

FORMATO AIFT010 - Conciliación Cartera ERP – EBP
 ENTIDAD TERRITORIAL: SECRETARIA DE SALUD DEL ATLANTICO
 IPS: SOLINSA GC SAS
 FECHA DE CORTE DE CONCILIACION: 31/01/2021
 FECHA DE CONCILIACION: 24/07/2020

| INFORM | | 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 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 | P108972 | 329.280 | | 329.280 | | | 849 | | - | | | | | - | 8.040 | 2020072410 | - | - | 321.240 | 0 | SE VALIDAN SOPOTES, SE DESCUENTA DIFERENCIA DE MEDICAMENTO SUSTITUTO PRAZOSINA 1 MG TABLETA \$(146*60). MEDICAMENTO NO PBS DUTASTERIDA + TAMSULOSINA 0.5/0.4 MG CAPSULA CANTIDAD X 60 |
| 2 | P108973 | 135.240 | | 135.240 | | | 849 | | - | | | | | - | - | 2020072410 | - | - | 135.240 | 0 | SE VALIDAN SOPORTES, FACTURA CUMPLE CON TODOS LOS REQUISITOS LEGALES, MEDICAMENTO NO PBS DORZOLAMIDA 20 MG + TIMOLOL 5 MG + BRIMONIDINA 2 MG/ML SOLUCION OFTALMICA X 5ML \$(69.423*2) TARIFA REGULADA SEGÚN CIRCULAR 04/2018. MEDICAMENTO SUSTITUTO TIMOLOL SOLUCIÓN OFTALMICA \$(1.803*2). |
| 3 | P108974 | 15.120 | | 15.120 | | | 849 | | - | | | | | - | 2020072410 | | | | 15.120 | 0 | SE VALIDAN SOPORTES, FACTURA CUMPLE CON TODOS LOS REQUISITOS LEGALES, MEDICAMENTO NO PBS PREGABALINA 75 MG CAPSULA X 120. DESCUENTO DE SUSTITUTO INCLUIDO |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---------|---------|--|---------|--|--|-----|--|---|--|--|--|--|--------|------------|--|--|---------|---|---|
| 4 | P108975 | 167.220 | | 167.220 | | | 849 | | - | | | | | 31.140 | 2020072410 | | | 136.080 | 0 | SE VALIDAN SOPORTES, SE REGISTRA EN LA FACTURA UN MAYOR VALOR COBRADO MEDICAMENTO NO PBS BISOPROLOL 10 MG TABLETA RECUBIERTA \$(4.800*60) PROVEEDOR FACTURA \$ 5.319 SE DESCUENTA LA DIFERENCIA. DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO INCLUIDO. |
| 5 | P108976 | 113.850 | | 113.850 | | | 849 | | - | | | | | 7.290 | 2020072410 | | | 106.560 | 0 | SE VALIDAN SOPORTES, SE DESCUENTA LA DIFERENCIA EN MEDICAMENTO SUSTITUTO ACETAMINOFEN 500 MG \$ (104*90). MEDICAMENTO NO PBS ACETAMINOFEN 325 MG + HIDROCODONA 5 MG TABLETA CANTIDAD X 90. |
| 6 | P108977 | 652.720 | | 652.720 | | | 849 | | - | | | | | - | 2020072410 | | | 652.720 | 0 | SE VALIDAN SOPORTES, FACTURA CUMPLE CON TODOS LOS REQUISITOS LEGALES, NO EXISTE SIMILAR EN EL PBS, ENSURE 900GR X 8. USUARIA PARA LA FECHA DE ENTREGA ESTABA ACTIVA 17/05/2018. |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---------|---------|--|---------|--|--|-----|--|---|--|--|--|--|--------|------------|--|--|---------|---|--|
| 7 | P108978 | 686.200 | | 686.200 | | | 849 | | - | | | | | 20.800 | 2020072410 | | | 665.400 | 0 | SE VALIDAN SOPOTES, SE DESCUENTA DIFERENCIA DE MEDICAMENTO SUSTITUTO CARBONATO DE CALCIO 600 MG TAB \$(173*200). MEDICAMENTO NO PBS ALFA CETO ANALOGOS DE AMINOACIDOS 630 MG TABLETA RECUBIERTA X 200 |
| 8 | P109756 | 126.100 | | 126.100 | | | 849 | | - | | | | | - | 2020072410 | | | 126.100 | 0 | SE VALIDAN SOPOTES, FACTURA CUMPLE CON TODOS LOS REQUISITOS LEGALES, MEDICAMENTO NO PBS DORZOLAMIDA 20 MG + TIMOLOL 5 MG + BRIMONIDINA 2 MG/ML SOLUCION OFTALMICA X 5ML \$(69.423*1) TARIFA REGULADA SEGÚN CIRCULAR 04/2018. MEDICAMENTO SUSTITUTO TIMOLOL SOLUCIÓN OFTALMICA \$ (1.803*1). MEDICAMENTO NO PBS ACIDO HIALURONICO 0.4% SOL OFTALMICA. DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO INCLUIDO. SE VALIDA ADRES Y PARA LA FECHA DE PRESTACION DE SERVICIO 02/03/2018 REGISTRA SUBSIDIADO |

| | | | | | | | | | | |
|----|---------|---------|---------|-----|---|-------|------------|---------|---|--|
| 9 | P109757 | 102.930 | 102.930 | 849 | - | 3.120 | 2020072410 | 99.810 | 0 | SE VALIDAN SOPORTES, SE DESCUENTA DIFERENCIA DE MEDICAMENTO SUSTITUTO CARBONATO DE CALCIO 600 MG TAB (\$173*30). MEDICAMENTO NO PBS GLUCOSAMINA + CONDROITINA + METILSULFONILMETAN O 1500/1200/2400 MG CANTIDAD X 30. |
| 10 | P109758 | 115.660 | 115.660 | 849 | - | - | 2020072410 | 115.660 | 0 | SE VALIDAN SOPORTES, FACTURA CUMPLE CON TODOS LOS REQUISITOS LEGALES, MEDICAMENTO NO PBS DORZOLAMIDA 20 MG + TIMOLOL 5 MG + BRIMONIDINA 2 MG/ML SOLUCION OFTALMICA X 5ML \$(69.423*1) TARIFA REGULADA SEGÚN CIRCULAR 04/2018. MEDICAMENTO SUSTITUTO TIMOLOL SOLUCIÓN OFTALMICA \$ (1.803*1). MEDICAMENTO NO PBS BIMATOPROST 0.3 MG + TIMOLOL 5 MG/ML SOLUCION OFTALMICA FCO 3 ML \$(49.843*1) SEGÚN CIRCULAR 04/2018. MEDICAMENTO SUSTITUTO TIMOLOL SOLUCIÓN OFTALMICA \$ (1.803*1). |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----|---------|---------|--|---------|--|--|-----|--|---|--|--|--|--|--|--------|------------|--|---------|---|---|
| 11 | P109759 | 8.160 | | 8.160 | | | 849 | | - | | | | | | - | 2020072410 | | 8.160 | 0 | SE VALIDAN SOPORTES, FACTURA CUMPLE CON TODOS LOS REQUISITOS LEGALES, MEDICAMENTO NO PBS DIOSMINA + HESPERIDINA 450/50 TABLETA CANTIDAD X 60. DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO INCLUIDO. |
| 12 | P109760 | 67.620 | | 67.620 | | | 849 | | - | | | | | | - | 2020072410 | | 67.620 | 0 | SE VALIDAN SOPORTES, FACTURA CUMPLE CON TODOS LOS REQUISITOS LEGALES, MEDICAMENTO NO PBS DORZOLAMIDA 20 MG + TIMOLOL 5 MG SOLUCION OFTALMICA 5 ML \$(69.423*1) SEGÚN CIRCULAR 04/2018. MEDICAMENTO SUSTITUTO TIMOLOL SOLUCIÓN OFTALMICA \$(1.803*1). |
| 13 | P109761 | 254.010 | | 254.010 | | | 849 | | - | | | | | | 12.540 | 2020072410 | | 241.470 | 0 | SE VALIDAN SOPORTES, SE DESCUENTA DIFERENCIA DE MEDICAMENTO SUSTITUTO METFORMINA 850 MG TABLETA (\$105*60). MEDICAMENTO NO PBS EMPAGLIFLOZINA 12.5 + METFORMINA 1000 MG TABLETA CANTIDAD X 60. SE DESCUENTA DIFERENCIA DE MEDICAMENTO SUSTITUTO LOSARTAN 50 MG (\$328*30). VALSARTAN + AMLODIPINO 160 MG/5 MG TABLETA CANTIDAD X 30 |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----|---------|---------|--|---------|--|--|-----|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|------------|------------|---------|---------|---|--|
| 14 | P109762 | 149.623 | | 149.623 | | | 849 | | - | | | | | | | | | 2020072410 | | 149.623 | 0 | SE VALIDAN SOPORTES, FACTURA CUMPLE CON TODOS LOS REQUISITOS LEGALES, MEDICAMENTO NO PBS CICLOSPORINA 1 MG/ML SOLUCION OFTALMICA FRASCO 5 ML (MODUSIK A) CANTIDAD X 1. DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO INCLUIDO. | |
| 15 | P109763 | 145.514 | | 145.514 | | | 849 | | - | | | | | | | | | | 2020090940 | | 145.514 | 0 | SE VALIDAN SOPORTES, FACTURA CUMPLE CON TODOS LOS REQUISITOS LEGALES, MEDICAMENTO NO PBS BRIMONIDINA 2 MG + TIMOLOL 5 MG SOLUCION OFTALMICA 5 ML (BRIMOLOL) CANTIDAD X 1, MEDICAMENTO NO PBS ACIDO POLIACRILICO 2 MG GEL OFTALMICO TUBO 10 GR (ACRYLARM) CANTIDAD X 1. MEDICAMENTO NO PBS HIALURONATO DE SODIO 4 MG/ML SOLUCION OFTALMICA VIALES CAJA POR 20VIALES. DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO INCLUIDO. |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----|---------|---------|--|---------|--|--|-----|--|---|--|--|--|--------|------------|--|--|---------|---|---|
