

FORMATO AIFT010 - Conciliación Cartera ERP – EBP
 ENTIDAD TERRITORIAL: SECRETARIA DE SALUD DEL ATLANTICO
 IPS: QUIMIO SALUD LTDA
 FECHA DE CORTE DE CONCILIACION: 30/12/2020
 FECHA DE CONCILIACION: 14/09/2020

INFORM		INFORMACION ERP																ACTUAL	OBSERVACIONES	
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 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		MENTE PROCE SO LEGAL
1	BQ52910	473.130		473.130			849				18.570		-	18.570	2020081125	-	-	454.560	0	ENTIDAD SUBSANA MOTIVO DE GLOSA ENVIADO VIA CORREO ELECTRONICO DONDE SE EVIDENCIA EL SOPORTE DE CONSTACIA DE ENTREGA Y RECIBIDO DEL MEDICAMENTO NO PBS .LA FACTURA PRESENTA MAYOR VALOR COBRADO POR DESCUENTO DEL SIMILAR POS LAMIVUDINA 150 MG TABLETA A MENOR VALOR RECONOCIDO \$157 PESOS, SE APLICA DESCUENTO EN FACTURA DEL VALOR NO DESCONTADO Y E.P.S ACEPTA GLOSA \$18,570 PESOS. EL VALOR UNITARIO DE LA TECNOLOGIA NO FACTURADA PREZISTA 800 GRS \$15,928 PESOS, SE ENCUENTRA DENTRO DEL PRECIO MAXIMO REGULADO EN CIRCULAR 04 DE 2012.
2	BQ52912	1.119.780		1.119.780			849				37.140		-	37.140	2020081125	-	-	1.082.640	0	ENTIDAD SUBSANA MOTIVO DE GLOSA ENVIADO VIA CORREO ELECTRONICO DONDE SE EVIDENCIA EL SOPORTE DE CONSTACIA DE ENTREGA Y RECIBIDO DEL MEDICAMENTO NO PBS .LA FACTURA PRESENTA MAYOR VALOR COBRADO POR DESCUENTO DEL SIMILAR POS LAMIVUDINA 150 MG TABLETA A MENOR VALOR RECONOCIDO \$157 PESOS, EL VALOR UNITARIO A RECONOCER \$776 PESOS, SEGUN PRECIO REFERENTE POR 60 UNIDADES EQUIVALENTE AL TRATAMIENTO NO POS, SE APLICA DEESCUNTO EN FACTURA DEL VALOR NO DESCONTADO Y E.P.S ACEPTA GLOSA \$37,140 PESOS. EL VALOR UNITARIO DE LA TECNOLOGIA NO FACTURADA ISENTRESS 400 GRS \$18,820 PESOS, SE ENCUENTRA DENTRO DEL PRECIO MAXIMO REGULADO EN CIRCULAR 04 DE 2012.

3	BQ52917	1.119.780	1.119.780	849						37.140	-	37.140	2020081125	-	-	1.082.640	ELECTRONICO DONDE SE EVIDENCIA EL SOPORTE DE CONSTACIA DE ENTREGA Y RECIBIDO DEL MEDICAMENTO NO PBS .LA FACTURA PRESENTA MAYOR VALOR COBRADO POR DESCUENTO DEL SIMILAR POS LAMIVUDINA 150 MG TABLETA A MENOR VALOR RECONOCIDO \$157 PESOS, EL VALOR UNITARIO A RECONOCER \$776 PESOS, SEGUN PRECIO REFERENTE POR 60 UNIDADES EQUIVALENTE AL TRATAMIENTO NO POS, SE APLICA DEESCUNTO EN FACTURA DEL VALOR NO DESCONTADO Y E.P.S ACEPTA GLOSA \$37,140 PESOS. EL VALOR UNITARIO DE LA TECNOLOGIA NO FACTURADA ISENTRESS 400 GRS \$18,820 PESOS, SE ENCUENTRA DENTRO DEL PRECIO MAXIMO REGULADO EN CIRCULAR 04 DE 2012.
4	BQ52919	1.119.780	1.119.780	849						37.140	-	37.140	2020081125	-	-	1.082.640	ENTIDAD SUBSANA MOTIVO DE GLOSA ENVIADO VIA CORREO ELECTRONICO DONDE SE EVIDENCIA EL SOPORTE DE CONSTACIA DE ENTREGA Y RECIBIDO DEL MEDICAMENTO NO PBS .LA FACTURA PRESENTA MAYOR VALOR COBRADO POR DESCUENTO DEL SIMILAR POS LAMIVUDINA 150 MG TABLETA A MENOR VALOR RECONOCIDO \$157 PESOS, EL VALOR UNITARIO A RECONOCER \$776 PESOS, SEGUN PRECIO REFERENTE POR 60 UNIDADES EQUIVALENTE AL TRATAMIENTO NO POS, SE APLICA DEESCUNTO EN FACTURA DEL VALOR NO DESCONTADO Y E.P.S ACEPTA GLOSA \$37,140 PESOS. F.P.S 17/01/2017. EL VALOR UNITARIO DE LA TECNOLOGIA NO FACTURADA ISENTRESS 400 GRS \$18,820 PESOS, SE ENCUENTRA DENTRO DEL PRECIO MAXIMO REGULADO EN CIRCULAR 04 DE 2012.
5	BQ52921	3.359.340	3.359.340	849						55.710	-	55.710	2020081125	-	-	3.303.630	ENTIDAD SUBSANA MOTIVO DE GLOSA ENVIADO VIA CORREO ELECTRONICO DONDE SE EVIDENCIA EL SOPORTE DE CONSTACIA DE ENTREGA Y RECIBIDO DEL MEDICAMENTO NO PBS .LA FACTURA PRESENTA MAYOR VALOR COBRADO POR DESCUENTO DEL SIMILAR POS LAMIVUDINA 150 MG TABLETA A MENOR VALOR RECONOCIDO \$157 PESOS, EL VALOR UNITARIO A RECONOCER \$776 PESOS, SEGUN PRECIO REFERENTE POR 90 UNIDADES EQUIVALENTE AL TRATAMIENTO NO POS, SE APLICA DEESCUNTO EN FACTURA DEL VALOR NO DESCONTADO Y E.P.S ACEPTA GLOSA \$55.710 PESOS. EL VALOR UNITARIO DE LA TECNOLOGIA NO FACTURADA ISENTRESS 400 GRS \$18,820 PESOS, SE ENCUENTRA DENTRO DEL PRECIO MAXIMO REGULADO EN CIRCULAR 04 DE 2012.

