



FORMATO AIFT010 - Conciliación Cartera ERP – EBP
ENTIDAD TERRITORIAL: SECRETARIA DE SALUD DEL ATLANTICO
HOSPITAL UNIVERSITARIO CARI E.S.E.
FECHA DE CORTE DE CONCILIACION: 31/03/2022
FECHA DE CONCILIACION:31/03/2022

INFOR		INFORMACION ERP																	ACTUALMENTE PROCESO LEGAL	OBSERVACIONES
No.	FACTURA ACREEDOR REG. ERP	VALOR FACTURA REGISTRADA ERP	VALOR DESCUENTO Y AJUSTES RECOBRADO	VALOR DEVOLUCIÓN	FECHA ULTIMA DEVOLUCIÓN	VALOR EN AUDITORIA	NÚMERO DE GLOSA U OBJECCIÓN	FECHA NOTIFICACIÓN GLOSA	VALOR GLOSADO	FECHA RESPUESTA GLOSA	VLR GLOSA - ACEPTADA ACREEDOR	No. NOTA CRÉDITO ACREEDOR	GLOSA CONCILIADA ACEPTADA EPS	GLOSA CONCILIADA ACEPTADA POR ACREEDOR	NÚMERO DE ACTA DE CONCILIACIÓN	GLOSA PENDIENTE POR CONCILIAR	GLOSA REITERADA POR CONCILIAR	SALDO LIBRE PARA PAGO A FECHA DE CORTE		
1	541825	1.256.372		1.256.372			849							1.256.372		2022033197			-	COBERTURA POS SEGÚN RESOLUCION 5521 DEL 2013, ARTICULO 67: ATENCIÓN CON INTERNACIÓN EN SALUD MENTAL PARA LA POBLACIÓN GENERAL. El POS cubre la internación de pacientes con trastorno o enfermedad mental de cualquier tipo durante la fase aguda de su enfermedad o en caso de que esta ponga en peligro su vida o integridad, la de sus familiares o la comunidad, En la fase aguda, la cobertura de la hospitalización podrá extenderse hasta 90 días, continuos o discontinuos por año calendario, En caso de que el trastorno o enfermedad mental ponga en peligro la vida o integridad del paciente, la de sus familiares o la comunidad, la cobertura de la internación será durante el periodo que considere necesario el o los profesionales tratantes. Sin perjuicio del criterio del profesional tratante, el paciente con trastorno o enfermedad mental, se manejará de preferencia en el programa de internación parcial u hospital día, según la normatividad vigente y en servicios debidamente habilitados para tal fin. PARÁGRAFO. Las coberturas especiales para personas menores de 18 años están descritas en el



NTF: 890.102.006-1
Código Postal: 080003
Código DANE: 08-000

Gobernación del Atlántico
atlantico.gov.co

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



2	547677	87.864	87.864	816							87.864	2022033197	-	GLOSA TOTAL, SUSTITUCION, REVISIÓN [PROGRAMACION] DE APARATOS MARCAPASOS (COD 37.8.5), INCLUIDO EN EL POS. REF: RESOLUCION 5521/13. SOPORTES INCOMPLETOS, SOLO SE EVIDENCIA POR PARTE DEL PRESTADOR FACTURA DE VENTA. NO SE EVIDENCIA ORDEN MEDICA, ACTA DE COMITÉ TECNICO CIENTIFICO, HOJA DE ADMINISTRACION DEL MEDICAMENTO, IDENTIFICACION ADRES
3	549200	6.890.755	6.890.755	849							6.890.755	2022033197	-	COBERTURA POS SEGÚN RESOLUCION 5521 DEL 2013, ARTICULO 67: ATENCIÓN CON INTERNACIÓN EN SALUD MENTAL PARA LA POBLACIÓN GENERAL. El POS cubre la internación de pacientes con trastorno o enfermedad mental de cualquier tipo durante la fase aguda de su enfermedad o en caso de que esta ponga en peligro su vida o integridad, la de sus familiares o la comunidad, En la fase aguda, la cobertura de la hospitalización podrá extenderse hasta 90 días, continuos o discontinuos por año calendario, En caso de que el trastorno o enfermedad mental ponga en peligro la vida o integridad del paciente, la de sus familiares o la comunidad, la cobertura de la internación será durante el periodo que considere necesario el o los profesionales tratantes. Sin perjuicio del criterio del profesional tratante, el paciente con trastorno o enfermedad mental, se manejará de preferencia en el programa de internación parcial u hospital día, según la normatividad vigente y en servicios debidamente habilitados para tal fin. PARÁGRAFO. Las coberturas especiales para personas menores de 18 años están descritas en el



NTT: 890.102.006-1
Código Postal: 080003
Código DANE: 08-000

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO
atlantico.gov.co

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



4	549257	1.400.568	1.400.568	849							1.400.568	2022033197	-	COBERTURA POS SEGÚN RESOLUCIÓN 5521 DEL 2013, ARTICULO 67: ATENCIÓN CON INTERNACIÓN EN SALUD MENTAL PARA LA POBLACIÓN GENERAL. El POS cubre la internación de pacientes con trastorno o enfermedad mental de cualquier tipo durante la fase aguda de su enfermedad o en caso de que esta ponga en peligro su vida o integridad, la de sus familiares o la comunidad, En la fase aguda, la cobertura de la hospitalización podrá extenderse hasta 90 días, continuos o discontinuos por año calendario, En caso de que el trastorno o enfermedad mental ponga en peligro la vida o integridad del paciente, la de sus familiares o la comunidad, la cobertura de la internación será durante el periodo que considere necesario el o los profesionales tratantes. Sin perjuicio del criterio del profesional tratante, el paciente con trastorno o enfermedad mental, se manejará de preferencia en el programa de internación parcial u hospital día, según la normatividad vigente y en servicios debidamente habilitados para tal fin. PARÁGRAFO. Las coberturas especiales para personas menores de 18 años están descritas en el
5	535635	5.920.765	5.920.765	816							5.920.765	2022033197	-	GLOSA TOTAL, EN EL INVIMA SE ENCUENTRA REGISTRADO COMO FITOTERAPEUTICO: FITOSTIMOLINE (TRITICUM VULGARE) CREMA, POR LO TANTO NO PUEDE SER PAGADA CON LOS RECURSOS DEL PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD. LAS EPS O LAS ENTIDADES QUE HAGAN SUS VECES PODRÁN INCLUIR LA UTILIZACIÓN DE MEDICINAS Y TERAPIAS ALTERNATIVAS. SE HACE DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO LOPERAMIDA 2 MG TAB (95*2) DEL MEDICAMENTO NO PBS ENTEROGERMINA ESPORAS DE BACILLUS CLAUSSEI CANTIDAD X 2 \$(5.936*2), SE DESCUENTO DEL VALOR A PAGAR POR SER MEDICAMENTO POS



6	535743	4.018.192	4.018.192	816									4.018.192	2022033197	-	SE LEVANTA GLOSA PARCIAL, SE REvisa FACTURA SE EVIDENCIA SOPORTES CANTIDAD X 2 ORDENADAS POR EL MEDICO TRATANTE. SE HACE DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO ACETATO DE ALUMINIO POLVO SOBRE A \$ (1.035*2).
7	535833	1.458.800	1.458.800	849									88.550	2022033197	1.370.250	GLOSA TOTAL, SE HACE DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO CARBAMAZEPINA 200 MG TAB CANTIDAD X 2
8	536774	2.094.912	2.094.912	816									2.094.912	2022033197	-	GLOSA TOTAL, SE HACE DECUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO (1.035*1). FACTURA SE EVIDENCIA CODIGO CUM
9	537167	7.350.556	7.350.556	816									7.350.556	2022033197	-	GLOSA TOTAL, PRESTADOR ACEPTA DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO
10	537466	2.119.499	2.119.499	816									2.119.499	2022033197	-	COBERTURA POS SEGÚN RESOLUCION 5521 DEL 2013, ARTICULO 67: ATENCIÓN CON INTERNACIÓN EN SALUD MENTAL PARA LA POBLACIÓN GENERAL. El POS cubre la internación de pacientes con trastorno o enfermedad mental de cualquier tipo durante la fase aguda de su enfermedad o en caso de que esta ponga en peligro su vida o integridad, la de sus familiares o la comunidad, En la fase aguda, la cobertura de la hospitalización podrá extenderse hasta 90 días, continuos o discontinuos por año calendario, En caso de que el trastorno o enfermedad mental ponga en peligro la vida o integridad del paciente, la de sus familiares o la comunidad, la cobertura de la internación será durante el periodo que considere necesario el o los profesionales tratantes. Sin perjuicio del criterio del profesional tratante, el paciente con trastorno o enfermedad mental, se manejará de preferencia en el programa de internación parcial u hospital día, según la normatividad vigente y en servicios debidamente habilitados para tal fin. PARÁGRAFO. Las coberturas especiales para personas menores de 18 años están descritas en el



11	537899	833.393	833.393	816						833.393	2022033197	-	COBERTURA POS SEGÚN RESOLUCION 5521 DEL 2013, ARTICULO 67: ATENCIÓN CON INTERNACIÓN EN SALUD MENTAL PARA LA POBLACIÓN GENERAL. El POS cubre la internación de pacientes con trastorno o enfermedad mental de cualquier tipo durante la fase aguda de su enfermedad o en caso de que esta ponga en peligro su vida o integridad, la de sus familiares o la comunidad, En la fase aguda, la cobertura de la hospitalización podrá extenderse hasta 90 días, continuos o discontinuos por año calendario, En caso de que el trastorno o enfermedad mental ponga en peligro la vida o integridad del paciente, la de sus familiares o la comunidad, la cobertura de la internación será durante el periodo que considere necesario el o los profesionales tratantes. Sin perjuicio del criterio del profesional tratante, el paciente con trastorno o enfermedad mental, se manejará de preferencia en el programa de internación parcial u hospital día, según la normatividad vigente y en servicios debidamente habilitados para tal fin. PARÁGRAFO. Las coberturas especiales para personas menores de 18 años están descritas en el
12	540966	634.900	634.900	849						392.980	2022033197	241.920	SE LEVANTA GLOSA PARCIAL, SE EVIDENCIA EN FACTURA Y EN CTC QUE CORRESPONDE A LA MISMA CONCENTRACION DEL MEDICAMENTO 600MG: SE HACE DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO VANCOMICINA 500 MG/ML POLVO PARA SUSPENSION INYECTABLE \$(6.325*14). MEDICAMENTO NO PBS LINEZOLID 600 MG SOLUCION INYECTABLE CANTIDAD X 14.



13	541498	7.114.878		7.114.878		816					7.114.878	2022033197			-	COBERTURA POS SEGÚN RESOLUCIÓN 5521 DEL 2013, ARTICULO 67: ATENCIÓN CON INTERNACIÓN EN SALUD MENTAL PARA LA POBLACIÓN GENERAL. El POS cubre la internación de pacientes con trastorno o enfermedad mental de cualquier tipo durante la fase aguda de su enfermedad o en caso de que esta ponga en peligro su vida o integridad, la de sus familiares o la comunidad, En la fase aguda, la cobertura de la hospitalización podrá extenderse hasta 90 días, continuos o discontinuos por año calendario, En caso de que el trastorno o enfermedad mental ponga en peligro la vida o integridad del paciente, la de sus familiares o la comunidad, la cobertura de la internación será durante el periodo que considere necesario el o los profesionales tratantes. Sin perjuicio del criterio del profesional tratante, el paciente con trastorno o enfermedad mental, se manejará de preferencia en el programa de internación parcial u hospital día, según la normatividad vigente y en servicios debidamente habilitados para tal fin. PARÁGRAFO. Las coberturas especiales para personas menores de 18 años están descritas en el
14	542185	4.946.834		4.946.834		816					4.946.834	2022033197			-	SE LEVANTA GLOSA, NO EXISTE SIMILAR EN EL PBS



15	542280	5.881.506	5.881.506	816							5.881.506	2022033197	-	COBERTURA POS SEGÚN RESOLUCIÓN 5521 DEL 2013, ARTICULO 67: ATENCIÓN CON INTERNACIÓN EN SALUD MENTAL PARA LA POBLACIÓN GENERAL. El POS cubre la internación de pacientes con trastorno o enfermedad mental de cualquier tipo durante la fase aguda de su enfermedad o en caso de que esta ponga en peligro su vida o integridad, la de sus familiares o la comunidad, En la fase aguda, la cobertura de la hospitalización podrá extenderse hasta 90 días, continuos o discontinuos por año calendario, En caso de que el trastorno o enfermedad mental ponga en peligro la vida o integridad del paciente, la de sus familiares o la comunidad, la cobertura de la internación será durante el periodo que considere necesario el o los profesionales tratantes. Sin perjuicio del criterio del profesional tratante, el paciente con trastorno o enfermedad mental, se manejará de preferencia en el programa de internación parcial u hospital día, según la normatividad vigente y en servicios debidamente habilitados para tal fin. PARÁGRAFO. Las coberturas especiales para personas menores de 18 años están descritas en el
----	--------	-----------	-----------	-----	--	--	--	--	--	--	-----------	------------	---	--



16	547680	5.108.717	5.108.717	816															COBERTURA POS SEGÚN RESOLUCION 5521 DEL 2013, ARTICULO 67: ATENCIÓN CON INTERNACIÓN EN SALUD MENTAL PARA LA POBLACIÓN GENERAL. El POS cubre la internación de pacientes con trastorno o enfermedad mental de cualquier tipo durante la fase aguda de su enfermedad o en caso de que esta ponga en peligro su vida o integridad, la de sus familiares o la comunidad, En la fase aguda, la cobertura de la hospitalización podrá extenderse hasta 90 días, continuos o discontinuos por año calendario, En caso de que el trastorno o enfermedad mental ponga en peligro la vida o integridad del paciente, la de sus familiares o la comunidad, la cobertura de la internación será durante el periodo que considere necesario el o los profesionales tratantes. Sin perjuicio del criterio del profesional tratante, el paciente con trastorno o enfermedad mental, se manejará de preferencia en el programa de internación parcial u hospital día, según la normatividad vigente y en servicios debidamente habilitados para tal fin. PARÁGRAFO. Las coberturas especiales para personas menores de 18 años están descritas en el
----	--------	-----------	-----------	-----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--



17	550865	5.932.150	5.932.150	849								5.932.150	2022033197	-	COBERTURA POS SEGÚN RESOLUCION 5521 DEL 2013, ARTICULO 67: ATENCIÓN CON INTERNACIÓN EN SALUD MENTAL PARA LA POBLACIÓN GENERAL. El POS cubre la internación de pacientes con trastorno o enfermedad mental de cualquier tipo durante la fase aguda de su enfermedad o en caso de que esta ponga en peligro su vida o integridad, la de sus familiares o la comunidad, En la fase aguda, la cobertura de la hospitalización podrá extenderse hasta 90 días, continuos o discontinuos por año calendario, En caso de que el trastorno o enfermedad mental ponga en peligro la vida o integridad del paciente, la de sus familiares o la comunidad, la cobertura de la internación será durante el periodo que considere necesario el o los profesionales tratantes. Sin perjuicio del criterio del profesional tratante, el paciente con trastorno o enfermedad mental, se manejará de preferencia en el programa de internación parcial u hospital día, según la normatividad vigente y en servicios debidamente habilitados para tal fin. PARÁGRAFO. Las coberturas especiales para personas menores de 18 años están descritas en el
18	552678	29.241	29.241	849								29.241	2022033197	-	SE LEVANTA GLOSA, NIVEL 1 SISBEN NO CANCELA CUOTA DE RECUPERACION SEGÚN DECRETO 780/2016.
19	551671	41.110.200	41.110.200	849								41.110.200	2022033197	-	SE LEVANTA GLOSA PARCIAL, PRESTADOR ANEXA SOPORTES, SE HACE DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO MEROPENEM 1 G AMPOLLA (\$56.140*7). MEDICAMENTO NO PBS ERTAPENEM 1 GR AMPOLLACANTIDAD X 7.
20	551672	1.242.683	1.242.683	849								1.242.683	2022033197	-	SE LEVANTA GLOSA PARCIAL, NIVEL 1 SISBEN NO CANCELA CUOTA DE RECUPERACION SEGÚN DECRETO 780/2016. TECNOLOGIA EN SALUD NEPRO BP LATA 237ML SE RECONOCE A \$(17.800*4) SE DESCUENTA DIFERENCIA



21	572594	2.415.788	2.415.788	816							2.415.788	2022033197	-	COBERTURA POS SEGÚN RESOLUCION 5521 DEL 2013, ARTICULO 67: ATENCIÓN CON INTERNACIÓN EN SALUD MENTAL PARA LA POBLACIÓN GENERAL. El POS cubre la internación de pacientes con trastorno o enfermedad mental de cualquier tipo durante la fase aguda de su enfermedad o en caso de que esta ponga en peligro su vida o integridad, la de sus familiares o la comunidad, En la fase aguda, la cobertura de la hospitalización podrá extenderse hasta 90 días, continuos o discontinuos por año calendario, En caso de que el trastorno o enfermedad mental ponga en peligro la vida o integridad del paciente, la de sus familiares o la comunidad, la cobertura de la internación será durante el periodo que considere necesario el o los profesionales tratantes. Sin perjuicio del criterio del profesional tratante, el paciente con trastorno o enfermedad mental, se manejará de preferencia en el programa de internación parcial u hospital día, según la normatividad vigente y en servicios debidamente habilitados para tal fin. PARÁGRAFO. Las coberturas especiales para personas menores de 18 años están descritas en el
22	581957	160.000	160.000	849							58.080	2022033197	101.920	SE LEVANTA GLOSA PARCIAL, SE HACE DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO ACETAMINOFEN JARABE 120ML. NIVEL 1 SISBEN NO CANCELA CUOTA DE RECUPERACION SEGÚN DECRETO 780/2016



23	587244	162.244		162.244			849					162.244		2022033197			-	COBERTURA POS SEGÚN RESOLUCION 5521 DEL 2013, ARTICULO 67: ATENCIÓN CON INTERNACIÓN EN SALUD MENTAL PARA LA POBLACIÓN GENERAL. El POS cubre la internación de pacientes con trastorno o enfermedad mental de cualquier tipo durante la fase aguda de su enfermedad o en caso de que esta ponga en peligro su vida o integridad, la de sus familiares o la comunidad, En la fase aguda, la cobertura de la hospitalización podrá extenderse hasta 90 días, continuos o discontinuos por año calendario, En caso de que el trastorno o enfermedad mental ponga en peligro la vida o integridad del paciente, la de sus familiares o la comunidad, la cobertura de la internación será durante el periodo que considere necesario el o los profesionales tratantes. Sin perjuicio del criterio del profesional tratante, el paciente con trastorno o enfermedad mental, se manejará de preferencia en el programa de internación parcial u hospital día, según la normatividad vigente y en servicios debidamente habilitados para tal fin. PARÁGRAFO. Las coberturas especiales para personas menores de 18 años están descritas en el
24	577248	8.915.586		8.915.586			816					8.915.586		2022033197			-	SE LEVANTA GLOSA, NO EXISTE SIMILAR EN EL PBS



25	592645	6.912.875	6.912.875	816							6.912.875	2022033197	-	COBERTURA POS SEGÚN RESOLUCIÓN 5521 DEL 2013, ARTICULO 67: ATENCIÓN CON INTERNACIÓN EN SALUD MENTAL PARA LA POBLACIÓN GENERAL. El POS cubre la internación de pacientes con trastorno o enfermedad mental de cualquier tipo durante la fase aguda de su enfermedad o en caso de que esta ponga en peligro su vida o integridad, la de sus familiares o la comunidad, En la fase aguda, la cobertura de la hospitalización podrá extenderse hasta 90 días, continuos o discontinuos por año calendario, En caso de que el trastorno o enfermedad mental ponga en peligro la vida o integridad del paciente, la de sus familiares o la comunidad, la cobertura de la internación será durante el periodo que considere necesario el o los profesionales tratantes. Sin perjuicio del criterio del profesional tratante, el paciente con trastorno o enfermedad mental, se manejará de preferencia en el programa de internación parcial u hospital día, según la normatividad vigente y en servicios debidamente habilitados para tal fin. PARÁGRAFO. Las coberturas especiales para personas menores de 18 años están descritas en el
----	--------	-----------	-----------	-----	--	--	--	--	--	--	-----------	------------	---	--



26	563234	4.500	4.500	507							1.100	2022033197	3.400	COBERTURA POS SEGÚN RESOLUCION 5521 DEL 2013, ARTICULO 67: ATENCIÓN CON INTERNACIÓN EN SALUD MENTAL PARA LA POBLACIÓN GENERAL. El POS cubre la internación de pacientes con trastorno o enfermedad mental de cualquier tipo durante la fase aguda de su enfermedad o en caso de que esta ponga en peligro su vida o integridad, la de sus familiares o la comunidad, En la fase aguda, la cobertura de la hospitalización podrá extenderse hasta 90 días, continuos o discontinuos por año calendario, En caso de que el trastorno o enfermedad mental ponga en peligro la vida o integridad del paciente, la de sus familiares o la comunidad, la cobertura de la internación será durante el periodo que considere necesario el o los profesionales tratantes. Sin perjuicio del criterio del profesional tratante, el paciente con trastorno o enfermedad mental, se manejará de preferencia en el programa de internación parcial u hospital día, según la normatividad vigente y en servicios debidamente habilitados para tal fin. PARÁGRAFO. Las coberturas especiales para personas menores de 18 años están descritas en el
27	547764	1.496.940	1.496.940	849							893.080	2022033197	603.860	SE LEVANTA GLOSA PARCIAL, SE HACE DECUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO (1.035*1).TECNOLOGIA ACETATO DE ALUMINIO LOCION FRASCO 120 ML \$(3.333*1). TECNOLOGIA NO PBS ENEMA RECTAL 133 ML (TRAVAD) X 1, NO EXISTE SIMILAR EN EL PBS. FACTURA SE EVIDENCIA CODIGO CUM



28	571567	6.408.193	6.408.193	816							6.408.193	2022033197	-	SE LEVANTA GLOSA PARCIAL, SE HACE DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO CISPLATINO 50 MG VIAL \$(45.979*4) POR POSOLOGIA MENSUAL. MEDICAMENTO NO PBS TRASTUZUMAB EMTANSINA 100 MG POLVO, SE RECONOCE AMPOLLA A PRECIO SISMED REPORTADO DE ENERO A DICIEMBRE 2015. FECHA DE PRESTACION 30/11/2015
29	571674	6.014.349	6.014.349	816							6.014.349	2022033197	-	SE LEVANTA GLOSA PARCIAL, SE HACE DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO CLOTRIMAZOL 1% CREMA TOPICA \$(3.428*2). SE HACE DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO PIRANTEL PAMOATO 250 MG/5ML SUSPENSION FRASCO X 15ML \$(1.620*3). SE HACE DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO MEROPENEM 1 G AMPOLLA \$(56.140*3). SE HACE DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO CEFTRIAXONA AMP 1 GR \$(10.000*16)



30	577641	6.048.890	6.048.890	816					6.048.890	2022033197	-	EN LA FACTURA UN MAYOR VALOR COBRADO MEDICAMENTO NO PBS POLIMIXINA B 500.000 UI AMPOLLA SE RECONOCE A \$(127.800*32). PRESTADOR FACTURA A \$(225.011*32). SE HACE DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO VANCOMICINA 500 MG/ML POLVO PARA SUSPENSION INYECTABLE \$(6.235*32). NO SE EVIDENCIA APLICACIÓN DE 2 AMPOLLAS DE COLISTINA 80 MG. \$(237.236*2). DESCUENTO DE SUSTITUTO VANCOMICINA 500MG POVO SOLUCION INY SE REALIZARA A \$(6.235 C/U). PRESTADOR FACTURA CANTIDAD X 37, SE RECONOCE CANTIDAD X 35 UNIDADES NO PBS A PRECIO FACTURADO Y DESCUENTO DE SUSTITUTO X CANTIDAD 35. PRESTADOR NO EVIDENCIA SOPORTE DE ACTA DE CTC DE NUTRICLINIC DIABETIC. EL NUTRICLINIC NO SE ENCUENTRA REGISTRADO EN FORMATO MYT. SE GLOSA CANTIDAD X 32. \$(282.240). SE HACE DESCUENTO DE SUSTITUTO VANCOMICINA 500MG POVO SOLUCION INY \$(6.235*5). MEDICAMENTO NO PBS COLISTINA 60 MG. SE RECONOCE A PRECIO FACTURADO. CANTIDAD X 5
----	--------	-----------	-----------	-----	--	--	--	--	-----------	------------	---	---



31	577719	5.938.542	5.938.542	816								5.938.542	2022033197	-	SE LEVANTA GLOSA PARCIAL, NIVEL 1 SISBEN NO CANCELA CUOTA DE RECUPERACION SEGÚN DECRETO 780/2016. SE HACE DESCUENTO DEL MEDICAMENTO SUSTITUTO LOPERAMIDA 2 MG TAB \$ (95*2), MEDICAMENTO NO PBS ENTEROGERMINA ESPORAS DE BACILLUS CLAUSSE 2 BILLONES X 5ML AMPOLLA ORAL X 2 SE RECONOCE A PRECIO DE MERCADO. TECNOLOGIA NUTRICLINIC 8OZ CANTIDAD X 56 SE RECONOCE A PRECIO DE MERCADO, NO EXISTE SIMILAR EN EL PBS. TECNOLOGIA L GLUTAMINA 15GR SOBRE GLURESTAR CANTIDAD X 67 SE RECONOCE A PRECIO DE MERCADO, NO EXISTE SIMILAR EN EL PBS.
32	580891	6.954.117	6.954.117	816								6.954.117	2022033197	-	GLOSA TOTAL, NO SE EVIDENCIA SOPORTE DE ACTA DE CTC DE ENEMA TRAVAD ORAL 2 FRASCOS Y 1 ENEMA RECTAL. LOS 2 FRASCOS DE ENEMA TRAVAD ORA Y UN ENEMA TRAVAD RECTAL NO SE ENCUENTRAN REGISTRADO EN FORMATO MYT."
33	586105	4.092.379	4.092.379	816								4.092.379	2022033197	-	SE LEVANTA GLOSA PARCIAL, MEDICAMENTO NO PBS FILGRASTIM 300 MCG/ML SOLUCION INYECTABLE JERINGA PRELLENADA CANTIDAD X 3. SE HACE DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO PEGFILGRASTIM 10 MG SOLUCIÓN INYECTABLE \$(38.316*3). SE HACE DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO CICLOFOSFAMIDA 1G AMPOLLA \$ (31.668*8). MEDICAMENTO NO PBS UROMITEXAN 400 MG AMP X 4 ML (MESNA) SE RECONOCE A \$(16.806*20). PRESTADOR FACTURA A \$(25.000*20). SE HACE DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO FOLINATO DE CALCIO 500MG AMP \$(10.349*20)



34	559413	147.000	147.000	849									147.000	2022033197	-	SE LEVANTA GLOSA PARCIAL. SE HACE DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO WARFARINA SODICA 5MG TABLETAS (432*10). SE HACE DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO SULFADIAZINA DE PLATA 1% CREMA TOPICA X 30 G (3.569*1). MEDICAMENTO NO PBS COLAGENASA 120 UI/100 GR UNGÜENTO TUBO 40 GR CANTIDAD X 1 SE RECONOCE A PRECIO DE REFERENCIA
35	563028	292.370	292.370	849									292.370	2022033197	-	SE LEVANTA GLOSA, NO EXISTE SIMILAR EN EL PBS
36	587929	2.292.400	2.292.400	849									2.292.400	2022033197	-	SE LEVANTA GLOSA, NO EXISTE SIMILAR EN EL PBS, TECNOLOGIA EN SALUD PULMOCARE LATA 8 ONZAS CANTIDAD X 2
37	560393	11.726	11.726	849									11.726	2022033197	-	SE LEVANTA GLOSA PARCIAL, SE HACE DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO ACICLOVIR 200 MG TAB \$(115*30).
38	562304	2.894.348	2.894.348	816									2.894.348	2022033197	-	SE LEVANTA GLOSA PARCIAL. SE HACE DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO MIDAZOLAM 5 MG AMPOLLA \$(6.921*134). MEDICAMENTO NO PBS DEXMEDETOMIDINA (PRECEDEX) FRASCO AMPOLLA 100 MCG SE RECONOCE A PRECIO DE MERCADO \$(119.810*134). PRESTADOR FACTURA A \$(146.893*134). TECNOLOGIA EN SALUD GLUCERNA 1.0 CAL FRASCO X 1500 ML NO EXISTE SIMILAR EN EL PBS.
39	562316	6.359.362	6.359.362	816									6.359.362	2022033197	-	GLOSA TOTAL, SE HACE DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO CANTIDAD X 2
40	564373	6.169.301	6.169.301	816									6.169.301	2022033197	-	SE LEVANTA GLOSA PARCIAL, NIVEL 1 SISBEN NO CANCELA CUOTA DE RECUPERACION SEGÚN DECRETO 780/2016. MEDICAMENTO NO PBS DOCETAXEL 80MG SE RECONOCE A PRECIO DE REGULACION 04/2012 CANTIDAD X 2. SE HACE DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO PACLITAXEL 30MG POLVO \$(26.000*2)



41	564374	6.093.634		6.093.634			816						6.093.634		2022033197		-	SE LEVANTA GLOSA, NIVEL 1 SISBEN NO CANCELA CUOTA DE RECUPERACION SEGÚN DECRETO 780/2016.
42	564900	6.443.742		6.443.742			816						6.443.742		2022033197		-	SE LEVANTA GLOSA PARCIAL, SE HACE DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO ACETAMINOFEN TAB 500MG. NIVEL 1 SISBEN NO CANCELA CUOTA DE RECUPERACION SEGÚN DECRETO 780/2016
43	575166	2.848.190		2.848.190			816						2.848.190		2022033197		-	SE LEVANTA GLOSA, NIVEL 1 SISBEN NO CANCELA CUOTA DE RECUPERACION SEGÚN DECRETO 780/2016. NO EXISTE SIMILAR EN EL PBS
44	591900	94.500		94.500			849						-		2022033197		94.500	SE LEVANTA GLOSA, NIVEL 1 SISBEN NO CANCELA CUOTA DE RECUPERACION SEGÚN DECRETO 780/2016. NO EXISTE SIMILAR EN EL PBS
45	566290	6.290		6.290			849						6.290		2022033197		-	SE LEVANTA GLOSA PARCIAL, NIVEL 1 SISBEN NO CANCELA CUOTA DE RECUPERACION SEGÚN DECRETO 780/2016. SE HACE DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO POR VALOR DE \$(183.000)
46	573198	324.168		324.168			816						324.168		2022033197		-	GLOSA TOTAL, REDUCCIÓN MAMARIA MÁS PEXIA, ES UN PROCEDIMIENTO PBS, RESOLUCION 4678/2015. CÓDIGO DE CATEGORÍA 85.3.1 -RECONSTRUCCIÓN DE MAMA (MAMOPLASTIA) DE REDUCCIÓN.
47	577092	13.000		13.000			849						13.000		2022033197		-	GLOSA TOTAL, PRESTADOR NO APORTA ACTA DE COMITÉ TECNICO CIENTIFICO(CTC). SE EVIDENCIA EN LA FACTURA DE ORDEN MEDICA CON FECHA 29/01/2016 FORMULACION POSTERIOR A LA ADMINISTRACION DEL MEDICAMENTO. FECHA DE ADMINISTRACION 20,21,22,23,24,25,26,27,28 ENERO 2016. SE HACE DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO CARBAMAZEPINA 200 MG TAB \$(120*19). MEDICAMENTO NO PBS PREGABALINA 75 MG CAPSULA CANTIDAD



48	578994	21.900		21.900			849						21.900		2022033197		-	SE LEVANTA GLOSA PARCIAL, SE HACE DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO. NIVEL 1 SISBEN NO CANCELA CUOTA DE RECUPERACION SEGÚN DECRETO 780/2016
49	579919	270.832		270.832			849						270.832		2022033197		-	SE LEVANTA GLOSA PARCIAL. SE HACE DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO MIDAZOLAM 5 MG AMPOLLA \$ (6.921*6). MEDICAMENTO NO PBS DEXMEDETOMIDINA (PRECEDEX) FRASCO AMPOLLA 100 MCG SE RECONOCE A PRECIO DE MERCADO \$(119.810*6). PRESTADOR FACTURA A \$(146.893*6). TECNOLOGIA EN SALUD PULMOCARE 237 ML (8 ONZAS) NO EXISTE SIMILAR EN EL PBS. NIVEL 1 SISBEN NO CANCELA CUOTA DE RECUPERACION SEGÚN DECRETO 780/2016.
50	583427	6.302.700		6.302.700			816						6.302.700		2022033197		-	SE LEVANTA GLOSA, NIVEL 1 SISBEN NO CANCELA CUOTA DE RECUPERACION SEGÚN DECRETO 780/2016.
51	584175	6.317.523		6.317.523			816						6.317.523		2022033197		-	SE LEVANTA GLOSA, NIVEL 1 SISBEN NO CANCELA CUOTA DE RECUPERACION SEGÚN DECRETO 780/2016. NO EXISTE SIMILAR EN EL PBS
52	584321	377.000		377.000			849						377.000		2022033197		-	SE LEVANTA GLOSA, NIVEL 1 SISBEN NO CANCELA CUOTA DE RECUPERACION SEGÚN DECRETO 780/2016. NO EXISTE SIMILAR EN EL PBS
53	585294	362.800		362.800			849						362.800		2022033197		-	SE LEVANTA GLOSA, NIVEL 1 SISBEN NO CANCELA CUOTA DE RECUPERACION SEGÚN DECRETO 780/2016. NO EXISTE SIMILAR EN EL PBS
54	585727	3.338.720		3.338.720			849						3.338.720		2022033197		-	SE LEVANTA GLOSA, NIVEL 1 SISBEN NO CANCELA CUOTA DE RECUPERACION SEGÚN DECRETO 780/2016.
55	585973	12.500.000		12.500.000			816						12.500.000		2022033197		-	SE LEVANTA GLOSA PARCIAL, NIVEL 1 SISBEN NO CANCELA CUOTA DE RECUPERACION SEGÚN DECRETO 780/2016. SE HACE DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO



56	586128	24.819.200		24.819.200		816						24.819.200		2022033197		-	SE LEVANTA GLOSA,NIVEL 1 SISBEN NO CANCELA CUOTA DE RECUPERACION SEGÚN DECRETO 780/2016. TECNOLOGIA EN SALUD NUTREN PULMONARE 250 ML CANTIDAD X 15, NO EXISTE SIMILAR EN EL PBS.
57	586715	114.660		114.660		849						114.660		2022033197		-	SE LEVANTA GLOSA PARCIAL, NIVEL 1 SISBEN NO CANCELA CUOTA DE RECUPERACION SEGÚN DECRETO 780/2016, SE HACE DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUT AMIODARONA 200 MG TABLETA \$(139*10). MEDICAMENTO NO PBS SILDENAFIL 50 MG TABLETA CANTIDAD X 10. SE HACE DESCUENTO DEL MEDICAMENTO SUSTITUTO SALBUTAMOL INHALADOR (7652*1), MEDICAMENTO NO PBS BUDESONIDA 100 MCG INHALADOR BUCAL 200 DOSIS CANTIDAD X 1.
58	592384	1.151.298		1.151.298		849						12.600		2022033197		1.138.698	SE LEVANTA GLOSA,NIVEL 1 SISBEN NO CANCELA CUOTA DE RECUPERACION SEGÚN DECRETO 780/2016. TECNOLOGIA EN SALUD NUTREN PULMONARE 250 ML CANTIDAD X 14, NO EXISTE SIMILAR EN EL PBS.
59	592388	8.376.400		8.376.400		816						8.376.400		2022033197		-	SE LEVANTA GLOSA PARCIAL, SE HACE DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO SULFADIAZINA DE PLATA 1% CREMA TOPICA X 30 G (7.900*2). MEDICAMENTO NO PBS COLAGENASA UNGÜENTO TUBO 40 GR CANTIDAD X 2, SE RECONOCE A PRECIO FACTURADO. NIVEL 1 SISBEN NO CANCELA CUOTA DE RECUPERACION SEGÚN DECRETO 780/2016.
60	592945	415.200		415.200		849						415.200		2022033197		-	SE LEVANTA GLOSA, NIVEL 1 SISBEN NO CANCELA CUOTA DE RECUPERACION SEGÚN DECRETO 780/2016.



