL MEDICAMENTO NO PBS OMALIZUMAB 150 MG/1.2 ML AMPOLLA \$(1.007.114*1) TARIFA REGULADA SEGÚN CIRCULAR 01/2016. PRESTADOR FACTURA \$(1.018.541*1). DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO INCLUIDO. 27/09/2017
93	Q69872	1.022.920	1.022.920	849	-	18.250	18.250	2020071605	1.004.670	SE LEVANTA GLOSA PARCIAL, PRESTADOR ANEXA SOPORTES, SE REGISTRA EN LA FACTURA UN MAYOR VALOR COBRADO EN EL MEDICAMENTO NO PBS OMALIZUMAB 150 MG/1.2 ML AMPOLLA \$(1.007.114*1) TARIFA REGULADA SEGÚN CIRCULAR 01/2016. PRESTADOR FACTURA \$(1.025.364*1). DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO INCLUIDO. FECHA DE PRESTACION DE SERVICIO: 31/07/2017
94	Q69876	1.016.097	1.016.097	849	-	11.427	11.427	2020071605	1.004.670	SE LEVANTA GLOSA PARCIAL, PRESTADOR ANEXA SOPORTES, SE REGISTRA EN LA FACTURA UN MAYOR VALOR COBRADO EN EL MEDICAMENTO NO PBS OMALIZUMAB 150 MG/1.2 ML AMPOLLA \$(1.007.114*1) TARIFA REGULADA SEGÚN CIRCULAR 01/2016. PRESTADOR FACTURA \$(1.018.541*1). DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO INCLUIDO. FECHA DE PRESTACION DE SERVICIOS: 29/08/2017

95	Q61658	80.170	80.170	849	-	80.170	80.170	2020071605	-	GLOSA TOTAL, SE VALIDAN SOPORTES, EN EL INVIMA NO SE REGISTRA EL CODIGO CUM QUE SE ENCUENTRA EN LA FACTURA CON TECNOLOGIA NO PBS FACTURADA. SE HACE DESCUENTO DE DIFERENCIA EN EL MEDICAMENTO SUSTITUTO SALBUTAMOL INHALADOR \$ (7.652*1), PRESTADOR FACTURA (3.182*1), MEDICAMENTO NO PBS SALMETEROL 50 MCG + FLUTICASONA 250 MCG INHALADOR CANTIDAD X 1
96	Q61661	80.170	80.170	849	-	80.170	80.170	2020071605	-	GLOSA TOTAL, SE VALIDAN SOPORTES, EN EL INVIMA NO SE REGISTRA EL CODIGO CUM QUE SE ENCUENTRA EN LA FACTURA CON TECNOLOGIA NO PBS FACTURADA. SE HACE DESCUENTO DE DIFERENCIA EN EL MEDICAMENTO SUSTITUTO SALBUTAMOL INHALADOR \$ (7.652*1), PRESTADOR FACTURA (3.182*1), MEDICAMENTO NO PBS SALMETEROL 50 MCG + FLUTICASONA 250 MCG INHALADOR CANTIDAD X 1
97	Q61667	180.234	180.234	849	-	-	-	2020071605	180.234	SE LEVANTA GLOSA, SE VALIDAN SOPORTES, FACTURA CUMPLE CON TODOS LOS REQUISITOS LEGALES, MEDICAMENTO NO PBS TRIPTORELINA PAMOATO 3.75 MG SOLUCION INYECTABLECANTIDAD X 1. DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO INCLUIDO
98	Q61669	180.234	180.234	849	-	-	-	2020071605	180.234	SE LEVANTA GLOSA, SE VALIDAN SOPORTES, FACTURA CUMPLE CON TODOS LOS REQUISITOS LEGALES, MEDICAMENTO NO PBS TRIPTORELINA PAMOATO 3.75 MG SOLUCION INYECTABLECANTIDAD X 1. DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO INCLUIDO
99	Q61671	180.234	180.234	849	-	-	-	2020071605	180.234	SE LEVANTA GLOSA, SE VALIDAN SOPORTES, FACTURA CUMPLE CON TODOS LOS REQUISITOS LEGALES, MEDICAMENTO NO PBS TRIPTORELINA PAMOATO 3.75 MG SOLUCION INYECTABLECANTIDAD X 1. DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO INCLUIDO
100	Q61673	180.234	180.234	849	-	-	-	2020071605	180.234	SE LEVANTA GLOSA, SE VALIDAN SOPORTES, FACTURA CUMPLE CON TODOS LOS REQUISITOS LEGALES, MEDICAMENTO NO PBS TRIPTORELINA PAMOATO 3.75 MG SOLUCION INYECTABLECANTIDAD X 1. DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO INCLUIDO

101	Q61677	27.442	27.442	849	-	-	-	2020071605	27.442	SE LEVANTA GLOSA, SE VALIDAN SOPORTES, FACTURA CUMPLE CON TODOS LOS REQUISITOS LEGALES, MEDICAMENTO NO PBS FUROATO DE FLUTICASONA 27.5 MCG/120 DOSIS SPRAY NASAL 10 GR CANTIDAD X CANTIDAD X 1, DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO INCLUIDO.