| 16 | P109764 | 457.320 | | 457.320 | | | 849 | | - | | | | 18.000 | 2020090940 | | | 439.320 | 0 | SE VALIDAN SOPORTES, SE DESCUENTA DIFERENCIA DE MEDICAMENTO SUSTITUTO LOSARTAN 50 MGTAB \$(328*60). MEDICAMENTO NO PBS PERINDOPRIL ARGININA + INDAPAMIDA + AMLODIPINO 10/2.5/5 MG TABLETA COMPRIMIDA CANTIDAD X 60. |
| 17 | P109765 | 228.660 | | 228.660 | | | 849 | | - | | | | 9.000 | 2020090940 | | | 219.660 | 0 | SE VALIDAN SOPORTES, SE DESCUENTA DIFERENCIA DE MEDICAMENTO SUSTITUTO LOSARTAN 50 MGTAB \$(328*30). MEDICAMENTO NO PBS PERINDOPRIL ARGININA + INDAPAMIDA + AMLODIPINO 10/2.5/5 MG TABLETA COMPRIMIDA CANTIDAD X 30. |
| 18 | P109767 | 353.760 | | 353.760 | | | 849 | | - | | | | 71.760 | 2020090940 | | | 282.000 | 0 | SE VALIDA SOPORTES, SE REGISTRA EN LA FACTURA UN MAYOR VALOR COBRADO MEDICAMENTO NO PBS PYCNOGENOL 0.02 % + TROXERUTINA 0.4 % POLVO PARA RECONSTITUIR A SOLUCION ORAL 4 GR \$(4.800*60). PROVEDOR FACTURA \$(5.909*60). SE HACE DESCUENTO DE DIFERENCIA DE MEDICAMENTO SUSTITUTO ACIDO ACETIL SALICILICO 100 MG TAB \$(100*60). |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----|---------|---------|--|---------|--|--|-----|--|---|--|--|--|--------|------------|--|--|---------|---|--|
| 19 | P109768 | 353.760 | | 353.760 | | | 849 | | - | | | | 71.760 | 2020090940 | | | 282.000 | 0 | SE VALIDA SOPORTES, SE REGISTRA EN LA FACTURA UN MAYOR VALOR COBRADO MEDICAMENTO NO PBS PYCNOGENOL 0.02 % + TROXERUTINA 0.4 % POLVO PARA RECONSTITUIR A SOLUCION ORAL 4 GR \$(4.800*60). PROVEEDOR FACTURA \$(5.909*60). SE DESCUENTA DIFERENCIA DE MEDICAMENTO SUSTITUTO ACIDO ACETIL SALICILICO 100 MG TAB \$(100*60). |
| 20 | P109769 | 353.760 | | 353.760 | | | 849 | | - | | | | 71.760 | 2020090940 | | | 282.000 | 0 | SE VALIDA SOPORTES, SE REGISTRA EN LA FACTURA UN MAYOR VALOR COBRADO MEDICAMENTO NO PBS PYCNOGENOL 0.02 % + TROXERUTINA 0.4 % POLVO PARA RECONSTITUIR A SOLUCION ORAL 4 GR \$(4.800*60). PROVEEDOR FACTURA \$(5.909*60). SE HACE DESCUENTO DE DIFERENCIA DE MEDICAMENTO SUSTITUTO ACIDO ACETIL SALICILICO 100 MG TAB \$(100*60). |
| 21 | P109770 | 3.318 | | 3.318 | | | 849 | | - | | | | - | 2020090940 | | | 3.318 | 0 | SE VALIDAN SOPORTES, FACTURA CUMPLE CON TODOS LOS REQUISITOS LEGALES, MEDICAMENTO NO PBS DICLOFENACO SODICO 1% GEL TUBO 50 GR CANTIDAD X 3. DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO INCLUIDO. |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----|---------|---------|--|---------|--|--|-----|--|---|--|--|--|--|-------|------------|--|--|------------|--|---------|---|--|
| 22 | P109771 | 338.100 | | 338.100 | | | 849 | | - | | | | | | | | | 2020090940 | | 338.100 | 0 | SE VALIDAN SOPORTES, FACTURA CUMPLE CON TODOS LOS REQUISITOS LEGALES, MEDICAMENTO NO PBS DORZOLAMIDA 20 MG + TIMOLOL 5 MG SOLUCION OFTALMICA 5 ML \$(69.423*5) SEGÚN CIRCULAR 04/2018. MEDICAMENTO SUSTITUTO TIMOLOL SOLUCIÓN OFTALMICA \$(1.803*5). |
| 23 | P109773 | 165.714 | | 165.714 | | | 849 | | - | | | | | 4.784 | 2020090940 | | | | | 160.930 | 0 | SE VALIDAN SOPORTES, SE HACE DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO CROTAMITON 10% LOCION FRASCO X 60 ML (\$4.784*1). MEDICAMENTO NO PBS TACROLIMUS 0.03% FCO SOL OFT. FORMULA MAGISTRAL CANTIDAD X 1. |
| 24 | P109774 | 48.960 | | 48.960 | | | 849 | | - | | | | | - | 2020090940 | | | | | 48.960 | 0 | SE VALIDAN SOPORTES, FACTURA CUMPLE CON TODOS LOS REQUISITOS LEGALES, MEDICAMENTO NO PBS DIOSMINA + HESPERIDINA 450/50 TABLETA CANTIDAD X 360. DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO INCLUIDO. |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----|---------|---------|--|---------|--|--|-----|--|---|--|--|--|---------|------------|--|--|---------|---|--|
| 25 | P108941 | 210.660 | | 210.660 | | | 849 | | - | | | | 9.690 | 2020090940 | | | 200.970 | 0 | SE VALIDAN SOPORTES, SE DESCUENTA DIFERENCIA DE MEDICAMENTO SUSTITUTO LEVODOPA 250 MG + CARBIDOPA 25 MG TAB \$ (494*30). MEDICAMENTO NO PBS RASAGILINA 1 MG TABLETA \$(7.193*30) REGULADO SEGÚN CIRCULAR 04/2018 |
| 26 | P108942 | 277.240 | | 277.240 | | | 849 | | - | | | | 277.240 | 2020090940 | | | - | 0 | SE VALIDAN SOPORTES, MEDICAMENTO EXTRACTO SECO DE HARPAGOFITO 480 GR CUBIERTO POR EL PLAN DE BENEFICIOS SEGUN RESOLUCION 5269/2017 EN SU ARTICULO 28. |
| 27 | P108943 | 19.414 | | 19.414 | | | 849 | | - | | | | - | 2020090940 | | | 19.414 | 0 | SE VALIDAN SOPORTES, FACTURA CUMPLE CON TODOS LOS REQUISITOS LEGALES, MEDICAMENTO NO PBS ACIDO POLIACRILICO 2 MG GEL OFTALMICO TUBO 10 GR (ACRYLARM) CANTIDAD X 1. DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO INCLUIDO |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----|---------|---------|--|---------|--|--|-----|--|---|--|--|--|--------|------------|--|--|---------|---|---|
| 28 | P108944 | 22.572 | | 22.572 | | | 849 | | - | | | | 10.572 | 2020090940 | | | 12.000 | 0 | SE VALIDAN SOPORTES, SE REGISTRA EN LA FACTURA UN MAYOR VALOR COBRADO MEDICAMENTO NO PBS POLIETILENGLICOL 3350 SOBRE 17 GR \$ (3.000*12) PROVEEDOR FACTURA A 3.881 SE DESCUENTA LA DIFERENCIA. DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO INCLUIDO. |
| 29 | P108945 | 26.931 | | 26.931 | | | 849 | | - | | | | - | 2020090940 | | | 26.931 | 0 | SE VALIDAN SOPORTES, FACTURA CUMPLE CON TODOS LOS REQUISITOS LEGALES, MEDICAMENTO NO PBS OLOPATADINA 0.2% 2 MG/ML SOLUCION OFTALMICA 2.5 ML CANTIDAD X 1, DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO INCLUIDO. |
| 30 | P108946 | 329.280 | | 329.280 | | | 849 | | - | | | | 8.040 | 2020090940 | | | 321.240 | 0 | SE VALIDAN SOPOTES, SE DESCUENTA DIFERENCIA DE MEDICAMENTO SUSTITUTO PRAZOSINA 1 MG TABLETA \$(146*60). MEDICAMENTO NO PBS DUTASTERIDA + TAMSULOSINA 0.5/0.4 MG CAPSULA CANTIDAD X 60 |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----|---------|---------|--|---------|--|--|-----|--|---|--|--|--|--------|------------|--|--|---------|---|--|
| 31 | P108947 | 55.720 | | 55.720 | | | 849 | | - | | | | 7.168 | 2020090940 | | | 48.552 | 0 | SE VALIDAN SOPORTES, SE DESCUENTA DIFERENCIA DE MEDICAMENTO SUSTITUTO PRAZOSINA 1 MG TABLETA \$(146*56). MEDICAMENTO NO PBS TADALAFILO 5 MG TABLETA CANTIDAD X 56. |
| 32 | P108948 | 353.760 | | 353.760 | | | 849 | | - | | | | 71.760 | 2020090940 | | | 282.000 | 0 | SE VALIDA SOPORTES, SE REGISTRA EN LA FACTURA UN MAYOR VALOR COBRADO MEDICAMENTO NO PBS PYCNOGENOL 0.02 % + TROXERUTINA 0.4 % POLVO PARA RECONSTITUIR A SOLUCION ORAL 4 GR \$(4.800*60). PROVEEDOR FACTURA \$(5.909*60). SE HACE DESCUENTO DE DIFERENCIA DE MEDICAMENTO SUSTITUTO ACIDO ACETIL SALICILICO 100 MG TAB \$(100*60). |
| 33 | P108949 | 49.680 | | 49.680 | | | 849 | | - | | | | 4.020 | 2020090940 | | | 45.660 | 0 | SE VALIDAN SOPORTES, SE DESCUENTA DIFERENCIA DE MEDICAMENTO SUSTITUTO PRAZOSINA 1 MG TABLETA \$(146*30). MEDICAMENTO NO PBS TAMSULOSINA 0.4 MG TABLETA CANTIDAD X 30 |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----|---------|---------|--|---------|--|--|-----|--|---|--|--|--|-------|------------|--|--|---------|---|---|