61	594468	36.800		36.800			849						36.800		2022033197		-	SE LEVANTA GLOSA PARCIAL. SE HACE DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO MIDAZOLAM 5 MG AMPOLLA \$ (6.921*2). MEDICAMENTO NO PBS DEXMEDETOMIDINA (PRECEDEX) FRASCO AMPOLLA 100 MCG SE RECONOCE A PRECIO DE MERCADO \$(119.810*2). PRESTADOR FACTURA A \$(146.893*2). SE HACE DESCUENTO DEL MEDICAMENTO SUSTITUTO SALBUTAMOL INHALADOR (7652*1), BUDESONIDA 100 MCG INHALADOR BUCAL 200 DOSIS SE RECONOCE A PRECIO DE MERCADO. SE HACE DESCUENTO DEL MEDICAMENTO SIMILAR EPINEFRINA SOLUCION INYECTBLE \$ 15.750 PESOS. NIVEL 1 SISBEN NO CANCELA CUOTA DE RECUPERACION SEGÚN DECRETO 780/2016.
62	596228	160.600		160.600			816						160.600		2022033197		-	GLOSA TOTAL, SE HACE DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO ACETAMINOFEN TAB 500MG.
63	596275	907.968		907.968			849						907.968		2022033197		-	SE LEVANTA GLOSA PARCIAL, SE EVIDENCIA SOLO SOPORTE DE 4 AMPOLAS. SE HACE DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO ACIDO VALPROICO 250 MG CAPSULA \$(109*4). MEDICAMENTO NO PBS ÁCIDO VALPROICO 500 MG/5 ML SOLUCION INYECTABLE. \$(23.438*4). PRESTADOR FACTURA CANTIDAD X 13.



64	596347	13.000	13.000	849								13.000	2022033197	-	SE LEVANTA GLOSA PARCIAL, SE HACE DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO ISOSORBIDE DINITRATO 10 MG TABLETA \$ (85*27), MEDICAMENTO NO PBS TRIMETAZIDINA 35 MG TABLETA DE LIBERACION PROLONGADA TARIFA REGULADA SEGÚN CIRCULAR 04/2012 CANTIDAD X 27. SE HACE DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO FENTANILO CITRATO 500 MCG / 10 ML AMPOLLA \$(1.590*2). MEDICAMENTO NO PBS REMIFENTANILO AMPOLLA CANTIDAD X 2.
65	602280	5.028.009	5.028.009	816								5.028.009	2022033197	-	GLOSA TOTAL, PRESTADOR NO ANEXA ACTA DE COMITÉ TÉCNICO CIENTÍFICO (CTC), SE HACE REVISIÓN Y SE VERIFICA FORMULA MEDICA Y SE ORDENA 60GR INFUSION CONTINUA X 5 DIAS. SE HACE DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO INMUNOGLOBULINA HUMANA ANTI-D RH 300MCG SLN INY \$(612.342*1). MEDICAMENTO NO PBS INMUNOGLOBULINA G HUMANA 1GR SOLUCION INYECTABLE CANTIDAD X 300 AMPOLLAS.
66	563829	6.789.007	6.789.007	816								6.789.007	2022033197	-	GLOSA TOTAL, PRESTADOR NO ANEXA ACTA DE COMITÉ TÉCNICO CIENTÍFICO (CTC), SE VERIFICA FACTURA SE REGISTRA QUE LO ORDENADO Y AUTORIZADO SON 13 FRASCOS DE TECNOLOGIA EN SALUD FRESUBIN HP 1000 ML \$(73.099*13). PRESTADOR FACTURA CANTIDAD X 17. NO EXISTE SIMILAR EN EL PBS
67	566137	7.249.451	7.249.451	816								7.249.451	2022033197	-	SE LEVANTA GLOSA PARCIAL, SE HACE DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO CISPLATINO 50 MG VIAL \$(45.979*4) POR POSOLOGIA MENSUAL. MEDICAMENTO NO PBS TRASTUZUMAB EMTANSINA 100 MG POLVO, SE RECONOCE AMPOLLA A PRECIO SISMED REPORTADO DE ENERO A DICIEMBRE 2015. FECHA DE PRESTACION 22/12/2015



68	591173	26.400	26.400	849							26.400	2022033197	-	COBERTURA POS SEGUN RESOLUCION 5592 DEL 2015, ARTICULO 66: ATENCIÓN CON INTERNACIÓN EN SALUD MENTAL PARA LA POBLACIÓN GENERAL. El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC cubre la internación de pacientes con trastorno o enfermedad mental de cualquier tipo durante la fase aguda de su enfermedad o en caso de que esta ponga en peligro su vida o integridad, la de sus familiares o la comunidad. En la fase aguda, la cobertura de la hospitalización podrá extenderse hasta 90 días, continuos o discontinuos por año calendario. En caso de que el trastorno o enfermedad mental ponga en peligro la vida o integridad del paciente, la de sus familiares o la comunidad, la cobertura de la internación será durante el período que considere necesario el o los profesionales tratantes. Según criterio del profesional tratante en salud mental, estos pacientes se manejarán de preferencia en el programa de internación parcial u hospital día, según la normatividad vigente y en servicios debidamente habilitados para tal fin. PARÁGRAFO 1. Para el caso de internación por salud mental, la atención mediante
69	555063	2.240	2.240	849							2.240	2022033197	-	SE LEVANTA GLOSA PARCIAL, NIVEL 1 SISBEN NO CANCELA CUOTA DE RECUPERACION SEGÚN DECRETO 780/2016. SE HACE DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO MEROPENEM AMP 500 MG X 7, \$(24.387*7).
70	555915	608.900	608.900	849							608.900	2022033197	-	SE LEVANTA GLOSA PARCIAL, NIVEL 1 SISBEN NO CANCELA CUOTA DE RECUPERACION SEGÚN DECRETO 780/2016. SE HACE DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO BISACODILO TABL 5 MG X 7, FACTURADO \$ 300 : \$2.100



71	560638	121.108	121.108	849							121.108	2022033197	-	SE LEVANTA GLOSA PARCIAL, PRESTADOR ANEXA HOJA DE ADMINISTRACION DE MEDICAMENTO. NIVEL 1 SISBEN NO CANCELA CUOTA DE RECUPERACION SEGÚN DECRETO 780/2016. EN EL INVIMA SE ENCUENTRA REGISTRADO COMO FITOTERAPEUTICO: FITOSTIMOLINE (TRITICUM VULGARE) CREMA, POR LO TANTO NO PUEDE SER PAGADA CON LOS RECURSOS DEL PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD. LAS EPS O LAS ENTIDADES QUE HAGAN SUS VECES PODRÁN INCLUIR LA UTILIZACIÓN DE MEDICINAS Y TERAPIAS ALTERNATIVAS RESOLUCION 5592/2015 ART 29. TECNOLOGIA EN SALUD PULMONARY \$(18.850*3). PRESTADOR FACTURA CANTIDAD X 3. SE GLOSA LA DIFERENCIA X 3. NO EXISTE SIMILAR EN EL PBS. CANTIDAD X 6. NO EXISTE SIMILAR EN EL PBS. USUARIO FALLECIDO: FECHADE FINALIZACION DE AFILIACION EN ADRES 21/09/2016
72	571946	479.708	479.708	849							479.708	2022033197	-	SE LEVANTA GLOSA PARCIAL, NIVEL 1 SISBEN NO CANCELA CUOTA DE RECUPERACION SEGÚN DECRETO 780/2016. SE HACE DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO \$(48.778*1).
73	599979	5.112.791	5.112.791	816							5.112.791	2022033197	-	SE LEVANTA GLOSA PARCIAL, PRESTADOR ANEXA SOPORTE DE ACTA DE COMITÉ TECNICO CIENTIFICO(CTC), SE ANEXA FORMULA MEDICA, SE REGISTRA UN MAYOR VALOR EN LA CANTIDAD DEL MEDICAMENTO NO PBS PARACETAMOL 1 GR AMPOLLA 1000 MG/100 ML SE RECONOCE A \$(28.600*4). PRESTADOR FACTURA \$(40.000*4). SE HACE DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO ACETAMINOFEN 500 MG \$ (104*120).



74	599996	3.220.245		3.220.245			816						3.220.245		2022033197		-	GLOSA TOTAL, PRESTADOR NO APORTA SOPORTE DE APLICACION. SE HACE DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO MEROPENEM 1 G AMPOLLA (\$56.140*3). MEDICAMENTO NO PBS ERTAPENEM 1 GR AMPOLLA \$(90.700*3). NIVEL 1 SISBEN NO CANCELA CUOTA DE RECUPERACION SEGÚN DECRETO 780/2016.
75	600003	6.363.270		6.363.270			816						6.363.270		2022033197		-	SE LEVANTA GLOSA, TECNOLOGIA EN SALUD NUTREN PULMONARE 250 ML CANTIDAD X 16, SE RECONOCE A PRECIO DE MERCADO, NO EXISTE SIMILAR EN EL PBS. NIVEL 1 SISBEN NO CANCELA CUOTA DE RECUPERACION SEGÚN DECRETO 780/2016.
76	600005	4.922.400		4.922.400			816						4.922.400		2022033197		-	SE LEVANTA GLOSA PARCIAL, NIVEL 1 SISBEN NO CANCELA CUOTA DE RECUPERACION SEGÚN DECRETO 780/2016. SE HACE DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO CEFALOTINA 1G AMPOLLA X 5 \$(6.070*5).
77	600132	820.400		820.400			816						820.400		2022033197		-	GLOSA TOTAL, SE HACE DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO MEROPENEM CANTIDAD X 4 \$(48.778*4).



78	600428	5.306.632	5.306.632	816							5.306.632	2022033197	-	GLOSA TOTAL, PRESTADOR NO APORTA ACTA DE COMITÉ TÉCNICO CIENTÍFICO(CTC), NO ANEXAN ORDEN MÉDICA, SE HACE DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO ÁCIDO ACETIL SALICÍLICO 100 MG TAB \$ (100*2). MEDICAMENTO NO PBS CILOSTAZOL 100 MG TABLETA CANTIDAD X 2. SE HACE DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO SULFADIAZINA DE PLATA 1% CREMA TOPICA X 30 G (3.569*1). MEDICAMENTO NO PBS COLAGENASA 120 UI/100 GR UNGÜENTO TUBO 40 GR (IRUXOL) CANTIDAD X 1. SE HACE DESCUENTO DEL MEDICAMENTO SUSTITUTO LOPERAMIDA 2 MG TAB \$ (95*4), MEDICAMENTO NO PBS ENTEROGERMINA ESPORAS DE BACILLUS CLAUSII 2 BILLONES X 5ML AMPOLLA ORAL X 4 SE RECONOCE A PRECIO DE MERCADO.
79	600430	4.922.400	4.922.400	816							4.922.400	2022033197	-	GLOSA TOTAL, EN EL INVIMA SE ENCUENTRA REGISTRADO COMO FITOTERAPÉUTICO: FITOSTIMOLINE (TRITICUM VULGARE) CREMA, POR LO TANTO NO PUEDE SER PAGADA CON LOS RECURSOS DEL PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD. LAS EPS O LAS ENTIDADES QUE HAGAN SUS VECES PODRÁN INCLUIR LA UTILIZACIÓN DE MEDICINAS Y TERAPIAS ALTERNATIVAS RESOLUCIÓN 5592/2015 ART 29 . SE DESCUENTO DEL VALOR A PAGAR POR SER MEDICAMENTO POS



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

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO
atlantico.gov.co

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



80	600436	5.306.632	5.306.632	816							5.306.632	2022033197	-	COBERTURA POS SEGUN RESOLUCION 5592 DEL 2015, ARTICULO 66: ATENCIÓN CON INTERNACIÓN EN SALUD MENTAL PARA LA POBLACIÓN GENERAL. El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC cubre la internación de pacientes con trastorno o enfermedad mental de cualquier tipo durante la fase aguda de su enfermedad o en caso de que esta ponga en peligro su vida o integridad, la de sus familiares o la comunidad. En la fase aguda, la cobertura de la hospitalización podrá extenderse hasta 90 días, continuos o discontinuos por año calendario. En caso de que el trastorno o enfermedad mental ponga en peligro la vida o integridad del paciente, la de sus familiares o la comunidad, la cobertura de la internación será durante el período que considere necesario el o los profesionales tratantes. Según criterio del profesional tratante en salud mental, estos pacientes se manejarán de preferencia en el programa de internación parcial u hospital día, según la normatividad vigente y en servicios debidamente habilitados para tal fin. PARÁGRAFO 1. Para el caso de internación por salud mental, la atención mediante
----	--------	-----------	-----------	-----	--	--	--	--	--	--	-----------	------------	---	---



81	600438	4.322.152	4.322.152	816							4.322.152	2022033197	-	ARTICULO 66: ATENCIÓN CON INTERNACIÓN EN SALUD MENTAL PARA LA POBLACIÓN GENERAL. El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC cubre la internación de pacientes con trastorno o enfermedad mental de cualquier tipo durante la fase aguda de su enfermedad o en caso de que esta ponga en peligro su vida o integridad, la de sus familiares o la comunidad. En la fase aguda, la cobertura de la hospitalización podrá extenderse hasta 90 días, continuos o discontinuos por año calendario. En caso de que el trastorno o enfermedad mental ponga en peligro la vida o integridad del paciente, la de sus familiares o la comunidad, la cobertura de la internación será durante el período que considere necesario el o los profesionales tratantes. Según criterio del profesional tratante en salud mental, estos pacientes se manejarán de preferencia en el programa de internación parcial u hospital día, según la normatividad vigente y en servicios debidamente habilitados para tal fin. PARÁGRAFO 1. Para el caso de internación por salud mental, la atención mediante internación total o parcial comprende además de los servicios básicos,
82	606096	136.708	136.708	816							136.708	2022033197	-	SE LEVANTA GLOSA PARCIAL, NIVEL 1 SISBEN NO CANCELA CUOTA DE RECUPERACION SEGÚN DECRETO 780/2016. SE HACE DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO MEROPENEM \$(56.174*6).
83	591634	603.300	603.300	816							10.349	2022033197	592.951	SE LEVANTA GLOSA, TECNOLOGIA EN SALUD ENSURE PLUS HN 237 ML SE RECONOCE A PRECIO DE MERCADO CANTIDAD X 28, NO EXISTE SIMILAR EN EL PBS. NIVEL 1 SISBEN NO CANCELA CUOTA DE RECUPERACION SEGÚN DECRETO 780/2016.



NTT: 890.102.006-1
Código Postal: 080003
Código DANE: 08-000

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO
atlantico.gov.co

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



84	591849	72.600	72.600	849								37.112	2022033197			35.488	SE LEVANTA GLOSA PARCIAL, SE REGISTRA EN LA FACTURA UN MAYOR VALOR COBRADO, MEDICAMENTO NO PBS PARACETAMOL 1 GR AMPOLLA 1000 MG/100 ML SE RECONOCE A \$(28.600*4) PRESTADOR FACTURA A \$(55.447*4). SE HACE DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO ACETAMINOFEN 500 MG. NIVEL 1 SISBEN NO CANCELA CUOTA DE RECUPERACION SEGÚN DECRETO 780/2016.
85	573792	12.500.000	12.500.000	849								12.500.000	2022033197			-	GLOSA TOTAL, SE HACE DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO NITROGLICERINA 0.5% SOLN AMP \$13668.75 X 16 = 218700.
86	604057	323.360	323.360	849								323.360	2022033197			-	SE LEVANTA GLOSA PARCIAL, NIVEL 1 SISBEN NO CANCELA CUOTA DE RECUPERACION SEGÚN DECRETO 780/2016, TECNOLOGIA EN SALUD FRESUBIN HP ENERGY 1000 ML BOLSA SE RECONOCE A PRECIO DE MERCADO 73.099*4, NO EXISTE SIMILAR EN EL PBS. SE HACE DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO ACIDO VALPROICO 250 MG CAPSULA \$(109*18). MEDICAMENTO NO PBS ÁCIDO VALPROICO 500 MG/5 ML SOLUCION INYECTABLE CANTIDAD X 18
87	520018	17.600	17.600	849								17.600	2022033197			-	SE LEVANTA GLOSA PARCIAL, PRESTADOR ANEXA SOPORTES. MEDICAMENTO SUSTITUTO SE HACE DESCUENTO DE MEDICAMENTO ISOSORBIDE DINITRATO 10 MG TABLETA \$(1.100*1). MEDICAMENTO NO PBS MEDICAMENTO NO PBS SILDENAFIL 50 MG TAB CANTIDAD X 1.
88	525793	57.687	57.687	849								57.687	2022033197			-	GLOSA TOTAL, SE HACE DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO MEROPENEM AMP 500 MG X 4, \$(45.100*4).



89	531772	2.261.576	2.261.576	816								2.261.576	2022033197	-	SE LEVANTA GLOSA PARCIAL, SE REGISTRA UN MAYOR VALOR EN LA CANTIDAD DEL MEDICAMENTO NO PBS PARACETAMOL 1 GR AMPOLLA 1000 MG/100 ML SE RECONOCE A \$(28.600*1). PRESTADOR FACTURA \$(55.447*1). SE HACE DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO ACETAMINOFEN 500 MG \$ (104*30). NO EXISTE SIMILAR EN EL PBS. TECNOLOGIA EN SALUD PRESEPSINA CANTIDAD X 1.
90	535039	4.847.742	4.847.742	816								4.847.742	2022033197	-	SE LEVANTA GLOSA, NIVEL 1 SISBEN NO CANCELA CUOTA DE RECUPERACION SEGÚN DECRETO 780/2016. MEDICAMENTO NO PBS FOSFATO DE SODIO 16% + BIFOSFATO SODICO 6% ENEMA RECTAL 133 ML (TRAVAD) SE RECONOCE A PRECIO DE MERCADO. NO EXISTE SIMILAR EN EL PBS
91	535566	5.395.025	5.395.025	816								5.395.025	2022033197	-	SE LEVANTA GLOSA PARCIAL, SE REGISTRA UN MAYOR VALOR COBRADO EN CANTIDAD, MEDICAMENTO NO PBS TRIMEBUTINA 50 MG/5 ML SOLUCION INYECTABLE SE RECONOCE A PRECIO FACTURADO \$(21.884*5). PRESTADOR FACTURA CANTIDAD X 10. SE GLOSA CANTIDAD X 5 POR NO EVIDENCIAR SOPLORES DE ADMINISTRACION. SE HACE DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO HIOSCINA METIL BROMURO 10 MG TAB \$(1.590*5)=\$ (7.950).
92	529083	4.014	4.014	849								4.014	2022033197	-	GLOSA TOTAL, SE HACE DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO METOCLOPRAMIDA SLN ORAL X 5, SE RECONOCE PRECIO ANOTADO EN FORMATO MYT A \$ 3.180 X 5 = 15.900.



93	532082	115.874	115.874	816							115.874	2022033197	-	SE LEVANTA GLOSA PARCIAL, PRESTADOR NO ANEXA SOPORTE DE ADMINISTRACION DE MEDICAMENTO NO PBS FILGRASTIM 300 MCG/ML. SE REGISTRA UN MAYOR VALOR COBRADO, MEDICAMENTO NO PBS UROMITEXAN 400 MG AMP X 4 ML (MESNA) SE RECONOCE A \$(16.806*20). PRESTADOR FACTURA A \$(25.000*20). SE HACE DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO FOLINATO DE CALCIO 500MG AMP \$(10.349*20). SE REGISTRA UN MAYOR VALOR COBRADO, MEDICAMENTO NO PBS IFOSFAMIDA 1G SOLUCION INYECTABLE SE RECONOCE A (66.780*8). PRESATDOR FACTURA A \$(87.500*8). SE HACE DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO MELFALAN 2 MG TABLETA RECUBIERTAS \$ (248*240). SI EL PRESTADOR ANEXA SOPORTES SE HACE DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO PEGFILGRASTIM 10 MG SOLUCIÓN INYECTABLE \$(38.316*3). MEDICAMENTO NO PBS FILGRASTIM 300 MCG/ML SOLUCION INYECTABLE JERINGA PRELLENADA \$(98.980*3)
94	534119	25.901.698	25.901.698	816							25.901.698	2022033197	-	SE LEVANTA GLOSA PARCIAL, SE HACE DESCUENTO DE MEDICAMENTO DESMOPRESINA ACETATO 4 MG/ML SUSPENSION INYECTABLE \$(19.882*8). MEDICAMENTO NO PBS VASOPRESINA 20 UI/1ML SOLUCION INYECTABLE CANTIDAD X 8. SE HACE DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO MIDAZOLAM 5 MG AMPOLLA \$ (6.921*4). MEDICAMENTO NO PBS DEXMEDETOMIDINA (PRECEDEX) FRASCO AMPOLLA 100 MCG SE RECONOCE A PRECIO DE MERCADO \$(119.810*4). PRESTADOR FACTURA A \$(146.893*4).



95	535482	634.900		634.900			849						634.900		2022033197		-	SE LEVANTA GLOSA PARCIAL, NIVEL 1 SISBEN NO CANCELA CUOTA DE RECUPERACION SEGÚN DECRETO 780/2016. SE HACE DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO PIRANTEL PAMOATO 250 MG X 1.461
96	535838	5.451.618		5.451.618			816						5.451.618		2022033197		-	COBERTURA POS SEGUN RESOLUCION 5592 DEL 2015, ARTICULO 66: ATENCIÓN CON INTERNACIÓN EN SALUD MENTAL PARA LA POBLACIÓN GENERAL. El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC cubre la internación de pacientes con trastorno o enfermedad mental de cualquier tipo durante la fase aguda de su enfermedad o en caso de que esta ponga en peligro su vida o integridad, la de sus familiares o la comunidad. En la fase aguda, la cobertura de la hospitalización podrá extenderse hasta 90 días, continuos o discontinuos por año calendario. En caso de que el trastorno o enfermedad mental ponga en peligro la vida o integridad del paciente, la de sus familiares o la comunidad, la cobertura de la internación será durante el periodo que considere necesario el o los profesionales tratantes. Según criterio del profesional tratante en salud mental, estos pacientes se manejarán de preferencia en el programa de internación parcial u hospital día, según la normatividad vigente y en servicios debidamente habilitados para tal fin. PARÁGRAFO 1. Para el caso de internación por salud mental, la atención mediante



NTT: 890.102.006-1
Código Postal: 080003
SC-CER27381 Código DANE: 08-000

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO
atlantico.gov.co

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



97	547559	5.766.871	5.766.871	816							5.766.871	2022033197	-	COBERTURA POS SEGUN RESOLUCION 5592 DEL 2015, ARTICULO 66: ATENCIÓN CON INTERNACIÓN EN SALUD MENTAL PARA LA POBLACIÓN GENERAL. El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC cubre la internación de pacientes con trastorno o enfermedad mental de cualquier tipo durante la fase aguda de su enfermedad o en caso de que esta ponga en peligro su vida o integridad, la de sus familiares o la comunidad. En la fase aguda, la cobertura de la hospitalización podrá extenderse hasta 90 días, continuos o discontinuos por año calendario. En caso de que el trastorno o enfermedad mental ponga en peligro la vida o integridad del paciente, la de sus familiares o la comunidad, la cobertura de la internación será durante el período que considere necesario el o los profesionales tratantes. Según criterio del profesional tratante en salud mental, estos pacientes se manejarán de preferencia en el programa de internación parcial u hospital día, según la normatividad vigente y en servicios debidamente habilitados para tal fin. PARÁGRAFO 1. Para el caso de internación por salud mental, la atención mediante
----	--------	-----------	-----------	-----	--	--	--	--	--	--	-----------	------------	---	---



98	547994	5.748.222	5.748.222	816							5.748.222	2022033197	-	COBERTURA POS SEGUN RESOLUCION 5592 DEL 2015, ARTICULO 66: ATENCIÓN CON INTERNACIÓN EN SALUD MENTAL PARA LA POBLACIÓN GENERAL. El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC cubre la internación de pacientes con trastorno o enfermedad mental de cualquier tipo durante la fase aguda de su enfermedad o en caso de que esta ponga en peligro su vida o integridad, la de sus familiares o la comunidad. En la fase aguda, la cobertura de la hospitalización podrá extenderse hasta 90 días, continuos o discontinuos por año calendario. En caso de que el trastorno o enfermedad mental ponga en peligro la vida o integridad del paciente, la de sus familiares o la comunidad, la cobertura de la internación será durante el período que considere necesario el o los profesionales tratantes. Según criterio del profesional tratante en salud mental, estos pacientes se manejarán de preferencia en el programa de internación parcial u hospital día, según la normatividad vigente y en servicios debidamente habilitados para tal fin. PARÁGRAFO 1. Para el caso de internación por salud mental, la atención mediante
----	--------	-----------	-----------	-----	--	--	--	--	--	--	-----------	------------	---	---



99	549279	1.361.075	1.361.075	816							1.361.075	2022033197	-	COBERTURA POS SEGUN RESOLUCION 5592 DEL 2015, ARTICULO 66: ATENCIÓN CON INTERNACIÓN EN SALUD MENTAL PARA LA POBLACIÓN GENERAL. El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC cubre la internación de pacientes con trastorno o enfermedad mental de cualquier tipo durante la fase aguda de su enfermedad o en caso de que esta ponga en peligro su vida o integridad, la de sus familiares o la comunidad. En la fase aguda, la cobertura de la hospitalización podrá extenderse hasta 90 días, continuos o discontinuos por año calendario. En caso de que el trastorno o enfermedad mental ponga en peligro la vida o integridad del paciente, la de sus familiares o la comunidad, la cobertura de la internación será durante el período que considere necesario el o los profesionales tratantes. Según criterio del profesional tratante en salud mental, estos pacientes se manejarán de preferencia en el programa de internación parcial u hospital día, según la normatividad vigente y en servicios debidamente habilitados para tal fin. PARÁGRAFO 1. Para el caso de internación por salud mental, la atención mediante
----	--------	-----------	-----------	-----	--	--	--	--	--	--	-----------	------------	---	---



100	524274	75.000	75.000	849							75.000	2022033197	-	COBERTURA POS SEGUN RESOLUCION 5592 DEL 2015, ARTICULO 66: ATENCIÓN CON INTERNACIÓN EN SALUD MENTAL PARA LA POBLACIÓN GENERAL. El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC cubre la internación de pacientes con trastorno o enfermedad mental de cualquier tipo durante la fase aguda de su enfermedad o en caso de que esta ponga en peligro su vida o integridad, la de sus familiares o la comunidad. En la fase aguda, la cobertura de la hospitalización podrá extenderse hasta 90 días, continuos o discontinuos por año calendario. En caso de que el trastorno o enfermedad mental ponga en peligro la vida o integridad del paciente, la de sus familiares o la comunidad, la cobertura de la internación será durante el período que considere necesario el o los profesionales tratantes. Según criterio del profesional tratante en salud mental, estos pacientes se manejarán de preferencia en el programa de internación parcial u hospital día, según la normatividad vigente y en servicios debidamente habilitados para tal fin. PARÁGRAFO 1. Para el caso de internación por salud mental, la atención mediante
-----	--------	--------	--------	-----	--	--	--	--	--	--	--------	------------	---	---



101	527969	22.614	22.614	849						22.614	2022033197	-	COBERTURA POS SEGUN RESOLUCION 5592 DEL 2015, ARTICULO 66: ATENCIÓN CON INTERNACIÓN EN SALUD MENTAL PARA LA POBLACIÓN GENERAL. El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC cubre la internación de pacientes con trastorno o enfermedad mental de cualquier tipo durante la fase aguda de su enfermedad o en caso de que esta ponga en peligro su vida o integridad, la de sus familiares o la comunidad. En la fase aguda, la cobertura de la hospitalización podrá extenderse hasta 90 días, continuos o discontinuos por año calendario. En caso de que el trastorno o enfermedad mental ponga en peligro la vida o integridad del paciente, la de sus familiares o la comunidad, la cobertura de la internación será durante el período que considere necesario el o los profesionales tratantes. Según criterio del profesional tratante en salud mental, estos pacientes se manejarán de preferencia en el programa de internación parcial u hospital día, según la normatividad vigente y en servicios debidamente habilitados para tal fin. PARÁGRAFO 1. Para el caso de internación por salud mental, la atención mediante
-----	--------	--------	--------	-----	--	--	--	--	--	--------	------------	---	---



102	528000	459.300		459.300		816						459.300		2022033197		-	GLOSA TOTAL, SE REGISTRA UN MAYOR VALOR FACTURADO EN ENSURE LIQUIDO 237 ML X 17, SE FACTURA \$ 14.170 C/U SE RECONOCE PRECIO REFERENCIADO DEL MERCADO (V.10)N\$7.100 C/U SE DESCUENTA LA DIFERENCIA. FPS: 30/11/2016." \$120.190. SE OBJETAN (4) ENSURE LATA 237 ML NO SOPORTADA SU ADMINISTRACION, SE FACTURAN \$ 14.700 C/U, EN CASO DE SUBSANAR GLOSA, SE RECONOCEN PRECIO REFERENCIADO DEL MERCADO (V.10) \$ 7.100 C/U. - \$56680. SIN DESCUENTO DE CUOTA DE RECUPERACION MENOS EL 5%SEGUN DECR 2357/95 ,ART 18; DECR 4877/07, ART 3; RES 1479/15, ART 12. DEL ENSURE. - \$7455. SIN DESCUENTO DE CUOTA DE RECUPERACION MENOS EL 5%SEGUN DECR 2357/95 ,ART 18; DECR 4877/07, ART 3; RES 1479/15, ART 12. DEL MEDICEMNTO GLUTAMINA. - \$5880
103	529066	350.000		350.000		849						350.000		2022033197		-	GLOSA TOTAL, PRESTADOR NO ANEXA ACTA DE COMITÉ TECNICO CIENTIFICO (CTC), SE EVIDENCIA EN FORMULA MEDICA SEGÚN FECHA 06/04/2016 ORDEN CANTIDAD X 3, FECHA 07/04/2016 ORDEN CANTIDAD X 3, SE REGISTRA UN MAYOR VALOR COBRADO EN CANTIDAD LA TECNOLOGIA EN SALUD L GLUTAMINA 15GR SOBRE GLURESTAR \$(14.700*6). PRESTADOR FACTURA CANTIDAD X 10. NO EXISTE SIMILAR EN EL PBS.
104	529345	76.550		76.550		816						76.550		2022033197		-	GLOSA TOTAL, EN EL INVIMA SE ENCUENTRA REGISTRADO COMO FITOTERAPEUTICO: HARPAGOFITO TABLETA, POR LO TANTO NO PUEDE SER PAGADA CON LOS RECURSOS DEL PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD. LAS EPS O LAS ENTIDADES QUE HAGAN SUS VECES PODRÁN INCLUIR LA UTILIZACIÓN DE MEDICINAS Y TERAPIAS ALTERNATIVAS RESOLUCION 5592/2015 ART 29



105	531211	75.000		75.000			849						75.000		2022033197		-	SE LEVANTA GLOSA, PRESTADOR ANEXA SOPORTES, TECNOLOGIA EN SALUD PEDIASURE SE RECONOCE A PRECIO FACTURADO \$(8.500*8), NO EXISTE SIMIALR EN EL PBS
106	532567	37.328		37.328			849						37.328		2022033197		-	SE LEVANTA GLOSA PARCIAL, SE REGISTRA UN MAYOR VALOR COBRADO, MEDICAMENTO NO PBS TICAGRELOR 90 MG TABLETA SE RECONOCE A \$ (3.779*14). PRESTADOR FACTURA A \$(7.345*14). SE HACE DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO WARFARINA SODICA 5MG TABLETA (\$432*14). SE HACE DESCUENTO POR MEDICAMNETO SUSTITUTO HEPARINA DE BAJO PESO MOLECULAR (UI Ó MG) SOLUCIÓN INYECTABLE ENOXAPARINA 40 MG \$(26.693*5). MEDICAMENTO NO PBS ABCIXIMAB VIAL DE VIDRIO 10MG CANTIDAD X 5.
107	534121	5.958		5.958			849						5.958		2022033197		-	GLOSA TOTAL, PRESTADOR NO ANEXA ACTA DE COMITÉ TÉCNICO CIENTIFICO (CTC), SE HACE DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO VANCOMICINA 500 MG/ML POLVO PARA SUSPENSION INYECTABLE \$(6.325*22), MEDICAMENTO NO PBS LINEZOLID 600 MG SOL INYECTABLE 2 MG/ML CANTIDAD X 22.
108	536866	75.000		75.000			849						75.000		2022033197		-	GLOSA TOTAL, PRESTADOR DEBE ANEXAR FACTURA CON TODOS LOS SOPORTES, MEDICAMENTO NO PBS FOSFATO DE SODIO 16% + BIFOSFATO SODICO 6% ENEMA RECTAL 133 ML (TRAVAD). NO EXISTE SIMILAR EN EL PBS