102	Q61680	27.442	27.442	849	-	-	-	2020071605	27.442	SE LEVANTA GLOSA, SE VALIDAN SOPORTES, FACTURA CUMPLE CON TODOS LOS REQUISITOS LEGALES, MEDICAMENTO NO PBS FUROATO DE FLUTICASONA 27.5 MCG/120 DOSIS SPRAY NASAL 10 GR CANTIDAD X CANTIDAD X 1, DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO INCLUIDO.
103	Q61684	27.442	27.442	849	-	-	-	2020071605	27.442	SE LEVANTA GLOSA, SE VALIDAN SOPORTES, FACTURA CUMPLE CON TODOS LOS REQUISITOS LEGALES, MEDICAMENTO NO PBS FUROATO DE FLUTICASONA 27.5 MCG/120 DOSIS SPRAY NASAL 10 GR CANTIDAD X CANTIDAD X 1, DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO INCLUIDO.
104	Q61687	232.641	232.641	849	-	2.700	2.700	2020071605	229.941	SE LEVANTA GLOSA PARCIAL, SE VALIDAN SOPORTES, SE HACE DESCUENTO DE DIFERENCIA EN EL MEDICAMENTO SUSTITUTO LORATADINA 10 MG TAB \$(112*30). PRESTADOR FACTURA A \$(22*30). MEDICAMENTO NO PBS FEXOFENADINA 180 MG TABLETA CANTIDAD X 30
105	Q61689	232.641	232.641	849	-	2.700	2.700	2020071605	229.941	SE LEVANTA GLOSA PARCIAL, SE VALIDAN SOPORTES, SE HACE DESCUENTO DE DIFERENCIA EN EL MEDICAMENTO SUSTITUTO LORATADINA 10 MG TAB \$(112*30). PRESTADOR FACTURA A \$(22*30). MEDICAMENTO NO PBS FEXOFENADINA 180 MG TABLETA CANTIDAD X 30
106	Q61691	680.994	680.994	849	-	8.100	8.100	2020071605	672.894	SE LEVANTA GLOSA PARCIAL, SE VALIDAN SOPORTES, SE HACE DESCUENTO DE DIFERENCIA EN EL MEDICAMENTO SUSTITUTO LORATADINA 10 MG TAB \$(112*90). PRESTADOR FACTURA A \$(22*90). MEDICAMENTO NO PBS FEXOFENADINA 180 MG TABLETA CANTIDAD X 90

107	Q61693	2.139.293	2.139.293	849	-	-	-	2020071605	2.139.293	SE LEVANTA GLOSA, SE VALIDAN SOPORTES, FACTURA CUMPLE CON TODOS LOS REQUISITOS LEGALES, MEDICAMENTO NO PBS PALIVIZUMAB 100 MG SOLUCION INYECTABLE (SYNAGIS) X CANTIDAD X 1 TARIFA REGULADA SEGÚN CIRCULAR 04/2012. DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO INCLUIDO. ADRES VALIDA EN EL MUNICIPIO DE SOLEDAD PARA LA FECHA DE PRESTACION DE SERVICIO: 22/04/2016.