6	BQ52922	1.419.390	1.419.390	849						55.710	-	55.710	2020081125	-	-	1.363.680	0	ENTIDAD SUBSANA MOTIVO DE GLOSA ENVIADO VIA CORREO ELECTRONICO DONDE SE EVIDENCIA EL SOPORTE DE CONSTACIA DE ENTREGA Y RECIBIDO DEL MEDICAMENTO NO PBS .LA FACTURA PRESENTA MAYOR VALOR COBRADO POR DESCUENTO DEL SIMILAR POS LAMIVUDINA 150 MG TABLETA A MENOR VALOR RECONOCIDO \$157 PESOS, EL VALOR UNITARIO A RECONOCER \$776 PESOS, SEGUN PRECIO REFERENTE POR 90 UNIDADES EQUIVALENTE AL TRATAMIENTO NO POS, SE APLICA DEESCUNTO EN FACTURA DEL VALOR NO DESCOTADO Y E.P.S ACEPTA GLOSA \$55,710 PESOS. F.P.S . EL VALOR UNITARIO DE LA TECNOLOGIA NO FACTURADA PREZISTA 800 GRS \$15,928 PESOS, SE ENCUENTRA DENTRO DEL PRECIO MAXIMO REGULADO EN CIRCULAR 04 DE 2012.
7	BQ52925	1.419.390	1.419.390	849						55.710	-	55.710	2020081125	-	-	1.363.680	0	ENTIDAD SUBSANA MOTIVO DE GLOSA ENVIADO VIA CORREO ELECTRONICO DONDE SE EVIDENCIA EL SOPORTE DE CONSTACIA DE ENTREGA Y RECIBIDO DEL MEDICAMENTO NO PBS .LA FACTURA PRESENTA MAYOR VALOR COBRADO POR DESCUENTO DEL SIMILAR POS LAMIVUDINA 150 MG TABLETA A MENOR VALOR RECONOCIDO \$157 PESOS, EL VALOR UNITARIO A RECONOCER \$776 PESOS, SEGUN PRECIO REFERENTE POR 90 UNIDADES EQUIVALENTE AL TRATAMIENTO NO POS, SE APLICA DEESCUNTO EN FACTURA DEL VALOR NO DESCOTADO Y E.P.S ACEPTA GLOSA \$55,710 PESOS. EL VALOR UNITARIO DE LA TECNOLOGIA NO FACTURADA PREZISTA 800 GRS \$15,928 PESOS, SE ENCUENTRA DENTRO DEL PRECIO MAXIMO REGULADO EN CIRCULAR 04 DE 2012.
8	BQ52927	2.122.020	2.122.020	849						11.420	-	11.420	2020081125	-	-	2.110.600	0	ENTIDAD SUBSANA MOTIVO DE GLOSA ENVIADO VIA CORREO ELECTRONICO DONDE SE EVIDENCIA EL SOPORTE DE CONSTACIA DE ENTREGA Y RECIBIDO DEL MEDICAMENTO NO PBS . LA PRESENTA MAYOR VALOR COBRADO POR DESCUENTO DEL SIMILAR POS LAMIVUDINA 150 MG TABLETA A MENOR VALOR RECONOCIDO \$157 PESOS, EL VALOR UNITARIO A RECONOCER \$776 PESOS, SEGUN PRECIO REFERENTE POR 180 UNIDADES EQUIVALENTE AL TRATAMIENTO NO POS, SE APLICA DEESCUNTO EN FACTURA DEL VALOR NO DESCOTADO Y E.P.S ACEPTA GLOSA \$111,420 PESOS. EL VALOR UNITARIO DE LA TECNOLOGIA NO FACTURADA PREZISTA 600 GRS \$11,946 PESOS, SE ENCUENTRA DENTRO DEL PRECIO MAXIMO REGULADO EN CIRCULAR 04 DE 2012.
9	BQ52929	3.359.340	3.359.340	849						11.420	-	11.420	2020081125	-	-	3.347.920	0	ENTIDAD SUBSANA MOTIVO DE GLOSA ENVIADO VIA CORREO ELECTRONICO DONDE SE EVIDENCIA EL SOPORTE DE CONSTACIA DE ENTREGA Y RECIBIDO DEL MEDICAMENTO NO PBS .LA FACTURA PRESENTA MAYOR VALOR COBRADO POR DESCUENTO DEL SIMILAR POS LAMIVUDINA 150 MG TABLETA A MENOR VALOR RECONOCIDO \$157 PESOS, EL VALOR UNITARIO A RECONOCER \$776 PESOS, SEGUN PRECIO REFERENTE POR 180 UNIDADES EQUIVALENTE AL TRATAMIENTO NO POS, SE APLICA DEESCUNTO EN FACTURA DEL VALOR NO DESCOTADO Y E.P.S ACEPTA GLOSA \$11,420 PESOS. F.P.S EL VALOR UNITARIO DE LA TECNOLOGIA NO FACTURADA ISENTRESS 400 GRS \$18,820 PESOS, SE ENCUENTRA DENTRO DEL PRECIO MAXIMO REGULADO EN CIRCULAR 04 DE 2012.

10	BQ54119	1.119.780	1.119.780	849						37.140	-	37.140	2020081125	-	-	1.082.640	SE VALIDAN SOPORTES, SE HACE DESCUENTO DE DIFERENCIA DE MEDICAMENTO SUSTITUTO LAMIVUDINA 150 MG TABLETA \$ (776*60). MEDICAMENTO NO PBS RALTEGRAVIR 400 MG-ISENTRESS \$ (18.820*60) TARIFA REGULADA SEGÚN CIRCULAR 04/2012. FECHA DE PRESTACIÓN 15/02/2017.
11	BQ54123	473.130	473.130	849						18.570	-	18.570	2020081125	-	-	454.560	SE VALIDAN SOPORTES, SE HACE DESCUENTO DE DIFERENCIA DE MEDICAMENTO SUSTITUTO LAMIVUDINA 150 MG TABLETA \$ (776*30). MEDICAMENTO NO PBS DARUNAVIR 800 MG \$ (15.928*30) TARIFA REGULADA SEGÚN CIRCULAR 04/2012.