109	538006	2.937.860	2.937.860	816							2.937.860	2022033197	-	COBERTURA POS SEGUN RESOLUCION 5592 DEL 2015, ARTICULO 66: ATENCIÓN CON INTERNACIÓN EN SALUD MENTAL PARA LA POBLACIÓN GENERAL. El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC cubre la internación de pacientes con trastorno o enfermedad mental de cualquier tipo durante la fase aguda de su enfermedad o en caso de que esta ponga en peligro su vida o integridad, la de sus familiares o la comunidad. En la fase aguda, la cobertura de la hospitalización podrá extenderse hasta 90 días, continuos o discontinuos por año calendario. En caso de que el trastorno o enfermedad mental ponga en peligro la vida o integridad del paciente, la de sus familiares o la comunidad, la cobertura de la internación será durante el período que considere necesario el o los profesionales tratantes. Según criterio del profesional tratante en salud mental, estos pacientes se manejarán de preferencia en el programa de internación parcial u hospital día, según la normatividad vigente y en servicios debidamente habilitados para tal fin. PARÁGRAFO 1. Para el caso de internación por salud mental, la atención mediante
-----	--------	-----------	-----------	-----	--	--	--	--	--	--	-----------	------------	---	---



110	542150	658.665	658.665	849							658.665	2022033197	-	COBERTURA POS SEGUN RESOLUCION 5592 DEL 2015, ARTICULO 66: ATENCIÓN CON INTERNACIÓN EN SALUD MENTAL PARA LA POBLACIÓN GENERAL. El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC cubre la internación de pacientes con trastorno o enfermedad mental de cualquier tipo durante la fase aguda de su enfermedad o en caso de que esta ponga en peligro su vida o integridad, la de sus familiares o la comunidad. En la fase aguda, la cobertura de la hospitalización podrá extenderse hasta 90 días, continuos o discontinuos por año calendario. En caso de que el trastorno o enfermedad mental ponga en peligro la vida o integridad del paciente, la de sus familiares o la comunidad, la cobertura de la internación será durante el período que considere necesario el o los profesionales tratantes. Según criterio del profesional tratante en salud mental, estos pacientes se manejarán de preferencia en el programa de internación parcial u hospital día, según la normatividad vigente y en servicios debidamente habilitados para tal fin. PARÁGRAFO 1. Para el caso de internación por salud mental, la atención mediante
-----	--------	---------	---------	-----	--	--	--	--	--	--	---------	------------	---	---



111	550401	171.054	171.054	849							171.054	2022033197	-	COBERTURA POS SEGUN RESOLUCION 5592 DEL 2015, ARTICULO 66: ATENCIÓN CON INTERNACIÓN EN SALUD MENTAL PARA LA POBLACIÓN GENERAL. El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC cubre la internación de pacientes con trastorno o enfermedad mental de cualquier tipo durante la fase aguda de su enfermedad o en caso de que esta ponga en peligro su vida o integridad, la de sus familiares o la comunidad. En la fase aguda, la cobertura de la hospitalización podrá extenderse hasta 90 días, continuos o discontinuos por año calendario. En caso de que el trastorno o enfermedad mental ponga en peligro la vida o integridad del paciente, la de sus familiares o la comunidad, la cobertura de la internación será durante el período que considere necesario el o los profesionales tratantes. Según criterio del profesional tratante en salud mental, estos pacientes se manejarán de preferencia en el programa de internación parcial u hospital día, según la normatividad vigente y en servicios debidamente habilitados para tal fin. PARÁGRAFO 1. Para el caso de internación por salud mental, la atención mediante
-----	--------	---------	---------	-----	--	--	--	--	--	--	---------	------------	---	---



112	591437	39.600	39.600	507						39.600	2022033197	-	COBERTURA POS SEGUN RESOLUCION 5592 DEL 2015, ARTICULO 66: ATENCIÓN CON INTERNACIÓN EN SALUD MENTAL PARA LA POBLACIÓN GENERAL. El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC cubre la internación de pacientes con trastorno o enfermedad mental de cualquier tipo durante la fase aguda de su enfermedad o en caso de que esta ponga en peligro su vida o integridad, la de sus familiares o la comunidad. En la fase aguda, la cobertura de la hospitalización podrá extenderse hasta 90 días, continuos o discontinuos por año calendario. En caso de que el trastorno o enfermedad mental ponga en peligro la vida o integridad del paciente, la de sus familiares o la comunidad, la cobertura de la internación será durante el período que considere necesario el o los profesionales tratantes. Según criterio del profesional tratante en salud mental, estos pacientes se manejarán de preferencia en el programa de internación parcial u hospital día, según la normatividad vigente y en servicios debidamente habilitados para tal fin. PARÁGRAFO 1. Para el caso de internación por salud mental, la atención mediante
-----	--------	--------	--------	-----	--	--	--	--	--	--------	------------	---	---



113	577392	1.547.400	1.547.400	849							1.547.400	2022033197	-	COBERTURA POS SEGUN RESOLUCION 5592 DEL 2015, ARTICULO 66: ATENCIÓN CON INTERNACIÓN EN SALUD MENTAL PARA LA POBLACIÓN GENERAL. El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC cubre la internación de pacientes con trastorno o enfermedad mental de cualquier tipo durante la fase aguda de su enfermedad o en caso de que esta ponga en peligro su vida o integridad, la de sus familiares o la comunidad. En la fase aguda, la cobertura de la hospitalización podrá extenderse hasta 90 días, continuos o discontinuos por año calendario. En caso de que el trastorno o enfermedad mental ponga en peligro la vida o integridad del paciente, la de sus familiares o la comunidad, la cobertura de la internación será durante el período que considere necesario el o los profesionales tratantes. Según criterio del profesional tratante en salud mental, estos pacientes se manejarán de preferencia en el programa de internación parcial u hospital día, según la normatividad vigente y en servicios debidamente habilitados para tal fin. PARÁGRAFO 1. Para el caso de internación por salud mental, la atención mediante
-----	--------	-----------	-----------	-----	--	--	--	--	--	--	-----------	------------	---	---



114	602033	16.500	16.500	849						16.500	2022033197	-	COBERTURA POS SEGUN RESOLUCION 5592 DEL 2015, ARTICULO 66: ATENCIÓN CON INTERNACIÓN EN SALUD MENTAL PARA LA POBLACIÓN GENERAL. El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC cubre la internación de pacientes con trastorno o enfermedad mental de cualquier tipo durante la fase aguda de su enfermedad o en caso de que esta ponga en peligro su vida o integridad, la de sus familiares o la comunidad. En la fase aguda, la cobertura de la hospitalización podrá extenderse hasta 90 días, continuos o discontinuos por año calendario. En caso de que el trastorno o enfermedad mental ponga en peligro la vida o integridad del paciente, la de sus familiares o la comunidad, la cobertura de la internación será durante el período que considere necesario el o los profesionales tratantes. Según criterio del profesional tratante en salud mental, estos pacientes se manejarán de preferencia en el programa de internación parcial u hospital día, según la normatividad vigente y en servicios debidamente habilitados para tal fin. PARÁGRAFO 1. Para el caso de internación por salud mental, la atención mediante
-----	--------	--------	--------	-----	--	--	--	--	--	--------	------------	---	---



115	533745	117.600	117.600	849						117.600	2022033197	-	COBERTURA POS SEGUN RESOLUCION 5592 DEL 2015, ARTICULO 66: ATENCIÓN CON INTERNACIÓN EN SALUD MENTAL PARA LA POBLACIÓN GENERAL. El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC cubre la internación de pacientes con trastorno o enfermedad mental de cualquier tipo durante la fase aguda de su enfermedad o en caso de que esta ponga en peligro su vida o integridad, la de sus familiares o la comunidad. En la fase aguda, la cobertura de la hospitalización podrá extenderse hasta 90 días, continuos o discontinuos por año calendario. En caso de que el trastorno o enfermedad mental ponga en peligro la vida o integridad del paciente, la de sus familiares o la comunidad, la cobertura de la internación será durante el período que considere necesario el o los profesionales tratantes. Según criterio del profesional tratante en salud mental, estos pacientes se manejarán de preferencia en el programa de internación parcial u hospital día, según la normatividad vigente y en servicios debidamente habilitados para tal fin. PARÁGRAFO 1. Para el caso de internación por salud mental, la atención mediante
116	547277	135.400	135.400	816						135.400	2022033197	-	GLOSA TOTAL, SE REGISTRA UN MAYOR VALOR COBRADO, MEDICAMENTO NO PBS ERTAPENEM 1 GR AMPOLLA \$ (149.577*6) TARIFA REGULADA SEGÚN CIRCULAR 04/2012. PRESTADOR FACTURA A \$(152.902*6). SE HACE DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO MEROPENEM 1 G AMPOLLA (\$56.174*6), TECNOLOGIA EN SALUD ENSURE 237 ML SE RECONOCE A PRECIO DE MERCADO \$(14.170*12); NO EXISTE SIMILAR EN EL PBS.



117	554298	270.800	270.800	816								270.800	2022033197	-	GLOSA TOTAL, EN EL INVIMA SE ENCUENTRA REGISTRADO COMO FITOTERAPEUTICO: FITOSTIMOLINE (TRITICUM VULGARE) CREMA, POR LO TANTO NO PUEDE SER PAGADA CON LOS RECURSOS DEL PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD. LAS EPS O LAS ENTIDADES QUE HAGAN SUS VECES PODRÁN INCLUIR LA UTILIZACIÓN DE MEDICINAS Y TERAPIAS ALTERNATIVAS RESOLUCION 6408/2016 ART 28
118	558027	190.920	190.920	849								190.920	2022033197	-	SE LEVANTA GLOSA, PRESTADOR ANEXA SOPORTES, SE EVIDENCIA ACTA DE COMITÉ TECNICO CIENTIFICO(CTC), CODIGO CUM CORRESPONDE A LAS TECNOLOGIAS EN SALUD FACTURADAS. NO EXISTE SIMILAR EN EL PBS.
119	563247	135.400	135.400	816								135.400	2022033197	-	SE LEVANTA GLOSA, SE CORRESPONDE EN COBERTURA POS SEGUN RESOLUCION 5592 DEL 2015, ARTICULO 66: ATENCIÓN CON INTERNACIÓN EN SALUD MENTAL PARA LA POBLACIÓN GENERAL. El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC cubre la internación de pacientes con trastorno o enfermedad mental de cualquier tipo durante la fase aguda de su enfermedad o en caso de que esta ponga en peligro su vida o integridad, la de sus familiares o la comunidad. En la fase aguda, la cobertura de la hospitalización podrá extenderse hasta 90 días, continuos o discontinuos por año calendario. En caso de que el trastorno o enfermedad mental ponga en peligro la vida o integridad del paciente, la de sus familiares o la comunidad, la cobertura de la internación será durante el período que considere necesario el o los profesionales tratantes. Según criterio del profesional tratante en salud mental, estos pacientes se manejarán de preferencia en el programa de internación parcial u hospital día, según la normatividad vigente y en servicios debidamente habilitados para tal fin. PARÁGRAFO 1. Para el caso de internación por salud mental, la atención mediante



120	563266	473.956	473.956	849						473.956	2022033197	-	COBERTURA POS SEGÚN RESOLUCIÓN 5521 DEL 2013, ARTICULO 67: ATENCIÓN CON INTERNACIÓN EN SALUD MENTAL PARA LA POBLACIÓN GENERAL. El POS cubre la internación de pacientes con trastorno o enfermedad mental de cualquier tipo durante la fase aguda de su enfermedad o en caso de que esta ponga en peligro su vida o integridad, la de sus familiares o la comunidad, En la fase aguda, la cobertura de la hospitalización podrá extenderse hasta 90 días, continuos o discontinuos por año calendario, En caso de que el trastorno o enfermedad mental ponga en peligro la vida o integridad del paciente, la de sus familiares o la comunidad, la cobertura de la internación será durante el periodo que considere necesario el o los profesionales tratantes. Sin perjuicio del criterio del profesional tratante, el paciente con trastorno o enfermedad mental, se manejará de preferencia en el programa de internación parcial u hospital día, según la normatividad vigente y en servicios debidamente habilitados para tal fin. PARÁGRAFO. Las coberturas especiales para personas menores de 18 años están descritas en el
-----	--------	---------	---------	-----	--	--	--	--	--	---------	------------	---	--



121	566133	677.000	677.000	816							677.000	2022033197	-	COBERTURA POS SEGÚN RESOLUCIÓN 5521 DEL 2013, ARTICULO 67: ATENCIÓN CON INTERNACIÓN EN SALUD MENTAL PARA LA POBLACIÓN GENERAL. El POS cubre la internación de pacientes con trastorno o enfermedad mental de cualquier tipo durante la fase aguda de su enfermedad o en caso de que esta ponga en peligro su vida o integridad, la de sus familiares o la comunidad, En la fase aguda, la cobertura de la hospitalización podrá extenderse hasta 90 días, continuos o discontinuos por año calendario, En caso de que el trastorno o enfermedad mental ponga en peligro la vida o integridad del paciente, la de sus familiares o la comunidad, la cobertura de la internación será durante el periodo que considere necesario el o los profesionales tratantes. Sin perjuicio del criterio del profesional tratante, el paciente con trastorno o enfermedad mental, se manejará de preferencia en el programa de internación parcial u hospital día, según la normatividad vigente y en servicios debidamente habilitados para tal fin. PARÁGRAFO. Las coberturas especiales para personas menores de 18 años están descritas en el
-----	--------	---------	---------	-----	--	--	--	--	--	--	---------	------------	---	--



122	586122	13.000	13.000	849							13.000	2022033197	-	COBERTURA POS SEGÚN RESOLUCIÓN 5521 DEL 2013, ARTICULO 67: ATENCIÓN CON INTERNACIÓN EN SALUD MENTAL PARA LA POBLACIÓN GENERAL. El POS cubre la internación de pacientes con trastorno o enfermedad mental de cualquier tipo durante la fase aguda de su enfermedad o en caso de que esta ponga en peligro su vida o integridad, la de sus familiares o la comunidad, En la fase aguda, la cobertura de la hospitalización podrá extenderse hasta 90 días, continuos o discontinuos por año calendario, En caso de que el trastorno o enfermedad mental ponga en peligro la vida o integridad del paciente, la de sus familiares o la comunidad, la cobertura de la internación será durante el periodo que considere necesario el o los profesionales tratantes. Sin perjuicio del criterio del profesional tratante, el paciente con trastorno o enfermedad mental, se manejará de preferencia en el programa de internación parcial u hospital día, según la normatividad vigente y en servicios debidamente habilitados para tal fin. PARÁGRAFO. Las coberturas especiales para personas menores de 18 años están descritas en el
-----	--------	--------	--------	-----	--	--	--	--	--	--	--------	------------	---	--



123	586123	16.500	16.500	849						16.500	2022033197	-	COBERTURA POS SEGÚN RESOLUCIÓN 5521 DEL 2013, ARTICULO 67: ATENCIÓN CON INTERNACIÓN EN SALUD MENTAL PARA LA POBLACIÓN GENERAL. El POS cubre la internación de pacientes con trastorno o enfermedad mental de cualquier tipo durante la fase aguda de su enfermedad o en caso de que esta ponga en peligro su vida o integridad, la de sus familiares o la comunidad, En la fase aguda, la cobertura de la hospitalización podrá extenderse hasta 90 días, continuos o discontinuos por año calendario, En caso de que el trastorno o enfermedad mental ponga en peligro la vida o integridad del paciente, la de sus familiares o la comunidad, la cobertura de la internación será durante el periodo que considere necesario el o los profesionales tratantes. Sin perjuicio del criterio del profesional tratante, el paciente con trastorno o enfermedad mental, se manejará de preferencia en el programa de internación parcial u hospital día, según la normatividad vigente y en servicios debidamente habilitados para tal fin. PARÁGRAFO. Las coberturas especiales para personas menores de 18 años están descritas en el
-----	--------	--------	--------	-----	--	--	--	--	--	--------	------------	---	--



124	566302	698.488	698.488	849							698.488	2022033197	-	COBERTURA POS SEGÚN RESOLUCION 5521 DEL 2013, ARTICULO 67: ATENCIÓN CON INTERNACIÓN EN SALUD MENTAL PARA LA POBLACIÓN GENERAL. El POS cubre la internación de pacientes con trastorno o enfermedad mental de cualquier tipo durante la fase aguda de su enfermedad o en caso de que esta ponga en peligro su vida o integridad, la de sus familiares o la comunidad, En la fase aguda, la cobertura de la hospitalización podrá extenderse hasta 90 días, continuos o discontinuos por año calendario, En caso de que el trastorno o enfermedad mental ponga en peligro la vida o integridad del paciente, la de sus familiares o la comunidad, la cobertura de la internación será durante el periodo que considere necesario el o los profesionales tratantes. Sin perjuicio del criterio del profesional tratante, el paciente con trastorno o enfermedad mental, se manejará de preferencia en el programa de internación parcial u hospital día, según la normatividad vigente y en servicios debidamente habilitados para tal fin. PARÁGRAFO. Las coberturas especiales para personas menores de 18 años están descritas en el
125	569049	4.483.740	4.483.740	849							4.483.740	2022033197	-	GLOSA TOTAL, PRESTADOR NO ANEXA ACTA DE COMITÉ TECNICO CIENTIFICO (CTC), SE HACE DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO PIRANTEL PAMOATO 250 MG/5ML SUSPENSION FRASCO X 15ML \$(1.620*1). MEDICAMENTO NO PBS IVERMECTINA 6 MG/ML 0.6% SOLUCION ORAL 5 ML CANTIDAD X 1



NTT: 890.102.006-1
Código Postal: 080003
Código DANE: 08-000

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO
atlantico.gov.co

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



126	569242	6.924	6.924	849						6.924	2022033197	-	SOPORTES. NO CORRESPONDE EL PAGO DE LA FACTURA AL ENTE TERRITORIAL LA TECNOLOGIA NO POS FACTURADA ES MERON 50 MG SE ENCUENTRA CUBIERTA BAJO EL PLAN DE BENEFICIOS SEGÚN ALCLARACIONES ESTIPULADAS POR LA CIRULAR 6/2018 Analgesia, anestesia y sedación: Se cubren con cargo a la UPC todos los medicamentos para la analgesia, anestesia, sedación y aquellos empleados como coadyuvantes para lograr y/o revertir la anestesia y sedación (entre los que se encuentran: Propofol, Sugammadex, Rocuronio, Sevoflurano, Dexmedetomidina, Flumazenil, entre otros), así no estén explícitamente descritos en el Anexo número 1 de la Resolución número 5269 de 2017, siempre y cuando se consideren necesarios e insustituibles para la realización de las tecnologías en salud (que pueden ser procedimientos quirúrgicos, actividades o servicios como la atención con internación), descritos como cubiertos con cargo a la UPC en los Anexos número 2 y 3 de la precitada resolución. 849, 1. LOS SOSPORTES DE ADMISTRACION PARA LA TECNOLOGIA NO POS NUTREN ANEXOS TIENEN FECHA DEL
-----	--------	-------	-------	-----	--	--	--	--	--	-------	------------	---	---



127	569243	11.740	11.740	849							11.740	2022033197	-	GLOSA TOTAL, PRESTADOR NO ANEXA SOPORTES. LA FACTURA DE VENTA NO TIENE REGISTRADOS EL CODIGO CUM: SE DEBE TENER ENCUESTA LA ESTRUCTURA DEL CODIGO AL IDENTIFICARSE EN LA FACTURA SEGUN EL ARTICULO 4 DE LA RESOLUCION 4331 DEL 2012 Los soportes de las facturas de que trata el artículo 21 del Decreto 4747 de 2007 o las normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan, serán como máximo los definidos en el Anexo Técnico No. 5, que hace parte integral de la presente resolución. Cuando se facturen medicamentos no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud POS, el prestador deberá identificar en la factura de prestación del servicio, el Código Único de Medicamentos - CUM -, emitido por el INVIMA, con la siguiente estructura: Expediente - Consecutivo - ATC". POR LO TANTO LA FACTURA NO CUMPLE CON LOS REQUISITOS LEGALES.
-----	--------	--------	--------	-----	--	--	--	--	--	--	--------	------------	---	---



128	570114	425.546	425.546	849						425.546	2022033197	-	GLOSA TOTAL, PRESTADOR NO ANEXA SOPORTES. "LA FACTURA DE VENTA NO TIENE REGISTRADOS EL CODIGO CUM: SE DEBE TENER ENCUESTA LA ESTRUCTURA DEL CODIGO AL IDENTIFICARSE EN LA FACTURA SEGUN EL ARTICULO 4 DE LA RESOLUCION 4331 DEL 2012 Los soporles de las facturas de que trata el artículo 21 del Decreto 4747 de 2007 o las normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan, serán como máximo los definidos en el Anexo Técnico No. 5, que hace parte integral de la presente resolución. Cuando se facturen medicamentos no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud POS, el prestador deberá identificar en la factura de prestación del servicio, el Código Único de Medicamentos - CUM -, emitido por el INVIMA, con la siguiente estructura: Expediente - Consecutivo - ATC"". 2, NO SE ENCUENTRA SOPORTADO EL USO DE LA TECNOLOGIA NO POS FACTURADA ADRENALINA RACEMICA, LA ORDEN MEDICA NO ES UN SOPORTE DE UTILIZACION ES NECESARIO APORTAR LA NOTA DE LA FISIOTERAPEUTA O DE LA ENFERMERA DE LA REALIZACION DE LA TERAPIA RESPIRATORIA DONDE SE UTILICE EL MEDICAMENTO. "
129	575631	7.293	7.293	849						7.293	2022033197	-	GLOSA TOTAL, PRESTADOR NO ANEXA SOPORTES. SE REALIZA DEVOLUCION DE LA FACTURA: NO SE ENCUENTRA SOPORTADA LA UTILIZACION DE LA TECNOLOGIA NO POS FACTURADA NUTREN PULMONARY EN LOS SOPORTES ANEXOS ESTA SOPORTADO EL USO DEL ENSURE DIFERENTE A LA TECNOLOGIA NO POS QUE SE ESTA FACTURANDO.



130	576671	102.960	102.960	849							102.960	2022033197	-	GLOSA TOTAL, PRESTADOR NO ANEXA ACTA DE COMITÉ TECNICO CIENTIFICO (CTC). SE HACE DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO MIDAZOLAM 5 MG AMPOLLA \$ (6.921*42). MEDICAMENTO NO PBS DEXMEDETOMIDINA (PRECEDEX) FRASCO AMPOLLA 100 MCG SE RECONOCE A PRECIO DE MERCADO \$(119.810*42). PRESTADOR FACTURA A \$(136.600*42). TECNOLOGIA EN SALUD PULMONARY SE RECONOCE A PRECIO DE MERCADO CANTIDAD X 30. NO EXISTE SIMILAR EN EL PBS
131	579714	284.570	284.570	849							284.570	2022033197	-	COBERTURA POS SEGUN RESOLUCION 5592 DEL 2015, ARTICULO 66: ATENCIÓN CON INTERNACIÓN EN SALUD MENTAL PARA LA POBLACIÓN GENERAL. El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC cubre la internación de pacientes con trastorno o enfermedad mental de cualquier tipo durante la fase aguda de su enfermedad o en caso de que esta ponga en peligro su vida o integridad, la de sus familiares o la comunidad. En la fase aguda, la cobertura de la hospitalización podrá extenderse hasta 90 días, continuos o discontinuos por año calendario. En caso de que el trastorno o enfermedad mental ponga en peligro la vida o integridad del paciente, la de sus familiares o la comunidad, la cobertura de la internación será durante el período que considere necesario el o los profesionales tratantes. Según criterio del profesional tratante en salud mental, estos pacientes se manejarán de preferencia en el programa de internación parcial u hospital día, según la normatividad vigente y en servicios debidamente habilitados para tal fin. PARÁGRAFO 1. Para el caso de internación por salud mental, la atención mediante



132	582010	5.354.700	5.354.700	849				5.354.700	2022033197	-	GLOSA TOTAL, PRESTADOR NO ANEXA ACTA DE COMITÉ TECNICO CIENTIFICO (CTC), SE EVIENCIA SOLO SOPORTE DE 13 AMPOLAS. SE HACE DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO ACIDO VALPROICO 250 MG CAPSULA \$(109*13). MEDICAMENTO NO PBS ÁCIDO VALPROICO 500 MG/5 ML SOLUCION INYECTABLE. \$(18.000*13). PRESTADOR FACTURA CANTIDAD X 26.
133	589762	77.610	77.610	849				77.610	2022033197	-	GLOSA TOTAL, PRESTADOR REGISTRA EN LA FACTURA CODIGO CUM. PRESTADOR NO ANEXA FORMULA MEDICA, SE HACE DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO MEROPENEM 1 G AMPOLLA (\$56.140*4). MEDICAMENTO NO PBS ERTAPENEM 1 GR AMPOLLA \$(90.700*4).
134	571671	5.949.311	5.949.311	816				5.949.311	2022033197	-	GLOSA TOTAL, PRESTADOR NO ANEXA ACTA DE COMITÉ TECNICO CIENTIFICO (CTC), SE REGISTRA UN MAYOR VALOR EN LA CANTIDAD DEL MEDICAMENTO NO PBS COLISTIMETATO DE SODIO COLISTINA 1.000.000 UI MG AMPOLLA SE RECONOCE A \$(82.600*13). PRESTADOR FACTURA \$(140.900*13). SE HACE DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO VANCOMICINA 500MG POVO SOLUCION INY \$(8.925*13). SE REGISTRA UN MAYOR VALOR COBRADO, TECNOLOGIA EN SALUD PULMOCARE X 237 ML, SE RECONOCE A \$(14.150*10). PRESTADOR FACTURA A \$(25.870*10). NO EXISTE SIMILAR EN EL PBS. TECNOLOGIA EN SALUD PROWHEY DM 400 GR CANTIDAD X 3, NO EXISTE SIMILAR EN EL PBS,



135	584045	12.810	12.810	849							12.810	2022033197	-	GLOSA TOTAL, NO CORRESPONDE EL PAGO DE LA FACTURA AL ENTE TERRITORIAL. EL PROCEDIMIENTO FACTURADA NUCLEOPLASTIA SE ENCUENTRA CUBIERTA EN EL PLAN DE BENEFICIOS SEGÚN RESOLUCION 5592/2015 CUPS: 80.5.9. OTRA ABLACIÓN DE DISCO INTERVERTEBRAL. POR LO TANTO DEBE SER ASUMIDO POR LA EPS.
136	556518	7.800.000	7.800.000	849							7.800.000	2022033197	-	GLOSA TOTAL, PRESTADOR NO ANEXA ACTA DE COMITÉ TECNICO CIENTIFICO (CTC), SE HACE DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO MIDAZOLAM 5 MG AMPOLLA \$ (6.921*120). MEDICAMENTO NO PBS DEXMEDETOMIDINA (PRECEDEX) FRASCO AMPOLLA 100 MCG SE RECONOCE A PRECIO DE MERCADO \$(119.810*120). PRESTADOR FACTURA A \$(136.600*152). PRESTADOR FACTURA MEDICAMENTO NO PBS LINEZOLID 600 MG SOLUCION INYECTABLE CANTIDAD X 18 AMPOLLAS. SE EVIDENCIA SOLO 15 AMPOLLAS ADMINISTRADAS \$ (104.200*15). SE HACE DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO VANCOMICINA 500 MG/ML POLVO PARA SUSPENSION INYECTABLE \$(6.235*15). MEDICAMENTO NO PBS ADENOSINA 6 MG/2 ML SOLUCION INYECTABLE NO FUS ADMINISTRADO AL PACIENTE EN CASO DE ANEXAR SOPORTES SE RECONOCERA A PRECIO \$(83.300*6). DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO NOREPINEFRINA 4 MG/4 ML AMPOLLA \$(3.880*6). TECNOLOGIA EN SALUD PULMONARY SE RECONOCE A PRECIO DE MERCADO CANTIDAD X 84.



137	561031	443.576	443.576	849								443.576	2022033197	-	GLOSA TOTAL, PRESTADOR NO ANEXA SOPORTES. SE DEVUELVE FACTURA: LA FORMULA MEDICA NO SE ENCUENTRA FIRMADA POR EL MEDICO QUE ORDENA LA TECNOLOGIA NO POS REQUISITO INDISPENSABLE SEGÚN Decreto 2200 de 2005 "Artículo 17. Contenido de la prescripción. ITEM. 14. Nombre y firma del prescriptor con su respectivo número de registro profesional."
138	529208	851.900	851.900	849								851.900	2022033197	-	SE LEVANTA GLOSA PARCIAL, PRESTADOR ANEXA SOPORTES, SE EVIDENCIA CODIGO CUM EN FACTURA, SE HACE DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO CIPROFLOXACINO 100 MG SOLUCION INYECTABLE \$ (1.400*9). MEDICAMENTO NO PBS TIGECICLINA 50 MG AMPOLLA CANTIDAD X 9.



139	541456	4.996.902	4.996.902	849							4.996.902	2022033197	-	GLOSA TOTAL, PRESTADOR NO ANEXA SOPORTES. LA FACTURA DE VENTA NO TIENE REGISTRADOS EL CODIGO CUM: SE DEBE TENER ENCUESTA LA ESTRUCTURA DEL CODIGO AL IDENTIFICARSE EN LA FACTURA SEGUN EL ARTICLUO 4 DE LA RESOLUCION 4331 DEL 2012 Los soporles de las facturas de que trata el artículo 21 del Decreto 4747 de 2007 o las normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan, serán como máximo los definidos en el Anexo Técnico No. 5, que hace parte integral de la presente resolución. Cuando se facturen medicamentos no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud POS, el prestador deberá identificar en la factura de prestación del servicio, el Código Único de Medicamentos - CUM -, emitido por el INVIMA, con la siguiente estructura: Expediente - Consecutivo - ATC"". POR LO TANTO LA FACTURA NO CUMPLE CON LOS REQUISISTOS LEGALES. 2. EL SOPORTE DE ADMINISTRACION DE MEDICAMENTO NO ESTA CONSIGNADO EL MES DE APLICACION DEL MEDICAMENTO POR ELLO NO SE PUEDE CONFRONTAR LA INFORMACION REGISTRADA EN EL MYT"
-----	--------	-----------	-----------	-----	--	--	--	--	--	--	-----------	------------	---	---



140	542174	5.690.789	5.690.789	849							5.690.789	2022033197	-	GLOSA TOTAL, PRESTADOR NO ANEXA ACTA DE COMITÉ TÉCNICO CIENTÍFICO (CTC), SE HACE DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO MIDAZOLAM 5 MG AMPOLLA \$ (6.921*12). MEDICAMENTO NO PBS DEXMEDETOMIDINA (PRECEDEX) FRASCO AMPOLLA 100 MCG SE RECONOCE A PRECIO DE MERCADO \$(119.810*12). PRESTADOR FACTURA A \$(136.600*12). PRESTADOR FACTURA MEDICAMENTO NO PBS LINEZOLID 600 MG SOLUCION INYECTABLE CANTIDAD X 17 AMPOLLAS. SE HACE DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO VANCOMICINA 500 MG/ML POLVO PARA SUSPENSION INYECTABLE \$(6.235*17). SE REGISTRA UN MAYOR VALOR COBRADO, MEDICAMENTO NO PBS ANIDULAFUNGINA 100MG AMP SE RECONOCE A \$(1.469.781*4). PRESTADOR FACTURA A \$(1.568.700*4). SE HACE DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO FLUCONAZOL 200 MG CAPSULA \$(873*120).
141	555825	205.128	205.128	849							205.128	2022033197	-	GLOSA TOTAL, PRESTADOR NO ANEXA ACTA DE COMITÉ TÉCNICO CIENTÍFICO (CTC), PRESTADOR ANEXA CODIGO CUM EN LA FACTURA, SE REGISTRA UN MAYOR VALOR EN LA CANTIDAD DEL MEDICAMENTO NO PBS PARACETAMOL 1 GR AMPOLLA 1000 MG/100 ML SE RECONOCE A \$(28.600*6). PRESTADOR FACTURA \$(34.600*12). SE HACE DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO ACETAMINOFEN 500 MG \$ (104*180).



NTT: 890.102.006-1
Código Postal: 080003
Código DANE: 08-000

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO
atlantico.gov.co

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



142	564905	6.142.056	6.142.056	849				6.142.056	2022033197	-	GLOSA TOTAL, FACTURA NO EVIDENCIA CODIGO CUM. PRESTADOR NO APORTA ACTA DE COMITÉ TECNICO CIENTIFICO(CTC). SE HACE DESCUENTO DEL MEDICAMENTO SUSTITUTO LOPERAMIDA 2 MG TAB \$ (95*8), MEDICAMENTO NO PBS ENTEROGERMINA ESPORAS DE BACILLUS CLAUSSEI 2 BILLONES X 5ML AMPOLLA ORAL X 8.
143	565688	2.824.835	2.824.835	849				2.824.835	2022033197	-	GLOSA TOTAL, EN EL INVIMA SE ENCUENTRA REGISTRADO COMO FITOTERAPEUTICO: FITOSTIMOLINE (TRITICUM VULGARE) CREMA, POR LO TANTO NO PUEDE SER PAGADA CON LOS RECURSOS DEL PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD. LAS EPS O LAS ENTIDADES QUE HAGAN SUS VECES PODRÁN INCLUIR LA UTILIZACIÓN DE MEDICINAS Y TERAPIAS ALTERNATIVAS RESOLUCION 6408/2016 ART 28
144	569354	6.504.723	6.504.723	849				6.504.723	2022033197	-	GLOSA TOTAL, PRESTADOR ANEXA SOPORTES INCOMPLETOS E INCONSISTENTES: LA INFORMACION NO CORRESPONDE CON EL USUARIO REGISTRADO EN LA FACTURA DE VENTA. NO SE EVIDENCIAN SOPORTE DE ADMINISTRACION DE LAS TECNOLOGIAS FACTURADAS. NO SE EVIDENCIA ORDEN MEDICA. NO SE EVIDENCIA CTC. SE REGISTRA UN MAYOR VALOR EN LA CANTIDAD, TECNOLOGIA EN SALUD GLUCERNA 237ML SE RECONOCERA \$(11.070 CADA UNA). PRESTADOR FACTURA \$(16.848*37), SE REGISTRA UN MAYOR VALOR COBRADO, TECNOLOGIA EN SALUD ENSURE 237 ML SE RECONOCE A \$(9.500 CADA UNA). PRESTADOR FACTURA A \$ (14.170*21), TECNOLOGIA EN SALUD DIBEN NEUTRO \$(38.184*3) NO EXISTE SIMILAR EN EL PBS. EN CASO DE SUBSANAR VALIDAR LA CANTIDAD DE TECNOLOGIA AUTORIZADAS.