| 34 | P108950 | 321.540 | | 321.540 | | | 849 | | - | | | | 6.360 | 2020090940 | | | 315.180 | 0 | SE VALIDAN SOPORTES, SE DESCUENTA DIFERENCIA DE MEDICAMENTO SUSTITUTO IBUPROFENO 400 MG TABLETA (\$136*60). MEDICAMENTO NO PBS DIACEREINA 50 MG CAPSULA CANTIDAD X 60. SE DESCUENTA DIFERENCIA DE MEDICAMENTO SUSTITUTO PREDNISOLONA 5 MG TAB (\$104*30). MEDICAMENTO NO PBS DEFLAZACORT 6 MG TABLETA CANTIDAD X 30 TARIFA REGULADA SEGÚN CIRCULAR 04/2018. |
| 35 | P108951 | 123.240 | | 123.240 | | | 849 | | - | | | | - | 2020090940 | | | 123.240 | 0 | SE VALIDAN SOPORTES, FACTURA CUMPLE CON TODOS LOS REQUISITOS LEGALES, MEDICAMENTO NO PBS MESALAZINA 1 GR GRANULOS LIB. PROLONGADA SOBRE CANTIDAD X 120. DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO INCLUIDO. |
| 36 | P108952 | 182.963 | | 182.963 | | | 849 | | - | | | | - | 2020090940 | | | 182.963 | 0 | SE VALIDAN SOPORTES, FACTURA CUMPLE CON TODOS LOS REQUISITOS LEGALES, MEDICAMENTO NO PBS BRIMONIDINA 2 MG 0.2% + BRINZOLAMIDA 10 MG 1% SUSP OFT FCO 5 ML CANTIDAD X 1. DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO INCLUIDO |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----|---------|---------|--|---------|--|--|-----|--|---|--|--|--|--|-------|------------|--|--|---------|---|--|
| 37 | P108953 | 67.620 | | 67.620 | | | 849 | | - | | | | | - | 2020090940 | | | 67.620 | 0 | SE VALIDAN SOPORTES, FACTURA CUMPLE CON TODOS LOS REQUISITOS LEGALES, MEDICAMENTO NO PBS DORZOLAMIDA 20 MG + TIMOLOL 5 MG SOLUCION OFTALMICA 5 ML \$(69.423*1) SEGÚN CIRCULAR 04/2018. MEDICAMENTO SUSTITUTO TIMOLOL SOLUCIÓN OFTALMICA \$(1.803*1). |
| 38 | P108954 | 652.720 | | 652.720 | | | 849 | | - | | | | | - | 2020090940 | | | 652.720 | 0 | SE VALIDAN SOPORTES, FACTURA CUMPLE CON TODOS LOS REQUISITOS LEGALES, NO EXISTE SIMILAR EN EL PBS, ENSURE 900GR X 8 |
| 39 | P108955 | 49.680 | | 49.680 | | | 849 | | - | | | | | 4.020 | 2020090940 | | | 45.660 | 0 | SE VALIDAN SOPOTES, SE DESCUENTA DIFERENCIA DE MEDICAMENTO SUSTITUTO PRAZOSINA 1 MG TABLETA \$(146*30). MEDICAMENTO NO PBS TAMSULOSINA 0.4 MG TABLETA CANTIDAD X 30 |
| 40 | P108956 | 481.941 | | 481.941 | | | 849 | | - | | | | | - | 2020090940 | | | 481.941 | 0 | SE VALIDAN SOPORTES, FACTURA CUMPLE CON TODOS LOS REQUISITOS LEGALES, NO EXISTE SIMILAR EN EL PBS, PEDIASURE 900GR X 9 |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----|---------|---------|--|---------|--|--|-----|--|---|--|--|--|--|--------|------------|--|--|---------|---|---|
| 41 | P108960 | 8.160 | | 8.160 | | | 849 | | - | | | | | - | 2020090940 | | | 8.160 | 0 | SE VALIDAN SOPORTES, FACTURA CUMPLE CON TODOS LOS REQUISITOS LEGALES, MEDICAMENTO NO PBS DIOSMINA + HESPERIDINA 450/50 TABLETA CANTIDAD X 60. DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO INCLUIDO. |
| 42 | P108961 | 353.760 | | 353.760 | | | 849 | | - | | | | | 71.760 | 2020090940 | | | 282.000 | 0 | SE VALIDA SOPORTES, SE REGISTRA EN LA FACTURA UN MAYOR VALOR COBRADO MEDICAMENTO NO PBS PYCNOGENOL 0.02 % + TROXERUTINA 0.4 % POLVO PARA RECONSTITUIR A SOLUCION ORAL 4 GR \$(4.800*60). PROVEEDOR FACTURA \$ (5.909*60). SE HACE DESCUENTO DE DIFERENCIA DE MEDICAMENTO SUSTITUTO ACIDO ACETIL SALICILICO 100 MG TAB \$(100*60). |
| 43 | P108963 | 29.940 | | 29.940 | | | 849 | | - | | | | | - | 2020090940 | | | 29.940 | 0 | SE VALIDAN SOPORTES, FACTURA CUMPLE CON TODOS LOS REQUISITOS LEGALES, MEDICAMENTO NO PBS ACETAMINOFEN 325 MG + CODEINA 15 MG TABLETA CANTIDAD X 60, MEDICAMENTO NO PBS PREGABALINA 75 MG CAPSULA X 90. DESCUENTO DE SUSTITUTOS INCLUIDO |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----|---------|---------|--|---------|--|--|-----|---|--|--|--|--|-------|------------|--|--|--|---------|---|--|
| 44 | P108964 | 115.660 | | 115.660 | | | 849 | - | | | | | | | | | | 115.660 | 0 | SE VALIDAN SOPORTES, FACTURA CUMPLE CON TODOS LOS REQUISITOS LEGALES, MEDICAMENTO NO PBS DORZOLAMIDA 20 MG + TIMOLOL 5 MG + BRIMONIDINA 2 MG/ML SOLUCION OFTALMICA X 5ML \$(69.423*1) TARIFA REGULADA SEGÚN CIRCULAR 04/2018. MEDICAMENTO SUSTITUTO TIMOLOL SOLUCIÓN OFTALMICA \$(1.803*1). MEDICAMENTO NO PBS BIMATOPROST 0.3 MG + TIMOLOL 5 MG/ML SOLUCION OFTALMICA FCO 3 ML \$(49.843*1) SEGÚN CIRCULAR 04/2018. MEDICAMENTO SUSTITUTO TIMOLOL SOLUCIÓN OFTALMICA \$(1.803*1). |
| 45 | P108965 | 329.280 | | 329.280 | | | 849 | - | | | | | 8.040 | 2020090940 | | | | 321.240 | 0 | SE VALIDAN SOPORTES, SE DESCUENTA DIFERENCIA DE MEDICAMENTO SUSTITUTO PRAZOSINA 1 MG TABLETA \$(146*60). MEDICAMENTO NO PBS DUTASTERIDA + TAMSULOSINA 0.5/0.4 MG CAPSULA CANTIDAD X 60 |
| 46 | P108966 | 58.480 | | 58.480 | | | 849 | - | | | | | | 2020090940 | | | | 58.480 | 0 | SE VALIDAN SOPORTES, FACTURA CUMPLE CON TODOS LOS REQUISITOS LEGALES, MEDICAMENTO NO PBS HIALURONATO DE SODIO 4 MG/ML SOLUCION OFTALMICA X 20. DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO INCLUIDO. |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----|---------|---------|--|---------|--|--|-----|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|---------|---|--|
| 47 | P108967 | 5.124 | | 5.124 | | | 849 | | - | | | | | | | | | 5.124 | 0 | SE VALIDAN SOPORTES, FACTURA CUMPLE CON TODOS LOS REQUISITOS LEGALES, MEDICAMENTO NO PBS SITAGLIPTINA 50 MG + METFORMINA 1000 MG TABLETA CANTIDAD X 28. DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO INCLUIDO. |
| 48 | P108969 | 115.660 | | 115.660 | | | 849 | | - | | | | | | | | | 115.660 | 0 | SE VALIDAN SOPORTES, FACTURA CUMPLE CON TODOS LOS REQUISITOS LEGALES, MEDICAMENTO NO PBS DORZOLAMIDA 20 MG + TIMOLOL 5 MG + BRIMONIDINA 2 MG/ML SOLUCION OFTALMICA X 5ML \$(69.423*1) TARIFA REGULADA SEGÚN CIRCULAR 04/2018. MEDICAMENTO SUSTITUTO TIMOLOL SOLUCIÓN OFTALMICA \$ (1.803*1). MEDICAMENTO NO PBS BIMATOPROST 0.3 MG + TIMOLOL 5 MG/ML SOLUCION OFTALMICA FCO 3 ML \$(49.843*1) SEGÚN CIRCULAR 04/2018. MEDICAMENTO SUSTITUTO TIMOLOL SOLUCIÓN OFTALMICA \$ (1.803*1). |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----|---------|--------|--|--------|--|--|-----|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--------|---|--|
| 49 | P108970 | 67.620 | | 67.620 | | | 849 | | - | | | | | | | | | 67.620 | 0 | SE VALIDAN SOPORTES, FACTURA CUMPLE CON TODOS LOS REQUISITOS LEGALES, MEDICAMENTO NO PBS DORZOLAMIDA 20 MG + TIMOLOL 5 MG SOLUCION OFTALMICA 5 ML \$(69.423*1) SEGÚN CIRCULAR 04/2018. MEDICAMENTO SUSTITUTO TIMOLOL SOLUCIÓN OFTALMICA \$(1.803*1). |
| 50 | P108971 | 19.146 | | 19.146 | | | 849 | | - | | | | | | | | | 19.146 | 0 | SE VALIDAN SOPORTES, FACTURA CUMPLE CON TODOS LOS REQUISITOS LEGALES, MEDICAMENTO NO PBS OLOPATADINA 0.2% 2 MG/ML SOLUCION OFTALMICA 2.5 ML CANTIDAD X 1, MEDICAMENTO SUSTITUTO PREDNISOLONA + FENILEFRINA X 1 |

| | | | | | | | | | | |