12	BQ54125	1.119.780	1.119.780	849						37.140	-	37.140	2020081125	-	-	1.082.640	SE VALIDAN SOPORTES, SE HACE DESCUENTO DE DIFERENCIA DE MEDICAMENTO SUSTITUTO LAMIVUDINA 150 MG TABLETA \$ (776*60). MEDICAMENTO NO PBS RALTEGRAVIR 400 MG-ISENTRESS \$ (18.820*60) TARIFA REGULADA SEGÚN CIRCULAR 04/2012. FECHA DE PRESTACIÓN 15/02/2017.
13	BQ58887	235.440	235.440	849						222.840	-	222.840	2020081125	-	-	12.600	SE VALIDAN SOPORTES, SE HACE DESCUENTO DE DIFERENCIA DE MEDICAMENTO SUSTITUTO LAMIVUDINA 150 MG TABLETA \$ (776*360). MEDICAMENTO NO PBS LAMIVUDINA 150MG + ZIDOVUDINA 300MG + NEVIRAPINA 200MG CANTIDAD X 360
14	BQ58888	1.502.640	1.502.640	849						82.080	-	82.080	2020081125	-	-	1.420.560	SE VALIDAN SOPORTES, SE HACE DESCUENTO DE DIFERENCIA DE MEDICAMENTO SUSTITUTO LAMIVUDINA 150 MG TABLETA \$ (776*180). MEDICAMENTO NO PBS ABACAVIR 300 MG + LAMIVUDINA 150 MG+ ZIDOVUDINA 300MG TABLETA \$ (8.668*180).
15	BQ58890	5.598.900	5.598.900	849						500.100	-	500.100	2020081125	-	-	5.098.800	SE VALIDAN SOPORTES, DESCUENTO EN LA FACTURA DE MEDICAMENTO SUSTITUTO LAMIVUDINA 150 MG TABLETA \$ (157*300= \$47.100) TECNOLOGIA NOPBS CON COMPARADOR ADMINISTRATIVO DE ACUERDO A LA NOTA EXTERNA No. 201633200309423 del 20/12/2016 EFAVIRENZ TAB 200MG \$1.824X300=\$547.200, PERSISTE DESCUENTO POR LA DIFERENCIA CON LO YA DESCONTADO \$547.200- \$47.100=\$500.100 MEDICAMENTO NO PBS RALTEGRAVIR 400 MG-ISENTRESS \$ (18.820*300) TARIFA REGULADA SEGÚN CIRCULAR 04/2012. FECHAS DE PRESTACIÓN ABRIL, MAYO, JUNIO, JULIO Y AGOSTO/2017.
16	BQ58892	4.479.120	4.479.120	849						400.080	-	400.080	2020081125	-	-	4.079.040	SE VALIDAN SOPORTES, DESCUENTO EN LA FACTURA DE MEDICAMENTO SUSTITUTO LAMIVUDINA 150 MG TABLETA \$ (157*240= \$37.680) TECNOLOGIA NOPBS CON COMPARADOR ADMINISTRATIVO DE ACUERDO A LA NOTA EXTERNA No. 201633200309423 del 20/12/2016 EFAVIRENZ TAB 200MG \$1.824X240=\$437.760, PERSISTE DESCUENTO POR LA DIFERENCIA CON LO YA DESCONTADO \$437.760- \$37.680=\$400.080. MEDICAMENTO NO PBS RALTEGRAVIR 400 MG-ISENTRESS \$ (18.820*300) TARIFA REGULADA SEGÚN CIRCULAR 04/2012. MEDICAMENTO NO PBS RALTEGRAVIR 400 MG-ISENTRESS \$ (18.820*240) TARIFA REGULADA SEGÚN CIRCULAR 04/2012. FECHAS DE PRESTACIÓN ABRIL, MAYO, JUNIO Y JULIO/2017.
17	BQ58894	500.880	500.880	849						27.360	-	27.360	2020081125	-	-	473.520	SE VALIDAN SOPORTES, SE HACE DESCUENTO DE DIFERENCIA DE MEDICAMENTO SUSTITUTO LAMIVUDINA 150 MG TABLETA \$ (776*60) .MEDICAMENTO NO PBS ABACAVIR 300 MG + LAMIVUDINA 150 MG+ ZIDOVUDINA 300MG TABLETA \$ (8.668*60).
18	BQ58896	500.880	500.880	849						27.360	-	27.360	2020081125	-	-	473.520	SE VALIDAN SOPORTES, SE HACE DESCUENTO DE DIFERENCIA DE MEDICAMENTO SUSTITUTO LAMIVUDINA 150 MG TABLETA \$ (776*60) .MEDICAMENTO NO PBS ABACAVIR 300 MG + LAMIVUDINA 150 MG+ ZIDOVUDINA 300MG TABLETA \$ (8.668*60).