108	Q61697	2.139.293	2.139.293	849	-	-	-	2020071605	2.139.293	SE LEVANTA GLOSA, SE VALIDAN SOPORTES, FACTURA CUMPLE CON TODOS LOS REQUISITOS LEGALES, MEDICAMENTO NO PBS PALIVIZUMAB 100 MG SOLUCION INYECTABLE (SYNAGIS) X CANTIDAD X 1 TARIFA REGULADA SEGÚN CIRCULAR 04/2012. DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO INCLUIDO. ADRES VALIDA EN EL MUNICIPIO DE SOLEDAD PARA LA FECHA DE PRESTACION DE SERVICIO: 23/05/2016.
109	Q61761	114.129	114.129	849	-	4.950	4.950	2020071605	109.179	SE LEVANTA GLOSA, SE VALIDAN SOPORTES, DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO CLORFENIRAMINA 4 MG TABLETA \$(77*90). PRESTADOR FACTURA \$(22*90). MEDICAMENTO NO PBS LEVOCETIRIZINA 5 MG TABLETA CANTIDAD X 1.
110	Q61764	114.129	114.129	849	-	4.950	4.950	2020071605	109.179	SE LEVANTA GLOSA, SE VALIDAN SOPORTES, DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO CLORFENIRAMINA 4 MG TABLETA \$(77*90). PRESTADOR FACTURA \$(22*90). MEDICAMENTO NO PBS LEVOCETIRIZINA 5 MG TABLETA CANTIDAD X 1.
111	Q61665	155.871		207	19.440	-	-	2020071605	19.440	SE LEVANTA GLOSA, PRESTADOR ANEXA SOPORTES, FACTURA CUMPLE CON TODOS LOS REQUISITOS LEGALES, MEDICAMENTO NO PBS MONTELUKAST 10MG CANTIDAD X 90, TARIFA REGULADA SEGÚN CIRCULAR 04/2012. DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO KETOTIFENO 1MG TABLETA INCLUIDO
112	Q61517	158.391		207	9.720	-	-	2020071605	9.720	SE LEVANTA GLOSA, SE VALIDAN SOPORTES, FACTURA CUMPLE CON TODOS LOS REQUISITOS LEGALES.

113	Q61633	133.930				207		17.283		7.533			7.533	2020071605		9.750	SE LEVANTA GLOSA PARCIAL, SE VALIDAN SOPORTES, SE HACE DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO BECLOMETASONA INH 250 MCG \$(12.966*1). PRESTADOR FACTURA A \$(5.433*1). MEDICAMENTO NO PBS MOMETASONA 200 MCG + FORMOTEROL 5 MCG INHALADOR (ZENHALE)
114	Q61500	176.789		176.789		849		-		2.272			2.272	2020071605		174.517	SE LEVANTA GLOSA PARCIAL, SE VALIDAN SOPORTES, SE HACE DESCUENTO DE DIFERENCIA EN EL MEDICAMENTO SUSTITUTO KETOTIFENO JBE 100ML \$(1.136*3). PRESADOR FACTURA \$(1.136*1). MEDICAMENTO NO PBS MONTELUKAST 4 MG SOBRE CANTIDAD X 90.
115	Q61515	22.640		22.640		849		-		-			-	2020071605		22.640	SE LEVANTA GLOSA, SE VALIDAN SOPORTES, FACTURA CUMPLE CON TODOS LOS REQUISITOS LEGALES.
116	Q61520	123.058		123.058		849		-		-			-	2020071605		123.058	SE LEVANTA GLOSA, SE VALIDAN SOPORTES, FACTURA CUMPLE CON TODOS LOS REQUISITOS LEGALES.
117	Q61532	30.937		30.937		849		-		-			-	2020071605		30.937	SE LEVANTA GLOSA, SE VALIDAN SOPORTES, FACTURA CUMPLE CON TODOS LOS REQUISITOS LEGALES.
118	Q61534	72.891		72.891		849		-		-			-	2020071605		72.891	SE LEVANTA GLOSA, PRESTADOR ANEXA SOPORTES, FACTURA CUMPLE CON TODOS LOS REQUISITOS LEGALES, MEDICAMENTO NO PBS MONTELUKAST 10MG CANTIDAD X 30, TARIFA REGULADA SEGÚN CIRCULAR 04/2012. DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO KETOTIFENO 1MG TABLETA INCLUIDO
119	Q61616	24.719		24.719		849		-		-			-	2020071605		24.719	SE LEVANTA GLOSA, SE VALIDAN SOPORTES, FACTURA CUMPLE CON TODOS LOS REQUISITOS LEGALES.