|----|---------|---------|---------|-----|---|---|------------|---------|---|--|
| 51 | P108924 | 214.320 | 214.320 | 849 | - | - | 2020090940 | 214.320 | 0 | SE VALIDAN SOPORTES, FACTURA CUMPLE CON TODOS LOS REQUISITOS LEGALES, MEDICAMENTO NO PBS ACETAMINOFEN 325 MG + HIDROCODONA 5 MG TABLETA CANTIDAD X 30. MEDICAMENTO NO PBS DIACEREINA 50 MG CAPSULA CANTIDAD X 30. MEDICAMENTO NO PBS PREGABALINA 75 MG CAPSULA \$(1.362*30) REGULADO SEGÚN CIRCULAR 04/2018. DESCUENTO DE MEDICAMENTOS SUSTITUTOS INCLUIDO. |
| 52 | P108926 | 115.660 | 115.660 | 849 | - | - | 2020090940 | 115.660 | 0 | SE VALIDAN SOPORTES, FACTURA CUMPLE CON TODOS LOS REQUISITOS LEGALES, MEDICAMENTO NO PBS DORZOLAMIDA 20 MG + TIMOLOL 5 MG + BRIMONIDINA 2 MG/ML SOLUCION OFTALMICA X 5ML \$(69.423*1) TARIFA REGULADA SEGÚN CIRCULAR 04/2018. MEDICAMENTO SUSTITUTO TIMOLOL SOLUCIÓN OFTALMICA \$ (1.803*1). MEDICAMENTO NO PBS BIMATOPROST 0.3 MG + TIMOLOL 5 MG/ML SOLUCION OFTALMICA FCO 3 ML \$(49.843*1) SEGÚN CIRCULAR 04/2018. MEDICAMENTO SUSTITUTO TIMOLOL SOLUCIÓN OFTALMICA \$ (1.803*1). |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----|---------|---------|--|---------|--|--|-----|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|---------|---|---|
| 53 | P108927 | 126.100 | | 126.100 | | | 849 | | - | | | | | | | | | 126.100 | 0 | SE VALIDAN SOPORTES, FACTURA CUMPLE CON TODOS LOS REQUISITOS LEGALES, MEDICAMENTO NO PBS DORZOLAMIDA 20 MG + TIMOLOL 5 MG + BRIMONIDINA 2 MG/ML SOLUCION OFTALMICA X 5ML \$(69.423*1) TARIFA REGULADA SEGÚN CIRCULAR 04/2018. MEDICAMENTO SUSTITUTO TIMOLOL SOLUCIÓN OFTALMICA \$ (1.803*1). MEDICAMENTO NO PBS ACIDO HIALURONICO 0.4% SOL OFTALMICA. DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO INCLUIDO |
| 54 | P108928 | 208.103 | | 208.103 | | | 849 | | - | | | | | | | | | 208.103 | 0 | SE VALIDAN SOPORTES, FACTURA CUMPLE CON TODOS LOS REQUISITOS LEGALES, MEDICAMENTO NO PBS CICLOSPORINA 1 MG/ML SOLUCION OFTALMICA FRASCO 5 ML (MODUSIK A) CANTIDAD X 1. MEDICAMENTO NO PBS HIALURONATO DE SODIO 4 MG/ML SOLUCION OFTALMICA CANTIDAD X 20. DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO INCLUIDO. |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----|---------|---------|--|---------|--|--|-----|--|---|--|--|--|--------|------------|--|--|---------|---|--|
| 55 | P108929 | 292.980 | | 292.980 | | | 849 | | - | | | | 21.660 | 2020090940 | | | 271.320 | 0 | SE VALIDAN SOPORTES, SE DESCUENTA DIFERENCIA DE MEDICAMENTO SUSTITUTO WARFARINA SODICA 5MG TABLETA (\$432*60). MEDICAMENTO NO PBS TICAGRELOR 90 MG TABLETA CANTIDAD X 60 |
| 56 | P108930 | 164.640 | | 164.640 | | | 849 | | - | | | | 4.020 | 2020090940 | | | 160.620 | 0 | SE VALIDAN SOPOTES, SE DESCUENTA DIFERENCIA DE MEDICAMENTO SUSTITUTO PRAZOSINA 1 MG TABLETA \$(146*30). MEDICAMENTO NO PBS DUTASTERIDA + TAMSULOSINA 0.5/0.4 MG CAPSULA CANTIDAD X 30 |
| 57 | P108931 | 353.760 | | 353.760 | | | 849 | | - | | | | 71.760 | 2020090940 | | | 282.000 | 0 | SE VALIDA SOPORTES, SE REGISTRA EN LA FACTURA UN MAYOR VALOR COBRADO MEDICAMENTO NO PBS PYCNOGENOL 0.02 % + TROXERUTINA 0.4 % POLVO PARA RECONSTITUIR A SOLUCION ORAL 4 GR \$(4.800*60). PROVEDOR FACTURA \$ (5.909*60). SE HACE DESCUENTO DE DIFERENCIA DE MEDICAMENTO SUSTITUTO ACIDO ACETIL SALICILICO 100 MG TAB \$(100*60). |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----|---------|---------|--|---------|--|--|-----|--|---|--|--|--|--|---|------------|--|--|---------|---|
| 58 | P108932 | 353.760 | | 353.760 | | | 849 | | - | | | | | | | | | | SE VALIDAN SOPORTES, SE VERIFICA COMPENSACION ADRES PACIENTE CONTRIBUTIVO (COTIZANTE) PARA LA FECHA MAYO DEL 2018. FECHA DE ENTREGA DE MEDICAMENTO 17/05/2018 . SE HACE DESCUENTO DE MAYOR VALOR COBRADO, MEDICAMENTO NO PBS PYCNOGENOL 0.02 % + TROXERUTINA 0.4 % POLVO PARA RECONSTITUIR A SOLUCION ORAL 4 GR \$(4.800*60). PROVEDOR FACTURA \$ (5.909*60). SE HACE DESCUENTO DE DIFERENCIA DE MEDICAMENTO SUSTITUTO ACIDO ACETIL SALICILICO 100 MG TAB \$(100*60). |
| 59 | P108933 | 123.240 | | 123.240 | | | 849 | | - | | | | | - | 2020090940 | | | 123.240 | SE VALIDAN SOPORTES, FACTURA CUMPLE CON TODOS LOS REQUISITOS LEGALES, MEDICAMENTO NO PBS MESALAZINA 1 GR GRANULOS LIB. PROLONGADA SOBRE CANTIDAD X 120. DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO INCLUIDO. |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----|---------|--------|--|--------|--|--|-----|--|---|--|--|--|--|-------|------------|--|--|--------|---|---|
| 60 | P108934 | 39.851 | | 39.851 | | | 849 | | - | | | | | - | 2020090940 | | | 39.851 | 0 | SE VALIDAN SOPORTES, FACTURA CUMPLE CON TODOS LOS REQUISITOS LEGALES, MEDICAMENTO NO PBS BIMATOPROST 0.3 MG + TIMOLOL 5 MG/ML SOLUCION OFTALMICA FCO 3 ML \$ (41.654*1) TARIFA REGULADA SEGÚN CIRCULAR 04/2018. MEDICAMENTO SUSTITUTO TIMOLOL SOLUCIÓN OFTALMICA \$(1.803*1). |
| 61 | P108935 | 75.900 | | 75.900 | | | 849 | | - | | | | | 4.860 | 2020090940 | | | 71.040 | 0 | SE VALIDAN SOPORTES, SE DESCUENTA LA DIFERENCIA EN MEDICAMENTO SUSTITUTO ACETAMINOFEN 500 MG \$ (104*60). MEDICAMENTO NO PBS ACETAMINOFEN 325 MG + HIDROCODONA 5 MG TABLETA CANTIDAD X 60. |
| 62 | P108936 | 95.760 | | 95.760 | | | 849 | | - | | | | | 3.660 | 2020090940 | | | 92.100 | 0 | SE VALIDAN SOPORTES, SE DESCUENTA DIFERENCIA DE MEDICAMENTO SUSTITUTO ISOSORBIDE DINITRATO 10 MG TABLETA (\$85*60). MEDICAMENTO NO PBS TRIMETAZIDINA 35 MG TABLETA DE LIBERACION PROLONGADA (VASTAREL) CANTIDAD X 60. |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----|---------|---------|--|---------|--|--|-----|--|---|--|--|--|-------|------------|--|--|---------|---|--|
| 63 | P108937 | 18.600 | | 18.600 | | | 849 | | - | | | | 4.860 | 2020090940 | | | 13.740 | 0 | SE VALIDAN SOPORTES, SE DESCUENTA DIFERENCIA DE MEDICAMENTO SUSTITUTO ACETAMINOFEN 500 MG \$(104*60). MEDICAMENTO NO PBS ACETAMINOFEN 325 MG + CODEINA 15 MG TABLETA CANTIDAD X 60. |
| 64 | P108938 | 261.720 | | 261.720 | | | 849 | | - | | | | 4.800 | 2020090940 | | | 256.920 | 0 | SE VALIDAN SOPORTES, SE DESCUENTA DIFERENCIA DE MEDICAMENTO SUSTITUTO IBUPROFENO 400 MG TABLETA \$(136*30). MEDICAMENTO NO PBS DIACEREINA 50 MG CAPSULA CANTIDAD X 30. |
| 65 | P108939 | 209.608 | | 209.608 | | | 849 | | - | | | | 3.528 | 2020090940 | | | 206.080 | 0 | SE VALIDAN SOPORTES, SE DESCUENTA DIFERENCIA DE MEDICAMENTO SUSTITUTO GLIBENCLAMIDA TAB 5 MG \$(74*56). MEDICAMENTO NO PBS SITAGLIPTINA 50 MG TABLETA (JANUVIA) CANTIDAD X 56. |
| 66 | P108940 | 58.100 | | 58.100 | | | 849 | | - | | | | - | 2020090940 | | | 58.100 | 0 | SE VALIDAN SOPORTES, FACTURA CUMPLE CON TODOS LOS REQUISITOS LEGALES, MEDICAMENTO NO PBS CARBOMERO 974P GEL OFTALMICO 2.5 MG/ML MONODOSIS X 30. DESCUENTO DE SIMILAR INCLUIDO. ANEXAN ACTA DE ENTREGA DE MEDICAMENTO |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----|---------|---------|--|---------|--|--|-----|--|---|--|--|--|-------|------------|--|--|---------|---|--|