19	BQ51211	49.950	49.950	816						49.950	-	49.950	2020081125	-	-	-	Glosa total realizada en auditoria inicial en aplicación del Art. 42 COMBINACION DE DOSIS FIJAS(CDF) Resolución 5592/2015. Aceptada por el prestador \$49.950 FECHA DE ENTREGA: 28-10-2016
20	BQ51216	49.950	49.950	816						49.950	-	49.950	2020081125	-	-	-	Glosa total realizada en auditoria inicial en aplicación del Art. 42 COMBINACION DE DOSIS FIJAS(CDF) Resolución 5592/2015. Aceptada por el prestador \$49.950 FECHA DE ENTREGA: 09-11-2016
21	BQ51639	519.900	519.900	849						73.230	-	73.230	2020081125	-	-	446.670	Se realiza glosa parcial, se validan soportes, factura de tecnologías NOPBS LAMIVUDINA/ ABACAVIR TAB 300/600 MG con glosa inicial aceptada por el prestador en virtud del Art.42 Res. 5592/2015 Combinación de dosis fijas por valor de \$49.950. Facturado DARUNAVIR TAB 800 MG V. UNITARIO \$15.665x30 en el margen de regulación de Circ. 04/2012 se aplica descuento de medicamento homólogo LAMIVUDINA TAB 150MG a tarifa establecida como homólogo en SSDA \$776x30=\$23.280. Se evidencia registro de CUM y ATC en la factura. En el proceso de prescripción y entrega establecido en el Programa de la IPS, se emiten prescripciones postfechadas para garantizar la entrega mensual y oportuna del medicamento, ésta corresponde a la tercera entrega de la aprobación de tratamiento para 90 días mediante Acta de CTC No. 201776230 del 14/10/2016. Entrega el día 29/12/2016 recibida por la misma usuaria cuyos datos de contacto estan consignados en la HC adjunta como soporte a la factura. Se verifica en base de datos ADRES Liquidación Mensual por afiliado régimen subsidiado y la usuaria registra afiliada a COOMEVA en el Municipio de Galapa en el periodo de la entrega (Dic. /2016) Cambio de EPS Sept. 2017
22	BQ51648	49.950	49.950	816						49.950	-	49.950	2020081125	-	-	-	Glosa total realizada en auditoria inicial en aplicación del Art. 42 COMBINACION DE DOSIS FIJAS(CDF) Resolución 5592/2015. Aceptada por el prestador \$49.950 FECHA DE ENTREGA: 27-12-2016
23	BQ51653	49.950	49.950	816						49.950	-	49.950	2020081125	-	-	-	Glosa total realizada en auditoria inicial en aplicación del Art. 42 COMBINACION DE DOSIS FIJAS(CDF) Resolución 5592/2015. Aceptada por el prestador \$49.950 FECHA DE ENTREGA: 26-12-2016
24	BQ52252	519.900	519.900	849						73.230	-	73.230	2020081125	-	-	446.670	Se realiza glosa parcial, se validan soportes, factura de tecnologías NOPBS LAMIVUDINA/ ABACAVIR TAB 300/600 MG con glosa inicial aceptada por el prestador en virtud del Art.42 Res. 5592/2015 Combinación de dosis fijas por valor de \$49.950. Facturado DARUNAVIR TAB 800 MG V. UNITARIO \$15.665x30 en el margen de regulación de Circ. 04/2012 se aplica descuento de medicamento homólogo LAMIVUDINA TAB 150MG a tarifa establecida como homólogo en SSDA \$776x30=\$23.280. Se evidencia registro de CUM y ATC en la factura. En el proceso de prescripción y entrega establecido en el Programa de la IPS, se emiten prescripciones postfechadas para garantizar la entrega mensual y oportuna del medicamento, ésta corresponde a la primera entrega de la aprobación de tratamiento para 180 días mediante Acta de CTC No. 201776002 del 02/01/2017. Entrega el día 31/01/2017 recibida por la misma usuaria cuyos datos de contacto estan consignados en la HC adjunta como soporte a la factura. Se verifica en base de datos ADRES Liquidación Mensual por afiliado régimen subsidiado y la usuaria registra afiliada a COOMEVA en el Municipio de Galapa en el periodo de la entrega (Enero /2017). Cambio de EPS Sept. 2017

25	BQ52254	49.950	49.950	816						49.950	-	49.950	2020081125	-	-	-	Glosa total realizada en auditoria inicial en aplicación del Art. 41 COMBINACION DE DOSIS FIJAS(CDF) Resolución 6408/2016. Aceptada por el prestador \$49.950 FECHA DE ENTREGA: 25-01-2017
26	BQ52256	49.950	49.950	816						49.950	-	49.950	2020081125	-	-	-	Glosa total realizada en auditoria inicial en aplicación del Art. 41 COMBINACION DE DOSIS FIJAS(CDF) Resolución 6408/2016. Aceptada por el prestador \$49.950 FECHA DE ENTREGA: 31/01/2017
27	BQ52505	49.950	49.950	816						49.950	-	49.950	2020081125	-	-	-	Glosa total realizada en auditoria inicial en aplicación del Art. 41 COMBINACION DE DOSIS FIJAS(CDF) Resolución 6408/2016. Aceptada por el prestador \$49.950 FECHA DE ENTREGA: 25/01/2017
28	BQ52708	519.900	519.900	849						65.340	-	65.340	2020081125	-	-	454.560	Se realiza glosa parcial, se validan soportes, factura de tecnologías NOPBS LAMIVUDINA/ ABACAVIR TAB 300/600 MG con glosa inicial aceptada por el prestador en virtud del Art.42 Res. 5592/2015 Combinación de dosis fijas por valor de \$49.950. Facturado DARUNAVIR TAB 800 MG V. UNITARIO \$15.928x30 valor de regulación de Circ. 04/2012 con descuento de medicamento homólogo a razón de \$263x30 = \$7.890 se aplica la diferencia de la tarifa establecida como homólogo en SSDA para LAMIVUDINA TAB 150MG como homólogo (\$776x30 = \$23.280) se ajusta el descuento \$23.280- \$7.890= \$15.390 Se evidencia registro de CUM y ATC de DARUNAVIR en la factura. En el proceso de prescripción y entrega establecido en el Programa de la IPS, se emiten prescripciones postfechadas para garantizar la entrega mensual y oportuna del medicamento, ésta corresponde a la segunda entrega de la aprobación de tratamiento para 180 días mediante Acta de CTC No. 201776002 del 02/01/2017. Entrega el día 21/02/2017 recibida por la misma usuaria cuyos datos de contacto están consignados en la HC adjunta como soporte a la factura. Se verifica en base de datos ADRES Liquidación Mensual por afiliado régimen subsidiado y la usuaria registra afiliada a COOMEVA en el Municipio de Galapa en el período de la entrega (Febrero /2017). Cambio de EPS Sept. 2017