120	Q61619	80.935		80.935		849		-		2.700			2.700	2020071605		78.235	SE LEVANTA GLOSA PARCIAL, SE VALIDAN SOPORTES, SE HACE DESCUENTO DE DIFERENCIA EN EL VALOR DEL MEDICAMENTO SUSTITUTO LORATADINA 10 MG TAB \$(112*30). PRESTADOR FACTURA A \$(22*30). MEDICAMENTO NO PBS CETIRIZINA 10 MG CAPSULA CANTIDAD X 30. FECHA DE PRESTACION DE SERVICIO.

121	Q61621	80.080	80.080	849	-	2.700	2.700	2020071605	77.380	SE LEVANTA GLOSA PARCIAL, SE VALIDAN SOPORTES, SE HACE DESCUENTO DE DIFERENCIA EN EL VALOR DEL MEDICAMENTO SUSTITUTO LORATADINA 10 MG TAB \$(112*30). PRESTADOR FACTURA A \$(22*30). MEDICAMENTO NO PBS CETIRIZINA 10 MG CAPSULA CANTIDAD X 30. FECHA DE PRESTACION DE SERVICIO.
122	Q61623	131.963	131.963	849	-	7.533	7.533	2020071605	124.430	SE LEVANTA GLOSA PARCIAL, SE VALIDAN SOPORTES, SE HACE DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO BECLOMETASONA INH 250 MCG \$(12.966*1). PRESTADOR FACTURA A \$(5.433*1). MEDICAMENTO NO PBS MOMETASONA 200 MCG + FORMOTEROL 5 MCG INHALADOR (ZENHALE)
123	Q61625	155.871	155.871	849	-	-	-	2020071605	155.871	SE LEVANTA GLOSA, PRESTADOR ANEXA SOPORTES, FACTURA CUMPLE CON TODOS LOS REQUISITOS LEGALES, MEDICAMENTO NO PBS MONTELUKAST 10MG CANTIDAD X 90, TARIFA REGULADA SEGÚN CIRCULAR 04/2012. DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO KETOTIFENO 1MG TABLETA INCLUIDO
124	Q61628	131.963	131.963	849	-	7.533	7.533	2020071605	124.430	SE LEVANTA GLOSA PARCIAL, SE VALIDAN SOPORTES, SE HACE DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO BECLOMETASONA INH 250 MCG \$(12.966*1). PRESTADOR FACTURA A \$(5.433*1). MEDICAMENTO NO PBS MOMETASONA 200 MCG + FORMOTEROL 5 MCG INHALADOR (ZENHALE)
125	Q61631	133.930	133.930	849	-	7.533	7.533	2020071605	126.397	SE LEVANTA GLOSA PARCIAL, SE VALIDAN SOPORTES, SE HACE DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO BECLOMETASONA INH 250 MCG \$(12.966*1). PRESTADOR FACTURA A \$(5.433*1). MEDICAMENTO NO PBS MOMETASONA 200 MCG + FORMOTEROL 5 MCG INHALADOR (ZENHALE)
126	Q61636	155.871	155.871	849	-	-	-	2020071605	155.871	SE LEVANTA GLOSA, PRESTADOR ANEXA SOPORTES, FACTURA CUMPLE CON TODOS LOS REQUISITOS LEGALES, MEDICAMENTO NO PBS MONTELUKAST 10MG CANTIDAD X 90, TARIFA REGULADA SEGÚN CIRCULAR 04/2012. DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO KETOTIFENO 1MG TABLETA INCLUIDO

127	Q61641	390.594	390.594	849	-	36.366	36.366	2020071605	354.228	SE LEVANTA GLOSA PARCIAL, SE VALIDAN SOPORTES, EL CODIGO CUM DE LA FACTURA CORRESPONDE CON EMITIDO POR EL INVIMA, SE HACE DESCUENTO DE DIFERENCIA Y CANTIDAD EN EL MEDICAMENTO SUSTITUTO SALBUTAMOL INHALADOR \$ (7.652*6), PRESTADOR FACTURA (3.182*3), MEDICAMENTO NO PBS BUDESONIDA 200 MCG + FORMOTEROL 6 MCG CAPSULA INHALADA CANTIDAD X 180.