| 67 | P108114 | 177.720 | | 177.720 | | | 849 | | - | | | | 6.480 | 2020090940 | | | 171.240 | 0 | SE VALIDAN SOPORTES, SE DESCUENTA DIFERENCIA DE MEDICAMENTO SUSTITUTO ESPIRONOLACTONA 25MG TABLETA \$(194*60). MEDICAMENTO NO PBS EPLERENONA 25 MG TABLETA RECUBIERTA CANTIDAD X 60. |
| 68 | P108115 | 7.560 | | 7.560 | | | 849 | | - | | | | - | 2020090940 | | | 7.560 | 0 | SE VALIDAN SOPORTES, FACTURA CUMPLE CON TODOS LOS REQUISITOS LEGALES, MEDICAMENTO NO PBS PREGABALINA 75 MG CAPSULA X 60. DESCUENTO DE SUSTITUTO INCLUIDO |
| 69 | P108117 | 28.874 | | 28.874 | | | 849 | | - | | | | 9.372 | 2020090940 | | | 19.502 | 0 | SE VALIDAN SOPORTES, SE DESCUENTA LA DIFERENCIA DE MEDICAMENTO SUSTITUTO HIOSCINA METIL BROMURO 10 MG TAB \$(171*60). MEDICAMENTO NO PBS OXIBUTININA JARABE 120 ML CANTIDAD X 2. |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----|---------|---------|--|---------|--|--|-----|--|---|--|--|--|--------|------------|--|--|---------|---|---|
| 70 | P108118 | 245.970 | | 245.970 | | | 849 | | - | | | | 10.470 | 2020090940 | | | 235.500 | 0 | SE VALIDAN SOPORTES, SE REGISTRA EN LA FACTURA UN MAYOR VALOR COBRADO MEDICAMENTO NO PBS ACIDO FENOFIBRICO + ROSUVASTATINA 135 MG/10 MG TABLETA \$ (7.900*30) PROVEDOR FACTURA A 8.218 SE DESCUENTA LA DIFERENCIA. SE HACE DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO GEMFIBROZILLO 600 MG TABLETA \$ (50*30) |
| 71 | P108119 | 18.600 | | 18.600 | | | 849 | | - | | | | 6.240 | 2020090940 | | | 12.360 | 0 | SE VALIDAN SOPORTES, SE DECUENTA DIFERENCIA DE MEDICAMENTO SUSTITUTO ACETAMINOFEN 500 MG \$(104*60). MEDICAMENTO NO PBS ACETAMINOFEN 325 MG + CODEINA 15 MG TABLETA CANTIDAD X 60. |
| 72 | P108120 | 67.620 | | 67.620 | | | 849 | | - | | | | - | 2020090940 | | | 67.620 | 0 | SE VALIDAN SOPORTE, FACTURA CUMPLE CON TODOS LOS REQUISITOS LEGALES, MEDICAMENTO NO PBS DORZOLAMIDA 20 MG + TIMOLOL 5 MG + BRIMONIDINA 2 MG/ML SOLUCION OFTALMICA X 5ML \$(69.423*1) TARIFA REGULADA SEGÚN CIRCULAR 04/2018. MEDICAMENTO SUSTITUTO TIMOLOL SOLUCIÓN OFTALMICA \$ (1.803*1). |

| | | | | | | | | | | |
|----|---------|---------|---------|-----|---|---|------------|---------|---|--|
| 73 | P108122 | 115.660 | 115.660 | 849 | - | - | 2020090940 | 115.660 | 0 | SE VALIDAN SOPORTES, FACTURA CUMPLE CON TODOS LOS REQUISITOS LEGALES, MEDICAMENTO NO PBS DORZOLAMIDA 20 MG + TIMOLOL 5 MG + BRIMONIDINA 2 MG/ML SOLUCION OFTALMICA 5 ML (\$ (69.423*1) TARIFA REGULADA SEGÚN CIRCULAR 04/2018, MEDICAMENTO SUSTITUTO TIMOLOL SOLUCIÓN OFTALMICA \$(1.803*1). MEDICAMENTO NO PBS BIMATOPROST 0.1 MG/ML SOLUCION OFTALMICA 3 ML (LUMIGAN) \$ (49.843*1) TARIFA REGULADA SEGÚN CIRCULAR 04/2018, MEDICAMENTO SUSTITUTO TIMOLOL SOLUCIÓN OFTALMICA |
| 74 | P108123 | 39.851 | 39.851 | 849 | - | - | 2020090940 | 39.851 | 0 | SE VALIDAN SOPORTES, FACTURA CUMPLE CON TODOS LOS REQUISITOS LEGALES, MEDICAMENTO NO PBS BIMATOPROST 0.3 MG + TIMOLOL 5 MG/ML SOLUCION OFTALMICA FCO 3 ML \$ (41.654*1) TARIFA REGULADA SEGÚN CIRCULAR 04/2018. MEDICAMENTO SUSTITUTO TIMOLOL SOLUCIÓN OFTALMICA \$(1.803*1). |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----|---------|---------|--|---------|--|--|-----|--|---|--|--|--|--|--------|------------|--|---------|---|--|
| 75 | P108124 | 135.240 | | 135.240 | | | 849 | | - | | | | | - | 2020090940 | | 135.240 | 0 | SE VALIDAN SOPORTES, FACTURA CUMPLE CON TODOS LOS REQUISITOS LEGALES, MEDICAMENTO NO PBS DORZOLAMIDA 20 MG + TIMOLOL 5 MG + BRIMONIDINA 2 MG/ML SOLUCION OFTALMICA X 5ML \$(69.423*2) TARIFA REGULADA SEGÚN CIRCULAR 04/2018. MEDICAMENTO SUSTITUTO TIMOLOL SOLUCIÓN OFTALMICA \$ (1.803*2). |
| 76 | P108125 | 130.860 | | 130.860 | | | 849 | | - | | | | | 2.400 | 2020090940 | | 128.460 | 0 | SE VALIDAN SOPOTES, SE DESCUENTA DIFERENCIA DE MEDICAMENTO SUSTITUTO IBUPROFENO 400 MG TABLETA \$(136*30). MEDICAMENTO NO PBS DIACEREINA 50 MG CAPSULA CANTIDAD X 30. |
| 77 | P108126 | 491.940 | | 491.940 | | | 849 | | - | | | | | 20.940 | 2020090940 | | 471.000 | 0 | SE VALIDAN SOPORTES, SE REGISTRA EN LA FACTURA UN MAYOR VALOR COBRADO MEDICAMENTO NO PBS ACIDO FENOFIBRICO + ROSUVASTATINA 135 MG/10 MG TABLETA \$ (7.900*60) PROVEDOR FACTURA A 8.218 SE DESCUENTA LA DIFERENCIA. SE HACE DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO GEMFIBROZILO 600 MG TABLETA \$ (50*60) |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----|---------|---------|--|---------|--|--|-----|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|------------|--|---------|---|--|
| 78 | P108127 | 7.560 | | 7.560 | | | 849 | | - | | | | | | | | | 2020090940 | | 7.560 | 0 | SE VALIDAN SOPORTES, FACTURA CUMPLE CON TODOS LOS REQUISITOS LEGALES, MEDICAMENTO NO PBS PREGABALINA 75 MG CAPSULA X 60. DESCUENTO DE SUSTITUTO INCLUIDO |
| 79 | P108128 | 96.080 | | 96.080 | | | 849 | | - | | | | | | | | | 2020090940 | | 96.080 | 0 | SE VALIDAN SOPORTES, FACTURA CUMPLE CON TODOS LOS REQUISITOS LEGALES, MEDICAMENTO NO PBS BIMATOPROST 0.1 MG/ML SOLUCION OFTALMICA 3 ML (LUMIGAN) S (49.843*2) TARIFA REGULADA SEGÚN CIRCULAR 04/2018, MEDICAMENTO SUSTITUTO TIMOLOL SOLUCIÓN OFTALMICA S(1.803*2). |
| 80 | P108129 | 8.160 | | 8.160 | | | 849 | | - | | | | | | | | | 2020090940 | | 8.160 | 0 | SE VALIDAN SOPORTES, FACTURA CUMPLE CON TODOS LOS REQUISITOS LEGALES, MEDICAMENTO NO PBS DIOSMINA + HESPERIDINA 450/50 TABLETA CANTIDAD X 60. DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO INCLUIDO. |
| 81 | P108131 | 417.960 | | 417.960 | | | 849 | | - | | | | | | | | | 2020090940 | | 417.960 | 0 | SE VALIDAN SOPORTES, FACTURA CUMPLE CON TODOS LOS REQUISITOS LEGALES, NO EXISTE SIMILAR EN EL PBS, PAÑAL TENA SLIP X 120 |

| | | | | | | | | | | |
|----|---------|---------|---------|-----|---|--------|------------|---------|---|---|
| 82 | P108133 | 83.610 | 83.610 | 849 | - | 15.570 | 2020090940 | 68.040 | 0 | SE VALIDAN SOPORTES, SE REGISTRA EN LA FACTURA UN MAYOR VALOR COBRADO MEDICAMENTO NO PBS BISOPROLOL 10 MG TABLETA RECUBIERTA \$(4.800*30) PROVEEDOR FACTURA \$ 5.319 SE DESCUENTA LA DIFERENCIA. DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO INCLUIDO. |
| 83 | P108134 | 604.800 | 604.800 | 849 | - | - | 2020090940 | 604.800 | 0 | SE VALIDAN SOPORTES, FACTURA CUMPLE CON TODOS LOS REQUISITOS LEGALES, NO EXISTE SIMILAR EN EL PBS, PEDIASURE 237 ML X 90 |
| 84 | P108135 | 96.028 | 96.028 | 849 | - | - | 2020090940 | 96.028 | 0 | SE VALIDAN SOPORTES, FACTURA CUMPLE CON TODOS LOS REQUISITOS LEGALES, MEDICAMENTO NO PBS BRINZOLAMIDA 10 MG/ML + TIMOLOL 5 MG/ML SUSPENSION OFTALMICA CANTIDAD X 1. MEDICAMENTO SUSTITUTO TIMOLOL SOLUCIÓN OFTALMICA \$(1.803*1) |
| 85 | P108136 | 49.680 | 49.680 | 849 | - | 4.020 | 2020090940 | 45.660 | 0 | SE VALIDAN SOPOTES, SE DESCUENTA DIFERENCIA DE MEDICAMENTO SUSTITUTO PRAZOSINA 1 MG TABLETA \$(146*30). MEDICAMENTO NO PBS TAMSULOSINA 0.4 MG TABLETA CANTIDAD X 30 |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----|---------|---------|--|---------|--|--|-----|--|---|--|--|--|--------|------------|--|--|---------|---|--|