29	BQ52710	49.950	49.950	816						49.950	-	49.950	2020081125	-	-	-	Glosa total realizada en auditoria inicial en aplicación del Art. 41 COMBINACION DE DOSIS FIJAS(CDF) Resolución 6408/2016. Aceptada por el prestador \$49.950 FECHA DE ENTREGA:21/02/2017
30	BQ52712	49.950	49.950	816						49.950	-	49.950	2020081125	-	-	-	Glosa total realizada en auditoria inicial en aplicación del Art. 41 COMBINACION DE DOSIS FIJAS(CDF) Resolución 6408/2016. Aceptada por el prestador \$49.950 FECHA DE ENTREGA:21/02/2017
31	BQ53362	49.950	49.950	816						49.950	-	49.950	2020081125	-	-	-	Glosa total realizada en auditoria inicial en aplicación del Art. 41 COMBINACION DE DOSIS FIJAS(CDF) Resolución 6408/2016. Aceptada por el prestador \$49.950 FECHA DE ENTREGA: 06-03-2017

32	BQ53364	519.900		519.900		849				65.340		-	65.340	2020081125	-	-	454.560	Se realiza glosa parcial, se validan soportes, factura de tecnologías NOPBS LAMIVUDINA/ ABACAVIR TAB 300/600 MG con glosa inicial aceptada por el prestador en virtud del Art.42 Res. 5592/2015 Combinación de dosis fijas por valor de \$49.950. Facturado DARUNAVIR TAB 800 MG V. UNITARIO \$15.928x30 valor de regulación de Circ. 04/2012 con descuento de medicamento homólogo a razón de \$263x30 = \$7.890 se aplica la diferencia de la tarifa establecida como homólogo en SSDA para LAMIVUDINA TAB 150MG como homólogo (\$776x30 = \$23.280) se ajusta el descuento \$23.280- \$7.890= \$15.390 Se evidencia registro de CUM y ATC de DARUNAVIR en la factura. En el proceso de prescripción y entrega establecido en el Programa de la IPS, se emiten prescripciones postfechadas para garantizar la entrega mensual y oportuna del medicamento, ésta corresponde a la tercera entrega de la aprobación de tratamiento para 180 días mediante Acta de CTC No. 201776002 del 02/01/2017. Entrega el día 27/03/2017 recibida por la misma usuaria cuyos datos de contacto están consignados en la HC adjunta como soporte a la factura. Se verifica en base de datos ADRES Liquidación Mensual por afiliado régimen subsidiado y la usuaria registra afiliada a COOMEVA en el Municipio de Galapa en el periodo de la entrega (Marzo /2017). Cambio de EPS Sept. 2017
33	BQ53366	49.950		49.950		816				49.950		-	49.950	2020081125	-	-	-	Glosa total realizada en auditoría inicial en aplicación del Art. 41 COMBINACION DE DOSIS FIJAS(CDF) Resolución 6408/2016. Aceptada por el prestador \$49.950 FECHA DE ENTREGA: 27/03/2017
34	BQ53368	49.950		49.950		816				49.950		-	49.950	2020081125	-	-	-	Glosa total realizada en auditoría inicial en aplicación del Art. 41 COMBINACION DE DOSIS FIJAS(CDF) Resolución 6408/2016. Aceptada por el prestador \$49.950 FECHA DE ENTREGA: 21/03/2017
35	BQ53939	49.950		49.950		816				49.950		-	49.950	2020081125	-	-	-	Glosa total realizada en auditoría inicial en aplicación del Art. 41 COMBINACION DE DOSIS FIJAS(CDF) Resolución 6408/2016. Aceptada por el prestador \$49.950 FECHA DE ENTREGA: 04/04/2017
36	BQ53941	49.950		49.950		816				49.950		-	49.950	2020081125	-	-	-	Glosa total realizada en auditoría inicial en aplicación del Art. 41 COMBINACION DE DOSIS FIJAS(CDF) Resolución 6408/2016. Aceptada por el prestador \$49.950 FECHA DE ENTREGA: 29/04/2017

37	BQ53943	519.900		519.900		849					65.340		-	65.340	2020081125	-	-	454.560	Se realiza glosa parcial, se validan soportes, factura de tecnologías NOPBS LAMIVUDINA/ ABACAVIR TAB 300/600 MG con glosa inicial aceptada por el prestador en virtud del Art.42 Res. 5592/2015 Combinación de dosis fijas por valor de \$49.950. Facturado DARUNAVIR TAB 800 MG V. UNITARIO \$15.928x30 valor de regulación de Circ. 04/2012 con descuento de medicamento homólogo a razón de \$263x30 = \$7.890 se aplica la diferencia de la tarifa establecida como homólogo en SSDA para LAMIVUDINA TAB 150MG como homólogo (\$776x30 = \$23.280) se ajusta el descuento \$23.280- \$7.890= \$15.390 Se evidencia registro de CUM y ATC de DARUNAVIR en la factura. En el proceso de prescripción y entrega establecido en el Programa de la IPS, se emiten prescripciones postfechadas para garantizar la entrega mensual y oportuna del medicamento, ésta corresponde a la cuarta entrega de la aprobación de tratamiento para 180 días mediante Acta de CTC No. 201776002 del 02/01/2017. Entrega el día 29/04/2017 recibida por la misma usuaria cuyos datos de contacto están consignados en la HC adjunta como soporte a la factura. Se verifica en base de datos ADRES Liquidación Mensual por afiliado régimen subsidiado y la usuaria registra afiliada a COOMEVA en el Municipio de Galapa en el periodo de la entrega Abril /2017). Cambio de EPS Sept. 2017
38	BQ53945	49.950		49.950		816					49.950		-	49.950	2020081125	-	-	-	Glosa total realizada en auditoría inicial en aplicación del Art. 41 COMBINACION DE DOSIS FIJAS(CDF) Resolución 6408/2016. Aceptada por el prestador \$49.950 FECHA DE ENTREGA: 29-04-2017