145	571605	6.341.782	6.341.782	849							6.341.782	2022033197	-	GLOSA TOTAL, PRESTADOR NO ANEXA SOPORTES. LA FACTURA DE VENTA NO TIENE REGISTRADOS EL CODIGO CUM: SE DEBE TENER ENCUESTA LA ESTRUCTURA DEL CODIGO AL IDENTIFICARSE EN LA FACTURA SEGUN EL ARTICULO 4 DE LA RESOLUCION 4331 DEL 2012 Los soporles de las facturas de que trata el artículo 21 del Decreto 4747 de 2007 o las normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan, serán como máximo los definidos en el Anexo Técnico No. 5, que hace parte integral de la presente resolución. Cuando se facturen medicamentos no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud POS, el prestador deberá identificar en la factura de prestación del servicio, el Código Único de Medicamentos - CUM -, emitido por el INVIMA, con la siguiente estructura: Expediente - Consecutivo - ATC". POR LO TANTO LA FACTURA NO CUMPLE CON LOS REQUISITOS LEGALES.
-----	--------	-----------	-----------	-----	--	--	--	--	--	--	-----------	------------	---	---



NTT: 890.102.006-1
Código Postal: 080003
SC-CER27381 Código DANE: 08-000

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO
atlantico.gov.co

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



146	571691	5.280.453	5.280.453	849						5.280.453	2022033197	-	ARTICULO 66: ATENCIÓN CON INTERNACIÓN EN SALUD MENTAL PARA LA POBLACIÓN GENERAL. El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC cubre la internación de pacientes con trastorno o enfermedad mental de cualquier tipo durante la fase aguda de su enfermedad o en caso de que esta ponga en peligro su vida o integridad, la de sus familiares o la comunidad. En la fase aguda, la cobertura de la hospitalización podrá extenderse hasta 90 días, continuos o discontinuos por año calendario. En caso de que el trastorno o enfermedad mental ponga en peligro la vida o integridad del paciente, la de sus familiares o la comunidad, la cobertura de la internación será durante el período que considere necesario el o los profesionales tratantes. Según criterio del profesional tratante en salud mental, estos pacientes se manejarán de preferencia en el programa de internación parcial u hospital día, según la normatividad vigente y en servicios debidamente habilitados para tal fin. PARÁGRAFO 1. Para el caso de internación por salud mental, la atención mediante internación total o parcial comprende además de los servicios básicos,
147	577559	2.962.018	2.962.018	849						2.962.018	2022033197	-	SE LEVANTA GLOSA, PRESTADOR ANEXA SOPORTES, TECNOLOGIA EN SALUD NUTREN PULMONARY SE RECONOCE A PRECIO FACTURADO, SE EVIDENCIA EN SOPORTES LA CANTIDAD DE 25 UNIDADES SUMINISTRADAS. NO EXISTE SIMILAR EN EL PBS



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

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO
atlantico.gov.co

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



148	527704	76.550	76.550	816							76.550	2022033197	-	COBERTURA POS SEGUN RESOLUCION 5592 DEL 2015, ARTICULO 66: ATENCIÓN CON INTERNACIÓN EN SALUD MENTAL PARA LA POBLACIÓN GENERAL. El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC cubre la internación de pacientes con trastorno o enfermedad mental de cualquier tipo durante la fase aguda de su enfermedad o en caso de que esta ponga en peligro su vida o integridad, la de sus familiares o la comunidad. En la fase aguda, la cobertura de la hospitalización podrá extenderse hasta 90 días, continuos o discontinuos por año calendario. En caso de que el trastorno o enfermedad mental ponga en peligro la vida o integridad del paciente, la de sus familiares o la comunidad, la cobertura de la internación será durante el período que considere necesario el o los profesionales tratantes. Según criterio del profesional tratante en salud mental, estos pacientes se manejarán de preferencia en el programa de internación parcial u hospital día, según la normatividad vigente y en servicios debidamente habilitados para tal fin. PARÁGRAFO 1. Para el caso de internación por salud mental, la atención mediante
-----	--------	--------	--------	-----	--	--	--	--	--	--	--------	------------	---	---



149	529067	500.000	500.000	849						500.000	2022033197	-	COBERTURA POS SEGUN RESOLUCION 5592 DEL 2015, ARTICULO 66: ATENCIÓN CON INTERNACIÓN EN SALUD MENTAL PARA LA POBLACIÓN GENERAL. El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC cubre la internación de pacientes con trastorno o enfermedad mental de cualquier tipo durante la fase aguda de su enfermedad o en caso de que esta ponga en peligro su vida o integridad, la de sus familiares o la comunidad. En la fase aguda, la cobertura de la hospitalización podrá extenderse hasta 90 días, continuos o discontinuos por año calendario. En caso de que el trastorno o enfermedad mental ponga en peligro la vida o integridad del paciente, la de sus familiares o la comunidad, la cobertura de la internación será durante el período que considere necesario el o los profesionales tratantes. Según criterio del profesional tratante en salud mental, estos pacientes se manejarán de preferencia en el programa de internación parcial u hospital día, según la normatividad vigente y en servicios debidamente habilitados para tal fin. PARÁGRAFO 1. Para el caso de internación por salud mental, la atención mediante
150	558026	293.786	293.786	849						293.786	2022033197	-	GLOSA TOTAL. SOPORTES INCOMPLETOS, SOLO SE EVIDENCIA POR PARTE DEL PRESTADOR FACTURA DE VENTA. NO SE EVIDENCIA ORDEN MEDICA, ACTA DE COMITÉ TECNICO CIENTIFICO, HOJA DE ADMINISTRACION DEL MEDICAMENTO, IDENTIFICACION ADRES. EN CASO DE SUBSANAR. SE HACE DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO ACETILCISTEINA 300 MG/3 ML SOLUCION INYECTABLE \$(62*4). MEDICAMENTO NO PBS N- ACETILCISTEINA 200 MG GRANULADO SOBRE X 4.



151	563264	587.572	587.572	849								587.572	2022033197	-	GLOSA TOTAL, PRESTADOR NO ANEXA ACTA DE COMITÉ TECNICO CIENTIFICO (CTC). PRESTADOR REGISTRA EN SU FACTURA CODIGO CUM. SE HACE DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO HIOSCINA METIL BROMURO 10 MG TAB \$ (171*7). MEDICAMENTO NO PBS TRIMEBUTINA 200 MG TABLETA CANTIDAD X 7
152	563265	2.500	2.500	849								2.500	2022033197	-	GLOSA TOTAL, PRESTADOR NO ANEXA SOPORTES. La factura no cumplen con alguno de los requisitos legales; LA TECNOLOGIA NO POS COBRADA EN LA FACTURA DE VENTA NO PRESENTA EL CORRESPONDIENTE CUM; EN CONCORDANCIA CON LA RESOLUCION 4331/2015 "EL PRESTADOR DEBERA IDENTIFICAR EN LA FACTURA DE PRESTACION DE SERVICIOS, EL CODIGO CUM EMITIDO POR EL INVIMA CONLA SIGUIENTE ESTRUCTURA: EXPEDIENTE-CONCECUTIVO-ATC", LO CUAL NO PUEDE SER ASUMIDO POR EL ENTE TERRITORIAL. FECHA DE ENTREGA 05/03 /2016.
153	568162	604.890	604.890	849								604.890	2022033197	-	GLOSA TOTAL, PRESTADOR NO APORTA ACTA DE COMITÉ TECNICO CIENTIFICO(CTC), TECNOLOGIA EN SALUD DERMAGRAN \$(60.554*1). PRESTADOR FACTURA CANTIDAD X 2, NO EXISTE SIMILAR EN EL PBS



154	575114	528.000		528.000		849						72.064		2022033197		455.936	GLOSA TOTAL, EN LA FACTURA NO SE EVIDENCIA SOPORTE DE ACTA DE COMITÉ TECNICO CIENTIFICO. FACTURA EVIDENCIA CODIGO CUM EMITIDO POR EL INVIMA. SE REGISTRA UN MAYOR VALOR EN LA CANTIDAD, TECNOLOGIA EN SALUD GLUCERNA 237ML SE RECONOCE A \$(11.070* 2). PRESTADOR FACTURA \$(16.848*2), NO EXISTE SIMILAR EN EL PBS. SE REGISTRA UN MAYOR VALOR EN CANTIDAD DE TECNOLOGIA EN SALUD GLUCERNA 1.5 CAL 1000 ML SE RECONOCE A \$(71.650* 4). PRESTADOR FACTURA \$(99.784*4). SE HACE DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO ACIDO VALPROICO 250 MG CAPSULA \$(109*2). MEDICAMENTO NO PBS ÁCIDO VALPROICO 500 MG/5 ML SOLUCION INYECTABLE. \$(23.438*2).
-----	--------	---------	--	---------	--	-----	--	--	--	--	--	--------	--	------------	--	---------	---



155	577763	5.750.661	5.750.661	816							5.750.661	2022033197	-	COBERTURA POS SEGÚN RESOLUCIÓN 5521 DEL 2013, ARTICULO 67: ATENCIÓN CON INTERNACIÓN EN SALUD MENTAL PARA LA POBLACIÓN GENERAL. El POS cubre la internación de pacientes con trastorno o enfermedad mental de cualquier tipo durante la fase aguda de su enfermedad o en caso de que esta ponga en peligro su vida o integridad, la de sus familiares o la comunidad, En la fase aguda, la cobertura de la hospitalización podrá extenderse hasta 90 días, continuos o discontinuos por año calendario, En caso de que el trastorno o enfermedad mental ponga en peligro la vida o integridad del paciente, la de sus familiares o la comunidad, la cobertura de la internación será durante el periodo que considere necesario el o los profesionales tratantes. Sin perjuicio del criterio del profesional tratante, el paciente con trastorno o enfermedad mental, se manejará de preferencia en el programa de internación parcial u hospital día, según la normatividad vigente y en servicios debidamente habilitados para tal fin. PARÁGRAFO. Las coberturas especiales para personas menores de 18 años están descritas en el
-----	--------	-----------	-----------	-----	--	--	--	--	--	--	-----------	------------	---	--



156	562321	5.677.413	5.677.413	816			5.677.413	2022033197	-	COBERTURA POS SEGÚN RESOLUCIÓN 5521 DEL 2013, ARTICULO 67: ATENCIÓN CON INTERNACIÓN EN SALUD MENTAL PARA LA POBLACIÓN GENERAL. El POS cubre la internación de pacientes con trastorno o enfermedad mental de cualquier tipo durante la fase aguda de su enfermedad o en caso de que esta ponga en peligro su vida o integridad, la de sus familiares o la comunidad, En la fase aguda, la cobertura de la hospitalización podrá extenderse hasta 90 días, continuos o discontinuos por año calendario, En caso de que el trastorno o enfermedad mental ponga en peligro la vida o integridad del paciente, la de sus familiares o la comunidad, la cobertura de la internación será durante el periodo que considere necesario el o los profesionales tratantes. Sin perjuicio del criterio del profesional tratante, el paciente con trastorno o enfermedad mental, se manejará de preferencia en el programa de internación parcial u hospital día, según la normatividad vigente y en servicios debidamente habilitados para tal fin. PARÁGRAFO. Las coberturas especiales para personas menores de 18 años están descritas en el
-----	--------	-----------	-----------	-----	--	--	-----------	------------	---	--



157	564801	537.862	537.862	849								238.584	2022033197			299.278	COBERTURA POS SEGUN RESOLUCION 5592 DEL 2015, ARTICULO 66: ATENCIÓN CON INTERNACIÓN EN SALUD MENTAL PARA LA POBLACIÓN GENERAL. El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC cubre la internación de pacientes con trastorno o enfermedad mental de cualquier tipo durante la fase aguda de su enfermedad o en caso de que esta ponga en peligro su vida o integridad, la de sus familiares o la comunidad. En la fase aguda, la cobertura de la hospitalización podrá extenderse hasta 90 días, continuos o discontinuos por año calendario. En caso de que el trastorno o enfermedad mental ponga en peligro la vida o integridad del paciente, la de sus familiares o la comunidad, la cobertura de la internación será durante el período que considere necesario el o los profesionales tratantes. Según criterio del profesional tratante en salud mental, estos pacientes se manejarán de preferencia en el programa de internación parcial u hospital día, según la normatividad vigente y en servicios debidamente habilitados para tal fin. PARÁGRAFO 1. Para el caso de internación por salud mental, la atención mediante
-----	--------	---------	---------	-----	--	--	--	--	--	--	--	---------	------------	--	--	---------	---



158	565681	199.568	199.568	849							177.428	2022033197		22.140	COBERTURA POS SEGUN RESOLUCION 5592 DEL 2015, ARTICULO 66: ATENCIÓN CON INTERNACIÓN EN SALUD MENTAL PARA LA POBLACIÓN GENERAL. El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC cubre la internación de pacientes con trastorno o enfermedad mental de cualquier tipo durante la fase aguda de su enfermedad o en caso de que esta ponga en peligro su vida o integridad, la de sus familiares o la comunidad. En la fase aguda, la cobertura de la hospitalización podrá extenderse hasta 90 días, continuos o discontinuos por año calendario. En caso de que el trastorno o enfermedad mental ponga en peligro la vida o integridad del paciente, la de sus familiares o la comunidad, la cobertura de la internación será durante el período que considere necesario el o los profesionales tratantes. Según criterio del profesional tratante en salud mental, estos pacientes se manejarán de preferencia en el programa de internación parcial u hospital día, según la normatividad vigente y en servicios debidamente habilitados para tal fin. PARÁGRAFO 1. Para el caso de internación por salud mental, la atención mediante
-----	--------	---------	---------	-----	--	--	--	--	--	--	---------	------------	--	--------	---



159	567468	13.608.998	13.608.998	849							2.769.212	2022033197		10.839.786	COBERTURA POS SEGUN RESOLUCION 5592 DEL 2015, ARTICULO 66: ATENCIÓN CON INTERNACIÓN EN SALUD MENTAL PARA LA POBLACIÓN GENERAL. El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC cubre la internación de pacientes con trastorno o enfermedad mental de cualquier tipo durante la fase aguda de su enfermedad o en caso de que esta ponga en peligro su vida o integridad, la de sus familiares o la comunidad. En la fase aguda, la cobertura de la hospitalización podrá extenderse hasta 90 días, continuos o discontinuos por año calendario. En caso de que el trastorno o enfermedad mental ponga en peligro la vida o integridad del paciente, la de sus familiares o la comunidad, la cobertura de la internación será durante el período que considere necesario el o los profesionales tratantes. Según criterio del profesional tratante en salud mental, estos pacientes se manejarán de preferencia en el programa de internación parcial u hospital día, según la normatividad vigente y en servicios debidamente habilitados para tal fin. PARÁGRAFO 1. Para el caso de internación por salud mental, la atención mediante
-----	--------	------------	------------	-----	--	--	--	--	--	--	-----------	------------	--	------------	---



160	567909	8.564.129	8.564.129	816							8.564.129	2022033197	-	COBERTURA POS SEGUN RESOLUCION 5592 DEL 2015, ARTICULO 66: ATENCIÓN CON INTERNACIÓN EN SALUD MENTAL PARA LA POBLACIÓN GENERAL. El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC cubre la internación de pacientes con trastorno o enfermedad mental de cualquier tipo durante la fase aguda de su enfermedad o en caso de que esta ponga en peligro su vida o integridad, la de sus familiares o la comunidad. En la fase aguda, la cobertura de la hospitalización podrá extenderse hasta 90 días, continuos o discontinuos por año calendario. En caso de que el trastorno o enfermedad mental ponga en peligro la vida o integridad del paciente, la de sus familiares o la comunidad, la cobertura de la internación será durante el período que considere necesario el o los profesionales tratantes. Según criterio del profesional tratante en salud mental, estos pacientes se manejarán de preferencia en el programa de internación parcial u hospital día, según la normatividad vigente y en servicios debidamente habilitados para tal fin. PARÁGRAFO 1. Para el caso de internación por salud mental, la atención mediante
-----	--------	-----------	-----------	-----	--	--	--	--	--	--	-----------	------------	---	---



161	568540	5.481.735	5.481.735	816							5.481.735	2022033197	-	COBERTURA POS SEGUN RESOLUCION 5592 DEL 2015, ARTICULO 66: ATENCIÓN CON INTERNACIÓN EN SALUD MENTAL PARA LA POBLACIÓN GENERAL. El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC cubre la internación de pacientes con trastorno o enfermedad mental de cualquier tipo durante la fase aguda de su enfermedad o en caso de que esta ponga en peligro su vida o integridad, la de sus familiares o la comunidad. En la fase aguda, la cobertura de la hospitalización podrá extenderse hasta 90 días, continuos o discontinuos por año calendario. En caso de que el trastorno o enfermedad mental ponga en peligro la vida o integridad del paciente, la de sus familiares o la comunidad, la cobertura de la internación será durante el período que considere necesario el o los profesionales tratantes. Según criterio del profesional tratante en salud mental, estos pacientes se manejarán de preferencia en el programa de internación parcial u hospital día, según la normatividad vigente y en servicios debidamente habilitados para tal fin. PARÁGRAFO 1. Para el caso de internación por salud mental, la atención mediante
-----	--------	-----------	-----------	-----	--	--	--	--	--	--	-----------	------------	---	---



162	568589	7.853.889	7.853.889	816							7.853.889	2022033197	-	COBERTURA POS SEGUN RESOLUCION 5592 DEL 2015, ARTICULO 66: ATENCIÓN CON INTERNACIÓN EN SALUD MENTAL PARA LA POBLACIÓN GENERAL. El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC cubre la internación de pacientes con trastorno o enfermedad mental de cualquier tipo durante la fase aguda de su enfermedad o en caso de que esta ponga en peligro su vida o integridad, la de sus familiares o la comunidad. En la fase aguda, la cobertura de la hospitalización podrá extenderse hasta 90 días, continuos o discontinuos por año calendario. En caso de que el trastorno o enfermedad mental ponga en peligro la vida o integridad del paciente, la de sus familiares o la comunidad, la cobertura de la internación será durante el período que considere necesario el o los profesionales tratantes. Según criterio del profesional tratante en salud mental, estos pacientes se manejarán de preferencia en el programa de internación parcial u hospital día, según la normatividad vigente y en servicios debidamente habilitados para tal fin. PARÁGRAFO 1. Para el caso de internación por salud mental, la atención mediante
-----	--------	-----------	-----------	-----	--	--	--	--	--	--	-----------	------------	---	---



163	568795	5.908.292	5.908.292	816						5.908.292	2022033197	-	COBERTURA POS SEGUN RESOLUCION 5592 DEL 2015, ARTICULO 66: ATENCIÓN CON INTERNACIÓN EN SALUD MENTAL PARA LA POBLACIÓN GENERAL. El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC cubre la internación de pacientes con trastorno o enfermedad mental de cualquier tipo durante la fase aguda de su enfermedad o en caso de que esta ponga en peligro su vida o integridad, la de sus familiares o la comunidad. En la fase aguda, la cobertura de la hospitalización podrá extenderse hasta 90 días, continuos o discontinuos por año calendario. En caso de que el trastorno o enfermedad mental ponga en peligro la vida o integridad del paciente, la de sus familiares o la comunidad, la cobertura de la internación será durante el período que considere necesario el o los profesionales tratantes. Según criterio del profesional tratante en salud mental, estos pacientes se manejarán de preferencia en el programa de internación parcial u hospital día, según la normatividad vigente y en servicios debidamente habilitados para tal fin. PARÁGRAFO 1. Para el caso de internación por salud mental, la atención mediante
164	583089	4.937.114	4.937.114	816						4.937.114	2022033197	-	GLOSA TOTAL, SOPORTES INCOMPLETOS, SOLO SE EVIDENCIA POR PARTE DEL PRESTADOR FACTURA DE VENTA. NO SE EVIDENCIA ORDEN MEDICA, ACTA DE COMITÉ TECNICO CIENTIFICO, HOJA DE ADMINISTRACION DEL MEDICAMENTO, IDENTIFICACION ADRES, EN CASO DE SUBSANAR. LA TECNOLOGÍA COBRADA COLAGENASA NO HACE PARTE DE MATERIAL DE CURACION, MEDICAMENTO NO PBS COLAGENASA 80UI/20 GR UNGÜENTO (IRUXOL) CANTIDAD X 1. SE HACE DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO SULFADIAZINA DE PLATA 1% CREMA TOPICA X 30 G (3.569*1).



165	587233	8.127.310		8.127.310			849						1.271.466		2022033197		6.855.844	SE LEVANTA GLOSA, TECNOLOGIA EN SALUD NEOCATE 400 GR CANTIDAD X 2, NO EXISTE SIMILAR EN EL PBS.
166	612647	1.742.832		1.742.832			849						1.742.832		2022033197		-	SE LEVANTA GLOSA, MEDICAMENTO NO PBS ENEMA (TRAVAD) SE RECONOCE A PRECIO FACTURADO. NO EXISTE SIMILAR EN EL PBS
167	621545	3.288.852		3.288.852			849						3.288.852		2022033197		-	GLOSA TOTAL, PRESTADOR ACEPTA. 207 - MAYOR VALOR COBRADO EN 1 AMPOLLA DE DEXMEDETOMIDINA DE 100 MCG/ML, FACTURADAA \$ 136.600 C/U, SE RECONOCE A \$ 88.825 C/U SEGÚN PRECIO PROMEDIO DEL MERCADO. SEGLOSA LA DIFERENCIA 136.600- 88.825= 47.775. USUARIO ATENDIDO EL DIA 27/09/2017. - \$47775 207 - MAYOR VALOR COBRADO POR NO DESCUENTO DE SIMILAR ANOTADO EN MYT Y ACTA DE CTC (MIDAZOLAM 15 MG/ML) SE RECONOCE A \$ 6.921 C/U SEGÚN PRECIO PROMEDIO DEL MERCADO. SE GLOSA 1 AMPOLLA DE MIDAZOLAM 5 MG/ML. POR VALOR DE \$ 6.921. - \$6921 307 - MAYOR VALOR COBRADO EN 1 AMPOLLA DE DEXMEDETOMIDINA DE 100 MCG/ML, NO SOPORTADA EN HOJA DE ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS (SABANAS). - \$136600
168	612829	155.870		155.870			849						155.870		2022033197		-	GLOSA TOTAL, TECNOLOGIA EN SALUD NEPRO AP LATA 237ML SE RECONOCE A PRECIO DE MERCADO. \$(14.700*15)
169	590087	2.130.000		2.130.000			849						1.257.000		2022033197		873.000	SE LEVANTA GLOSA PARCIAL, SE REGISTRA EN LA FACTURA UN MAYOR VALOR COBRADO, MEDICAMENTO NO PBS PARACETAMOL 1 GR AMPOLLA 1000 MG/100 ML SE RECONOCE A \$(28.600*6) PRESTADOR FACTURA A \$(33.000*6). SE HACE DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO ACETAMINOFEN 500 MG \$(104*120)



170	614519	29.858	29.858	849								18.118	2022033197			11.740	SE LEVANTA GLOSA PARCIAL, PRESTADOR ANEXA SOPORTES, SE HACE DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO FOLINATO DE CALCIO 500MG AMP \$(10.349*1). FECHA DE PRESTACION: 11/02/2017.
171	614754	2.853.011	2.853.011	849								123.744	2022033197			2.729.267	SE LEVANTA GLOSA PARCIAL, PRESTADOR ANEXA FACTURA CON CODIGO CUM. ANEXA ACTA DE CTC. SE REGISTRA UN MAYOR VALOR EN LA CANTIDAD DEL MEDICAMENTO NO PBS PARACETAMOL 1 GR AMPOLLA 1000 MG/100 ML SE RECONOCE A \$(28.600*1). PRESTADOR FACTURA \$(30.000*1). SE HACE DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO ACETAMINOFEN 500 MG \$ (104*30). SE REGISTRA UN MAYOR VALOR COBRADO, MEDICAMENTO NO PBS N-ACETILCISTEINA 200 MG GRANULADO SOBRE SE RECONOCE A PRECIO DE MERCADO \$(1.730*6). PRESTADOR FACTURA A (6.600*6). SE HACE DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO ACETILCISTEINA 300 MG/3 ML SOLUCION INYECTABLE \$(62*6).
172	594014	46.000	46.000	849								46.000	2022033197			-	GLOSA TOTAL, NO CORRESPONDE EL PAGO DE LA FACTURA AL ENTE TERRITORIAL. EL PROCEDIMIENTO FACTURADO NUCLEOPLASTIA SE ENCUENTRA CUBIERTA EN EL PLAN DE BENEFICIOS SEGÚN RESOLUCION 5592/2015. CODIGO CUPS: 80.5.9. OTRA ABLACIÓN DE DISCO INTERVERTEBRAL. POR LO TANTO DEBE SER ASUMIDO POR LA EPS.



173	603814	296.218	296.218	849								296.218	2022033197	-	GLOSA TOTAL, SOPORTES INCOMPLETOS, SOLO SE EVIDENCIA POR PARTE DEL PRESTADOR FACTURA DE VENTA. NO SE EVIDENCIA ORDEN MEDICA, ACTA DE COMITÉ TECNICO CIENTIFICO, HOJA DE ADMINISTRACION DEL MEDICAMENTO, IDENTIFICACION ADRES, LOS MEDICAMENTOS COBRADOS EN LA FACTURAS NO AVALA LA CANTIDAD AUTORIZADA. A LOS MEDICAMENTOS NO PBS SE LES DEBERA DESCONTAR SUSTITUTO.
174	535030	6.515.132	6.515.132	816								6.515.132	2022033197	-	GLOSA TOTAL, PRESTADOR NO ANEXA SOPORTES. SE REALIZA DEVOLUCION DE LA FACTURA POR EL SIGUIENTE MOTIVO: LA ESTRUCTURA DEL CODIGCO CUM REGISTRADA EN EL LA FACTURA DE VENTA NO CUMPLE CON LAS ESPECIFICACIONES REQUERIDAS: SE DEBE TENER ENCUESTA LA ESTRUCTURA DEL CODIGO AL IDENTIFICARSE EN LA FACTURA SEGUN EL ARTICLUO 4 DE LA RESOLUCION 4331 DEL 2012 Los soporles de las facturas de que trata el artículo 21 del Decreto 4747 de 2007 o las normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan, serán como máximo los definidos en el Anexo Técnico No. 5, que hace parte integral de la presente resolución. Cuando se facturen medicamentos no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud POS, el prestador deberá identificar en la factura de prestación del servicio, el Código Único de Medicamentos - CUM -, emitido por el INVIMA, con la siguiente estructura: Expediente - Consecutivo - ATC"". POR LO TANTO LA FACTURA NO CUMPLE CON LOS REQUISITOS LEGALES."



175	567218	16.436.616		16.436.616			849					8.444.999		2022033197			7.991.617	GLOSA TOTAL, PRESTADOR NO ANEXA SOPORTES. ACTA DE CTC EXTEMPORANEAS NUMERO DE ACTA: 08-001-05770, 08-001-05769, Fecha de solicitud Médica: 02/09/2015 Y 01/09/2015 RESPECTIVAMENTE. Fecha de elaboración de Acta CTC: 30/12/2015 AMBAS ACTAS. Se evidencia incumplimiento en los tiempos del procedimiento de aprobación de la tecnología NO POS, y elaboración del Acta del CTC, según el requerimiento normativo de la Resolución ART 10 5395/13.
176	571668	7.797.056		7.797.056			816					7.797.056		2022033197			-	GLOSA TOTAL, PRESTADOR NO ANEXA ACTA DE COMITÉ TÉCNICO CIENTIFICO (CTC), LA TECNOLOGÍA COBRADA COLAGENASA NO HACE PARTE DE MATERIAL DE CURACION, MEDICAMENTO NO PBS COLAGENASA 120 UI/100 GR UNGÜENTO TUBO 40 GR (IRUXOL) CANTIDAD X 4. SE HACE DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO SULFADIAZINA DE PLATA 1% CREMA TOPICA X 30 G (3.569*4). SE REGISTRA EN LA FACTURA UN MAYOR VALOR COBRADO EN LA CANTIDAD DE MEDICAMENTO NO PBS TIGECICLINA 50 MG AMPOLLA \$(122.211*14). PRESTADOR FACTURA 16 AMPOLLAS Y ANEXA REGISTRO DE APLICACIÓN DE SOPORTES DE SOLO 14 AMPOLLAS. SE HACE DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO CIPROFLOXACINO 100 MG SOLUCION INYECTABLE \$(1.400*14).



177	573053	4.288.902	4.288.902	816							4.288.902	2022033197	-	COBERTURA POS SEGÚN RESOLUCIÓN 5521 DEL 2013, ARTICULO 67: ATENCIÓN CON INTERNACIÓN EN SALUD MENTAL PARA LA POBLACIÓN GENERAL. El POS cubre la internación de pacientes con trastorno o enfermedad mental de cualquier tipo durante la fase aguda de su enfermedad o en caso de que esta ponga en peligro su vida o integridad, la de sus familiares o la comunidad, En la fase aguda, la cobertura de la hospitalización podrá extenderse hasta 90 días, continuos o discontinuos por año calendario, En caso de que el trastorno o enfermedad mental ponga en peligro la vida o integridad del paciente, la de sus familiares o la comunidad, la cobertura de la internación será durante el periodo que considere necesario el o los profesionales tratantes. Sin perjuicio del criterio del profesional tratante, el paciente con trastorno o enfermedad mental, se manejará de preferencia en el programa de internación parcial u hospital día, según la normatividad vigente y en servicios debidamente habilitados para tal fin. PARÁGRAFO. Las coberturas especiales para personas menores de 18 años están descritas en el
-----	--------	-----------	-----------	-----	--	--	--	--	--	--	-----------	------------	---	--



178	577138	7.755.408	7.755.408	816						7.755.408	2022033197	-	COBERTURA POS SEGÚN RESOLUCION 5521 DEL 2013, ARTICULO 67: ATENCIÓN CON INTERNACIÓN EN SALUD MENTAL PARA LA POBLACIÓN GENERAL. El POS cubre la internación de pacientes con trastorno o enfermedad mental de cualquier tipo durante la fase aguda de su enfermedad o en caso de que esta ponga en peligro su vida o integridad, la de sus familiares o la comunidad, En la fase aguda, la cobertura de la hospitalización podrá extenderse hasta 90 días, continuos o discontinuos por año calendario, En caso de que el trastorno o enfermedad mental ponga en peligro la vida o integridad del paciente, la de sus familiares o la comunidad, la cobertura de la internación será durante el periodo que considere necesario el o los profesionales tratantes. Sin perjuicio del criterio del profesional tratante, el paciente con trastorno o enfermedad mental, se manejará de preferencia en el programa de internación parcial u hospital día, según la normatividad vigente y en servicios debidamente habilitados para tal fin. PARÁGRAFO. Las coberturas especiales para personas menores de 18 años están descritas en el
179	577272	5.384.683	5.384.683	816						5.384.683	2022033197	-	GLOSA TOTAL, PRESTADOR NO APORTA ACTA DE COMITÉ TECNICO CIENTIFICO(CTC). INCONSISTENCIA EN SOPORTES, SE EVIDENCIA EN FORMULA MEDICA LA ORDEN DE TECNOLOGIA EN SALUD MEMANTINA 20 MG TABLETA Y PRESTADOR FACTURA TECNOLOGIA MEMANTINA 10 MG TABLETA, CON CODIGO CUM EN FACTURA 20069166-2 CORRESPONDIENTE A 20 MG. NO SE EVIDENCIA HOJA DE ADMINISTRACION DE MEDICAMENTO. SE HACE DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO IMIPRAMINA 25 MG TABLETA \$(331*2).