128	Q61644	72.337	72.337	849	-	-	-	2020071605	72.337	SE LEVANTA GLOSA, PRESTADOR ANEXA SOPORTES, FACTURA CUMPLE CON TODOS LOS REQUISITOS LEGALES, MEDICAMENTO NO PBS MONTELUKAST 10MG CANTIDAD X 30, TARIFA REGULADA SEGÚN CIRCULAR 04/2012. DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO KETOTIFENO 1MG TABLETA INCLUIDO
129	Q61648	38.077	38.077	849	-	-	-	2020071605	38.077	SE LEVANTA GLOSA, SE VALIDAN SOPORTES, FACTURA CUMPLE CON TODOS LOS REQUISITOS LEGALES.
130	Q61650	53.819	53.819	849	-	39.647	39.647	2020071605	14.172	SE LEVANTA GLOSA PARCIAL, SE VALIDAN SOPORTES, SE HACE DESCUENTO DE DIFERENCIA EN EL VALOR DEL MEDICAMENTO NO PBS CETIRIZINA JARABE FRASCO 60 ML \$(10.446*2). PRESTADOR FACTURA A \$(28.673*2). SE HACE DESCUENTO DE DIFERENCIA EN EL VALOR DEL MEDICAMENTO SUSTITUTO LORATADINA 10 MG TAB \$(112*60). PRESTADOR FACTURA A \$(22*60). FECHA DE PRESTACION DE SERVICIO : 24/05/2016
131	Q61652	80.170	80.170	849	-	80.170	80.170	2020071605	-	GLOSA TOTAL, SE VALIDAN SOPORTES, EN EL INVIMA NO SE REGISTRA EL CODIGO CUM QUE SE ENCUENTRA EN LA FACTURA CON TECNOLOGIA NO PBS FACTURADA. SE HACE DESCUENTO DE DIFERENCIA EN EL MEDICAMENTO SUSTITUTO SALBUTAMOL INHALADOR \$ (7.652*1), PRESTADOR FACTURA (3.182*1), MEDICAMENTO NO PBS SALMETEROL 50 MCG + FLUTICASONA 250 MCG INHALADOR CANTIDAD X 1
132	Q61654	155.871	155.871	849	-	-	-	2020071605	155.871	SE LEVANTA GLOSA, PRESTADOR ANEXA SOPORTES, FACTURA CUMPLE CON TODOS LOS REQUISITOS LEGALES, MEDICAMENTO NO PBS MONTELUKAST 10MG CANTIDAD X 90, TARIFA REGULADA SEGÚN CIRCULAR 04/2012. DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO KETOTIFENO 1MG TABLETA INCLUIDO

133	Q61766	15.322	15.322	849	-	-	-	2020071605	15.322	SE LEVANTA GLOSA, SE VALIDAN SOPORTES, FACTURA CUMPLE CON TODOS LOS REQUISITOS LEGALES, MEDICAMENTO NO PBS ABACAVIR 600MG + LAMIVUDINA 300 MG CANTIDAD X 30. DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO INCLUIDO. FECHA DE PRESTACION DE SERVICIO 20/04/2016
134	Q61768	15.322	15.322	849	-	-	-	2020071605	15.322	SE LEVANTA GLOSA, SE VALIDAN SOPORTES, FACTURA CUMPLE CON TODOS LOS REQUISITOS LEGALES, MEDICAMENTO NO PBS ABACAVIR 600MG + LAMIVUDINA 300 MG CANTIDAD X 30. DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO INCLUIDO. FECHA DE PRESTACION DE SERVICIO 23/05/2016
135	Q61770	15.322	15.322	849	-	-	-	2020071605	15.322	SE LEVANTA GLOSA, SE VALIDAN SOPORTES, FACTURA CUMPLE CON TODOS LOS REQUISITOS LEGALES, MEDICAMENTO NO PBS ABACAVIR 600MG + LAMIVUDINA 300 MG CANTIDAD X 30. DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO INCLUIDO. FECHA DE PRESTACION DE SERVICIO 22/06/2016