39	BQ54654	49.950		49.950		816					49.950		-	49.950	2020081125	-	-	-	Glosa total realizada en auditoría inicial en aplicación del Art. 41 COMBINACION DE DOSIS FIJAS(CDF) Resolución 6408/2016. Aceptada por el prestador \$49.950 FECHA DE ENTREGA: 03-05-2017
40	BQ54656	49.950		49.950		816					49.950		-	49.950	2020081125	-	-	-	Glosa total realizada en auditoría inicial en aplicación del Art. 41 COMBINACION DE DOSIS FIJAS(CDF) Resolución 6408/2016. Aceptada por el prestador \$49.950 FECHA DE ENTREGA: 23-05-2017
41	BQ54658	49.950		49.950		816					49.950		-	49.950	2020081125	-	-	-	Glosa total realizada en auditoría inicial en aplicación del Art. 41 COMBINACION DE DOSIS FIJAS(CDF) Resolución 6408/2016. Aceptada por el prestador \$49.950 FECHA DE ENTREGA: 31/05/2017

42	BQ54660	519.900		519.900		849				65.340		-	65.340	2020081125	-	-	454.560	Se realiza glosa parcial, se validan soportes, factura de tecnologías NOPBS LAMIVUDINA/ ABACAVIR TAB 300/600 MG con glosa inicial aceptada por el prestador en virtud del Art.42 Res. 5592/2015 Combinación de dosis fijas por valor de \$49.950. Facturado DARUNAVIR TAB 800 MG V. UNITARIO \$15.928x30 valor de regulación de Circ. 04/2012 con descuento de medicamento homólogo a razón de \$263x30 = \$7.890 se aplica la diferencia de la tarifa establecida como homólogo en SSDA para LAMIVUDINA TAB 150MG como homólogo (\$776x30 = \$23.280) se ajusta el descuento \$23.280- \$7.890= \$15.390 Se evidencia registro de CUM y ATC de DARUNAVIR en la factura. En el proceso de prescripción y entrega establecido en el Programa de la IPS, se emiten prescripciones postfechadas para garantizar la entrega mensual y oportuna del medicamento, ésta corresponde a la quinta entrega de la aprobación de tratamiento para 180 días mediante Acta de CTC No. 201776002 del 02/01/2017. Entrega el día 31/05/2017 recibida por la misma usuaria cuyos datos de contacto están consignados en la HC adjunta como soporte a la factura. Se verifica en base de datos ADRES Liquidación Mensual por afiliado régimen subsidiado y la usuaria registra afiliada a COOMEVA en el Municipio de Galapa en el periodo de la entrega Mayo /2017). Cambio de EPS Sept. 2017
43	BQ55132	49.950		49.950		816				49.950		-	49.950	2020081125	-	-	-	Glosa total realizada en auditoría inicial en aplicación del Art. 41 COMBINACION DE DOSIS FIJAS(CDF) Resolución 6408/2016. Aceptada por el prestador \$49.950 FECHA DE ENTREGA: 06-06-2017
44	BQ55134	49.950		49.950		816				49.950		-	49.950	2020081125	-	-	-	Glosa total realizada en auditoría inicial en aplicación del Art. 41 COMBINACION DE DOSIS FIJAS(CDF) Resolución 6408/2016. Aceptada por el prestador \$49.950 FECHA DE ENTREGA: 30-06-2017
45	BQ55136	49.950		49.950		816				49.950		-	49.950	2020081125	-	-	-	Glosa total realizada en auditoría inicial en aplicación del Art. 41 COMBINACION DE DOSIS FIJAS(CDF) Resolución 6408/2016. Aceptada por el prestador \$49.950 FECHA DE ENTREGA: 29-06-2017
46	BQ55138	49.950		49.950		816				49.950		-	49.950	2020081125	-	-	-	Glosa total realizada en auditoría inicial en aplicación del Art. 41 COMBINACION DE DOSIS FIJAS(CDF) Resolución 6408/2016. Aceptada por el prestador \$49.950 FECHA DE ENTREGA: 31/07/2017

47	BQ55140	519.900		519.900		849				65.340	-	65.340	2020081125	-	-	454.560	Se realiza glosa parcial, se validan soportes, factura de tecnologías NOPBS LAMIVUDINA/ ABACAVIR TAB 300/600 MG con glosa inicial aceptada por el prestador en virtud del Art.42 Res. 5592/2015 Combinación de dosis fijas por valor de \$49.950. Facturado DARUNAVIR TAB 800 MG V. UNITARIO \$15.928x30 valor de regulación de Circ. 04/2012 con descuento de medicamento homólogo a razón de \$263x30 = \$7.890 se aplica la diferencia de la tarifa establecida como homólogo en SSDA para LAMIVUDINA TAB 150MG como homólogo (\$776x30 = \$23.280) se ajusta el descuento \$23.280- \$7.890= \$15.390 Se evidencia registro de CUM y ATC de DARUNAVIR en la factura. En el proceso de prescripción y entrega establecido en el Programa de la IPS, se emiten prescripciones postfechadas para garantizar la entrega mensual y oportuna del medicamento, ésta corresponde a la sexta entrega de la aprobación de tratamiento para 180 días mediante Acta de CTC No. 201776002 del 02/01/2017. Entrega el día 29/06/2017 recibida por la misma usuaria cuyos datos de contacto están consignados en la HC adjunta como soporte a la factura. Se verifica en base de datos ADRES Liquidación Mensual por afiliado régimen subsidiado y la usuaria registra afiliada a COOMEVA en el Municipio de Galapa en el periodo de la entrega Junio /2017). Cambio de EPS Sept. 2017
48	BQ55684	49.950		49.950		816				49.950	-	49.950	2020081125	-	-	-	Glosa total realizada en auditoría inicial en aplicación del Art. 41 COMBINACION DE DOSIS FIJAS(CDF) Resolución 6408/2016. Aceptada por el prestador \$49.950 FECHA DE ENTREGA: 05-08-2017
49	BQ55686	49.950		49.950		816				49.950	-	49.950	2020081125	-	-	-	Glosa total realizada en auditoría inicial en aplicación del Art. 41 COMBINACION DE DOSIS FIJAS(CDF) Resolución 6408/2016. Aceptada por el prestador \$49.950 FECHA DE ENTREGA: 31/07/2017
50	BQ55688	49.950		49.950		816				49.950	-	49.950	2020081125	-	-	-	Glosa total realizada en auditoría inicial en aplicación del Art. 41 COMBINACION DE DOSIS FIJAS(CDF) Resolución 6408/2016. Aceptada por el prestador \$49.950 FECHA DE ENTREGA: 31/07/2017