180	577320	4.842.895	4.842.895	816							4.842.895	2022033197	-	GLOSA TOTAL, CODIGO CUM 19927760 SE ENCUENTRA INACTIVO DESDE 2012/06/13, EN EL INVIMA SE ENCUENTRA REGISTRADO COMO FITOTERAPEUTICO: FITOSTIMOLINE (TRITICUM VULGARE) CREMA, LAS EPS O LAS ENTIDADES QUE HAGAN SUS VECES PODRÁN INCLUIR LA UTILIZACIÓN DE MEDICINAS Y TERAPIAS ALTERNATIVAS RESOLUCION 5521/2013 ART 31. EN EL INVIMA EL MEDICAMENTO TRAVAD ORAL 133 ML REGISTRADO CON CUM 19906526- 01 SE ENCUENTRA INACTIVO DESDE LA FECHA 2010/11/17. PRESTADOR FACTURO CANTIDAD X 4 A PRECIO \$(11.740*1), NO EXISTE SIMILAR EN EL PBS.
181	578677	8.724.858	8.724.858	816							8.724.858	2022033197	-	SOportes. LA TECNOLOGIA FITOSTIMULINE, CON DIAGNOSTICO HERIDA DE LA PARED ABDOMINAL, DE FECHA 09/09/2015 SE ENCUENTRA CUBIERTA POR EL POS SEGUN RESOLUCION 5521/2013, ARTÍCULO 58. DISPOSITIVOS MÉDICOS. En desarrollo del principio de integralidad establecido en el numeral 1 del artículo 3 del presente acto administrativo, las EPS o las entidades que hagan sus veces, deben garantizar los insumos, suministros y materiales, incluyendo el material de sutura, osteosíntesis y de curación entendiéndose por material de curación (todo Dispositivos y medicamentos que se utilizan en el lavado, irrigación, desinfección, antisepsia y protección de lesiones, cualquiera que sea el tipo de elementos o insumos empleados.), y en general, los dispositivos médicos o quirúrgicos, sin excepción, necesarios e insustituibles para la realización o utilización de las tecnologías en salud cubiertas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, en el campo de la atención de urgencias, atención ambulatoria o atención con internación, salvo que exista excepción expresa para ellas en este acto



182	578893	5.446.286		5.446.286		816					5.446.286	2022033197	-	GLOSA TOTAL, PRESTADOR NO ANEXA SOPORTES. LA FACTURA DE VENTA NO TIENE REGISTRADO EL CODIGCO CUM SE DEBE TENER ENCUESTA LA ESTRUCTURA DEL CODIGO AL IDENTIFICARSE EN LA FACTURA SEGUN EL ARTICLUO 4 DE LA RESOLUCION 4331 DEL 2012 Los soporles de las facturas de que trata el artículo 21 del Decreto 4747 de 2007 o las normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan, serán como máximo los definidos en el Anexo Técnico No. 5, que hace parte integral de la presente resolución. Cuando se facturen medicamentos no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud POS, el prestador deberá identificar en la factura de prestación del servicio, el Código Único de Medicamentos - CUM -, emitido por el INVIMA, con la siguiente estructura: Expediente - Consecutivo - ATC". POR LO TANTO LA FACTURA NO CUMPLE CON LOS REQUISITOS LEGALES.
-----	--------	-----------	--	-----------	--	-----	--	--	--	--	-----------	------------	---	--



183	580833	5.759.055	5.759.055	816			5.759.055	2022033197	-	COBERTURA POS SEGÚN RESOLUCIÓN 5521 DEL 2013, ARTICULO 67: ATENCIÓN CON INTERNACIÓN EN SALUD MENTAL PARA LA POBLACIÓN GENERAL. El POS cubre la internación de pacientes con trastorno o enfermedad mental de cualquier tipo durante la fase aguda de su enfermedad o en caso de que esta ponga en peligro su vida o integridad, la de sus familiares o la comunidad, En la fase aguda, la cobertura de la hospitalización podrá extenderse hasta 90 días, continuos o discontinuos por año calendario, En caso de que el trastorno o enfermedad mental ponga en peligro la vida o integridad del paciente, la de sus familiares o la comunidad, la cobertura de la internación será durante el periodo que considere necesario el o los profesionales tratantes. Sin perjuicio del criterio del profesional tratante, el paciente con trastorno o enfermedad mental, se manejará de preferencia en el programa de internación parcial u hospital día, según la normatividad vigente y en servicios debidamente habilitados para tal fin. PARÁGRAFO. Las coberturas especiales para personas menores de 18 años están descritas en el
-----	--------	-----------	-----------	-----	--	--	-----------	------------	---	--



184	581011	6.526.206	6.526.206	816							6.526.206	2022033197	-	COBERTURA POS SEGÚN RESOLUCIÓN 5521 DEL 2013, ARTICULO 67: ATENCIÓN CON INTERNACIÓN EN SALUD MENTAL PARA LA POBLACIÓN GENERAL. El POS cubre la internación de pacientes con trastorno o enfermedad mental de cualquier tipo durante la fase aguda de su enfermedad o en caso de que esta ponga en peligro su vida o integridad, la de sus familiares o la comunidad, En la fase aguda, la cobertura de la hospitalización podrá extenderse hasta 90 días, continuos o discontinuos por año calendario, En caso de que el trastorno o enfermedad mental ponga en peligro la vida o integridad del paciente, la de sus familiares o la comunidad, la cobertura de la internación será durante el periodo que considere necesario el o los profesionales tratantes. Sin perjuicio del criterio del profesional tratante, el paciente con trastorno o enfermedad mental, se manejará de preferencia en el programa de internación parcial u hospital día, según la normatividad vigente y en servicios debidamente habilitados para tal fin. PARÁGRAFO. Las coberturas especiales para personas menores de 18 años están descritas en el
-----	--------	-----------	-----------	-----	--	--	--	--	--	--	-----------	------------	---	--



185	582177	3.899.931	3.899.931	816			3.899.931	2022033197	-	COBERTURA POS SEGÚN RESOLUCIÓN 5521 DEL 2013, ARTICULO 67: ATENCIÓN CON INTERNACIÓN EN SALUD MENTAL PARA LA POBLACIÓN GENERAL. El POS cubre la internación de pacientes con trastorno o enfermedad mental de cualquier tipo durante la fase aguda de su enfermedad o en caso de que esta ponga en peligro su vida o integridad, la de sus familiares o la comunidad, En la fase aguda, la cobertura de la hospitalización podrá extenderse hasta 90 días, continuos o discontinuos por año calendario, En caso de que el trastorno o enfermedad mental ponga en peligro la vida o integridad del paciente, la de sus familiares o la comunidad, la cobertura de la internación será durante el periodo que considere necesario el o los profesionales tratantes. Sin perjuicio del criterio del profesional tratante, el paciente con trastorno o enfermedad mental, se manejará de preferencia en el programa de internación parcial u hospital día, según la normatividad vigente y en servicios debidamente habilitados para tal fin. PARÁGRAFO. Las coberturas especiales para personas menores de 18 años están descritas en el
-----	--------	-----------	-----------	-----	--	--	-----------	------------	---	--



186	584331	5.859.321	5.859.321	816			5.859.321	2022033197	-	COBERTURA POS SEGÚN RESOLUCIÓN 5521 DEL 2013, ARTICULO 67: ATENCIÓN CON INTERNACIÓN EN SALUD MENTAL PARA LA POBLACIÓN GENERAL. El POS cubre la internación de pacientes con trastorno o enfermedad mental de cualquier tipo durante la fase aguda de su enfermedad o en caso de que esta ponga en peligro su vida o integridad, la de sus familiares o la comunidad, En la fase aguda, la cobertura de la hospitalización podrá extenderse hasta 90 días, continuos o discontinuos por año calendario, En caso de que el trastorno o enfermedad mental ponga en peligro la vida o integridad del paciente, la de sus familiares o la comunidad, la cobertura de la internación será durante el periodo que considere necesario el o los profesionales tratantes. Sin perjuicio del criterio del profesional tratante, el paciente con trastorno o enfermedad mental, se manejará de preferencia en el programa de internación parcial u hospital día, según la normatividad vigente y en servicios debidamente habilitados para tal fin. PARÁGRAFO. Las coberturas especiales para personas menores de 18 años están descritas en el
-----	--------	-----------	-----------	-----	--	--	-----------	------------	---	--



187	580896	175.200		175.200		816						175.200		2022033197			-	GLOSA TOTAL, SOPORTES INCOMPLETOS, SOLO SE EVIDENCIA POR PARTE DEL PRESTADOR FACTURA DE VENTA. NO SE EVIDENCIA ORDEN MEDICA, ACTA DE COMITÉ TECNICO CIENTIFICO, HOJA DE ADMINISTRACION DEL MEDICAMENTO, IDENTIFICACION ADRES, EN CASO DE SUBSANAR Y SI LA CANTIDAD FACTURA FUE LA AUTORIZADA. MEDICAMENTO NO PBS UROMITEXAN 400 MG AMP X 4 ML (MESNA) SE RECONOCE A \$(16.806) CADA UNO. PRESTADOR FACTURA A \$(25.000*3). MEDICAMENTO SUSTITUTO FOLINATO DE CALCIO 500MG AMP \$(10.349) X CADA MEDICAMENTO RECONOCIDO SE HARA EL DESCUENTO. FECHA DE PRESTACION DE SERVICIO: 01/09/2015
188	631532	26.760		26.760		849						13.260		2022033197			13.500	GLOSA TOTAL, PRESTADOR NO ANEXA SOPORTE DE ACTA DE CTC, SE HACE DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO PIRANTEL PAMOATO 250 MG/5ML SUSPENSION FRASCO X 15ML \$(1.620*1). MEDICAMENTO NO PBS IVERMECTINA 6 MG/ML 0.6% SOLUCION ORAL 5 ML CANTIDAD X 1



189	631552	84.240	84.240	849						84.240	2022033197	-	SOPORTES. LA TECNOLOGIA COLAGENASA, CON DIAGNOSTICO ULCERA DE DE CUBITO, DE FECHA 172/09/2015 SE ENCUENTRA CUBIERTA POR EL POS SEGUN RESOLUCION 5521/2013, ARTÍCULO 58. DISPOSITIVOS MÉDICOS. En desarrollo del principio de integralidad establecido en el numeral 1 del artículo 3 del presente acto administrativo, las EPS o las entidades que hagan sus veces, deben garantizar los insumos, suministros y materiales, incluyendo el material de sutura, osteosíntesis y de curación entendiéndose por material de curación (todo Dispositivos y medicamentos que se utilizan en el lavado, irrigación, desinfección, antisepsia y protección de lesiones, cualquiera que sea el tipo de elementos o insumos empleados.), y en general, los dispositivos médicos o quirúrgicos, sin excepción, necesarios e insustituibles para la realización o utilización de las tecnologías en salud cubiertas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, en el campo de la atención de urgencias, atención ambulatoria o atención con internación, salvo que exista excepción expresa para ellas en este acto administrativo"
190	631553	232.830	232.830	849						232.830	2022033197	-	GLOSA TOTAL, PRESTADOR NO ANEXA ACTA DE COMITÉ TECNICO CIENTIFICO (CTC), SE REGISTRA UN MAYOR VALOR COBRADO, MEDICAMENTO NO PBS IFOSFAMIDA 1G SOLUCION INYECTABLE SE RECONOCE A (66.780*4). PRESATDOR FACTURA A \$(87.500*4). SE HACE DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO MELFALAN 2 MG TABLETA RECUBIERTAS \$ (248*120).



191	631556	152.736	152.736	849						152.736	2022033197	-	SOPORTES. LA TECNOLOGIA COLAGENASA, CON DIAGNOSTICO ULCERA DE DE CUBITO, DE FECHA 22/09/2015 SE ENCUENTRA CUBIERTA POR EL POS SEGUN RESOLUCION 5521/2013, ARTÍCULO 58. DISPOSITIVOS MÉDICOS. En desarrollo del principio de integralidad establecido en el numeral 1 del artículo 3 del presente acto administrativo, las EPS o las entidades que hagan sus veces, deben garantizar los insumos, suministros y materiales, incluyendo el material de sutura, osteosíntesis y de curación entendiéndose por material de curación (todo Dispositivos y medicamentos que se utilizan en el lavado, irrigación, desinfección, antisepsia y protección de lesiones, cualquiera que sea el tipo de elementos o insumos empleados.), y en general, los dispositivos médicos o quirúrgicos, sin excepción, necesarios e insustituibles para la realización o utilización de las tecnologías en salud cubiertas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, en el campo de la atención de urgencias, atención ambulatoria o atención con internación, salvo que exista excepción expresa para ellas en este acto administrativo"
-----	--------	---------	---------	-----	--	--	--	--	--	---------	------------	---	---



192	631560	3.736.450		3.736.450		849							3.736.450		2022033197		-		GLOSA TOTAL, SOPORTES INCOMPLETOS, SOLO SE EVIDENCIA POR PARTE DEL PRESTADOR FACTURA DE VENTA. NO SE EVIDENCIA ORDEN MEDICA, ACTA DE COMITÉ TECNICO CIENTIFICO, HOJA DE ADMINISTRACION DEL MEDICAMENTO, IDENTIFICACION ADRES, EN CASO DE SUBSANAR Y SI LA CANTIDAD FACTURA FUE LA AUTORIZADA. MEDICAMENTO NO PBS UROMITEXAN 400 MG AMP X 4 ML (MESNA) SE RECONOCE A \$(16.806) CADA UNO. PRESTADOR FACTURA A \$(25.000*3). MEDICAMENTO SUSTITUTO FOLINATO DE CALCIO 500MG AMP \$(10.349) X CADA MEDICAMENTO RECONOCIDO SE HARA EL DESCUENTO. FECHA DE PRESTACION DE SERVICIO: 01/10/2015
-----	--------	-----------	--	-----------	--	-----	--	--	--	--	--	--	-----------	--	------------	--	---	--	--



193	590144	305.804	305.804	849						305.804	2022033197	-	SOPORTES. SE REALIZA DEVOLUCION DE LA FACTURA POR EL SIGUIENTE MOTIVO: LA FACTURA DE VENTA NO SE ENCUENTRA REGISTRADO EL CODIGO CUM, SE DEBE TENER ENCUNTA LA ESTRUCTURA DEL CODIGO AL IDENTIFICARSE EN LA FACTURA SEGUN EL ARTICLUO 4 DE LA RESOLUCION 4331 DEL 2012 Los soporles de las facturas de que trata el artículo 21 del Decreto 4747 de 2007 o las normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan, serán como máximo los definidos en el Anexo Técnico No. 5, que hace parte integral de la presente resolución. Cuando se facturen medicamentos no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud POS, el prestador deberá identificar en la factura de prestación del servicio, el Código Único de Medicamentos - CUM -, emitido por el INVIMA, con la siguiente estructura: Expediente - Consecutivo - ATC"". POR LO TANTO LA FACTURA NO CUMPLE CON LOS REQUISISTOS LEGALES. 2. NO SE ENCUENTRA SOPORTADO EL USO DE LA TECNOLOGIA NO POS REQUISITO INDISPENSABLE SEGUN SEGUN ANEXO TECNICO NUMERO 2 DE LA RESOLUCION 2972 DEL 3 DE JUNIO DEL 2015 SECREATRIA
194	590289	2.160.000	2.160.000	849						2.160.000	2022033197	-	GLOSA TOTAL, PRESTADOR NO ANEXA SOPORTES. SOLO SE EVIDENCIA FACTURA DE VENTA. FACTURA NO EVIDENCIA CODIGO CUM. PRESTADOR NO APORTA ACTA DE COMITÉ TECNICO CIENTIFICO(CTC). NO SE EVIDENCIA HOJA DE ADMINISTRACION DE MEDICAMENTO, NO APORTA ORDEN MEDICA, EN CASO DE SUBSANAR VALIDAR LA CANTIDAD DE TECNOLOGIA AUTORIZADAS. SE HACE DESCUENTO DEL MEDICAMENTO SUSTITUTO LOPERAMIDA 2 MG TAB \$ (95*2), MEDICAMENTO NO PBS ENTEROGERMINA ESPORAS DE BACILLUS CLAUSSEI 2 BILLONES X 5ML AMPOLLA ORAL X 2



195	591808	120.000	120.000	849							120.000	2022033197	-	GLOSA TOTAL, SE EVIDENCIA QUE FACTURA COBRADA NO REGISTRA CODIGO CUM DEL MEDICAMENTO. SE REGISTRA UN MAYOR VALOR COBRADO, MEDICAMENTO NO PBS UROMITEXAN 400 MG AMP X 4 ML (MESNA) SE RECONOCE A \$(16.806*4). PRESTADOR FACTURA A \$(25.000*4). SE HACE DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO FOLINATO DE CALCIO 500MG AMP \$(10.349*4). PRESTADOR NO ANEXA FORMATO DE ADMINISTRACION DE MEDICAMENTO.
196	591817	135.800	135.800	816							135.800	2022033197	-	GLOSA TOTAL, PRESTADOR NO ANEXA ACTA DE COMITÉ TECNICO CIENTIFICO (CTC), SE HACE DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO MIDAZOLAM 5 MG AMPOLLA \$ (6.921*20). MEDICAMENTO NO PBS DEXMEDETOMIDINA (PRECEDEX) FRASCO AMPOLLA 100 MCG SE RECONOCE A PRECIO DE MERCADO \$(119.810*20). PRESTADOR FACTURA A \$(146.893*20). PARA LA FECHA DE PRESTACION AÑO 2015 AUN NO ES COBERTURA POS



197	607250	221.430		221.430		849						221.430		2022033197		-	SOPORTES. SE REALIZA DEVOLUCION DE LA FACTURA POR EL SIGUIENTE MOTIVO: LA FACTURA DE VENTA NO SE ENCUENTRA REGISTRADO EL CODIGO CUM, SE DEBE TENER ENCUENTA LA ESTRUCTURA DEL CODIGO AL IDENTIFICARSE EN LA FACTURA SEGUN EL ARTICLUO 4 DE LA RESOLUCION 4331 DEL 2012 Los soporles de las facturas de que trata el artículo 21 del Decreto 4747 de 2007 o las normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan, serán como máximo los definidos en el Anexo Técnico No. 5, que hace parte integral de la presente resolución. Cuando se facturen medicamentos no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud POS, el prestador deberá identificar en la factura de prestación del servicio, el Código Único de Medicamentos - CUM -, emitido por el INVIMA, con la siguiente estructura: Expediente - Consecutivo - ATC"". POR LO TANTO LA FACTURA NO CUMPLE CON LOS REQUISISTOS LEGALES. 2. LA FECHA DE PRESTACION DE LA TECNOLOGIA NO POS IFOSFAMIDA NO SE ENCUENTRA SOPORTADA EN LOS ARCHIVOS ANEXOS SEGUN FORMATO DE ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS LA
198	607379	16.772		16.772		849						16.772		2022033197		-	GLOSA TOTAL, SE REvisa SOPORTES, SE EVIDENCIA QUE PRESTADOR NO APORTA ACTA DE COMITÉ TECNICO CIENTIFICO(CTC). TECNOLOGIA EN SALUD NUTREN 1.5 LATA CANTIDAD X 18. NO EXISTE SIMILAR EN EL PBS
199	610277	29.858		29.858		849						29.858		2022033197		-	GLOSA TOTAL, SE HACE DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO MEROPENEM 1 G AMPOLLA (\$52.195*4).
200	610553	25.798		25.798		849						25.798		2022033197		-	SE LEVANTA GLOSA PARCIAL, MEDICAMENTO SUSTITUTO VANCOMICINA 500 MG/ML POLVO PARA SUSPENSION INYECTABLE SE RECONOCE A \$(8.750*6).



201	614547	28.340	28.340	849								28.340	2022033197	-	SE LEVANTA GLOSA PARCIAL, PRESTADOR ANEXA SOPORTES, SE HACE DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO MIDAZOLAM 5 MG AMPOLLA \$ (6.921*72). MEDICAMENTO NO PBS DEXMEDETOMIDINA (PRECEDEX) FRASCO AMPOLLA 100 MCG SE RECONOCE A PRECIO DE MERCADO \$(119.810*72). PRESTADOR FACTURA A \$(146.893*72).
202	615509	15.574	15.574	849								15.574	2022033197	-	SE LEVANTA GLOSA, SE VALIDAN SOPORTES, MEDICAMENTO NO PBS FOSFATO DE SODIO 16% + BIFOSFATO SODICO 6% ENEMA RECTAL 133 ML (TRAVAD) CANTIDAD X 3. NO EXISTE SIMILAR EN EL PBS. SE EVIDENCIA APOORTE DE APLICACIÓN PARA EL PERIODO DE LA PRESTACION DE SERVICIO.
203	551848	1.468.930	1.468.930	849								1.468.930	2022033197	-	GLOSA TOTAL, SE VALIDAN SOPORTES, MEDICAMENTO NO PBS FOSFATO DE SODIO 16% + BIFOSFATO SODICO 6% ENEMA RECTAL 133 ML (TRAVAD). NO EXISTE SIMILAR EN EL PBS. NO SE EVIDENCIA APOORTE DE APLICACIÓN PARA EL PERIODO DE LA PRESTACION DE SERVICIO.
204	551849	49.848	49.848	849								49.848	2022033197	-	GLOSA TOTAL, PRESTADOR NO ANEXA ACTA DE COMITÉ TECNICO CIENTIFICO (CTC), SE REGISTRA UN MAYOR VALOR COBRADO, MEDICAMENTO NO PBS N-ACETILCISTEINA 200 MG GRANULADO SOBRE SE RECONOCE A PRECIO DE MERCADO \$(1.730*6). PRESTADOR FACTURA A (6.600*6). SE HACE DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO ACETILCISTEINA 300 MG/3 ML SOLUCION INYECTABLE \$(62*6).
205	564130	326.088	326.088	849								326.088	2022033197	-	GLOSA TOTAL, TECNOLOGIA EN SALUD DIBEN DRINK BOTELLA 500 ML SE RECONOCE A \$(25.000*2). PRESTADOR FACTURA A \$(38.184*2). NO EXISTE SIMILAR EN EL PBS



206	578896	33.000		33.000		849						33.000		2022033197		-	SE LEVANTA GLOSA PARCIAL, SE REGISTRA EN LA FACTURA UN MAYOR VALOR COBRADO, MEDICAMENTO NO PBS TICAGRELOR 90 MG TABLETA SE RECONOCE A \$(5.800*4). PRESTADOR FACTURA A \$(7.200*4). SE HACE DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO WARFARINA SODICA 5 MG TAB MG \$(438*4)
207	606593	429.000		429.000		849						429.000		2022033197		-	SE LEVANTA GLOSA, MEDICAMENTO NO PBS FOSFATO DE SODIO 16% + BIFOSFATO SODICO 6% ENEMA RECTAL 133 ML (TRAVAD) CANTIDAD X 2. NO EXISTE SIMILAR EN EL PBS
208	620155	4.604.430		4.604.430		849						4.604.430		2022033197		-	GLOSA TOTAL, FACTURA DE COBRO REGISTRA CODIGO CUM NO COINCIDE CON LA TECNOLOGIA. PRESTADOR NO APORTA ACTA DE COMITÉ TECNICO CIENTIFICO(CTC), NO ANEXA ORDEN MEDICA, NO SE EVIDENCIA ANEXOS DE FACTURA COMPLETA, SE HACE DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO NOREPINEFRINA 4 MG/4 ML AMPOLLA CANTIDAD X 1. MEDICAMENTO NO PBS LEVOSIMENDAN 12,5MG/5ML CANTIDAD X 1.



209	532545	494.900		494.900		849						494.900		2022033197			-	GLOSA TOTAL, PRESTADOR NO ANEXA SOPORTES. Factura no cumple los requisitos legales. en factura de venta para tecnología no pos cobrada falta registro de código cum expediente-consecutivo-atc emitido por el invima para el principio activo cobrada. según resolución 4331 de 2012. Código atc de similar registrado en acta de ctc no corresponde según clasificación atc .Diferencia entre el periodo de suministro de la tecnología no pos registrado en formato myt y hoja de aplicación de la tecnología no pos. Por lo tanto se realiza devolución anexo técnico número 2 resolución 2972 DEL 3 DE JUNIO DE 2015. RESOLUCIÓN 3615 DEL 2005, RESOLUCIÓN 3615 DEL 2005, RESOLUCIÓN 5395/13.RESOLUCION 1479 DEL 2015. "
210	564423	276.998		276.998		849						276.998		2022033197			-	GLOSA TOTAL, PRESTADOR NO ANEXA SOPORTES. SOLO SE EVIDENCIA FACTURA DE VENTA. FACTURA NO EVIDENCIA CODIGO CUM. PRESTADOR NO APORTA ACTA DE COMITÉ TÉCNICO CIENTÍFICO(CTC). NO SE EVIDENCIA HOJA DE ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTO, NO APORTA ORDEN MÉDICA, EN CASO DE SUBSANAR VALIDAR LA CANTIDAD DE TECNOLOGÍA AUTORIZADAS. TECNOLOGÍA EN SALUD L GLUTAMINA 15GR SOBRE GLURESTAR \$(14.700*8). NO EXISTE SIMILAR EN EL PBS.



211	580057	460.400	460.400	849								460.400	2022033197	-	GLOSA TOTAL, SOPORTES INCOMPLETOS, SOLO SE EVIDENCIA POR PARTE DEL PRESTADOR FACTURA DE VENTA. NO SE EVIDENCIA ORDEN MEDICA, ACTA DE COMITÉ TECNICO CIENTIFICO, HOJA DE ADMINISTRACION DEL MEDICAMENTO, IDENTIFICACION ADRES, EN CASO DE SUBSANAR. LA TECNOLOGÍA COBRADA COLAGENASA NO HACE PARTE DE MATERIAL DE CURACION, MEDICAMENTO NO PBS COLAGENASA 80UI/20 GR UNGÜENTO (IRUXOL) CANTIDAD X 1. SE HACE DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO SULFADIAZINA DE PLATA 1% CREMA TOPICA X 30 G (3.569*1).
212	571701	5.502.522	5.502.522	816								5.502.522	2022033197	-	GLOSA TOTAL, SOPORTES INCOMPLETOS, SOLO SE EVIDENCIA POR PARTE DEL PRESTADOR FACTURA DE VENTA. NO SE EVIDENCIA ORDEN MEDICA, ACTA DE COMITÉ TECNICO CIENTIFICO, HOJA DE ADMINISTRACION DEL MEDICAMENTO, IDENTIFICACION ADRES, EN CASO DE SUBSANAR. LA TECNOLOGÍA COBRADA COLAGENASA NO HACE PARTE DE MATERIAL DE CURACION, MEDICAMENTO NO PBS COLAGENASA 80UI/40 GR UNGÜENTO (IRUXOL) CANTIDAD X 2. SE HACE DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO SULFADIAZINA DE PLATA 1% CREMA TOPICA X 30 G (3.569*2).
213	615744	445.828	445.828	816								445.828	2022033197	-	GLOSA TOTAL, SOPORTES INCOMPLETOS. PRESTADOR NO ANEXA ACTA DE COMITÉ TECNICO CIENTIFICO, PRESTADOR NO ANEXA ORDEN MEDICA, NO SE EVIDENCIA HOJA DE ADMINISTRACION. TECNOLOGIA EN SALUD DIBEN NEUTRO \$(38.184*5) NO EXISTE SIMILAR EN EL PBS. EN CASO DE SUBSANAR VALIDAR LA CANTIDAD DE TECNOLOGIA AUTORIZADAS.
214	567058	66.885	66.885	849								66.885	2022033197	-	SE LEVANTA GLOSA, NO EXISTE SIMILAR EN EL PBS.



215	597031	36.000	36.000	507								36.000	2022033197	-	GLOSA TOTAL, SOPORTES INCOMPLETOS, SOLO SE EVIDENCIA POR PARTE DEL PRESTADOR FACTURA DE VENTA. NO SE EVIDENCIA ORDEN MEDICA, ACTA DE COMITÉ TECNICO CIENTIFICO, HOJA DE ADMINISTRACION DEL MEDICAMENTO, IDENTIFICACION ADRES, EN CASO DE SUBSANAR. LA TECNOLOGÍA COBRADA COLAGENASA NO HACE PARTE DE MATERIAL DE CURACION, MEDICAMENTO NO PBS COLAGENASA 80UI/40 GR UNGÜENTO (IRUXOL) CANTIDAD X 1. SE HACE DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO SULFADIAZINA DE PLATA 1% CREMA TOPICA X 30 G (3.569*1).
216	598589	1.498.200	1.498.200	849								1.498.200	2022033197	-	GLOSA TOTAL, PRESTADOR NO ANEXA SOPORTES. LA JUSTIFICACIÓN TÉCNICA DEL CASO OBJETO DE SOLICITUD NO ESTÁ ARGUMENTADA EN TÉRMINOS DE PERTINENCIA MEDICA. DEBE INDICARSE LAS RAZONES CLÍNICAS PARTICULARES DEL PACIENTE, DETALLANDO LAS CONDICIONES FÍSICAS (PESO, TALLA, ÍNDICE DE MASA CORPORAL), QUE SUSTENTEN LA EVIDENCIA Y JUSTIFICACIÓN DEL USO DE LA TECNOLOGÍA NO POS (COMPLEMENTO NUTRICIONAL). NO ES SUFICIENTE ANOTAR QUE EL PACIENTE PRESENTA ALGÚN GRADO DE DESNUTRICIÓN, ALTERACIÓN NUTRICIONAL, O QUE PADECE UN ESTADO PATOLÓGICO ESPECÍFICO. - EN FORMULA MEDICA NO REGISTRA LAS CANTIDADES DE LA TECNOLOGIA NO POS Y EL TIEMPO DE SUMINISTRO. - NO SE EVIDENCIA SOPORTE DE ADMINISTRACION DE LA TECNOLOGIA NO POS (AMINOACIDOS ESENCIALES - GLYTROL) FECHA DE PRESTACION DE SERVICIOS: 17/01/2016"



217	615378	15.574	15.574	849									-	2022033197		15.574	GLOSA TOTAL, SOPORTES INCOMPLETOS, SOLO SE EVIDENCIA POR PARTE DEL PRESTADOR FACTURA DE VENTA. NO SE EVIDENCIA ORDEN MEDICA, ACTA DE COMITÉ TECNICO CIENTIFICO, HOJA DE ADMINISTRACION DEL MEDICAMENTO, IDENTIFICACION ADRES, EN CASO DE SUBSANAR. LA TECNOLOGÍA COBRADA COLAGENASA NO HACE PARTE DE MATERIAL DE CURACION, MEDICAMENTO NO PBS COLAGENASA 80UI/40 GR UNGÜENTO (IRUXOL) CANTIDAD X 5. SE HACE DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO SULFADIAZINA DE PLATA 1% CREMA TOPICA X 30 G (3.569*5).
218	631638	4.818.995	4.818.995	816									4.818.995	2022033197		-	GLOSA TOTAL, PRESTADOR NO ANEXA SOPORTES. FACTURA NO CUMPLE CON REQUISITOS LEGALES: - EN LA FACTURA DE VENTA NO REGISTRA EL CUM EMITIDO POR EL INVIMA (EXPEDIENTE-CONSECUTIVO-ATC) COMO LO DETERMINA LA RESOLUCION 4331/2012 ART. 4. - EN EL MYT NO DESCRIBE EL CODIGO CUM DE LA TECNOLOGIA NO POS COMO LO ESTABLECE LA RESOLUCION 3615/2005. EN ACTA DE CTC NO COINCIDE EL REGISTRO MEDICO DEL PROFESIONAL TRATANTE NI LA ESPECIALIDAD (MEDICO GENERAL) CON LO DESCRITO EN ORDEN MEDICA Y FORMATO DE JUSTIFICACION. LA PRESENTACION DE LA TECNOLOGIA NO POS REGISTRADO EN ACTA DE CTC, FACTURA Y MYT (RECTAL) NO COINCIDE CON LO REGISTRADO EN FORMATO DE JUSTIFICACION (ORAL). FECHA DE PRESTACION DE SERVICIO: 04/12/2016"



219	553712	216.420	216.420	849						216.420	2022033197	-	GLOSA TOTAL, PRESTADOR NO ANEXA SOPORTES. FACTURA NO CUMPLE CON REQUISITOS LEGALES: - EN LA FACTURA DE VENTA NO REGISTRA EL CUM EMITIDO POR EL INVIMA (EXPEDIENTE-CONSECUTIVO-ATC) COMO LO DETERMINA LA RESOLUCION 4331/2012 ART. 4. - EN EL MYT NO DESCRIBE EL CODIGO CUM DE LA TECNOLOGIA NO POS COMO LO ESTABLECE LA RESOLUCION 3615/2005. - EN ACTA DE CTC NO COINCIDE EL REGISTRO MEDICO DEL PROFESIONAL TRATANTE NI LA ESPECIALIDAD (MEDICO GENERAL) CON LO DESCRITO EN ORDEN MEDICA Y FORMATO DE JUSTIFICACION. LA PRESENTACION DE LA TECNOLOGIA NO POS REGISTRADO EN ACTA DE CTC, FACTURA Y MYT (ORAL) NO COINCIDE CON LO REGISTRADO EN FORMATO DE JUSTIFICACION (RECTAL). NO SE EVIDENCIA EN FORMULA MEDICA LA CANTIDAD ORDENADA, TIEMPO DE TRATAMIENTO DE LA TECNOLOGIA NO POS. FECHA DE PRESTACION DE SERVICIO: 04/12/2016"
220	582472	12.740	12.740	849						12.740	2022033197	-	GLOSA TOTAL, DE ACUERDO A LOS SOPORTE ANEXADOS, SE EVIDENCIA INCONSISTENCIA EN LO FACTURADO (GLUCERNA 1000 ML) CANTIDAD X 7 COBRADO A \$(99.784*7) Y EN LO SUMINISTRADO (GLUCERNA 237 ML). PRESTADOR NO ANEXA ACTA DE COMITÉ CIENTÍFICO (CTC), LA ORDEN MEDICA Y JUSTIFICACION DE MEDICAMENTOS NO POS ES ILEGIBLE. EN CASO DE SUBSANAR Y ANEXAR SOPORTES SE RECONOCERA GLUCERNA 237 ML \$(11.070* 7)= 77.490.



221	584139	66.795	66.795	849							66.795	2022033197	-	GLOSA TOTAL, PRESTADOR NO ANEXA SOPORTES. SOLO SE EVIDENCIA FACTURA DE VENTA. PRESTADOR NO APORTA ACTA DE COMITÉ TECNICO CIENTIFICO(CTC). NO SE EVIDENCIA HOJA DE ADMINISTRACION DE MEDICAMENTO, NO APORTA ORDEN MEDICA. SE REGISTRA UN MAYOR VALOR EN LA CANTIDAD DEL MEDICAMENTO NO PBS COLISTIMETATO DE SODIO COLISTINA 1.000.000 UI MG AMPOLLA SE RECONOCE A \$(82.600*30). PRESTADOR FACTURA \$(149.458*30). SE HACE DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO VANCOMICINA 500MG POVO SOLUCION INY \$(8.925*30).
222	633423	2.260.976	2.260.976	849							2.260.976	2022033197	-	GLOSA TOTAL, PRESTADOR NO ANEXA SOPORTES. SOLO SE EVIDENCIA FACTURA DE VENTA. PRESTADOR NO APORTA ACTA DE COMITÉ TECNICO CIENTIFICO(CTC). NO SE EVIDENCIA HOJA DE ADMINISTRACION DE MEDICAMENTO, NO APORTA ORDEN MEDICA, TECNOLOGIA EN SALUD ENEMA TRAVAD 133 ML BOLSA CANTIDAD X 1, NO EXISTE SIMILAR EN EL PBS.
223	563025	56.620	56.620	849							56.620	2022033197	-	GLOSA TOTAL, PRESTADOR NO ANEXA SOPORTES. SOLO SE EVIDENCIA FACTURA DE VENTA. PRESTADOR NO APORTA ACTA DE COMITÉ TECNICO CIENTIFICO(CTC). NO SE EVIDENCIA HOJA DE ADMINISTRACION DE MEDICAMENTO, NO APORTA ORDEN MEDICA, TECNOLOGIA EN SALUD ENEMA TRAVAD 133 ML BOLSA CANTIDAD X 1, NO EXISTE SIMILAR EN EL PBS.