| 86 | P108137 | 168.000 | | 168.000 | | | 849 | | - | | | | 10.108 | 2020090940 | | | 157.892 | 0 | SE VALIDAN SOPORTES, SE DESCUENTA DIFERENCIA DE MEDICAMENTO SUSTITUTO WARFARINA SODICA 5MG TABLETA \$ (432*30), MEDICAMENTO NO PBS RIVAROXABAN 20 MG TABLETA X 30. |
| 87 | P108138 | 164.640 | | 164.640 | | | 849 | | - | | | | 4.020 | 2020090940 | | | 160.620 | 0 | SE VALIDAN SOPORTES, SE DESCUENTA DIFERENCIA DE MEDICAMENTO SUSTITUTO PRAZOSINA 1 MG TABLETA \$(146*30). MEDICAMENTO NO PBS DUTASTERIDA + TAMSULOSINA 0.5/0.4 MG CAPSULA CANTIDAD X 30 |
| 88 | P108139 | 22.560 | | 22.560 | | | 849 | | - | | | | - | 2020090940 | | | 22.560 | 0 | SE VALIDAN SOPORTES, FACTURA CUMPLE CON TODOS LOS REQUISITOS LEGALES, MEDICAMENTO NO PBS OXIBUTININA CLORURO 5 MG TABLETA CANTIDAD X 30. DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO INCLUIDO |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----|---------|---------|--|---------|--|--|-----|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|------------|--|---------|---|--|
| 89 | P108140 | 81.505 | | 81.505 | | | 849 | | - | | | | | | | | | 2020090940 | | 81.505 | 0 | SE VALIDAN SOPORTES, FACTURA CUMPLE CON TODOS LOS REQUISITOS LEGALES, MEDICAMENTO NO PBS DORZOLAMIDA 20 MG + TIMOLOL 5 MG SOLUCION OFTALMICA 6 ML TARIFA REGULADA SEGÚN CIRCULAR 04/2018. MEDICAMENTO SUSTITUTO TIMOLOL SOLUCIÓN OFTALMICA \$ (1.803*1). |
| 90 | P108141 | 231.320 | | 231.320 | | | 849 | | - | | | | | | | | | 2020090940 | | 231.320 | 0 | SE VALIDAN SOPORTES, FACTURA CUMPLE CON TODOS LOS REQUISITOS LEGALES, MEDICAMENTO NO PBS DORZOLAMIDA 20 MG + TIMOLOL 5 MG SOLUCION OFTALMICA 5 ML \$(69.423*2) SEGÚN CIRCULAR 04/2018. MEDICAMENTO NO PBS BIMATOPROST 0.01% 3 MG FRASCO CANTIDAD X 2. MEDICAMENTO SUSTITUTO TIMOLOL SOLUCIÓN OFTALMICA \$ (1.803*4). |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----|---------|---------|--|---------|--|--|-----|--|---|--|--|--|--------|------------|--|--|---------|---|--|
| 91 | P108903 | 171.780 | | 171.780 | | | 849 | | - | | | | 23.280 | 2020090940 | | | 148.500 | 0 | SE VALIDAN SOPORTES, SE DESCUENTA DIFERENCIA DE MEDICAMENTO SUSTITUTO ACETAMINOFEN 500 MG \$(104*120). MEDICAMENTO NO PBS ACETAMINOFEN 325 MG + CODEINA 15 MG TABLETA CANTIDAD X 120. SE DESCUENTA DIFERENCIA DE MEDICAMENTO SUSTITUTO ALOPURINOL 100 MG TABLETA \$(248*60). MEDICAMENTO NO PBS FEBUXOSTAT 80 MG CAPSULA BLANDA CANTIDAD X 60. |
| 92 | P108904 | 49.680 | | 49.680 | | | 849 | | - | | | | 4.020 | 2020090940 | | | 45.660 | 0 | SE VALIDAN SOPOTES, SE DESCUENTA DIFERENCIA DE MEDICAMENTO SUSTITUTO PRAZOSINA 1 MG TABLETA \$(146*30). MEDICAMENTO NO PBS TAMSULOSINA 0.4 MG TABLETA CANTIDAD X 30 |
| 93 | P108905 | 38.828 | | 38.828 | | | 849 | | - | | | | - | 2020090940 | | | 38.828 | 0 | SE VALIDAN SOPORTES, FACTURA CUMPLE CON TODOS LOS REQUISITOS LEGALES, MEDICAMENTO NO PBS ACIDO POLIACRILICO 2 MG GEL OFTALMICO TUBO 10 GR (ACRYLARM) CANTIDAD X 2. DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO INCLUIDO |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----|---------|--------|--|--------|--|--|-----|--|---|--|--|--|--|-------|------------|--|--|--------|---|--|
| 94 | P108906 | 8.160 | | 8.160 | | | 849 | | - | | | | | - | 2020090940 | | | 8.160 | 0 | SE VALIDAN SOPORTES, FACTURA CUMPLE CON TODOS LOS REQUISITOS LEGALES, MEDICAMENTO NO PBS DIOSMINA + HESPERIDINA 450/50 TABLETA CANTIDAD X 60. DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO INCLUIDO. |
| 95 | P108907 | 49.680 | | 49.680 | | | 849 | | - | | | | | 4.020 | 2020090940 | | | 45.660 | 0 | SE VALIDAN SOPORTES, SE DESCUENTA DIFERENCIA DE MEDICAMENTO SUSTITUTO PRAZOSINA 1 MG TABLETA \$(146*30). MEDICAMENTO NO PBS TAMSULOSINA 0.4 MG TABLETA CANTIDAD X 30 |
| 96 | P108094 | 38.820 | | 38.820 | | | 849 | | - | | | | | - | 2020090940 | | | 38.820 | 0 | SE VALIDAN SOPORTES, FACTURA CUMPLE CON TODOS LOS REQUISITOS LEGALES, MEDICAMENTO NO PBS LINAGLIPTINA + METFORMINA 2.5 MG/1000 MG TABLETA (TRAYENTA DUO) CANTIDAD X 60. DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO INCLUIDO. |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----|---------|---------|--|---------|--|--|-----|--|---|--|--|-------|------------|--|--|--|--|--|--|
| 97 | P108095 | 115.660 | | 115.660 | | | 849 | | - | | | | | | | | | | SE VALIDAN SOPORTES, FACTURA CUMPLE CON TODOS LOS REQUISITOS LEGALES, MEDICAMENTO NO PBS DORZOLAMIDA 20 MG + TIMOLOL 5 MG + BRIMONIDINA 2 MG/ML SOLUCION OFTALMICA 5 ML (\$ (69.423*1) TARIFA REGULADA SEGÚN CIRCULAR 04/2018, MEDICAMENTO SUSTITUTO TIMOLOL SOLUCIÓN OFTALMICA \$(1.803*1). MEDICAMENTO NO PBS BIMATOPROST 0.1 MG/ML SOLUCION OFTALMICA 3 ML (LUMIGAN) \$ (49.843*1) TARIFA REGULADA SEGÚN CIRCULAR 04/2018, MEDICAMENTO SUSTITUTO TIMOLOL SOLUCIÓN OFTALMICA |
| 98 | P108097 | 49.680 | | 49.680 | | | 849 | | - | | | 4.020 | 2020090940 | | | | | | SE VALIDAN SOPOTES, SE DESCUENTA DIFERENCIA DE MEDICAMENTO SUSTITUTO PRAZOSINA 1 MG TABLETA \$(146*30). MEDICAMENTO NO PBS TAMSULOSINA 0.4 MG TABLETA CANTIDAD X 30 |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----|---------|---------|--|---------|--|--|-----|--|---|--|--|--------|------------|--|--|--|--|---------|---|--|
| 99 | P108098 | 156.480 | | 156.480 | | | 849 | | - | | | | | | | | | 156.480 | 0 | SE VALIDAN SOPORTES, FACTURA CUMPLE CON TODOS LOS REQUISITOS LEGALES, MEDICAMENTO NO PBS ACETAMINOFEN 325 MG + HIDROCODONA 5 MG TABLETA CANTIDAD X 30. MEDICAMENTO NO PBS LIDOCAINA PARCHE 5% \$(9.701*30) REGULADO SEGÚN CIRCULAR 04/2018. DESCUENTO DE MEDICAMENTOS SUSTITUTOS INCLUIDO. |
| 100 | P108099 | 942.930 | | 942.930 | | | 849 | | - | | | 44.640 | 2020090940 | | | | | 898.290 | 0 | SE VALIDAN SOPOTES, SE DESCUENTA DIFERENCIA DE MEDICAMENTO SUSTITUTO CARBONATO DE CALCIO 600 MG TAB \$(173*270). MEDICAMENTO NO PBS ALFA CETO ANALOGOS DE AMINOACIDOS 630 MG TABLETA RECUBIERTA X 270 |
| 101 | P108100 | 39.851 | | 39.851 | | | 849 | | - | | | | 2020090940 | | | | | 39.851 | 0 | SE VALIDAN SOPORTES, FACTURA CUMPLE CON TODOS LOS REQUISITOS LEGALES, MEDICAMENTO NO PBS BIMATOPROST 0.3 MG + TIMOLOL 5 MG/ML SOLUCION OFTALMICA FCO 3 ML \$ (41.654*1) TARIFA REGULADA SEGÚN CIRCULAR 04/2018. MEDICAMENTO SUSTITUTO TIMOLOL SOLUCIÓN OFTALMICA \$(1.803*1). |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----|---------|---------|--|---------|--|--|-----|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|------------|------------|--------|---------|--|--|
| 102 | P108101 | 59.711 | | 59.711 | | | 849 | | - | | | | | | | | | 2020090940 | | 59.711 | 0 | SE VALIDAN SOPORTES, FACTURA CUMPLE CON TODOS LOS REQUISITOS LEGALES, MEDICAMENTO NO PBS TRAVOPROST 40 MCG/ML 0.04 MG/ML SOL OFT FRASCO \$(61.514*1) REGULADO SEGÚN CIRCULAR 04/2018. MEDICAMENTO SUSTITUTO TIMOLOL SOLUCIÓN OFTÁLMICA \$(1.803*1) | |