51	BQ55690	519.900		519.900		849				65.340	-	65.340	2020081125	-	-	454.560	Se realiza glosa parcial, se validan soportes, factura de tecnologías NOPBS LAMIVUDINA/ ABACAVIR TAB 300/600 MG con glosa inicial aceptada por el prestador en virtud del Art.42 Res. 5592/2015 Combinación de dosis fijas por valor de \$49.950. Facturado DARUNAVIR TAB 800 MG V. UNITARIO \$15.928x30 valor de regulación de Circ. 04/2012 con descuento de medicamento homólogo a razón de \$263x30 = \$7.890 se aplica la diferencia de la tarifa establecida como homólogo en SSDA para LAMIVUDINA TAB 150MG como homólogo (\$776x30 = \$23.280) se ajusta el descuento \$23.280- \$7.890= \$15.390 Se evidencia registro de CUM y ATC de DARUNAVIR en la factura. En el proceso de prescripción y entrega establecido en el Programa de la IPS, se emiten prescripciones postfechadas para garantizar la entrega mensual y oportuna del medicamento, ésta corresponde a la primera entrega de la aprobación de tratamiento para 180 días mediante Acta de CTC No. 201776149 del 04/07/2017. Entrega el día 26/07/2017 recibida por la misma usuaria cuyos datos de contacto están consignados en la HC adjunta como soporte a la factura. Se verifica en base de datos ADRES Liquidación Mensual por afiliado régimen subsidiado y la usuaria registra afiliada a COOMEVA en el Municipio de Galapa en el periodo de la entrega Julio /2017). Cambio de EPS Sept. 2017

52	BQ56378	49.950	49.950	816						49.950	-	49.950	2020081125	-	-	-	Glosa total realizada en auditoria inicial en aplicación del Art. 41 COMBINACION DE DOSIS FIJAS(CDF) Resolución 6408/2016. Aceptada por el prestador \$49.950 FECHA DE ENTREGA: 25-08-2017
53	BQ56380	49.950	49.950	816						49.950	-	49.950	2020081125	-	-	-	Glosa total realizada en auditoria inicial en aplicación del Art. 41 COMBINACION DE DOSIS FIJAS(CDF) Resolución 6408/2016. Aceptada por el prestador \$49.950 FECHA DE ENTREGA: 28/08/2017
54	BQ56382	519.900	519.900	849						65.340	-	65.340	2020081125	-	-	454.560	Se realiza glosa parcial, se validan soportes, factura de tecnologías NOPBS LAMIVUDINA/ ABACAVIR TAB 300/600 MG con glosa inicial aceptada por el prestador en virtud del Art.42 Res. 5592/2015 Combinación de dosis fijas por valor de \$49.950. Facturado DARUNAVIR TAB 800 MG V. UNITARIO \$15.928x30 valor de regulación de Circ. 04/2012 con descuento de medicamento homólogo a razón de \$263x30 = \$7.890 se aplica la diferencia de la tarifa establecida como homólogo en SSDA para LAMIVUDINA TAB 150MG como homólogo (\$776x30 = \$23.280) se ajusta el descuento \$23.280- \$7.890= \$15.390 Se evidencia registro de CUM y ATC de DARUNAVIR en la factura. En el proceso de prescripción y entrega establecido en el Programa de la IPS, se emiten prescripciones postfechadas para garantizar la entrega mensual y oportuna del medicamento, ésta corresponde a la segunda entrega de la aprobación de tratamiento para 180 días mediante Acta de CTC No. 201776149 del 04/07/2017. Entrega el día 28/08/2017 recibida por la misma usuaria cuyos datos de contacto estan consignados en la HC adjunta como soporte a la factura. Se verifica en base de datos ADRES Liquidación Mensual por afiliado régimen subsidiado y la usuaria registra afiliada a COOMEVA en el Municipio de Galapa en el período de la entrega Agosto /2017). Cambio de EPS Sept. 2017
55	BQ56386	49.950	49.950	816						49.950	-	49.950	2020081125	-	-	-	Glosa total realizada en auditoria inicial en aplicación del Art. 41 COMBINACION DE DOSIS FIJAS(CDF) Resolución 6408/2016. Aceptada por el prestador \$49.950 FECHA DE ENTREGA: 24-08-2017
56	BQ56854	49.950	49.950	816						49.950	-	49.950	2020081125	-	-	-	Glosa total realizada en auditoria inicial en aplicación del Art. 41 COMBINACION DE DOSIS FIJAS(CDF) Resolución 6408/2016. Aceptada por el prestador \$49.950 FECHA DE ENTREGA: 03-10-2017
57	BQ56858	49.950	49.950	816						49.950	-	49.950	2020081125	-	-	-	Glosa total realizada en auditoria inicial en aplicación del Art. 41 COMBINACION DE DOSIS FIJAS(CDF) Resolución 6408/2016. Aceptada por el prestador \$49.950 FECHA DE ENTREGA: 03-10-2017
58	BQ56860	49.950	49.950	816						49.950	-	49.950	2020081125	-	-	-	Glosa total realizada en auditoria inicial en aplicación del Art. 41 COMBINACION DE DOSIS FIJAS(CDF) Resolución 6408/2016. Aceptada por el prestador \$49.950 FECHA DE ENTREGA: 28-09-2017
59	BQ57417	49.950	49.950	816						49.950	-	49.950	2020081125	-	-	-	Glosa total realizada en auditoria inicial en aplicación del Art. 41 COMBINACION DE DOSIS FIJAS(CDF) Resolución 6408/2016. Aceptada por el prestador \$49.950 FECHA DE ENTREGA: 19-10-2017
60	BQ57423	49.950	49.950	816						49.950	-	49.950	2020081125	-	-	-	Glosa total realizada en auditoria inicial en aplicación del Art. 41 COMBINACION DE DOSIS FIJAS(CDF) Resolución 6408/2016. Aceptada por el prestador \$49.950 FECHA DE ENTREGA: 18/10/2017
61	BQ57425	49.950	49.950	816						49.950	-	49.950	2020081125	-	-	-	Glosa total realizada en auditoria inicial en aplicación del Art. 41 COMBINACION DE DOSIS FIJAS(CDF) Resolución 6408/2016. Aceptada por el prestador \$49.950 FECHA DE ENTREGA: 26-10-2017