224	569045	202.176		202.176		849						202.176		2022033197		-	GLOSA TOTAL, PRESTADOR NO ANEXA ACTA DE COMITÉ TECNICO CIENTIFICO (CTC), SE REGISTRA UN MAYOR VALOR EN LA CANTIDAD DEL MEDICAMENTO NO PBS PARACETAMOL 1 GR AMPOLLA 1000 MG/100 ML SE RECONOCE A \$(28.600*5). PRESTADOR FACTURA \$(55.447*5). SE HACE DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO ACETAMINOFEN 500 MG \$ (104*150). TECNOLOGIA EN SALUD FRESUBIN DRINK 2 KCAL 200 ML CANTIDAD X 9. NO EXISTE SIMILAR EN EL PBS.
225	578137	442.548		442.548		849						442.548		2022033197		-	GLOSA TOTAL, PRESTADOR NO APORTA ACTA DE COMITÉ TECNICO CIENTIFICO(CTC), NO ANEXA ORDEN MEDICA, NO SE EVIDENCIA ANEXOS DE FACTURA COMPLETA. FACTURA DE COBRO REGISTRA CODIGO CUM. SE HACE DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO PIRANTEL PAMOATO 250 MG/5ML SUSPENSION FRASCO X 15ML \$(1.620*1). MEDICAMENTO NO PBS IVERMECTINA 6 MG/ML 0.6% SOLUCION ORAL 5 ML CANTIDAD X 1
226	582000	11.960		11.960		849						11.960		2022033197		-	GLOSA TOTAL, PRESTADOR NO ANEXA ACTA DE COMITÉ TECNICO CIENTIFICO (CTC), SE REGISTRA EN LA FACTURA UN MAYOR VALOR COBRADO, TECNOLOGIA EN SALUD PEDIASURE 237 ML (8 ONZAS) SE RECONOCE A \$(9.190*8). PRESTADOR FACTURA A \$(12.870*8). NO EXISTE SIMILAR EN EL PBS.
227	588231	599.040		599.040		849						599.040		2022033197		-	GLOSA TOTAL, PRESTADOR NO ANEXA ACTA DE COMITÉ CIENTIFO (CTC) DONDE SE AUTORIZA LA TECNOLOGIA, SE REGISTRA UN MAYOR VALOR COBRADO, TECNOLOGIA EN SALUD PULMOCARE 237 ML (8 ONZAS) SE RECONOCE A \$(14.150*10). PRESTADOR FACTURA A \$(25.870*11). NO EXISTE SIMILAR EN EL PBS. SE DESCUENTA DIFERENCIA.



NTT: 890.102.006-1
Código Postal: 080003
SC-CER27381 Código DANE: 08-000

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO
atlantico.gov.co

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



228	590099	893.620		893.620			849						893.620		2022033197		-	GLOSA TOTAL, PRESTADOR NO ANEXA SOPORTES. FACTURA NO CUMPLE CON REQUISITOS LEGALES: NO SE EVIDENCIA ORDEN MEDICA DE PROFESIONAL TRATANTE DE LA SOLICITUD DE LA TECNOLOGIA NO POS. EN FACTURA DE VENTA REGISTRA PROCEDIMIENTO QUE NO COINCIDE CON LO QUE SE EVIDENCIA EN DESCRIPCION QUIRURGICA (LAPAROSCOPIA + LISIS DE ADHERENCIAS + LIBERACION HEPATICA),
229	591254	14.300		14.300			816						14.300		2022033197		-	GLOSA TOTAL, PRESTADOR ANEXA SOPORTES, NO SE EVIDENCIA REGISTRO DE APLICACION DE LA TECNOLOGIA EN SALUD, SE REGISTRA EN LA FACTURA UN MAYOR VALOR COBRADO, TECNOLOGIA EN SALUD PULMOCARE X 237 ML, SE RECONOCE A \$(15.000*3). PRESTADOR FACTURA A \$(25.870*3) SE DESCUENTA DIFERENCIA, NO EXISTE SIMILAR EN EL PBS



230	597816	1.250.400	1.250.400	849							1.250.400	2022033197	-	COBERTURA POS SEGUN RESOLUCION 5592 DEL 2015, ARTICULO 66: ATENCIÓN CON INTERNACIÓN EN SALUD MENTAL PARA LA POBLACIÓN GENERAL. El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC cubre la internación de pacientes con trastorno o enfermedad mental de cualquier tipo durante la fase aguda de su enfermedad o en caso de que esta ponga en peligro su vida o integridad, la de sus familiares o la comunidad. En la fase aguda, la cobertura de la hospitalización podrá extenderse hasta 90 días, continuos o discontinuos por año calendario. En caso de que el trastorno o enfermedad mental ponga en peligro la vida o integridad del paciente, la de sus familiares o la comunidad, la cobertura de la internación será durante el período que considere necesario el o los profesionales tratantes. Según criterio del profesional tratante en salud mental, estos pacientes se manejarán de preferencia en el programa de internación parcial u hospital día, según la normatividad vigente y en servicios debidamente habilitados para tal fin. PARÁGRAFO 1. Para el caso de internación por salud mental, la atención mediante
231	617381	467.610	467.610	849							467.610	2022033197	-	GLOSA TOTAL, PRESTADOR NO ANEXA SOPORTES. SOLO SE EVIDENCIA FACTURA DE VENTA. PRESTADOR NO APORTA ACTA DE COMITÉ TECNICO CIENTIFICO(CTC). NO SE EVIDENCIA HOJA DE ADMINISTRACION DE MEDICAMENTO, NO APORTA ORDEN MEDICA, SE HACE DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO ACETILCISTEINA 300 MG/3 ML SOLUCION INYECTABLE \$(62*14). MEDICAMENTO NO PBS N- ACETILCISTEINA 200 MG GRANULADO SOBRE X 14.



232	568314	1.506.005	1.506.005	849							1.506.005	2022033197	-	GLOSA TOTAL, EN LA FACTURA SE EVIDENCIA INCONSISTENCIA EN LOS SOPORTES ANEXADOS. FACTURA DE VENTA NO SE ENCUENTRA REGISTRADO EL CODIGO CUPS DEL PROCEDIMIENTO FACTURADO. SE COBRA EN LA FACTURA TEST DE VASOREACTIVIDAD CON OXIDO NITRICO O ILOPROST POR VALOR DE \$(7.800.000), PRESTADOR DEBE SOPORTAR QUE MEDICAMENTO SE UTILIZO EN EL PROCEDIMIENTO. EN LA FACTURA PACIENTE INGRESA EL 03/03/2016 Y EGRESA 03/03/2016 EVIDENCIANDOSE SALIDA VOLUNTARIA. EN LA FACTURA NO SE EVIDENCIA DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO. EL PROCEDIMIENTO CUPS 37.23 CATETERISMO COMBINADO DERECHO E IZQUIERDO DEL CORAZON SE ENCUENTRA CUBIERTO EN EL PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD. EN CASO DE ANEXAR SOPORTES SOLO SE RECONOCERIA EL MEDICAMENTO UTILIZADO ILOPROST Y SE PAGARIA A PRECIO DE REGULACION.
233	581110	8.000	8.000	849							8.000	2022033197	-	GLOSA TOTAL, PRESTADOR NO ANEXA ACTA DE COMITÉ TÉCNICO CIENTIFICO (CTC), , SE REGISTRA UN MAYOR VALOR EN LA CANTIDAD DEL MEDICAMENTO NO PBS PARACETAMOL 1 GR AMPOLLA 1000 MG/100 ML SE RECONOCE A \$(28.600*5). PRESTADOR FACTURA \$(55.447*5). SE HACE DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO ACETAMINOFEN 500 MG \$ (104*150).



234	583737	136.000	136.000	849							136.000	2022033197	-	GLOSA TOTAL, PRESTADOR NO ANEXA SOPORTES. FACTURA NO CUMPLE CON LOS REQUISITOS LEGALES LA FACTURA DE VENTA NUMERO 529208 NO REGISTRA EL CODIGO UNICO DE MEDICAMENTO CUM SEGUM ARTICULO 4 RES.4331 DEL 2012 Y REGISTRO SANITARIO INVIMA SEGÚN RESOLUCION 5395DEL 2013 ART 9 LIT 1 Y ART 14 LITERAL 1.5.1 PARA LA APROBACION DE LAS TECNOLOGIAS EN SALUD NOPOS.
235	586593	5.600	5.600	849							5.600	2022033197	-	COBERTURA POS SEGÚN RESOLUCION 5521 DEL 2013, ARTICULO 67: ATENCIÓN CON INTERNACIÓN EN SALUD MENTAL PARA LA POBLACIÓN GENERAL. El POS cubre la internación de pacientes con trastorno o enfermedad mental de cualquier tipo durante la fase aguda de su enfermedad o en caso de que esta ponga en peligro su vida o integridad, la de sus familiares o la comunidad, En la fase aguda, la cobertura de la hospitalización podrá extenderse hasta 90 días, continuos o discontinuos por año calendario, En caso de que el trastorno o enfermedad mental ponga en peligro la vida o integridad del paciente, la de sus familiares o la comunidad, la cobertura de la internación será durante el periodo que considere necesario el o los profesionales tratantes. Sin perjuicio del criterio del profesional tratante, el paciente con trastorno o enfermedad mental, se manejará de preferencia en el programa de internación parcial u hospital día, según la normatividad vigente y en servicios debidamente habilitados para tal fin. PARÁGRAFO. Las coberturas especiales para personas menores de 18 años están descritas en el



236	588229	305.804	305.804	849							305.804	2022033197	-	COBERTURA POS SEGÚN RESOLUCION 5521 DEL 2013, ARTICULO 67: ATENCIÓN CON INTERNACIÓN EN SALUD MENTAL PARA LA POBLACIÓN GENERAL. El POS cubre la internación de pacientes con trastorno o enfermedad mental de cualquier tipo durante la fase aguda de su enfermedad o en caso de que esta ponga en peligro su vida o integridad, la de sus familiares o la comunidad, En la fase aguda, la cobertura de la hospitalización podrá extenderse hasta 90 días, continuos o discontinuos por año calendario, En caso de que el trastorno o enfermedad mental ponga en peligro la vida o integridad del paciente, la de sus familiares o la comunidad, la cobertura de la internación será durante el periodo que considere necesario el o los profesionales tratantes. Sin perjuicio del criterio del profesional tratante, el paciente con trastorno o enfermedad mental, se manejará de preferencia en el programa de internación parcial u hospital día, según la normatividad vigente y en servicios debidamente habilitados para tal fin. PARÁGRAFO. Las coberturas especiales para personas menores de 18 años están descritas en el
237	567518	725.600	725.600	849							725.600	2022033197	-	GLOSA TOTAL, PRESTADOR NO ANEXA ACTA DE COMITÉ TECNICO CIENTIFICO (CTC), SE REvisa LA FACTURA N° 555825 SE EVIDENCIA CODIGO CUM DE MEDICAMENTOS FACTURADOS, SE HACE DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO ACETILCISTEINA 300 MG/3 ML SOLUCION INYECTABLE \$(62*8). MEDICAMENTO NO PBS N-ACETILCISTEINA 200 MG GRANULADO SOBRE X 8. TECNOLOGIA EN SALUD PEPTAMEN LATA CANTIDAD X 7, NO EXISTE SIMILAR EN EL PBS.



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

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO
atlantico.gov.co

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



238	568916	1.607.963	1.607.963		849					1.607.963	2022033197	-	COBERTURA POS SEGUN RESOLUCION 5592 DEL 2015, ARTICULO 66: ATENCIÓN CON INTERNACIÓN EN SALUD MENTAL PARA LA POBLACIÓN GENERAL. El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC cubre la internación de pacientes con trastorno o enfermedad mental de cualquier tipo durante la fase aguda de su enfermedad o en caso de que esta ponga en peligro su vida o integridad, la de sus familiares o la comunidad. En la fase aguda, la cobertura de la hospitalización podrá extenderse hasta 90 días, continuos o discontinuos por año calendario. En caso de que el trastorno o enfermedad mental ponga en peligro la vida o integridad del paciente, la de sus familiares o la comunidad, la cobertura de la internación será durante el período que considere necesario el o los profesionales tratantes. Según criterio del profesional tratante en salud mental, estos pacientes se manejarán de preferencia en el programa de internación parcial u hospital día, según la normatividad vigente y en servicios debidamente habilitados para tal fin. PARÁGRAFO 1. Para el caso de internación por salud mental, la atención mediante
-----	--------	-----------	-----------	--	-----	--	--	--	--	-----------	------------	---	---



239	570008	665.364	665.364	816							665.364	2022033197	-	COBERTURA POS SEGUN RESOLUCION 5592 DEL 2015, ARTICULO 66: ATENCIÓN CON INTERNACIÓN EN SALUD MENTAL PARA LA POBLACIÓN GENERAL. El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC cubre la internación de pacientes con trastorno o enfermedad mental de cualquier tipo durante la fase aguda de su enfermedad o en caso de que esta ponga en peligro su vida o integridad, la de sus familiares o la comunidad. En la fase aguda, la cobertura de la hospitalización podrá extenderse hasta 90 días, continuos o discontinuos por año calendario. En caso de que el trastorno o enfermedad mental ponga en peligro la vida o integridad del paciente, la de sus familiares o la comunidad, la cobertura de la internación será durante el período que considere necesario el o los profesionales tratantes. Según criterio del profesional tratante en salud mental, estos pacientes se manejarán de preferencia en el programa de internación parcial u hospital día, según la normatividad vigente y en servicios debidamente habilitados para tal fin. PARÁGRAFO 1. Para el caso de internación por salud mental, la atención mediante
-----	--------	---------	---------	-----	--	--	--	--	--	--	---------	------------	---	---



240	570241	146.185	146.185	816	146.185	2022033197	-	COBERTURA POS SEGUN RESOLUCION 5592 DEL 2015, ARTICULO 66: ATENCIÓN CON INTERNACIÓN EN SALUD MENTAL PARA LA POBLACIÓN GENERAL. El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC cubre la internación de pacientes con trastorno o enfermedad mental de cualquier tipo durante la fase aguda de su enfermedad o en caso de que esta ponga en peligro su vida o integridad, la de sus familiares o la comunidad. En la fase aguda, la cobertura de la hospitalización podrá extenderse hasta 90 días, continuos o discontinuos por año calendario. En caso de que el trastorno o enfermedad mental ponga en peligro la vida o integridad del paciente, la de sus familiares o la comunidad, la cobertura de la internación será durante el período que considere necesario el o los profesionales tratantes. Según criterio del profesional tratante en salud mental, estos pacientes se manejarán de preferencia en el programa de internación parcial u hospital día, según la normatividad vigente y en servicios debidamente habilitados para tal fin. PARÁGRAFO 1. Para el caso de internación por salud mental, la atención mediante
-----	--------	---------	---------	-----	---------	------------	---	---



241	572384	3.107.705	3.107.705	849	3.107.705	2022033197	-	COBERTURA POS SEGUN RESOLUCION 5592 DEL 2015, ARTICULO 66: ATENCIÓN CON INTERNACIÓN EN SALUD MENTAL PARA LA POBLACIÓN GENERAL. El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC cubre la internación de pacientes con trastorno o enfermedad mental de cualquier tipo durante la fase aguda de su enfermedad o en caso de que esta ponga en peligro su vida o integridad, la de sus familiares o la comunidad. En la fase aguda, la cobertura de la hospitalización podrá extenderse hasta 90 días, continuos o discontinuos por año calendario. En caso de que el trastorno o enfermedad mental ponga en peligro la vida o integridad del paciente, la de sus familiares o la comunidad, la cobertura de la internación será durante el período que considere necesario el o los profesionales tratantes. Según criterio del profesional tratante en salud mental, estos pacientes se manejarán de preferencia en el programa de internación parcial u hospital día, según la normatividad vigente y en servicios debidamente habilitados para tal fin. PARÁGRAFO 1. Para el caso de internación por salud mental, la atención mediante
-----	--------	-----------	-----------	-----	-----------	------------	---	---



242	573524	35.505	35.505	849	35.505	2022033197	-	COBERTURA POS SEGUN RESOLUCION 5592 DEL 2015, ARTICULO 66: ATENCIÓN CON INTERNACIÓN EN SALUD MENTAL PARA LA POBLACIÓN GENERAL. El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC cubre la internación de pacientes con trastorno o enfermedad mental de cualquier tipo durante la fase aguda de su enfermedad o en caso de que esta ponga en peligro su vida o integridad, la de sus familiares o la comunidad. En la fase aguda, la cobertura de la hospitalización podrá extenderse hasta 90 días, continuos o discontinuos por año calendario. En caso de que el trastorno o enfermedad mental ponga en peligro la vida o integridad del paciente, la de sus familiares o la comunidad, la cobertura de la internación será durante el período que considere necesario el o los profesionales tratantes. Según criterio del profesional tratante en salud mental, estos pacientes se manejarán de preferencia en el programa de internación parcial u hospital día, según la normatividad vigente y en servicios debidamente habilitados para tal fin. PARÁGRAFO 1. Para el caso de internación por salud mental, la atención mediante
-----	--------	--------	--------	-----	--------	------------	---	---



243	482701	32.167	92.051	849-847-119			92.051	2022033197	-	COBERTURA POS SEGUN RESOLUCION 5592 DEL 2015, ARTICULO 66: ATENCIÓN CON INTERNACIÓN EN SALUD MENTAL PARA LA POBLACIÓN GENERAL. El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC cubre la internación de pacientes con trastorno o enfermedad mental de cualquier tipo durante la fase aguda de su enfermedad o en caso de que esta ponga en peligro su vida o integridad, la de sus familiares o la comunidad. En la fase aguda, la cobertura de la hospitalización podrá extenderse hasta 90 días, continuos o discontinuos por año calendario. En caso de que el trastorno o enfermedad mental ponga en peligro la vida o integridad del paciente, la de sus familiares o la comunidad, la cobertura de la internación será durante el período que considere necesario el o los profesionales tratantes. Según criterio del profesional tratante en salud mental, estos pacientes se manejarán de preferencia en el programa de internación parcial u hospital día, según la normatividad vigente y en servicios debidamente habilitados para tal fin. PARÁGRAFO 1. Para el caso de internación por salud mental, la atención mediante
-----	--------	--------	--------	-------------	--	--	--------	------------	---	---



244	483651	1.028	1.064	849-847-507	1.064	2022033197	-	GLOSA TOTAL, PRESTADOR NO ANEXA SOPORTES. Se realiza glosa por cobertura el valor de la tecnología no pos ertapenem atc J01DH03 ampolla de 1 gramo cobrado a \$ 90700*4 \$ 362.800, es superada por el similar que le reemplaza o sustituye según clasificación atc meropenem atc J01DH02 ampolla de 1 gramo mg regulado en la resolución 718 de 2015 a un valor de \$ 50.552*12 ampollas en equivalencia a un valor de \$ 606.624 superando el valor del medicamento no pos y Según resolución 1479 artículo 12 paragrafo 1, cuando la tecnología pos supera en valor a la tecnología no pos, el valor lo debe cubrir la eps con cargo a la upc. Fecha de prestación del servicio: 26-04-2016 entrega 1.
245	529197	166.236	166.341	847-207-119	166.341	2022033197	-	SE LEVANTA GLOSA PARCIAL, SE REGISTRA EN LA FACTURA UN MAYOR VALOR COBRADO, MEDICAMENTO NO PBS PARACETAMOL 1 GR AMPOLLA 1000 MG/100 ML SE RECONOCE A \$(28.600*1) PRESTADOR FACTURA A \$(55.447*1). SE HACE DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO ACETAMINOFEN 500 MG \$(104*30)



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

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO
atlantico.gov.co

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



246	544345	55.447	55.447	816-847-307-207-119			55.447	2022033197	-	GLOSA TOTAL, PRESTADOR NO ANEXA SOPORTES. Se realiza glosa por cobertura el valor de la tecnología no pos ertapenem atc J01DH03 ampolla de 1 gramo cobrado a \$90700*2 \$181.400, es superada por el similar que le reemplaza o sustituye según clasificación atc meropenem atc J01DH02 ampolla de 1 gramo regulado en la resolución 718 de 2015 a un valor de \$50.552*6 ampollas en equivalencia a un valor de \$303.312 superando el valor del medicamento no pos y Según resolución 1479 artículo 12 paragrafo 1, cuando la tecnología pos supera en valor a la tecnología no pos, el valor lo debe cubrir la eps con cargo a la upc. fecha de prestación del servicio:09/05/2016.entrega 1.
247	527330	494.900	494.900	849-847-119			494.900	2022033197	-	SE LEVANTA GLOSA PARCIAL, SE REGISTRA EN LA FACTURA UN MAYOR VALOR COBRADO, MEDICAMENTO NO PBS PARACETAMOL 1 GR AMPOLLA 1000 MG/100 ML SE RECONOCE A \$(28.600*3) PRESTADOR FACTURA A \$(55.447*3). SE HACE DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO ACETAMINOFEN 500 MG \$(104*90)
248	529104	1.102.500	1.102.500	849-847-207			1.102.500	2022033197	-	GLOSA TOTAL, PRESTADOR NO ANEXA ACTA DE COMITÉ TECNICO CIENTIFICO (CTC). SE HACE DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO MIDAZOLAM 5 MG AMPOLLA \$ (6.921*6). MEDICAMENTO NO PBS DEXMEDETOMIDINA (PRECEDEX) FRASCO AMPOLLA 100 MCG SE RECONOCE A PRECIO DE MERCADO \$(119.810*6). PRESTADOR FACTURA A \$(146.893*6).



249	529191	2.379.834	2.379.834	849-847-207-119				2.379.834	2022033197	-	GLOSA TOTAL, PRESTADOR NO ANEXA ACTA DE COMITÉ TECNICO CIENTIFICO (CTC), SE HACE DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO SULFADIAZINA DE PLATA 1% CREMA TOPICA X 30 G (3.569*1). MEDICAMENTO NO PBS COLAGENASA UNGÜENTO TUBO 40 GR CANTIDAD X 1.
250	532544	1.050.000	1.050.000	847-337-307-207-119				1.050.000	2022033197	-	GLOSA TOTAL, PRESTADOR NO ANEXA ACTA DE COMITÉ TECNICO CIENTIFICO (CTC), SE REGISTRA UN MAYOR VALOR COBRADO, MEDICAMENTO NO PBS UROMITEXAN 400 MG AMP X 4 ML (MESNA) SE RECONOCE A \$(16.806*20). PRESTADOR FACTURA A \$(25.000*20). SE HACE DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO FOLINATO DE CALCIO 500MG AMP \$(10.349*20)
251	532546	500.000	500.000	847-337-307-207-119				500.000	2022033197	-	GLOSA TOTAL, PRESTADOR NO ANEXA ACTA DE COMITÉ TECNICO CIENTIFICO (CTC), SE VERIFICA EN EL INVIMA QUE EL CODIGO CUM 20049908-2 REGISTRADO EN LA FACTURA CORRESPONDE AL MEDICAMENTO NO PBS VASOPRESINA 20 UI/1ML SOLUCION INYECTABLE CON FECHA DE INACTIVIDAD DESDE EL 2013/09/13. SE HACE DESCUENTO DE MEDICAMENTO DESMOPRESINA ACETATO 4 MG/ML SUSPENSION INYECTABLE \$(19.882*4). MEDICAMENTO NO PBS VASOPRESINA 20 UI/1ML SOLUCION INYECTABLE \$(43.641*4). MEDICAMENTO NO PBS DEXMEDETOMIDINA (PRECEDEX) FRASCO AMPOLLA 100 MCG SE RECONOCE A PRECIO DE MERCADO \$(119.810*2). PRESTADOR FACTURA A \$(146.893*2).SE HACE DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO MIDAZOLAM 5 MG AMPOLLA \$ (6.921*2)



252	539980	737.340		737.340			849-847-307-207-119					737.340		2022033197		-	SE LEVANTA GLOSA, MEDICAMENTO NO PBS FOSFATO DE SODIO 16% + BIFOSFATO SODICO 6% ENEMA RECTAL 133 ML (TRAVAD). NO EXISTE SIMILAR EN EL PBS
253	541467	388.400		388.400			849-847-207-119					388.400		2022033197		-	SE LEVANTA GLOSA, MEDICAMENTO NO PBS FOSFATO DE SODIO 16% + BIFOSFATO SODICO 6% ENEMA RECTAL 133 ML (TRAVAD). NO EXISTE SIMILAR EN EL PBS
254	542383	400.000		400.000			847-207-119					400.000		2022033197		-	SE LEVANTA GLOSA PARCIAL. SE HACE DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO WARFARINA SODICA 5MG TABLETAS (432*5). MEDICAMENTO NO PBS RIVAROXABAN 20 MG TABLETA CANTIDAD X 5, TARIFA REGULADA SEGÚN CIRCULAR 01 DE JUNIO/2016
255	551357	1.049.223		1.049.223			847-207-119-507					1.049.223		2022033197		-	SE LEVANTA GLOSA PARCIAL. SE HACE DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO CEFALEXINA 5 G POLVO PARA RECONSTITUIR \$(6.600*8).
256	551493	2.273.858		2.273.858			847-337-307-207-119					2.273.858		2022033197		-	GLOSA TOTAL, PRESTADOR ACEPTA DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO Y POR MAYOR VALOR COBRADO
257	554199	197.960		197.960			847-302-337-119					197.960		2022033197		-	GLOSA TOTAL, PRESTADOR ACEPTA, SE HACE DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO Y DESCUENTO COBRADO DE MEDICAMENTO ADICIONAL
258	554315	84.240		84.240			847-337-207					84.240		2022033197		-	GLOSA TOTAL, PRESTADOR NO ANEXA ACTA DE COMITÉ TECNICO CIENTIFICO (CTC), SE EVIDENCIA CODIGO CUM DE MEDICAMENTO FACTURADO. MEDICAMENTO NO PBS DEXMEDETOMIDINA (PRECEDEX) FRASCO AMPOLLA 100 MCG SE RECONOCE A PRECIO DE MERCADO \$(119.810*2). PRESTADOR FACTURA A \$(146.893*2).SE HACE DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO MIDAZOLAM 5 MG AMPOLLA \$(6.921*2)



259	554667	494.900	494.900	847-337-302-119							494.900	2022033197	-	GLOSA TOTAL, PRESTADOR NO ANEXA ACTA DE COMITÉ TECNICO CIENTIFICO (CTC), SE ANEXA FACTURA CON CODIGO CUM, SE HACE DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO MIDAZOLAM 5 MG AMPOLLA \$ (6.921*4). MEDICAMENTO NO PBS DEXMEDETOMIDINA (PRECEDEX) FRASCO AMPOLLA 100 MCG SE RECONOCE A PRECIO DE MERCADO \$(119.810*4). PRESTADOR FACTURA A \$(146.893*4).
260	556842	266.084	266.084	847							266.084	2022033197	-	GLOSA TOTAL, SE EVIDENCIA QUE EN LA FACTURA DE VENTA NO REGISTRA EL CUM. LA ORDEN MEDICA NO REGISTRA LAS CANTIDADES SOLICITADAS DE LA TECNOLOGIA NO POS (SILDENAFIL TAB 50 MGS). PRESTADOR FACTURA CANTIDAD X 1. SE HACE DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO AMIODARONA 200 MG TABLETA \$(139*1). MEDICAMENTO NO PBS SILDENAFIL 50 MG TABLETA RECUBIERTA CANTIDAD X 1



261	557750	253.420		253.420		847-207					253.420		2022033197			-	GLOSA TOTAL, PRESTADOR NO ANEXA SOPORTES. FACTURA NO CUMPLE CON REQUISITOS LEGALES: - EN LA FACTURA DE VENTA NO REGISTRA EL CUM EMITIDO POR EL INVIMA (EXPEDIENTE-CONSECUTIVO-ATC) COMO LO DETERMINA LA RESOLUCION 4331/2012 ART. 4. - EN EL MYT NO DESCRIBE EL CODIGO CUM DE LA TECNOLOGIA NO POS COMO LO ESTABLECE LA RESOLUCION 3615/2005. - NO SE EVIDENCIA SOPORTE DE FORMATO DE JUSTIFICACION DE LA TECNOLOGIA NO POS. - NO SE EVIDENCIA EL SOPORTE DE APLICACION DE LA TECNOLOGIA NO POS (HOJA DE ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS) FECHA DE PRESTACION DE SERVICIOS: 24/06/2016"
262	557975	2.267.894		2.267.894		847-207-119					2.267.894		2022033197			-	SE LEVANTA GLOSA PARCIAL, PRESTADOR ANEXA ACTA DE COMITÉ TÉCNICO CIENTÍFICO (CTC), SE REGISTRA UN MAYOR VALOR EN LA CANTIDAD DEL MEDICAMENTO NO PBS PARACETAMOL 1 GR AMPOLLA 1000 MG/100 ML SE RECONOCE A \$(28.600*16). PRESTADOR FACTURA \$(33.000*16). SE HACE DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO ACETAMINOFEN 500 MG \$ (104*16). SE EVIDENCIA SOPORTE DE APLICACIÓN.



263	559377	197.500	197.500	847-339-119	197.500	2022033197	-	COBERTURA POS SEGUN RESOLUCION 5592 DEL 2015, ARTICULO 66: ATENCIÓN CON INTERNACIÓN EN SALUD MENTAL PARA LA POBLACIÓN GENERAL. El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC cubre la internación de pacientes con trastorno o enfermedad mental de cualquier tipo durante la fase aguda de su enfermedad o en caso de que esta ponga en peligro su vida o integridad, la de sus familiares o la comunidad. En la fase aguda, la cobertura de la hospitalización podrá extenderse hasta 90 días, continuos o discontinuos por año calendario. En caso de que el trastorno o enfermedad mental ponga en peligro la vida o integridad del paciente, la de sus familiares o la comunidad, la cobertura de la internación será durante el período que considere necesario el o los profesionales tratantes. Según criterio del profesional tratante en salud mental, estos pacientes se manejarán de preferencia en el programa de internación parcial u hospital día, según la normatividad vigente y en servicios debidamente habilitados para tal fin. PARÁGRAFO 1. Para el caso de internación por salud mental, la atención mediante
-----	--------	---------	---------	-------------	---------	------------	---	---



264	559994	4.296.179	4.296.179	847-337-207-119			4.296.179	2022033197	-	COBERTURA POS SEGUN RESOLUCION 5592 DEL 2015, ARTICULO 66: ATENCIÓN CON INTERNACIÓN EN SALUD MENTAL PARA LA POBLACIÓN GENERAL. El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC cubre la internación de pacientes con trastorno o enfermedad mental de cualquier tipo durante la fase aguda de su enfermedad o en caso de que esta ponga en peligro su vida o integridad, la de sus familiares o la comunidad. En la fase aguda, la cobertura de la hospitalización podrá extenderse hasta 90 días, continuos o discontinuos por año calendario. En caso de que el trastorno o enfermedad mental ponga en peligro la vida o integridad del paciente, la de sus familiares o la comunidad, la cobertura de la internación será durante el período que considere necesario el o los profesionales tratantes. Según criterio del profesional tratante en salud mental, estos pacientes se manejarán de preferencia en el programa de internación parcial u hospital día, según la normatividad vigente y en servicios debidamente habilitados para tal fin. PARÁGRAFO 1. Para el caso de internación por salud mental, la atención mediante
265	561135	305.344	305.344	849-847-307-119			305.344	2022033197	-	SE LEVANTA GLOSA PARCIAL, PRESTADOR APORTA ACTA DE COMITÉ TECNICO CIENTIFICO(CTC), SE ANEXA ORDENES MEDICAS, SE HACE DESCUENTO DE MEDICAMENTO DESMOPRESINA ACETATO 4 MG/ML SUSPENSION INYECTABLE \$(19.882*12). MEDICAMENTO NO PBS VASOPRESINA 20 UI/1ML SOLUCION INYECTABLE \$(43.641*12). SE REGISTRA UN MAYOR VALOR COBRADO, TECNOLOGIA EN SALUD ENSURE 237 ML SE RECONOCE A PRECIO FACTURADO \$ (14.170*1), NO EXISTE SIMILAR EN EL PBS.