136	Q61772	15.322	15.322	849	-	-	-	2020071605	15.322	SE LEVANTA GLOSA, SE VALIDAN SOPORTES, FACTURA CUMPLE CON TODOS LOS REQUISITOS LEGALES, MEDICAMENTO NO PBS ABACAVIR 600MG + LAMIVUDINA 300 MG CANTIDAD X 30. DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO INCLUIDO. FECHA DE PRESTACION DE SERVICIO 25/07/2016
137	Q61774	15.265	15.265	849	-	-	-	2020071605	15.265	SE LEVANTA GLOSA, SE VALIDAN SOPORTES, FACTURA CUMPLE CON TODOS LOS REQUISITOS LEGALES, MEDICAMENTO NO PBS ABACAVIR 600MG + LAMIVUDINA 300 MG CANTIDAD X 30. DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO INCLUIDO. FECHA DE PRESTACION DE SERVICIO 24/08/2016
138	Q61777	15.265	15.265	849	-	-	-	2020071605	15.265	SE LEVANTA GLOSA, SE VALIDAN SOPORTES, FACTURA CUMPLE CON TODOS LOS REQUISITOS LEGALES, MEDICAMENTO NO PBS ABACAVIR 600MG + LAMIVUDINA 300 MG CANTIDAD X 30. DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO INCLUIDO. FECHA DE PRESTACION DE SERVICIO 22/09/2016
139	Q61779	140.836	140.836	849	-	-	-	2020071605	140.836	SE LEVANTA GLOSA, SE VALIDAN SOPORTES, FACTURA CUMPLE CON TODOS LOS REQUISITOS LEGALES.

140	Q61785	15.265	15.265	849	-	-	-	2020071605	15.265	SE LEVANTA GLOSA, SE VALIDAN SOPORTES, FACTURA CUMPLE CON TODOS LOS REQUISITOS LEGALES, MEDICAMENTO NO PBS ABACAVIR 600MG + LAMIVUDINA 300 MG CANTIDAD X 30. DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO INCLUIDO. FECHA DE PRESTACION DE SERVICIO 25/01/2017
141	Q61787	15.265	15.265	849	-	-	-	2020071605	15.265	SE LEVANTA GLOSA, SE VALIDAN SOPORTES, FACTURA CUMPLE CON TODOS LOS REQUISITOS LEGALES, MEDICAMENTO NO PBS ABACAVIR 600MG + LAMIVUDINA 300 MG CANTIDAD X 30. DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO INCLUIDO. FECHA DE PRESTACION DE SERVICIO 21/02/2017
142	Q61789	38.077	38.077	849	-	-	-	2020071605	38.077	SE LEVANTA GLOSA, SE VALIDAN SOPORTES, FACTURA CUMPLE CON TODOS LOS REQUISITOS LEGALES.
143	Q61793	53.819	53.819	849	-	39.647	39.647	2020071605	14.172	SE LEVANTA GLOSA PARCIAL, SE VALIDAN SOPORTES, SE HACE DESCUENTO DE DIFERENCIA EN EL VALOR DEL MEDICAMENTO NO PBS CETIRIZINA JARABE FRASCO 60 ML \$(10.446*2). PRESTADOR FACTURA A \$(28.673*2). SE HACE DESCUENTO DE DIFERENCIA EN EL VALOR DEL MEDICAMENTO SUSTITUTO LORATADINA 10 MG TAB \$(112*60). PRESTADOR FACTURA A \$(22*60). FECHA DE PRESTACION DE SERVICIO: 24/05/2016
144	Q61796	173.911	173.911	849	-	-	-	2020071605	173.911	SE LEVANTA GLOSA, SE VALIDAN SOPORTES, FACTURA CUMPLE CON TODOS LOS REQUISITOS LEGALES. MEDICAMENTO NO PBS MONTELUKAST 4 MG SOBRE CANTIDAD X 90. DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO INCLUIDO.
<b>TOTAL</b>		<b>66.484.231</b>	<b>66.036.039</b>		<b>46.443</b>	<b>3.444.950</b>	<b>3.444.950</b>		<b>62.637.532</b>	