62	BQ57427	1.122.840		1.122.840		849					103.080		-	103.080	2020081125	-	-	1.019.760	Se realiza glosa parcial, luego de validación de soportes, prescripción de Tecnología NOPBS RALTEGRAVIR 400 MG facturado en \$18.820x60 valor de regulación Circ 04/2012, se evidencia registro de CUM Y ATC en la factura. Descontado en la factura \$6.360 por medicamento homólogo; se aplica descuento por Comparador Administrativo de acuerdo a Nota Externa No. 201633200309423 del 20/12/2016 EFAVIRENZ TAB 200MG \$1.824X60 \$109.440 persiste glosa parcial por la diferencia de valor ya descontado \$103.080. En el proceso de prescripción y entrega establecido en el Programa de la IPS, se emiten prescripciones postfechadas para garantizar la entrega mensual y oportuna del medicamento, ésta corresponde a la primera entrega de la aprobación de tratamiento para 180 días mediante Acta de CTC No. 201776230 del 14/10/2017. Entrega el día 31/10/2017 recibida por el mismo usuario cuyos datos de contacto están consignados en la HC adjunta como soporte a la factura. Se verifica en base de datos ADRES Liquidación Mensual por afiliado régimen subsidiado y el usuario registra afiliado a COOMEVA en el Municipio de Soledad en el período de la entrega Octubre /2017. Registra subsidiado hasta 0
63	BQ57943	49.950		49.950		816					49.950		-	49.950	2020081125	-	-	-	Glosa total realizada en auditoría inicial en aplicación del Art. 41 COMBINACION DE DOSIS FIJAS(CDF) Resolución 6408/2016. Aceptada por el prestador \$49.950 FECHA DE ENTREGA: 30-11-2017
64	BQ57945	49.950		49.950		816					49.950		-	49.950	2020081125	-	-	-	Glosa total realizada en auditoría inicial en aplicación del Art. 41 COMBINACION DE DOSIS FIJAS(CDF) Resolución 6408/2016. Aceptada por el prestador \$49.950 FECHA DE ENTREGA: 24-11-2017
65	BQ57951	49.950		49.950		816					49.950		-	49.950	2020081125	-	-	-	Glosa total realizada en auditoría inicial en aplicación del Art. 41 COMBINACION DE DOSIS FIJAS(CDF) Resolución 6408/2016. Aceptada por el prestador \$49.950 FECHA DE ENTREGA: 24-11-2017
66	BQ57953	1.122.840		1.122.840		849					103.080		-	103.080	2020081125	-	-	1.019.760	Se realiza glosa parcial, luego de validación de soportes, prescripción de Tecnología NOPBS RALTEGRAVIR 400 MG facturado en \$18.820x60 valor de regulación Circ 04/2012, se evidencia registro de CUM Y ATC en la factura. Descontado en la factura \$6.360 por medicamento homólogo; se aplica descuento por Comparador Administrativo de acuerdo a Nota Externa No. 201633200309423 del 20/12/2016 EFAVIRENZ TAB 200MG \$1.824X60 \$109.440 persiste glosa parcial por la diferencia de valor ya descontado \$103.080. En el proceso de prescripción y entrega establecido en el Programa de la IPS, se emiten prescripciones postfechadas para garantizar la entrega mensual y oportuna del medicamento, ésta corresponde a la segunda entrega de la aprobación de tratamiento para 180 días mediante Acta de CTC No. 201776230 del 14/10/2017. Entrega el día 29/11/2017 recibida por el mismo usuario cuyos datos de contacto están consignados en la HC adjunta como soporte a la factura. Se verifica en base de datos ADRES Liquidación Mensual por afiliado régimen subsidiado y el usuario registra afiliado a COOMEVA en el Municipio de Soledad en el período de la entrega Noviembre /2017. Registra subsidiado hasta Octubre 2018.
67	BQ58439	49.950		49.950		816					49.950		-	49.950	2020081125	-	-	-	Glosa total realizada en auditoría inicial en aplicación del Art. 41 COMBINACION DE DOSIS FIJAS(CDF) Resolución 6408/2016. Aceptada por el prestador \$49.950 FECHA DE ENTREGA: 07/12/2017

68	BQ58441	49.950		49.950		816				49.950	-	49.950	2020081125	-	-	-	Glosa total realizada en auditoria inicial en aplicación del Art. 41 COMBINACION DE DOSIS FIJAS(CDF) Resolución 6408/2016. Aceptada por el prestador \$49.950 FECHA DE ENTREGA: 07/12/2017
69	BQ58443	49.950		49.950		816				49.950	-	49.950	2020081125	-	-	-	Glosa total realizada en auditoria inicial en aplicación del Art. 41 COMBINACION DE DOSIS FIJAS(CDF) Resolución 6408/2016. Aceptada por el prestador \$49.950 FECHA DE ENTREGA: 20-12-2017
70	BQ58445	49.950		49.950		816				49.950	-	49.950	2020081125	-	-	-	Glosa total realizada en auditoria inicial en aplicación del Art. 41 COMBINACION DE DOSIS FIJAS(CDF) Resolución 6408/2016. Aceptada por el prestador \$49.950 FECHA DE ENTREGA: 22-12-2017
71	BQ58447	1.122.840		1.122.840		849				103.080	-	103.080	2020081125	-	-	1.019.760	Se realiza glosa parcial, luego de validación de soportes , prescripción de Tecnología NOPBS RALTEGRAVIR 400 MG facturado en \$18.820x60 valor de regulación Circ 04/2012, se evidencia registro de CUM Y ATC en la factura. Descuento en la factura \$6.360 por medicamento homólogo; se aplica descuento por Comparador Administrativo de acuerdo a Nota Externa No. 201633200309423 del 20/12/2016 EFAVIRENZ TAB 200MG \$1.824X60 \$109.440 persiste glosa parcial por la diferencia de valor ya descontado \$103.080. En el proceso de prescripción y entrega establecido en el Programa de la IPS, se emiten prescripciones postfechadas para garantizar la entrega mensual y oportuna del medicamento, ésta corresponde a la tercera entrega de la aprobación de tratamiento para 180 días mediante Acta de CTC No. 201776230 del 14/10/2017. Entrega el día 22/12/2017 recibida por el mismo usuario cuyos datos de contacto estan consignados en la HC adjunta como soporte a la factura. Se verifica en base de datos ADRES Liquidación Mensual por afiliado régimen subsidiado y el usuario registra afiliado a COOMEVA en el Municipio de Soledad en el período de la entrega Diciembre /2017. Registra subsidiado hasta 0 Octubre 2018.
TOTAL		41.138.070		41.138.070						4.633.660		4.633.660				36.504.410	