| 103 | P108102 | 206.760 | | 206.760 | | | 849 | | - | | | | | | | | | 7.260 | 2020090940 | | 199.500 | 0 | SE VALIDAN SOPORTES, SE DESCUENTA DIFERENCIA DE MEDICAMENTO SUSTITUTO ACETAMINOFEN 500 MG \$(104*60). MEDICAMENTO NO PBS ACETAMINOFEN 325 MG + HIDROCODONA 5 MG TABLETA TABLETA CANTIDAD X 60. SE DESCUENTA DIFERENCIA DE MEDICAMENTO SUSTITUTO IBUPROFENO 400 MG TABLETA \$(136*30). MEDICAMENTO NO PBS DIACEREINA 50 MG CAPSULA CANTIDAD X 30. |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----|---------|-----------|--|-----------|--|--|-----|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|-----------|---|---|
| 104 | P108103 | 231.003 | | 231.003 | | | 849 | | - | | | | | | | | | 231.003 | 0 | SE VALIDAN SOPORTES, FACTURA CUMPLE CON TODOS LOS REQUISITOS LEGALES, MEDICAMENTO NO PBS BRIMONIDINA 2 MG 0.2% + BRINZOLAMIDA 10 MG 1% SUSP OFT FCO 5 ML CANTIDAD X 1. MEDICAMENTO NO PBS BIMATOPROST 0.01% 3 MG FRASCO (LUMIGAN RC) CANTIDAD X 1. DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO INCLUIDO. |
| 105 | P108104 | 1.387.030 | | 1.387.030 | | | 849 | | - | | | | | | | | | 1.387.030 | 0 | SE VALIDAN SOPORTES, FACTURA CUMPLE CON TODOS LOS REQUISITOS LEGALES, NO EXISTE SIMILAR EN EL PBS, ENSURE 900GR X 17. ADRES SUBSIDIADA PARA FECHA DE ENTREGA 02/03/2018 |
| 106 | P108105 | 97.560 | | 97.560 | | | 849 | | - | | | | | | | | | 97.560 | 0 | SE VALIDAN SOPORTES, FACTURA CUMPLE CON TODOS LOS REQUISITOS LEGALES, MEDICAMENTO NO PBS GLIMEPIRIDA + METFORMINA CLORHIDRATO 2 MG/1000 MG TABLETA CANTIDAD X 60. DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO INCLUIDO. |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----|---------|---------|--|---------|--|--|-----|--|---|--|--|--|--|-------|------------|--|--|------------|---------|---|--|
| 107 | P108106 | 129.545 | | 129.545 | | | 849 | | - | | | | | | | | | 2020090940 | 129.545 | 0 | SE VALIDAN SOPORTES, FACTURA CUMPLE CON TODOS LOS REQUISITOS LEGALES, MEDICAMENTO NO PBS BIMATOPROST 0.1 MG/ML SOLUCION OFTALMICA 3 ML (LUMIGAN) \$ (49.843*1) TARIFA REGULADA SEGÚN CIRCULAR 04/2018 , MEDICAMENTO SUSTITUTO TIMOLOL SOLUCIÓN OFTALMICA \$(1.803*1). MEDICAMENTO NO PBS DORZOLAMIDA 20 MG + TIMOLOL 5 MG SOLUCION OFTALMICA 6 ML \$ (83.308*1) TARIFA REGULADA SEGÚN CIRCULAR 04/2018, MEDICAMENTO SUSTITUTO TIMOLOL SOLUCIÓN OFTALMICA \$(1.803*1) |
| 108 | P108107 | 5.124 | | 5.124 | | | 849 | | - | | | | | | | | | 2020090940 | 5.124 | 0 | SE VALIDAN SOPORTES, FACTURA CUMPLE CON TODOS LOS REQUISITOS LEGALES, MEDICAMENTO NO PBS SITAGLIPTINA 50 MG + METFORMINA 1000 MG TABLETA CANTIDAD X 28. DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO INCLUIDO. |
| 109 | P108108 | 162.008 | | 162.008 | | | 849 | | - | | | | | 8.400 | 2020090940 | | | | 153.608 | 0 | SE VALIDAN SOPORTES, SE DESCUENTA DIFERENCIA DE MEDICAMENTO SUSTITUTO LOSARTAN 50 MG \$ (328*28). MEDICAMENTO NO PBS IRBESARTAN 300 MG TABLETA (APROVEL) CANTIDAD X 28 |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----|---------|---------|--|---------|--|--|-----|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|------------|---------|---|--|
| 110 | P108109 | 15.840 | | 15.840 | | | 849 | | - | | | | | | | | | 2020090940 | 15.840 | 0 | SE VALIDAN SOPORTES, FACTURA CUMPLE CON TODOS LOS REQUISITOS LEGALES, MEDICAMENTO NO PBS BISOPROLOL 5 MG TABLETA CANTIDAD X 30. DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO INCLUIDO. |
| 111 | P108110 | 334.264 | | 334.264 | | | 849 | | - | | | | | | | | | 2020090940 | 334.264 | 0 | SE VALIDAN SOPORTES, FACTURA CUMPLE CON TODOS LOS REQUISITOS LEGALES, MEDICAMENTO NO PBS SITAGLIPTINA 50 MG + METFORMINA 1000 MG TABLETA CANTIDAD X 56. MEDICAMENTO NO PBS IRBESARTAN 300 MG TABLETA (APROVEL) CANTIDAD X 56. DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO INCLUIDO. |
| 112 | P108111 | 312.960 | | 312.960 | | | 849 | | - | | | | | | | | | 2020090940 | 312.960 | 0 | SE VALIDAN SOPORTES, FACTURA CUMPLE CON TODOS LOS REQUISITOS LEGALES, MEDICAMENTO NO PBS ACETAMINOFEN 325 MG + HIDROCODONA 5 MG TABLETA CANTIDAD X 60. MEDICAMENTO NO PBS LIDOCAINA PARCHE 5% \$(9.701*60) REGULADO SEGÚN CIRCULAR 04/2018. DESCUENTO DE MEDICAMENTOS SUSTITUTOS INCLUIDO. |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----|---------|---------|---------|--|--|-----|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|------------|------------|--------|---------|--|--|
| 113 | P108113 | 48.780 | 48.780 | | | 849 | - | | | | | | | | | | 2020090940 | | 48.780 | 0 | SE VALIDAN SOPORTES, FACTURA CUMPLE CON TODOS LOS REQUISITOS LEGALES, MEDICAMENTO NO PBS GLIMEPIRIDA + METFORMINA CLORHIDRATO 2 MG/1000 MG TABLETA CANTIDAD X 30. DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO INCLUIDO. | |
| 114 | P108908 | 100.868 | 100.868 | | | 849 | - | | | | | | | | | | | 2020090940 | | 100.868 | 0 | SE VALIDAN SOPORTES, FACTURA CUMPLE CON TODOS LOS REQUISITOS LEGALES, MEDICAMENTO NO PBS HIALURONATO DE SODIO 1MG/ML + CONDROITINA SULFATO DE SODIO 1.8 MG/ML SLN OFTALMICA FCO 15 ML CANTIDAD X 1, MEDICAMENTO NO PBS DORZOLAMIDA 20 MG + TIMOLOL 5 MG SOLUCION OFTALMICA 5 ML CANTIDAD X 1. DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO INCLUIDO. |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----|---------|---------|--|---------|--|--|-----|--|---|--|--|--|--------|------------|--|--|---------|---|--|
| 115 | P108909 | 276.120 | | 276.120 | | | 849 | | - | | | | 48.870 | 2020090940 | | | 227.250 | 0 | SE VALIDAN SOPORTES,SE REGISTRA EN LA FACTURA UN MAYOR VALOR COBRADO MEDICAMENTO NO PBS ACIDO FENOFIBRICO + ROSUVASTATINA 135 MG/20 MG TABLETA \$ (7.690*30) PROVEEDOR FACTURA A 9.319 SE DESCUENTA DIFERENCIA. DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO INCLUIDO. |
| 116 | P108910 | 85.890 | | 85.890 | | | 849 | | - | | | | 11.870 | 2020090940 | | | 74.020 | 0 | SE VALIDAN SOPORTES, SE DESCUENTA DIFERENCIA DE MEDICAMENTO SUSTITUTO ACETAMINOFEN 500 MG \$(104*60). MEDICAMENTO NO PBS ACETAMINOFEN 325 MG + CODEINA 15 MG TABLETA CANTIDAD X 60. SE DESCUENTA DIFERENCIA DE MEDICAMENTO SUSTITUTO ALOPURINOL 100 MG TABLETA \$(248*30). MEDICAMENTO NO PBS FEBUXOSTAT 80 MG CAPSULA BLANDA CANTIDAD X 30. |
| 117 | P108911 | 326.360 | | 326.360 | | | 849 | | - | | | | - | 2020090940 | | | 326.360 | 0 | SE VALIDAN SOPORTES, FACTURA CUMPLE CON TODOS LOS REQUISITOS LEGALES, NO EXISTE SIMILAR EN EL PBS, ENSURE 900GR X 4 |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----|---------|---------|--|---------|--|--|-----|--|---|--|--|--|--------|------------|--|--|---------|---|---|
| 118 | P108912 | 204.600 | | 204.600 | | | 849 | | - | | | | 21.660 | 2020090940 | | | 182.940 | 0 | SE VALIDAN SOPORTES, SE HACE DESCUENTO DE DIFERENCIA DE MEDICAMENTO SUSTITUTO WARFARINA SODICA 5MG TABLETA \$(432*60). MEDICAMENTO NO PBS APIXABAN 5 MG TABLETA \$(3.481*60) SEGÚN CIRCULAR 04/2018. |