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

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO
atlantico.gov.co

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



266	561682	9.408.294	9.408.294	849-847-307-207-119			9.408.294	2022033197	-	SE LEVANTA GLOSA PARCIAL, SE REVISAN SOPORTES, SE REGISTRA UN MAYOR VALOR COBRADO, TECNOLOGIA EN SALUD GLUCERNA 237 ML SE RECONOCE A \$(11.070*2). PRESTADOR FACTURA A \$(99.784*2). NO EXISTE SIMILAR EN EL PBS
267	565079	277.235	277.235	847-207-119			277.235	2022033197	-	SE LEVANTA GLOSA PARCIAL, PRESTADOR ANEXA ACTA DE COMITÉ TECNICO CIENTIFICO (CTC), SE HACE DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO CICLOFOSFAMIDA 500 MG POLVO PARA INYECCIÓN \$ (32.711*1). SE HACE DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO MIDAZOLAM 5 MG AMPOLLA \$ (6.921*73). MEDICAMENTO NO PBS DEXMEDETOMIDINA (PRECEDEX) FRASCO AMPOLLA 100 MCG SE RECONOCE A PRECIO DE MERCADO \$(119.810*73). PRESTADOR FACTURA A \$(146.893*73). SE HACE DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO ACIDO ACETIL SALICILICO 100 MG TAB \$ (100*6). SE REGISTRA EN LA FACTURA UN MAYOR VALOR COBRADO, TECNOLOGIA EN SALUD PULMOCARE X 237 ML, SE RECONOCE A \$(15.000*42). PRESTADOR FACTURA A \$(25.870*53) SE DESCUENTA DIFERENCIA, NO EXISTE SIMILAR EN EL PBS



NTT: 890.102.006-1
Código Postal: 080003
SC-CER27381 Código DANE: 08-000

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO
atlantico.gov.co

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



268	565352	7.133.327	7.133.327	523-816							7.133.327	2022033197	-	COBERTURA POS SEGUN RESOLUCION 5592 DEL 2015, ARTICULO 66: ATENCIÓN CON INTERNACIÓN EN SALUD MENTAL PARA LA POBLACIÓN GENERAL. El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC cubre la internación de pacientes con trastorno o enfermedad mental de cualquier tipo durante la fase aguda de su enfermedad o en caso de que esta ponga en peligro su vida o integridad, la de sus familiares o la comunidad. En la fase aguda, la cobertura de la hospitalización podrá extenderse hasta 90 días, continuos o discontinuos por año calendario. En caso de que el trastorno o enfermedad mental ponga en peligro la vida o integridad del paciente, la de sus familiares o la comunidad, la cobertura de la internación será durante el período que considere necesario el o los profesionales tratantes. Según criterio del profesional tratante en salud mental, estos pacientes se manejarán de preferencia en el programa de internación parcial u hospital día, según la normatividad vigente y en servicios debidamente habilitados para tal fin. PARÁGRAFO 1. Para el caso de internación por salud mental, la atención mediante
-----	--------	-----------	-----------	---------	--	--	--	--	--	--	-----------	------------	---	---



269	565377	188.500	188.500	847-307						188.500	2022033197	-	COBERTURA POS SEGUN RESOLUCION 5592 DEL 2015, ARTICULO 66: ATENCIÓN CON INTERNACIÓN EN SALUD MENTAL PARA LA POBLACIÓN GENERAL. El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC cubre la internación de pacientes con trastorno o enfermedad mental de cualquier tipo durante la fase aguda de su enfermedad o en caso de que esta ponga en peligro su vida o integridad, la de sus familiares o la comunidad. En la fase aguda, la cobertura de la hospitalización podrá extenderse hasta 90 días, continuos o discontinuos por año calendario. En caso de que el trastorno o enfermedad mental ponga en peligro la vida o integridad del paciente, la de sus familiares o la comunidad, la cobertura de la internación será durante el período que considere necesario el o los profesionales tratantes. Según criterio del profesional tratante en salud mental, estos pacientes se manejarán de preferencia en el programa de internación parcial u hospital día, según la normatividad vigente y en servicios debidamente habilitados para tal fin. PARÁGRAFO 1. Para el caso de internación por salud mental, la atención mediante
-----	--------	---------	---------	---------	--	--	--	--	--	---------	------------	---	---



270	565598	197.748	197.748	847	197.748	2022033197	-	COBERTURA POS SEGUN RESOLUCION 5592 DEL 2015, ARTICULO 66: ATENCIÓN CON INTERNACIÓN EN SALUD MENTAL PARA LA POBLACIÓN GENERAL. El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC cubre la internación de pacientes con trastorno o enfermedad mental de cualquier tipo durante la fase aguda de su enfermedad o en caso de que esta ponga en peligro su vida o integridad, la de sus familiares o la comunidad. En la fase aguda, la cobertura de la hospitalización podrá extenderse hasta 90 días, continuos o discontinuos por año calendario. En caso de que el trastorno o enfermedad mental ponga en peligro la vida o integridad del paciente, la de sus familiares o la comunidad, la cobertura de la internación será durante el período que considere necesario el o los profesionales tratantes. Según criterio del profesional tratante en salud mental, estos pacientes se manejarán de preferencia en el programa de internación parcial u hospital día, según la normatividad vigente y en servicios debidamente habilitados para tal fin. PARÁGRAFO 1. Para el caso de internación por salud mental, la atención mediante
-----	--------	---------	---------	-----	---------	------------	---	---



271	565601	16.444.080	16.444.080	849-847-119	16.444.080	2022033197	-	COBERTURA POS SEGUN RESOLUCION 5592 DEL 2015, ARTICULO 66: ATENCIÓN CON INTERNACIÓN EN SALUD MENTAL PARA LA POBLACIÓN GENERAL. El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC cubre la internación de pacientes con trastorno o enfermedad mental de cualquier tipo durante la fase aguda de su enfermedad o en caso de que esta ponga en peligro su vida o integridad, la de sus familiares o la comunidad. En la fase aguda, la cobertura de la hospitalización podrá extenderse hasta 90 días, continuos o discontinuos por año calendario. En caso de que el trastorno o enfermedad mental ponga en peligro la vida o integridad del paciente, la de sus familiares o la comunidad, la cobertura de la internación será durante el período que considere necesario el o los profesionales tratantes. Según criterio del profesional tratante en salud mental, estos pacientes se manejarán de preferencia en el programa de internación parcial u hospital día, según la normatividad vigente y en servicios debidamente habilitados para tal fin. PARÁGRAFO 1. Para el caso de internación por salud mental, la atención mediante
-----	--------	------------	------------	-------------	------------	------------	---	---



272	565602	18.802.304	18.802.304	847-207-119			18.802.304	2022033197	-	COBERTURA POS SEGUN RESOLUCION 5592 DEL 2015, ARTICULO 66: ATENCIÓN CON INTERNACIÓN EN SALUD MENTAL PARA LA POBLACIÓN GENERAL. El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC cubre la internación de pacientes con trastorno o enfermedad mental de cualquier tipo durante la fase aguda de su enfermedad o en caso de que esta ponga en peligro su vida o integridad, la de sus familiares o la comunidad. En la fase aguda, la cobertura de la hospitalización podrá extenderse hasta 90 días, continuos o discontinuos por año calendario. En caso de que el trastorno o enfermedad mental ponga en peligro la vida o integridad del paciente, la de sus familiares o la comunidad, la cobertura de la internación será durante el período que considere necesario el o los profesionales tratantes. Según criterio del profesional tratante en salud mental, estos pacientes se manejarán de preferencia en el programa de internación parcial u hospital día, según la normatividad vigente y en servicios debidamente habilitados para tal fin. PARÁGRAFO 1. Para el caso de internación por salud mental, la atención mediante
-----	--------	------------	------------	-------------	--	--	------------	------------	---	---



273	567151	494.900	494.900	847-337-307-119					494.900	2022033197	-	SE LEVANTA GLOSA PARCIAL, PRESTADOR ANEXA ACTA DE COMITÉ TECNICO CIENTIFICO (CTC), SE REGISTRA UN MAYOR VALOR EN LA CANTIDAD DEL MEDICAMENTO NO PBS PARACETAMOL 1 GR AMPOLLA 1000 MG/100 ML SE RECONOCE A \$(28.600*4). PRESTADOR FACTURA \$(33.000*4). SE HACE DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO ACETAMINOFEN 500 MG \$ (104*120). SE REGISTRA UN MAYOR VALOR COBRADO, MEDICAMENTO NO PBS ANIDULAFUNGINA 100MG AMP SE RECONOCE A \$(1.469.781*4). PRESTADOR FACTURA A \$(1.568.700*4). SE HACE DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO FLUCONAZOL 200 MG CAPSULA \$(873*120). SE REGISTRA UN MAYOR VALOR COBRADO, TECNOLOGIA EN SALUD PULMOCARE X 237 ML, SE RECONOCE A \$(15.000*63). PRESTADOR FACTURA A \$(25.870*63). NO EXISTE SIMILAR EN EL PBS. SE HACE DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO MEROPENEM 1 G AMPOLLA (\$56.140*1). MEDICAMENTO NO PBS ERTAPENEM 1 GR AMPOLLA \$(90.700*1).
274	567871	3.597.288	3.597.288	816-847-849-207-119-307					3.597.288	2022033197	-	GLOSA TOTAL, FACTURA NO CUMPLE CON LOS REQUISITOS LEGALES, CUP FACTURADO NO CORRESPONDE A LA TECNOLOGIA COBRADA. LA TECNOLOGIA RECOBRADA ES POS: MARCADORES TUMORALES. DEBE SER ASUMIDO POR LA EPS



275	571631	6.936.033	6.936.033	523-816						6.936.033	2022033197	-	GLOSA TOTAL. PROCEDIMIENTO VENTANA PERICARDICA POR VIDEOLAPAROSCOPIA SE ENCUENTRA CUBIERTA EN EL PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD SEGÚN RESOLUCION 6408/2016. CODIGO CUPS (3712) EXTIRPACIÓN DE PERICARDIO [PERICARDIOTOMÍA] Incluye: MINILAPAROTOMIA SUBXIFOIDEA O VENTANA PERICÁ. SE HACE DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO MIDAZOLAM 5 MG AMPOLLA \$ (6.921*35). MEDICAMENTO NO PBS DEXMEDETOMIDINA (PRECEDEX) FRASCO AMPOLLA 100 MCG SE RECONOCE A PRECIO DE MERCADO \$(119.810*35). PRESTADOR FACTURA A \$(136.600*35). SE REGISTRA UN MAYOR VALOR EN LA TECNOLOGIA EN SALUD GLUCERNA 237ML SE RECONOCE A \$(11.070* 29). PRESTADOR FACTURA \$(16.848*29), NO EXISTE SIMILAR EN EL PBS. FACTURA NO APORTA ORDEN MEDICAS. EL USUARIO JULIO CESAR SUAREZ CASTILLO NO REGISTRA ESTADO AFILIADO POR EPS. SE VERIFICA ADRES: PAGOS Y RESTITUCIONES DEL AFILIADO, NO REGISTRA PERIODOS COMPENSADOS
276	577593	7.008.931	7.008.931	523-816						7.008.931	2022033197	-	SE LEVANTA GLOSA PARCIAL, TECNOLOGIA EN SALUD GLUCERNA 273 ML SE RECONOCE A PRECIO DE REFERENCIA DE MERCADO \$(9.900*5), PRESTADOR FACTURA \$(16.848*5). NO EXISTE SIMILAR EN EL PBS.



NTT: 890.102.006-1
Código Postal: 080003
Código DANE: 08-000

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO
atlantico.gov.co

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



277	579698	115.100	115.100	849-207-119						115.100	2022033197	-	COBERTURA POS SEGUN RESOLUCION 5569 DEL 2017, ARTICULO 63: Atención con internación en salud mental para la población general. El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC financia la internación de pacientes con trastorno o enfermedad mental de cualquier tipo durante la fase aguda de su enfermedad o en caso de que esta ponga en peligro su vida o integridad, la de sus familiares o la comunidad. En la fase aguda, la financiación con recursos de la UPC para la hospitalización podrá extenderse hasta 90 días continuos o discontinuos por año calendario; de acuerdo con el concepto del equipo de profesional tratante, siempre y cuando estas atenciones se enmarquen en el ámbito de la salud y no correspondan a estancias por condiciones de abandono social. En caso de que el trastorno o enfermedad mental ponga en peligro la vida o integridad del paciente, la de sus familiares o la comunidad, la financiación con recursos de la UPC para la internación será durante el periodo que considere necesario el o los profesionales tratantes. Parágrafo 1. A criterio del profesional de salud tratante, la internación en salud mental se manejará
-----	--------	---------	---------	-------------	--	--	--	--	--	---------	------------	---	--



278	579712	575.500	575.500	849-847-207-119	575.500	2022033197	-	GLOSA TOTAL, PRESTADOR NO ANEXA SOPORTES. Se evidencia el cobro de la tecnología ENSURE HN PLUS fco 237ml#11 la cual corresponde a exclusiones del plan de beneficios en salud que no pueden ser financiadas con recursos del SGSSS y según la nota externa del ministerio de salud N°201433200296523 para que están sean aprobadas por comité técnico científico es requisito que se verifique el cumplimiento de las reglas jurisprudenciales descritas en la presente nota, se evidencio que el ACTA DE CTC 08001422-24 de fecha 08/11/2017 no verifica los criterios definidos por la honorable corte constitucional para aprobación de exclusiones del Pos definidos por la sentencia T-160 del 2014.fecha de la prestacion 09/11/2017.
279	582715	252.720	252.720	847-302-337-207	252.720	2022033197	-	SE LEVANTA GLOSA PARCIAL, SE VALIDA FACTURA, SE EVIDENCIA CODIGO CUM, SE REGISTRA UN MAYOR VALOR COBRADO EN LA CANTIDAD FACTURADA, SEGÚN ORDEN MEDICA FECHA 15/01/2017 SE PRESCRIBE 30 AMPOLLAS. MEDICAMENTO NO PBS CEFTAZIDIMA PENTAHIDRATO 1g/1USE \$(30.000*30). SE HACE DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO CEFTRIAZONA 1 GR AMPOLLA \$(900*30). PRESTADOR FACTURA CANTIDAD X 71.
280	583541	202.800	202.800	849-847-337-119	202.800	2022033197	-	SE LEVANTA GLOSA PARCIAL, SE VALIDA FACTURA, SE EVIDENCIA CODIGO CUM. SE REGISTRA UN MAYOR VALOR COBRADO, MEDICAMENTO NO PBS TRAVAD ORAL 133 ML. SE RECONOCE A \$(11.740*1), PRESTADOR FACTURA A \$(29.858*1).



NTT: 890.102.006-1
Código Postal: 080003
Código DANE: 08-000

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO
atlantico.gov.co

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



281	583967	575.500		575.500			849-847-207-119					575.500		2022033197		-	SE LEVANTA GLOSA PARCIAL, PRESTADOR ANEXA ACTA DE COMITÉ TECNICO CIENTIFICO (CTC), SE REGISTRA CUM EN FACTURA, SE HACE DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO VANCOMICINA 500 MG/ML POLVO PARA SUSPENSION INYECTABLE \$(6.325*19). MEDICAMENTO NO PBS LINEZOLID 600 MG SOLUCION INYECTABLE CANTIDAD X 19. SE HACE DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO SULFADIAZINA DE PLATA 1% CREMA TOPICA X 30 G (3.569*1). MEDICAMENTO NO PBS COLAGENASA 120 UI/100 GR UNGÜENTO TUBO 40 GR (IRUXOL) CANTIDAD X 1.
282	584271	6.977.458		6.977.458			523-816					6.977.458		2022033197		-	GLOSA TOTAL, TECNOLOGIA EN SALUD GLUCERNA 273 ML SE RECONOCE A PRECIO DE REFERENCIA DE MERCADO CANTIDAD X 25, NO EXISTE SIMILAR EN EL PBS.
283	585034	670.648		670.648			847-307-207					670.648		2022033197		-	GLOSA TOTAL, PRESTADOR NO ANEXA ACTA DE COMITÉ TECNICO CIENTIFICO (CTC), CODIGO CUM CORRESPONDE A LAS TECNOLOGIAS EN SALUD FACTURADAS. EN FORMULA MEDICA CON FECHA 15/03/2017 SE ENCUENTRAN ORDENADA AMBAS TECNOLOGIA NO PBS EN SALUD CON DOSIS UNICA. PRESTADOR FACTURA TECNOLOGIA EN SALUD ENEMA ORAL CANTIDAD X 2, SE ORDENA Y SE RECONOCE CANTIDAD X 1 \$(16.500*1) SE GLOSA LA DIFERENCIA. TECNOLOGIA EN SALUD FOSFATO DE SODIO 16% + BIFOSFATO SODICO 6% ENEMA RECTAL 133 ML (TRAVAD) \$(13.000*1). NO EXISTE SIMILAR EN EL PBS



284	586754	6.743.705	6.743.705	523-816	6.743.705	2022033197	-	GLOSA TOTAL, PRESTADOR NO ANEXA SOPORTES. SOLO SE EVIDENCIA FACTURA DE VENTA. FACTURA NO EVIDENCIA CODIGO CUM. PRESTADOR NO APORTA ACTA DE COMITÉ TECNICO CIENTIFICO(CTC). NO SE EVIDENCIA HOJA DE ADMINISTRACION DE MEDICAMENTO, NO APORTA ORDEN MEDICA, EN CASO DE SUBSANAR VALIDAR LA CANTIDAD DE TECNOLOGIA AUTORIZADAS. SE REGISTRA UN MAYOR VALOR COBRADO EN CANTIDAD LA TECNOLOGIA EN SALUD L GLUTAMINA 15GR SOBRE GLURESTAR \$(14.700*6). PRESTADOR FACTURA \$(31.655*6). NO EXISTE SIMILAR EN EL PBS. TECNOLOGIA EN SALUD DIBEN NEUTRO CANTIDAD X 3. NO EXISTE SIMILAR EN EL PBS.
-----	--------	-----------	-----------	---------	-----------	------------	---	--



285	598606	72.772	72.772	847-207-119			72.772	2022033197	-	COBERTURA POS SEGÚN RESOLUCIÓN 5521 DEL 2013, ARTICULO 67: ATENCIÓN CON INTERNACIÓN EN SALUD MENTAL PARA LA POBLACIÓN GENERAL. El POS cubre la internación de pacientes con trastorno o enfermedad mental de cualquier tipo durante la fase aguda de su enfermedad o en caso de que esta ponga en peligro su vida o integridad, la de sus familiares o la comunidad, En la fase aguda, la cobertura de la hospitalización podrá extenderse hasta 90 días, continuos o discontinuos por año calendario, En caso de que el trastorno o enfermedad mental ponga en peligro la vida o integridad del paciente, la de sus familiares o la comunidad, la cobertura de la internación será durante el periodo que considere necesario el o los profesionales tratantes. Sin perjuicio del criterio del profesional tratante, el paciente con trastorno o enfermedad mental, se manejará de preferencia en el programa de internación parcial u hospital día, según la normatividad vigente y en servicios debidamente habilitados para tal fin. PARÁGRAFO. Las coberturas especiales para personas menores de 18 años están descritas en el
-----	--------	--------	--------	-------------	--	--	--------	------------	---	--



286	598910	101.088	101.088	847-307-207			101.088	2022033197	-	DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO MIDAZOLAM 5 MG AMPOLLA \$ (6.921*56). MEDICAMENTO NO PBS DEXMEDETOMIDINA (PRECEDEX) FRASCO AMPOLLA 100 MCG SE RECONOCE A PRECIO DE MERCADO \$(119.810*56). PRESTADOR FACTURA A \$(146.893*56). SE REGISTRA UN MAYOR VALOR EN LA TECNOLOGIA EN SALUD GLUCERNA 237ML SE RECONOCE A \$(11.070* 24). PRESTADOR FACTURA \$(16.848*24), NO EXISTE SIMILAR EN EL PBS. NO SE EVIDENCIAN SOPORTE DE ACTAS DE CTC DE GLUCERNA. SE REGISTRA UN MAYOR VALOR EN CANTIDAD DE TECNOLOGIA EN SALUD GLUCERNA 1.5 CAL 1000 ML SE RECONOCE A \$(71.650* 4). PRESTADOR FACTURA \$(99.784*4), NO EXISTE SIMILAR EN EL PBS. SE REGISTRA UN MAYOR VALOR EN CANTIDAD DE TECNOLOGIA EN SALUD GLUCERNA 1500 ML (1.0 LITROS) SE RECONOCE A \$(71.650* 3). PRESTADOR FACTURA \$(99.784*5), SE DESCUENTAN 2 FRASCOS QUE NO SE EVIDENCIA SOPORTE DE ADMINISTRACION. NO EXISTE SIMILAR EN EL PBS. SE REGISTRA UN MAYOR VALOR EN LA CANTIDAD DEL MEDICAMENTO NO PBS PARACETAMOL 1 GR AMPOLLA 1000
-----	--------	---------	---------	-------------	--	--	---------	------------	---	--



NTT: 890.102.006-1
Código Postal: 080003
Código DANE: 08-000

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO
atlantico.gov.co

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



287	602302	297.570	297.570	847-337-207			297.570	2022033197	-	COBERTURA POS SEGUN RESOLUCION 5592 DEL 2015, ARTICULO 66: ATENCIÓN CON INTERNACIÓN EN SALUD MENTAL PARA LA POBLACIÓN GENERAL. El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC cubre la internación de pacientes con trastorno o enfermedad mental de cualquier tipo durante la fase aguda de su enfermedad o en caso de que esta ponga en peligro su vida o integridad, la de sus familiares o la comunidad. En la fase aguda, la cobertura de la hospitalización podrá extenderse hasta 90 días, continuos o discontinuos por año calendario. En caso de que el trastorno o enfermedad mental ponga en peligro la vida o integridad del paciente, la de sus familiares o la comunidad, la cobertura de la internación será durante el período que considere necesario el o los profesionales tratantes. Según criterio del profesional tratante en salud mental, estos pacientes se manejarán de preferencia en el programa de internación parcial u hospital día, según la normatividad vigente y en servicios debidamente habilitados para tal fin. PARÁGRAFO 1. Para el caso de internación por salud mental, la atención mediante
-----	--------	---------	---------	-------------	--	--	---------	------------	---	---



288	549783	77087				207-207	5.868				5.868	2022033197	0	COBERTURA POS SEGUN RESOLUCION 5592 DEL 2015, ARTICULO 66: ATENCIÓN CON INTERNACIÓN EN SALUD MENTAL PARA LA POBLACIÓN GENERAL. El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC cubre la internación de pacientes con trastorno o enfermedad mental de cualquier tipo durante la fase aguda de su enfermedad o en caso de que esta ponga en peligro su vida o integridad, la de sus familiares o la comunidad. En la fase aguda, la cobertura de la hospitalización podrá extenderse hasta 90 días, continuos o discontinuos por año calendario. En caso de que el trastorno o enfermedad mental ponga en peligro la vida o integridad del paciente, la de sus familiares o la comunidad, la cobertura de la internación será durante el período que considere necesario el o los profesionales tratantes. Según criterio del profesional tratante en salud mental, estos pacientes se manejarán de preferencia en el programa de internación parcial u hospital día, según la normatividad vigente y en servicios debidamente habilitados para tal fin. PARÁGRAFO 1. Para el caso de internación por salud mental, la atención mediante
-----	--------	-------	--	--	--	---------	-------	--	--	--	-------	------------	---	---



289	528993	6666				207-107	4.368				2.070		2022033197			2298	COBERTURA POS SEGÚN RESOLUCIÓN 5521 DEL 2013, ARTICULO 67: ATENCIÓN CON INTERNACIÓN EN SALUD MENTAL PARA LA POBLACIÓN GENERAL. El POS cubre la internación de pacientes con trastorno o enfermedad mental de cualquier tipo durante la fase aguda de su enfermedad o en caso de que esta ponga en peligro su vida o integridad, la de sus familiares o la comunidad, En la fase aguda, la cobertura de la hospitalización podrá extenderse hasta 90 días, continuos o discontinuos por año calendario, En caso de que el trastorno o enfermedad mental ponga en peligro la vida o integridad del paciente, la de sus familiares o la comunidad, la cobertura de la internación será durante el periodo que considere necesario el o los profesionales tratantes. Sin perjuicio del criterio del profesional tratante, el paciente con trastorno o enfermedad mental, se manejará de preferencia en el programa de internación parcial u hospital día, según la normatividad vigente y en servicios debidamente habilitados para tal fin. PARÁGRAFO. Las coberturas especiales para personas menores de 18 años están descritas en el
-----	--------	------	--	--	--	---------	-------	--	--	--	-------	--	------------	--	--	------	--



290	532164	3078				207	366				366	2022033197	0	COBERTURA POS SEGÚN RESOLUCIÓN 5521 DEL 2013, ARTICULO 67: ATENCIÓN CON INTERNACIÓN EN SALUD MENTAL PARA LA POBLACIÓN GENERAL. El POS cubre la internación de pacientes con trastorno o enfermedad mental de cualquier tipo durante la fase aguda de su enfermedad o en caso de que esta ponga en peligro su vida o integridad, la de sus familiares o la comunidad, En la fase aguda, la cobertura de la hospitalización podrá extenderse hasta 90 días, continuos o discontinuos por año calendario, En caso de que el trastorno o enfermedad mental ponga en peligro la vida o integridad del paciente, la de sus familiares o la comunidad, la cobertura de la internación será durante el periodo que considere necesario el o los profesionales tratantes. Sin perjuicio del criterio del profesional tratante, el paciente con trastorno o enfermedad mental, se manejará de preferencia en el programa de internación parcial u hospital día, según la normatividad vigente y en servicios debidamente habilitados para tal fin. PARÁGRAFO. Las coberturas especiales para personas menores de 18 años están descritas en el
-----	--------	------	--	--	--	-----	-----	--	--	--	-----	------------	---	--



291	535133	3513				207	1.035				1.035		2022033197			0	COBERTURA POS SEGUN RESOLUCION 5592 DEL 2015, ARTICULO 66: ATENCIÓN CON INTERNACIÓN EN SALUD MENTAL PARA LA POBLACIÓN GENERAL. El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC cubre la internación de pacientes con trastorno o enfermedad mental de cualquier tipo durante la fase aguda de su enfermedad o en caso de que esta ponga en peligro su vida o integridad, la de sus familiares o la comunidad. En la fase aguda, la cobertura de la hospitalización podrá extenderse hasta 90 días, continuos o discontinuos por año calendario. En caso de que el trastorno o enfermedad mental ponga en peligro la vida o integridad del paciente, la de sus familiares o la comunidad, la cobertura de la internación será durante el período que considere necesario el o los profesionales tratantes. Según criterio del profesional tratante en salud mental, estos pacientes se manejarán de preferencia en el programa de internación parcial u hospital día, según la normatividad vigente y en servicios debidamente habilitados para tal fin. PARÁGRAFO 1. Para el caso de internación por salud mental, la atención mediante
-----	--------	------	--	--	--	-----	-------	--	--	--	-------	--	------------	--	--	---	---



292	535359	65.215				207	18.000			18.000	2022033197	0	COBERTURA POS SEGUN RESOLUCION 5592 DEL 2015, ARTICULO 66: ATENCIÓN CON INTERNACIÓN EN SALUD MENTAL PARA LA POBLACIÓN GENERAL. El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC cubre la internación de pacientes con trastorno o enfermedad mental de cualquier tipo durante la fase aguda de su enfermedad o en caso de que esta ponga en peligro su vida o integridad, la de sus familiares o la comunidad. En la fase aguda, la cobertura de la hospitalización podrá extenderse hasta 90 días, continuos o discontinuos por año calendario. En caso de que el trastorno o enfermedad mental ponga en peligro la vida o integridad del paciente, la de sus familiares o la comunidad, la cobertura de la internación será durante el período que considere necesario el o los profesionales tratantes. Según criterio del profesional tratante en salud mental, estos pacientes se manejarán de preferencia en el programa de internación parcial u hospital día, según la normatividad vigente y en servicios debidamente habilitados para tal fin. PARÁGRAFO 1. Para el caso de internación por salud mental, la atención mediante
-----	--------	--------	--	--	--	-----	--------	--	--	--------	------------	---	---



293	537156	11740				207	3.272				-	2022033197	3272	COBERTURA POS SEGUN RESOLUCION 5592 DEL 2015, ARTICULO 66: ATENCIÓN CON INTERNACIÓN EN SALUD MENTAL PARA LA POBLACIÓN GENERAL. El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC cubre la internación de pacientes con trastorno o enfermedad mental de cualquier tipo durante la fase aguda de su enfermedad o en caso de que esta ponga en peligro su vida o integridad, la de sus familiares o la comunidad. En la fase aguda, la cobertura de la hospitalización podrá extenderse hasta 90 días, continuos o discontinuos por año calendario. En caso de que el trastorno o enfermedad mental ponga en peligro la vida o integridad del paciente, la de sus familiares o la comunidad, la cobertura de la internación será durante el período que considere necesario el o los profesionales tratantes. Según criterio del profesional tratante en salud mental, estos pacientes se manejarán de preferencia en el programa de internación parcial u hospital día, según la normatividad vigente y en servicios debidamente habilitados para tal fin. PARÁGRAFO 1. Para el caso de internación por salud mental, la atención mediante
-----	--------	-------	--	--	--	-----	-------	--	--	--	---	------------	------	---



294	539395	279300				120	13.965				-	2022033197	13965	COBERTURA POS SEGUN RESOLUCION 5592 DEL 2015, ARTICULO 66: ATENCIÓN CON INTERNACIÓN EN SALUD MENTAL PARA LA POBLACIÓN GENERAL. El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC cubre la internación de pacientes con trastorno o enfermedad mental de cualquier tipo durante la fase aguda de su enfermedad o en caso de que esta ponga en peligro su vida o integridad, la de sus familiares o la comunidad. En la fase aguda, la cobertura de la hospitalización podrá extenderse hasta 90 días, continuos o discontinuos por año calendario. En caso de que el trastorno o enfermedad mental ponga en peligro la vida o integridad del paciente, la de sus familiares o la comunidad, la cobertura de la internación será durante el período que considere necesario el o los profesionales tratantes. Según criterio del profesional tratante en salud mental, estos pacientes se manejarán de preferencia en el programa de internación parcial u hospital día, según la normatividad vigente y en servicios debidamente habilitados para tal fin. PARÁGRAFO 1. Para el caso de internación por salud mental, la atención mediante
-----	--------	--------	--	--	--	-----	--------	--	--	--	---	------------	-------	---



295	541249	101368				120-207	47.224				25.100	2022033197		22124	COBERTURA POS SEGUN RESOLUCION 5592 DEL 2015, ARTICULO 66: ATENCIÓN CON INTERNACIÓN EN SALUD MENTAL PARA LA POBLACIÓN GENERAL. El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC cubre la internación de pacientes con trastorno o enfermedad mental de cualquier tipo durante la fase aguda de su enfermedad o en caso de que esta ponga en peligro su vida o integridad, la de sus familiares o la comunidad. En la fase aguda, la cobertura de la hospitalización podrá extenderse hasta 90 días, continuos o discontinuos por año calendario. En caso de que el trastorno o enfermedad mental ponga en peligro la vida o integridad del paciente, la de sus familiares o la comunidad, la cobertura de la internación será durante el período que considere necesario el o los profesionales tratantes. Según criterio del profesional tratante en salud mental, estos pacientes se manejarán de preferencia en el programa de internación parcial u hospital día, según la normatividad vigente y en servicios debidamente habilitados para tal fin. PARÁGRAFO 1. Para el caso de internación por salud mental, la atención mediante
-----	--------	--------	--	--	--	---------	--------	--	--	--	--------	------------	--	-------	---



296	541889	332682				120-207	7.672				4.900	2022033197		2772	COBERTURA POS SEGUN RESOLUCION 5592 DEL 2015, ARTICULO 66: ATENCIÓN CON INTERNACIÓN EN SALUD MENTAL PARA LA POBLACIÓN GENERAL. El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC cubre la internación de pacientes con trastorno o enfermedad mental de cualquier tipo durante la fase aguda de su enfermedad o en caso de que esta ponga en peligro su vida o integridad, la de sus familiares o la comunidad. En la fase aguda, la cobertura de la hospitalización podrá extenderse hasta 90 días, continuos o discontinuos por año calendario. En caso de que el trastorno o enfermedad mental ponga en peligro la vida o integridad del paciente, la de sus familiares o la comunidad, la cobertura de la internación será durante el período que considere necesario el o los profesionales tratantes. Según criterio del profesional tratante en salud mental, estos pacientes se manejarán de preferencia en el programa de internación parcial u hospital día, según la normatividad vigente y en servicios debidamente habilitados para tal fin. PARÁGRAFO 1. Para el caso de internación por salud mental, la atención mediante
-----	--------	--------	--	--	--	---------	-------	--	--	--	-------	------------	--	------	---



297	542186	11726				207	693			-	2022033197	693	COBERTURA POS SEGUN RESOLUCION 5592 DEL 2015, ARTICULO 66: ATENCIÓN CON INTERNACIÓN EN SALUD MENTAL PARA LA POBLACIÓN GENERAL. El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC cubre la internación de pacientes con trastorno o enfermedad mental de cualquier tipo durante la fase aguda de su enfermedad o en caso de que esta ponga en peligro su vida o integridad, la de sus familiares o la comunidad. En la fase aguda, la cobertura de la hospitalización podrá extenderse hasta 90 días, continuos o discontinuos por año calendario. En caso de que el trastorno o enfermedad mental ponga en peligro la vida o integridad del paciente, la de sus familiares o la comunidad, la cobertura de la internación será durante el período que considere necesario el o los profesionales tratantes. Según criterio del profesional tratante en salud mental, estos pacientes se manejarán de preferencia en el programa de internación parcial u hospital día, según la normatividad vigente y en servicios debidamente habilitados para tal fin. PARÁGRAFO 1. Para el caso de internación por salud mental, la atención mediante
298	547681	10257				207	1.785			1.035	2022033197	750	GLOSA TOTAL, PRESTADOR NO ANEXA SOPORTES. La tecnología cobrada en la factura Racepinefrina 2% inhalador sln inyec # 8 se encuentra cubierta en el plan de beneficios ya que corresponde a una mezcla 1:1 de los dos isómeros de la adrenalina la cual corresponde al principio activo Art 38 paragrafo 1 Resolucion 5269/2017.Fecha de la prestacion 22/10/2018.



299	542547	23700000					207-207	15.707.316				183.916		2022033197		15523400	SE LEVANTA GLOSA PARCIAL, SE REGISTRA UN MAYOR VALOR COBRADO, MEDICAMENTO NO PBS CILOSTAZOL 50 MG TABLETA \$(775*20). TARIRA REGULADA SEGÚN CIRCULAR 04/2012. PRESTADOR FACTURA A \$(1.338*20). SE HACE DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO ACIDO ACETIL SALICILICO 100 MG TAB \$(100*20).
300	546661	2285346					207	1.023.044				340.136		2022033197		682908	GLOSA TOTAL, PRESTADOR NO ANEXA SOPORTES. Se realiza devolución de la factura por inconsistencia en los soportes. En acta de ctc no justifican la pertinencia de la solicitud del suplemento nutricional glucerna de 237 ml #5.En formula medica la fecha de solicitud y nombre de médico y su registro es ilegible. formato de justificacion de la tecnología no pos ilegible en fecha, nombre y registro de medico tratante. No cumple Decreto 780 de 2016 Artículo 2.5.3.10.16 sobre Contenido de la prescripción. DECRETO 2200 DE 2005. No cumple anexo tecnico numero 2 resolucion 2972 del 3 de junio de 2015, resolución 3615 del 2005, resolución 5395/13,resolucion 1479 del 2015.
301	553388	14325488					207-207-307-207-107	7.951.318				4.079.148		2022033197		3872170	GLOSA TOTAL, PRESTADOR NO ANEXA ACTA DE COMITÉ TECNICO CIENTIFICO (CTC), SE REGISTRA UN MAYOR VALOR COBRADO, TECNOLOGIA EN SALUD PULMOCARE 237 ML (8 ONZAS) SE RECONOCE A \$(14.150*9). PRESTADOR FACTURA A \$(25.870*9). NO EXISTE SIMILAR EN EL PBS
302	553437	1490692					120-207-207	434.305				190		2022033197		434115	GLOSA TOTAL, PRESTADOR NO APORTA ACTA DE COMITÉ TECNICO CIENTIFICO(CTC), SE REGISTRA UN MAYOR VALOR EN LA CANTIDAD, TECNOLOGIA EN SALUD DIBEN DRINK BOTELLA 500 ML \$(38.184*4) PRESTADOR FACTURA CANTIDAD X 5. NO EXISTE SIMILAR EN EL PBS



303	554318	37328				107	30.404			30.404	2022033197	0	GLOSA TOTAL, PRESTADOR NO ANEXA SOPORTES. Se realiza devolución de la factura por inconsistencia en los soportes. En factura de venta para tecnología no pos cobrada falta registro completo de cum. La factura de venta debe registrar código cum expediente-consecutivo-ATC emitido por el invima para el principio activo cobrada según resolución 4331 de 2012.formato de justificación de la tecnología no pos ilegible. No cumple anexo técnico numero 2 resolución 2972 del 3 de junio de 2015. Resolución 3615 del 2005, resolución 3615 del 2005, resolución 5395/13.resolucion 1479 del 2015. Formula medica ilegible en fecha de la prescripción, nombre y registro de medico. No cumple decreto 780 de 2016. decreto 2200 de 2005.
304	536077	1496940				207-207-207	752.695			739.152	2022033197	13543	GLOSA TOTAL, PRESTADOR NO ANEXA SOPORTES. Factura no cumple los requisitos legales. En factura de venta para tecnología no pos cobrada falta registro completo de cum. La factura de venta debe registrar codigo cum expediente-consecutivo-ATC emitido por el invima para el principio activo cobrada según resolución 4331 de 2012.Falta firma de responsable de la factura de venta segun lo norma código de comercio articulo 774 y estatuto tributario artículo 617. Formato de justificación incompleto. Extemporaneidad en acta de ctc con fecha del 8/08/2018, para fecha de solicitud medica del 24/01/2017.Por lo tanto se realiza devolución anexo tecnico numero 2 resolución 2972 del 3 de junio de 2015. Resolución 3615 del 2005, resolución 3615 del 2005, resolución 5395/13.resolucion 1479 del 2015.Fecha de prestacion:24/01/2017.