| 119 | P108913 | 164.640 | | 164.640 | | | 849 | | - | | | | 4.020 | 2020090940 | | | 160.620 | 0 | SE VALIDAN SOPORTES, SE DESCUENTA DIFERENCIA DE MEDICAMENTO SUSTITUTO PRAZOSINA 1 MG TABLETA \$(146*30). MEDICAMENTO NO PBS DUTASTERIDA + TAMSULOSINA 0.5/0.4 MG CAPSULA CANTIDAD X 30 |
| 120 | P108914 | 113.850 | | 113.850 | | | 849 | | - | | | | 7.290 | 2020090940 | | | 106.560 | 0 | SE VALIDAN SOPORTES, SE DESCUENTA LA DIFERENCIA EN MEDICAMENTO SUSTITUTO ACETAMINOFEN 500 MG \$(104*90). MEDICAMENTO NO PBS ACETAMINOFEN 325 MG + HIDROCODONA 5 MG TABLETA CANTIDAD X 90. |
| 121 | P108915 | 244.770 | | 244.770 | | | 849 | | - | | | | - | 2020090940 | | | 244.770 | 0 | SE VALIDAN SOPORTES, FACTURA CUMPLE CON TODOS LOS REQUISITOS LEGALES, NO EXISTE SIMILAR EN EL PBS, ENSURE 900GR X 3 |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----|---------|---------|--|---------|--|--|-----|--|---|--|--|--|--------|------------|--|--|---------|---|--|
| 122 | P108916 | 75.900 | | 75.900 | | | 849 | | - | | | | 4.860 | 2020090940 | | | 71.040 | 0 | SE VALIDAN SOPORTES, SE DECUENTA DIFERENCIA DE MEDICAMENTO SUSTITUTO ACETAMINOFEN 500 MG \$ (104*60). MEDICAMENTO NO PBS ACETAMINOFEN 325 MG + HIDROCODONA 5 MG TABLETA CANTIDAD X 60. |
| 123 | P108917 | 27.860 | | 27.860 | | | 849 | | - | | | | 3.584 | 2020090940 | | | 24.276 | 0 | SE VALIDAN SOPORTES, SE DECUENTA DIFERENCIA DE MEDICAMENTO SUSTITUTO PRAZOSINA 1 MG TABLETA \$(146*28). MEDICAMENTO NO PBS TADALAFILO 5 MG TABLETA CANTIDAD X 28. |
| 124 | P108918 | 182.000 | | 182.000 | | | 849 | | - | | | | 12.960 | 2020090940 | | | 169.040 | 0 | SE VALIDAN SOPORTES, SE HACE DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO WARFARINA SODICA 5MG TABLETA \$ (432*30), MEDICAMENTO NO PBS RIVAROXABAN 20 MG TABLETA X 30. |
| 125 | P108919 | 326.360 | | 326.360 | | | 849 | | - | | | | - | 2020090940 | | | 326.360 | 0 | SE VALIDAN SOPORTES, FACTURA CUMPLE CON TODOS LOS REQUISITOS LEGALES, NO EXISTE SIMILAR EN EL PBS, ENSURE 900GR X 4 |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----|---------|---------|--|---------|--|--|-----|--|---|--|--|--|--|-------|------------|--|--|---------|---|--|
| 126 | P108920 | 14.394 | | 14.394 | | | 849 | | - | | | | | - | 2020090940 | | | 14.394 | 0 | SE VALIDAN SOPORTES, FACTURA CUMPLE CON TODOS LOS REQUISITOS LEGALES, MEDICAMENTO NO PBS DORZOLAMIDA 20 MG + TIMOLOL 5 MG + BRIMONIDINA 2 MG/ML SOLUCION OFTALMICA X 5ML \$(69.423*1) TARIFA REGULADA SEGÚN CIRCULAR 04/2018. MEDICAMENTO SUSTITUTO TIMOLOL SOLUCIÓN OFTALMICA \$(1.803*1). MEDICAMENTO NO PBS CARBOXIMETILCELULOS A SODICA 1% SLN OFTALMICA FCO 15 ML. DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO INCLUIDO. |
| 127 | P108921 | 160.647 | | 160.647 | | | 849 | | - | | | | | - | 2020090940 | | | 160.647 | 0 | SE VALIDAN SOPORTES, FACTURA CUMPLE CON TODOS LOS REQUISITOS LEGALES, NO EXISTE SIMILAR EN EL PBS, PEDIASURE 900GR X 3 |
| 128 | P108922 | 113.850 | | 113.850 | | | 849 | | - | | | | | 7.290 | 2020090940 | | | 106.560 | 0 | SE VALIDAN SOPORTES, SE DESCUENTA DIFERENCIA DE MEDICAMENTO SUSTITUTO ACETAMINOFEN 500 MG \$(104*90). MEDICAMENTO NO PBS ACETAMINOFEN 325 MG + HIDROCODONA 5 MG TABLETA CANTIDAD X 90. |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----|---------|---------|--|---------|--|--|-----|--|---|--|--|--|--|--------|------------|--|---------|---|---|
| 129 | P108923 | 32.040 | | 32.040 | | | 849 | | - | | | | | - | 2020090940 | | 32.040 | 0 | SE VALIDAN SOPORTES, FACTURA CUMPLE CON TODOS LOS REQUISITOS LEGALES, , MEDICAMENTO NO PBS DIOSMINA + HESPERIDINA 450/50 TABLETA CANTIDAD X 180. MEDICAMENTO NO PBS PREGABALINA 75 MG CAPSULA \$(1.362*30) REGULADO SEGÚN CIRCULAR 04/2018. DESCUENTO DE MEDICAMENTOS SUSTITUTOS INCLUIDO |
| 130 | P108925 | 83.610 | | 83.610 | | | 849 | | - | | | | | 15.570 | 2020090940 | | 68.040 | 0 | SE VALIDAN SOPORTES, SE REGISTRA EN LA FACTURA UN MAYOR VALOR COBRADO MEDICAMENTO NO PBS BISOPROLOL 10 MG TABLETA RECUBIERTA \$(4.800*30) PROVEEDOR FACTURA \$ 5.319 SE DESCUENTA LA DIFERENCIA. DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO INCLUIDO. |
| 131 | P175594 | 132.980 | | 132.980 | | | 849 | | - | | | | | 1.106 | 2020090940 | | 131.874 | 0 | SE VALIDAN SOPOTES, SE DESCUENTA DIFERENCIA DE MEDICAMENTO SUSTITUTO TIMOLOL SOLUCIÓN OFTÁLMICA \$(1.803*2), MEDICAMENTO NO PBS BIMATOPROST 0.3 MG/ML SOLUCION OFTÁLMICA 3 ML (LUMIGAN) CANTIDAD X 2 |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----|---------|--------|--|--------|--|--|-----|--|---|--|--|--|--|-------|------------|--|--|--------|---|--|
| 132 | P175595 | 64.984 | | 64.984 | | | 849 | | - | | | | | - | 2020090940 | | | 64.984 | 0 | SE VALIDAN SOPORTES, FACTURA CUMPLE CON TODOS LOS REQUISITOS LEGALES, MEDICAMENTO NO PBS DORZOLAMIDA 20 MG + TIMOLOL 5 MG SOLUCION OFTALMICA 6 ML TARIFA REGULADA SEGÚN CIRCULAR 04/2018. MEDICAMENTO SUSTITUTO INCLUIDO |
| 133 | P175612 | 68.760 | | 68.760 | | | 849 | | - | | | | | - | 2020090940 | | | 68.760 | 0 | SE VALIDAN SOPORTES, FACTURA CUMPLE CON TODOS LOS REQUISITOS LEGALES, MEDICAMENTO NO PBS PREGABALINA 75 MG CAPSULA X 60. DESCUENTO DE SUSTITUTO INCLUIDO |
| 134 | P175613 | 23.520 | | 23.520 | | | 849 | | - | | | | | 2.400 | 2020090940 | | | 21.120 | 0 | SE VALIDAN SOPORTES, SE DESCUENTA DIFERENCIA DE MEDICAMENTO SUSTITUTO IBUPROFENO 400 MG TABLETA (\$136*30). MEDICAMENTO NO PBS GLUCOSAMINA + CONDRITINA 500 MG/400 MG CAPSULA BLANDA CANTIDAD X 30. |
| 135 | P175614 | 23.571 | | 23.571 | | | 849 | | - | | | | | - | 2020090940 | | | 23.571 | 0 | SE VALIDAN SOPORTES, FACTURA CUMPLE CON TODOS LOS REQUISITOS LEGALES, MEDICAMENTO NO PBS DORZOLAMIDA 20 MG SOLUCION OFTALMICA 5 ML CANTIDAD X 1. DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO INCLUIDO. |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------------|---------|-------------------|--|-------------------|--|--|-----|--|---|--|--|--|--|------------------|------------|--|--|-------------------|---|--|
| 136 | P175957 | 41.520 | | 41.520 | | | 849 | | - | | | | | - | 2020090940 | | | 41.520 | 0 | SE VALIDAN SOPORTES, FACTURA CUMPLE CON TODOS LOS REQUISITOS LEGALES, MEDICAMENTO NO PBS PREGABALINA 50 MG CAPSULA X 60. DESCUENTO DE SUSTITUTO INCLUIDO |
| 137 | P175958 | 41.520 | | 41.520 | | | 849 | | - | | | | | - | 2020090940 | | | 41.520 | 0 | SE VALIDAN SOPORTES, FACTURA CUMPLE CON TODOS LOS REQUISITOS LEGALES, MEDICAMENTO NO PBS PREGABALINA 50 MG CAPSULA X 60. DESCUENTO DE SUSTITUTO INCLUIDO |
| 138 | P175959 | 14.280 | | 14.280 | | | 849 | | - | | | | | - | 2020090940 | | | 14.280 | 0 | SE VALIDAN SOPORTES, FACTURA CUMPLE CON TODOS LOS REQUISITOS LEGALES, MEDICAMENTO NO PBS PREGABALINA 25 MG CAPSULA X 60. DESCUENTO DE SUSTITUTO INCLUIDO |
| TOTAL | | 23.501.318 | | 23.501.318 | | | | | - | | | | | 1.608.312 | | | | 21.893.006 | | |