305	549730	190290				207-207	103.699				7.889	2022033197		95810	GLOSA TOTAL, PRESTADOR NO ANEXA ACTA DE COMITÉ TECNICO CIENTIFICO (CTC), SE REGISTRA UN MAYOR VALOR COBRADO EN LA CANTIDAD FACTURADA, SEGÚN ORDEN MEDICA ANEXADAS EN LAS FECHA 12/01/2017 SE PRESCRIBE 3 AMPOLLAS Y SE EVIDENCIA LA APLICACIÓN DE 3 AMPOLLAS, EN LA FECHA 18/01/2017 SE PRESCRIBE 3 AMPOLLAS Y SE EVIDENCIA LA APLICACIÓN DE 3 AMPOLLAS. EN LA FECHA 29/01/2017 SE PRESCRIBE 30 AMPOLLAS Y SE EVIDENCIA LA ADMINISTRACION DE SOLO 21 AMPOLLAS, MEDICAMENTO NO PBS PARACETAMOL 1 GR AMPOLLA 1000 MG/100 ML SE RECONOCE A \$(28.600*27). PRESTADOR FACTURA A \$(40.000*54). SE HACE DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO ACETAMINOFEN 500 MG \$(104*810).
-----	--------	--------	--	--	--	---------	---------	--	--	--	-------	------------	--	-------	---



306	549803	11740				207		780				-	2022033197			780	GLOSA TOTAL, PRESTADOR NO ANEXA SOPORTES. Se realiza devolucion de la factura por inconsistencia en los soportes. Factura no cumple los requisitos legales. Falta firma de responsable de la factura de venta segun lo norma código de comercio articulo 774 y estatuto tributario artículo 617, en factura de venta para tecnologia no pos cobrada falta registro completo de cum. La factura de venta debe registrar codigo cum expediente-consecutivo-ATC emitido por el invima para el principio activo cobrada según resolución 4331 de 2012. Extemporaneidad en acta de ctc con fecha del 8/08/2018, para fecha de solicitud medica del 19/01/2017. Fecha de prestación no visible en hoja de droga.No cumple anexo tecnico numero 2 resolucion 2972 del 3 de junio de 2015. Resolución 3615 del 2005, resolución 3615 del 2005, resolución 5395/13.resolucion 1479 del 2015. Fecha de prestacion:28/02/2017.
-----	--------	-------	--	--	--	-----	--	-----	--	--	--	---	------------	--	--	-----	--



307	550073	23.488				207	3.000			-	2022033197		3000	SOPORTES. FACTURA CORRESPONDE A OTRO PAGADOR..COBRO DE INSUMO POS IRUXOL CREMA TOPICA 40 GR EN CANTIDAD 2 UTILIZADO PARA CLINICA DE HERIDAS, POS POR INTEGRALIDAD PARA LA REALIZACION DE LAS CURACION DE LESIONES EN PIEL Y/O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO paciente con dx de PIE DIABETICO integralidad descrita según resolución 6408 de 2016 artículo 57. dispositivos médicos. en desarrollo del principio de integralidad establecido en el numeral 1 del artículo 3 del presente acto administrativo, las eps o las entidades que hagan sus veces, deben garantizar los insumos, suministros y materiales, incluyendo el material de sutura, osteosíntesis y de curación, y en general, los dispositivos médicos o quirúrgicos, sin excepción, necesarios e insustituibles para la realización o utilización de las tecnologías en salud cubiertas en el plan de beneficios en salud con cargo a la upc, en el campo de la atención de urgencias, atención ambulatoria o atención con internación, salvo que exista excepción expresa para ellas en este acto administrativo. Entendiéndose como material de curación terminología definida
-----	--------	--------	--	--	--	-----	-------	--	--	---	------------	--	------	--



308	550844	9000				207	5.672			3.450	2022033197		2222	GLOSA TOTAL, PRESTADOR NO ANEXA SOPORTES. Se realiza devolución de la factura por inconsistencia en los soportes. En factura de venta para tecnología no pos cobrada falta registro completo de cum. La factura de venta debe registrar código cum expediente-consecutivo-ATC emitido por el invima para el principio activo cobrada según resolución 4331 de 2012. Extemporaneidad en acta de ctc con fecha del 8/08/2018, para fecha de solicitud medica del 31/08/2017.Registro medico ilegible en formula medica. No cumple decreto 2200 de 2005. Decreto 780 de 2016 anexo técnico numero 2 resolución 2972 del 3 de junio de 2015. Resolución 3615 del 2005, resolución 3615 del 2005, resolución 5395/13.resolucion 1479 del 2015. Fecha de prestacion:31/08/2017.									
-----	--------	------	--	--	--	-----	-------	--	--	-------	------------	--	------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--



309	551732	20973182				207-207-207	6.262.972				4.556.536		2022033197			1706436	GLOSA TOTAL, PRESTADOR NO ANEXA SOPORTES. Factura no cumple los requisitos legales. En factura de venta para tecnologia no pos cobrada falta registro de cum. La factura de venta debe registrar codigo cum expediente-consecutivo-ATC emitido por el invima para el principio activo cobrada según resolucion 4331 de 2012. Falta firma de responsable de la factura de venta segun lo norma código de comercio articulo 774 y estatuto tributario artículo 617. Acta de ctc registra diagnostico de celulitis cie 10 l031, no tiene conexion con la solicitud no pos travad frasco de 137 ml .Extemporaneidad en acta de ctc con fecha del 8/08/2018, para fecha de solicitud medica del 5/09/2018. Por lo tanto se realiza devolución anexo tecnico numero 2 resolución 2972 del 3 de junio de 2015. Resolución 3615 del 2005, resolución 5395/13.resolucion 1479 del 2015.Fecha de prestacion:5/09/2017.
-----	--------	----------	--	--	--	-------------	-----------	--	--	--	-----------	--	------------	--	--	---------	--



310	551965	87282				207	26.348				26.348		2022033197			0	GLOSA TOTAL, PRESTADOR NO ANEXA SOPORTES. Se realiza devolución de la factura por no acceder a cobro. Según hoja de droga ,historia clinica y epicrisis el fosfato de sodio 133 ml no fue administrado, ya que el estudio rx de columna lumbosacra quedo pendiente por realizarse.se revisaron soporte con las siguientes inconsistencias: en factura de venta para tecnologia no pos cobrada falta registro completo de cum. La factura de venta debe registrar código cum expediente-consecutivo-ATC emitido por el invima para el principio activo cobrada según resolución 4331 de 2012. Extemporaneidad en acta de ctc con fecha del 8/08/2018, para fecha de solicitud medica del 21/09/2017.Diferencia del profesional que realiza ordenamiento en formula medica y el profesional registrado en acta de ctc. No cumple decreto 2200 de 2005. Decreto 780 de 2016 anexo técnico numero 2 resolución 2972 del 3 de junio de 2015. Resolución 3615 del 2005, resolución 3615 del 2005, resolución 5395/13.resolucion 1479 del 2015.
-----	--------	-------	--	--	--	-----	--------	--	--	--	--------	--	------------	--	--	---	---



311	534421	881940					207-120		730.537					52.000				2022033197		678537	GLOSA TOTAL, PRESTADOR NO ANEXA ACTA DE COMITÉ TECNICO CIENTIFICO (CTC), FACTURA REGISTRAN CODIGO CUM, SE EVIDENCIA EN LA FACTURA UN MAYOR VALOR COBRADO, SEGÚN ORDEN MEDICA CON FECHA 18/10/2017, SE FORMULA N-ACETILCISTEINA 600 MG GRANULADO CANTIDAD X 9. MEDICAMENTO NO PBS N-ACETILCISTEINA 600 MG GRANULADO \$(587*9). PRESTADOR FACTURA CANTIDAD X 27. SE HACE DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO ACETILCISTEINA 300 MG/3 ML SOLUCION INYECTABLE \$(62*9). SE HACE DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO PIRANTEL PAMOATO 250 MG/5ML SUSPENSION FRASCO X 15ML \$(1.620*1). MEDICAMENTO NO PBS IVERMECTINA 6 MG/ML 0.6% SOLUCION ORAL 5 ML \$(9.949*1)
312	534426	23700000					120		644.350					-				2022033197		644350	GLOSA TOTAL, PRESTADOR NO APORTA ACTA DE COMITÉ TECNICO CIENTIFICO(CTC). SE EVIDENCIA INCONSISTENCIA EN LA FECHA DE SOLICITUD DE LA FORMULA MEDICA 08/12/2017. TECNOLOGIA EN SALUD ENSURE 237 ML SE RECONOCE A \$(9.500*2). PRESTADOR FACTURA A \$ (14.170*2), NO EXISTE SIMILAR EN EL PBS. FECHA DE PRESTACION DE SERVICIO: 06/12/2017



313	546889	388129				207-120	29.906					10.500		2022033197		19406	GLOSA TOTAL, PRESTADOR NO ANEXA SOPORTES. Factura no cumple los requisitos legales. En factura de venta para tecnología no pos cobrada falta registro completo de cum. La factura de venta debe registrar código cum expediente-consecutivo-ATC emitido por el invima para el principio activo cobrada según resolución 4331 de 2012. Falta firma de responsable de la factura de venta según lo norma código de comercio artículo 774 y estatuto tributario artículo 617. Extemporaneidad en acta de ctc con fecha del 6/08/2018, para fecha de solicitud medica del 7/01/2018. Por lo tanto se realiza devolución anexo técnico número 2 resolución 2972 del 3 de junio de 2015. Resolución 3615 del 2005, resolución 3615 del 2005, resolución 5395/13.resolucion 1479 del 2015.Fecha de prestacion:7/01/2018.
314	548470	23480				120-207	1.954					-		2022033197		1954	GLOSA TOTAL, SE EVIDENCIA ENMENDADURA EN LA FECHA DE LA ORDEN MEDICA. SE EVIDENCIA CANTIDAD SOLICITADA 8 AMPOLLAS. PRESTADOR FACTURA 10. SE HACE DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO MIDAZOLAM 5 MG AMPOLLA \$ (6.921*8). MEDICAMENTO NO PBS DEXMEDETOMIDINA (PRECEDEX) FRASCO AMPOLLA 100 MCG SE RECONOCE A PRECIO DE MERCADO \$(119.810*8). PRESTADOR FACTURA A \$(146.893*8).
315	550082	30404				120-207	2.690					-		2022033197		2690	GLOSA TOTAL, PRESTADOR ANEXA SOPORTE. EN LA FACTURA NO SE EVIDENCIA SOPORTE DE ADMINISTRACION DE LA TECNOLOGIA EN SALUD IMPACT PEPTIDE CANTIDAD X 1, NO EXISTE SIMILAR EN EL PBS.



316	550084	997700				120-207	232.885				183.000		2022033197		49885	GLOSA TOTAL, PRESTADOR NO APORTA ACTA DE COMITÉ TECNICO CIENTIFICO(CTC). SE EVIDENCIA EN INVIMA QUE LA MEDICAMENTO NO PBS FACTURADO REGISTRA CODIGO CUM INACTIVO 19937871 CON FECHA 2013/09/11. SE HACE DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO AMINOFILINA 240 MG/10ML AMPOLLA SOLUCION INYECTABLE \$(2.200*14). MEDICAMENTO NO PBS RACEPINEFRINA 2,25% SOL INHAL CANTIDAD X 14.
317	552702	110894				120-207	8.988				3.444		2022033197		5544	GLOSA TOTAL, FACTURA DE COBRO REGISTRA CODIGO CUM NO COINCIDE CON LA TECNOLOGIA. PRESTADOR NO APORTA ACTA DE COMITÉ TECNICO CIENTIFICO(CTC), NO ANEXA ORDEN MEDICA, NO SE EVIDENCIA ANEXOS DE FACTURA COMPLETA. SE REGISTRA UN MAYOR VALOR EN LA CANTIDAD DEL MEDICAMENTO NO PBS PARACETAMOL 1 GR AMPOLLA 1000 MG/100 ML SE RECONOCE A \$(28.600*1). PRESTADOR FACTURA \$(33.600*1). SE HACE DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO ACETAMINOFEN 500 MG \$ (104*30).
318	553369	1136276				120-207-207-207	367.865				204.024		2022033197		163841	GLOSA TOTAL, FACTURA EVIDENCIA CODIGO CUM. PRESTADOR NO APORTA ACTA DE COMITÉ TECNICO CIENTIFICO(CTC). SE REGISTRA UN MAYOR VALOR EN LA CANTIDAD DEL MEDICAMENTO NO PBS PARACETAMOL 1 GR AMPOLLA 1000 MG/100 ML SE RECONOCE A \$(28.600*13). PRESTADOR FACTURA \$(33.600*13). SE HACE DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO ACETAMINOFEN 500 MG \$ (104*390).



319	552146	82395				120		4.119				-		2022033197			4119	GLOSA TOTAL, PRESTADOR NO ANEXA ACTA DE COMITÉ TECNICO CIENTIFICO (CTC), SE HACE DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO VANCOMICINA 500 MG/ML POLVO PARA SUSPENSION INYECTABLE \$(6.325*19). MEDICAMENTO NO PBS LINEZOLID 600 MG SOLUCION INYECTABLE CANTIDAD X 19. SE HACE DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO SULFADIAZINA DE PLATA 1% CREMA TOPICA X 30 G (3.569*1). MEDICAMENTO NO PBS COLAGENASA 120 UI/100 GR UNGÜENTO TUBO 40 GR (IRUXOL) CANTIDAD X 1.
320	552227	13848				207-120		1.992				-		2022033197			1992	GLOSA TOTAL, FACTURA EXTEMPORANEA SEGÚN LA LEY 1955 DE 2019. ART 238 EL TIEMPO DE RADICACION ES DE 3 AÑOS POSTERIOR A LA PRESTACION DEL SERVICIO. FECHA PRESTACION DE SERVICIO: 14/10/2015 Y FECHA DE RADICACION: 22/01/2019. PRESTADOR ANEXA SOPORTES: CODIGO CUM 20002046-1 CORRESPONDE A LA TECNOLOGIA EN SALUD FACTURADA. SE HACE DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO FILGRASTIM 10 MG SOLUCIÓN INYECTABLE \$(38.316*5). MEDICAMENTO NO PBS FILGRASTIM 300 MCG/ML SOLUCION INYECTABLE JERINGA PRELLENADA CANTIDAD X 5
321	552230	113880				120-207		18.894				-		2022033197			18894	GLOSA TOTAL, PRESTADOR NO APORTA ACTA DE COMITÉ TECNICO CIENTIFICO(CTC). SE EVIDENCIA INCONSISTENCIA EN LA FACTURA, FECHA DE ADMISION 16/05/2016 Y FECHA DE PRESTACION DE SERVICIO: 19/09/2016. SE HACE DESCUENTO SUSTITUTO CISPLATINO 50 MG AMP 100 ML \$(23.800*2). MEDICAMENTO NO PBS OXALIPLATINO 100GR AMPOLLA CANTIDAD X 2.



322	552231	23480					120-207	7.774					-	2022033197			7774	GLOSA TOTAL, PRESTADOR NO ANEXA SOPORTES. La factura no cumplen con alguno de los requisitos legales; LA TECNOLOGIA NO POS COBRADA EN LA FACTURA DE VENTA NO PRESENTA EL CORRESPONDIENTE CUM; EN CONCORDANCIA CON LA RESOLUCION 4331/2012 "EL PRESTADOR DEBERA IDENTIFICAR EN LA FACTURA DE PRESTACION DE SERVICIOS, EL CODIGO CUM EMITIDO POR EL INVIMA CONLA SIGUIENTE ESTRUCTURA: EXPEDIENTE-CONCECUTIVO-ATC", LO CUAL NO PUEDE SER ASUMIDO POR EL ENTE TERRITORIAL.SEGUN ANEXO TECNICO N° 2 RES 2972 DE 2015 SSDA . FECHA DE ENTREGA 30/09/2016
323	552500	558600					120	27.930					-	2022033197			27930	COBERTURA POS SEGUN RESOLUCION 5592 DEL 2015, ARTICULO 66: ATENCIÓN CON INTERNACIÓN EN SALUD MENTAL PARA LA POBLACIÓN GENERAL. El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC cubre la internación de pacientes con trastorno o enfermedad mental de cualquier tipo durante la fase aguda de su enfermedad o en caso de que esta ponga en peligro su vida o integridad, la de sus familiares o la comunidad. En la fase aguda, la cobertura de la hospitalización podrá extenderse hasta 90 días, continuos o discontinuos por año calendario. En caso de que el trastorno o enfermedad mental ponga en peligro la vida o integridad del paciente, la de sus familiares o la comunidad, la cobertura de la internación será durante el período que considere necesario el o los profesionales tratantes. Según criterio del profesional tratante en salud mental, estos pacientes se manejarán de preferencia en el programa de internación parcial u hospital día, según la normatividad vigente y en servicios debidamente habilitados para tal fin. PARÁGRAFO 1. Para el caso de internación por salud mental, la atención mediante



324	552864	56056				120-207	13.802				11.000		2022033197			2802	POS SEGUN RESOLUCION 6408 DEL 2016, ARTÍCULO 66. ATENCIÓN CON INTERNACIÓN EN SALUD MENTAL PARA LA POBLACIÓN GENERAL. El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC cubre la internación de pacientes con trastorno o enfermedad mental de cualquier tipo durante la fase aguda de su enfermedad o en caso de que esta ponga en peligro su vida o integridad, la de sus familiares o la comunidad. En la fase aguda, la cobertura de la hospitalización podrá extenderse hasta 90 días, continuos o discontinuos por año calendario. En caso de que el trastorno o enfermedad mental ponga en peligro la vida o integridad del paciente, la de sus familiares o la comunidad, la cobertura de la internación será durante el período que considere necesario el o los profesionales tratantes. Según criterio del profesional tratante en salud mental, estos pacientes se manejarán de preferencia en el programa de internación parcial u hospital día, según la normatividad vigente y en servicios debidamente habilitados para tal fin. PARÁGRAFO 1. Para el caso de internación por salud mental, la atención mediante internación total o parcial
325	553656	142545				120-207	13.127				-		2022033197			13127	GLOSA TOTAL, PRESTADOR NO APORTA ACTA DE COMITÉ TECNICO CIENTIFICO(CTC). LA ORDEN MEDICA ES ILEGIBLE. EN CASO DE SUBSANAR VALIDAR LA CANTIDAD DE TECNOLOGIA AUTORIZADAS. TECNOLOGIA EN SALUD ENSURE CANTIDAD X 7, NO EXISTE SIMILAR EN EL PBS.



NTT: 890.102.006-1
Código Postal: 080003
Código DANE: 08-000

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO
atlantico.gov.co

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



326	554452	72474				207-120	29.023					9.042		2022033197		19981	GLOSA TOTAL, PRESTADOR NO ANEXA ACTA DE COMITÉ TÉCNICO CIENTÍFICO (CTC), SE REGISTRA UN MAYOR VALOR COBRADO, MEDICAMENTO NO PBS TICAGRELOR 90 MG TABLETA SE RECONOCE A \$ (3.779*5). PRESTADOR FACTURA A \$(7.345*5). SE HACE DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO WARFARINA SODICA 5MG TABLETA (\$432*5).
327	555355	242186				120-207	29.809					-		2022033197		29809	GLOSA TOTAL, PRESTADOR NO ANEXA ACTA DE COMITÉ TÉCNICO CIENTÍFICO (CTC), SE REGISTRA UN MAYOR VALOR EN LA CANTIDAD DEL MEDICAMENTO NO PBS PARACETAMOL 1 GR AMPOLLA 1000 MG/100 ML SE RECONOCE A \$(28.600*17). PRESTADOR FACTURA \$(33.000*17). SE HACE DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO ACETAMINOFEN 500 MG \$ (104*510). SE HACE DESCUENTO DE MEDICAMENTO DESMOPRESINA ACETATO 4 MG/ML SUSPENSION INYECTABLE \$(19.882*22). MEDICAMENTO NO PBS VASOPRESINA 20 UI/1ML SOLUCION INYECTABLE \$(42.600*22)
328	556927	358140				207-207-120	99.907					15.800		2022033197		84107	SE LEVANTA GLOSA, SE VALIDA FACTURA, SE EVIDENCIA CODIGO CUM TECNOLOGIA EN SALUD ENEMA TRAVAD 133 ML BOLSA CANTIDAD X 1, NO EXISTE SIMILAR EN EL PBS.
329	557586	429852				120	21.492					-		2022033197		21492	SE LEVANTA GLOSA PARCIAL, SE REGISTRA UN MAYOR VALOR COBRADO, TECNOLOGIA EN SALUD GLUCERNA 273 ML SE RECONOCE A \$(10.009*2) PRESTADOR FACTURA A \$ (16.848*2), NO EXISTE SIMILAR EN EL PBS.



330	558536	422372				207-207-120		128.234				91.410		2022033197			36824	POS SEGUN RESOLUCION 6408 DEL 2016, ARTÍCULO 66. ATENCIÓN CON INTERNACIÓN EN SALUD MENTAL PARA LA POBLACIÓN GENERAL. El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC cubre la internación de pacientes con trastorno o enfermedad mental de cualquier tipo durante la fase aguda de su enfermedad o en caso de que esta ponga en peligro su vida o integridad, la de sus familiares o la comunidad. En la fase aguda, la cobertura de la hospitalización podrá extenderse hasta 90 días, continuos o discontinuos por año calendario. En caso de que el trastorno o enfermedad mental ponga en peligro la vida o integridad del paciente, la de sus familiares o la comunidad, la cobertura de la internación será durante el período que considere necesario el o los profesionales tratantes. Según criterio del profesional tratante en salud mental, estos pacientes se manejarán de preferencia en el programa de internación parcial u hospital día, según la normatividad vigente y en servicios debidamente habilitados para tal fin. PARÁGRAFO 1. Para el caso de internación por salud mental, la atención mediante internación total o parcial
331	549499	55447				207		236				236		2022033197			0	GLOSA TOTAL, PRESTADOR NO APORTA ACTA DE COMITÉ TECNICO CIENTIFICO(CTC), TECNOLOGIA EN SALU NEOCATE LCP 400 GR CANTIDAD X 1, NO EXISTE SIMILAR EN EL PBS.
332	551040	304694				207-307		215.066				211.378		2022033197			3688	SE LEVANTA GLOSA PARCIAL, SE VERIFICA SOPORTE DE ADMINISTRACION Y SE VALIDAN 53 FRASCOS DE TECNOLOGIA EN SALUD PULMOCARE (8 ONZAS) \$(10.019*53). SE RECONOCE A PRECIO FACTURADO SE GLOSA LA DIFERENCIA. PRESTADOR FACTURA 76 FRASCOS



333	551495	1451300				207-207		27.006					5.475		2022033197		21531	SE LEVANTA GLOSA, TECNOLOGIA EN SALUD NUTREN PULMONARE 250 ML CANTIDAD X 50, SE RECONOCE A PRECIO DE MERCADO, NO EXISTE SIMILAR EN EL PBS.
334	547554	23700000				207-207		7.276.616					183.916		2022033197		7092700	SE LEVANTA GLOSA PARCIAL, PRESTADOR ANEXA SOPORTES, SE HACE DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO VANCOMICINA 500 MG/ML POLVO PARA SUSPENSION INYECTABLE \$(6.325*28). MEDICAMENTO NO PBS LINEZOLID 600 MG SOLUCION INYECTABLE CANTIDAD X 28
335	560493	634900				207-120		202.468					170.723		2022033197		31745	SE LEVANTA GLOSA PARCIAL, SE HACE DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO PIRANTEL PAMOATO 250 MG/5ML SUSPENSION FRASCO X 15ML \$(1.620*1). MEDICAMENTO NO PBS IVERMECTINA 6 MG/ML 0.6% SOLUCION ORAL 5 ML (GOTAX) CANTIDAD X 1
336	575527	37100				201-120		3.955					2.100		2022033197		1855	GLOSA TOTAL, PRESTADOR NO ANEXA SOPORTE DE ORDEN MEDICA. SE HACE DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO ACETILCISTEINA 300 MG/3 ML SOLUCION INYECTABLE \$(62*28). MEDICAMENTO NO PBS N-ACETILCISTEINA 200 MG GRANULADO SOBRE X 28.



337	576854	255800				120-207-307-307	232.140				199.250	2022033197		32890	GLOSA TOTAL, PRESTADOR NO ANEXA SOPORTES. La factura de venta presenta inconsistencia al no existir la estructura del código CUM completa de la tecnología no pos solicitada, ya que no registra el ATC según la Res. 4331 de 2012 "EL PRESTADOR DEBERA IDENTIFICAR EN LA FACTURA DE PRESTACION DE SERVICIOS, EL CODIGO CUM EMITIDO POR EL INVIMA CON LA SIGUIENTE ESTRUCTURA: EXPEDIENTE-CONSECUTIVO-ATC". La fecha de diligenciamiento del formato de justificación difiere de la formula medica y de la historia clinica. Se reconoceran 48 sobres de N- ACETILCISTEINA 200 MG /3 GR GRANULADO SOPORTADOS EN LA HOJA DE ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS. LO ANTERIOR NO PUEDE SER ASUMIDO POR EL ENTE TERRITORIAL YA QUE NO CUMPLE CON LOS REQUISITOS LEGALES SEGÚN DECRETO 2200 DE 2005, RES. 3951 DE 2016 Y RES. 1479 DE 2015 Y EL ANEXO TÉCNICO # 2 REL 2972 DEL 3 DE JUNIO DE 2015.
338	579086	90700				120-207	53.315				48.778	2022033197		4537	MEDICAMENTO NO PBS LINEZOLID FACTURADO A \$(104.200*24). PRESTADOR FACTURA CANTIDAD X 28. SE GLOSA CANTIDAD X 4. EN CASO DE SUBSANAR ANEXAR SOPORTES. SE HACE DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO VANCOMICINA 500 MG/ML POLVO PARA SUSPENSION INYECTABLE \$(6.235*24).



NTT: 890.102.006-1
Código Postal: 080003
SC-CER27381 Código DANE: 08-000

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO
atlantico.gov.co

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



339	565550	272100					120-207-207	211.576					211.576		2022033197		0	GLOSA TOTAL, PRESTADOR NO ANEXA SOPORTES. Mayor valor cobrado por NO descuento del medicamento similar de I tigeclina 50 mgr ampolla, Se descuenta como similar el AMPICILINA (SAL SODICA) 500 MG DE BASE POLVO PARA INYECCION. SE RECONOCE A PRECIO DE REFERENCIA en \$3030*9=\$27270. EL CUAL SE GLOSA .Fecha de la prestación de servicios 18-11-2016 - \$27270 107 - se realiza glosa por POR CANTIDAD del medicamento NO POS facturado; se Glosa 6 ampollas de TIGECICLINA 50 MGR AMPOLLA Cobrada A \$124900* 6=\$749400, Se evidencia la aplicacion DE 9 AMPOLLAS DESDE los dias 18/11/2016 AL 22/11/2016 valor cobrado \$124900*15=1873500 por cual se Glosa \$1873500-1124100=749400. Fecha de Prestacion del Servicio 18-11-2016 - \$749400
340	568166	301600					207-120	210.080					-		2022033197		210080	GLOSA TOTAL, SE HACE DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO FLUCONAZOL 200 MG AMPOLLA \$(10.500*3).
341	572371	714495					120-207	56.716					20.510		2022033197		36206	GLOSA TOTAL, PRESTADOR NO ANEXA SOPORTES. se realiza glosa por cobertura ya que AMBRISANTAN - TABLETA VOLIBRIS - 5 mg, FACTURADO A VALOR DE \$133227*4=532908; como similar POS el BOSENTAN - TABLETA/CAPSULA - 62,5 MG se reconoce a PRECIO DE REGULACION CIRCULAR 01/2014 en \$202716*4=810864 ; Este valor es mayor que el precio del medicamento NO pos; por lo cual la Tecnología debe ser cubierta por la EPS con cargo a la unidad de pago por capitación art 12 PARAG. 1 Resolución 1479 del 2015. fecha de la prestacion: 09-11-2016



342	584141	362800				207		195.112				195.112		2022033197		0	SE LEVANTA GLOSA PARCIAL, TECNOLOGIA EN SALUD NUTREN PULMONARE 250 ML SE RECONOCE A \$(18.500*4). PRESTADOR FACTURA A \$(25.870*4). NO EXISTE SIMILAR EN EL PBS
343	575386	285400				207-120-207		225.552				225.552		2022033197		0	GLOSA TOTAL, PRESTADOR NO ANEXA ACTA DE COMITÉ TECNICO CIENTIFICO (CTC), SE HACE DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO VANCOMICINA 500 MG/ML POLVO PARA SUSPENSION INYECTABLE \$(6.325*16). MEDICAMENTO NO PBS LINEZOLID 600 MG SOLUCION INYECTABLE CANTIDAD X 16.
344	570109	857394				207-120		379.913				337.044		2022033197		42869	GLOSA TOTAL, PRESTADOR NO APORTA ACTA DE COMITÉ TECNICO CIENTIFICO(CTC), NO SE EVIDENCIA ANEXOS DE FACTURA COMPLETA NI SOPORTE DE ADMINISTRACION. EN LA FACTURA EL CODIGO CUM DESCRITO PARA LA TECNOLOGIA ENTRETOGERMINA PRESENTA INCONSITENCIA. SE HACE DESCUENTO DEL MEDICAMENTO SUSTITUTO LOPERAMIDA 2 MG TAB \$ (95*1), MEDICAMENTO NO PBS ENTEROGERMINA ESPORAS DE BACILLUS CLAUSSEI 2 BILLONES X 5ML AMPOLLA ORAL CANTIDAD X 1. SE REGISTRA UN MAYOR VALOR EN LA TECNOLOGIA EN SALUD NEPRO BP 237 ML (8 ONZAS) SE RECONOCE A \$(21.767* 2). PRESTADOR FACTURA \$(25.342*2), NO EXISTE SIMILAR EN EL PBS.



NTT: 890.102.006-1
Código Postal: 080003
Código DANE: 08-000

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO
atlantico.gov.co

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



345	570288	267540					120-207		54.740					-	2022033197		54740		GLOSA TOTAL, PRESTADOR NO ANEXA ACTA DE COMITÉ TECNICO CIENTIFICO (CTC), EN LA FACTURA SE REGISTRA FECHA DE ADMISION 25/06/2016 - FECHA EGRESO 5/07/2016. SE REGISTRA UN MAYOR VALOR EN LA CANTIDAD, TECNOLOGIA EN SALUD GLUCERNA 237ML SE RECONOCE A \$(11.070* 9). PRESTADOR FACTURA \$(16.848*12), NO EXISTE SIMILAR EN EL PBS
346	572514	221788					207-120		113.108					107.388	2022033197		5720		GLOSA TOTAL, SE EVIDENCIA EN INVIMA QUE LA MEDICAMENTO NO PBS FACTURADO REGISTRA CODIGO CUM INACTIVO 19937871 CON FECHA 2013/09/11. PRESTADOR NO ANEXA ACTA DE COMITÉ CIENTIFO (CTC), NO SE EVIDENCIA EN LA FORMULA MEDICA LA CANTIDAD ORDENADA. EN CASO DE SUBSANAR SE RECONOCE: DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO AMINOFILINA 240 MG/10ML AMPOLLA SOLUCION INYECTABLE \$(2.200) CADA UNO POR LA CANTIDAD AUTORIZADA. MEDICAMENTO NO PBS RACEPINEFRINA 2,25% SOL INHAL CANTIDAD A PRECIO FACTURADO. PRESTADOR FACTURA CANTIDAD X 19.
347	559950	3.849.472					207		218.700					218.700	2022033197		0		GLOSA TOTAL, PRESTADOR NO ANEXA ACTA DE COMITÉ TECNICO CIENTIFICO (CTC), SE HACE DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO SULFADIAZINA DE PLATA 1% CREMA TOPICA X 30 G (3.569*1). MEDICAMENTO NO PBS COLAGENASA 80 UI/100 GR UNGÜENTO TUBO 40 GR CANTIDAD X 1



348	560561	714280					120-207-207	178.794					1.962				2022033197		176832	GLOSA TOTAL, NO SE EVIDENCIA FORMULA MEDICA, PRESTADOR NO ANEXA ACTA DE CTC, SE HACE DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO PIRANTEL PAMOATO 250 MG/5ML SUSPENSION FRASCO X 15ML \$(1.620*2). MEDICAMENTO NO PBS IVERMECTINA 6 MG/ML 0.6% SOLUCION ORAL 5 ML CANTIDAD X 2. FECHA DE PRESTACION DE SERVICIO. 10/10/2016 Y 19/10/2016.
349	563649	362800					207	180.400					180.400				2022033197		0	GLOSA TOTAL, PRESTADOR NO APORTA ACTA DE COMITÉ TECNICO CIENTIFICO(CTC),TECNOLOGIA EN SALUD ENSURE 237 ML SE RECONOCE A PRECIO DE MERCADO ACNTIDAD X 11. TECNOLOGIA L GLUTAMINA 15GR SOBRE GLURESTAR CANTIDAD X 14 SE RECONOCE A PRECIO DE MERCADO, NO EXISTE SIMILAR EN EL PBS.
350	564471	316260					208-207-207	65.765					29.967				2022033197		35798	GLOSA TOTAL, PRESTADOR NO ANEXA ACTA DE COMITÉ TECNICO CIENTIFICO (CTC). SE HACE DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO ACETILCISTEINA 300 MG/3 ML SOLUCION INYECTABLE \$(62*16). MEDICAMENTO NO PBS N-ACETILCISTEINA 200 MG GRANULADO SOBRE X 16. TECNOLOGIA EN SALUD L GLUTAMINA 15GR SOBRE GLURESTAR CANTIDAD X 28 SE RECONOCE A PRECIO DE MERCADO, NO EXISTE SIMILAR EN EL PBS. FECHA PRESTACION 11/01/2017 A 30/01/2017.
351	564489	18664					207-207-120-207-120-207	10.396					-				2022033197		10396	GLOSA TOTAL, SE EVIDENCIA EN LA FACTURA QUE EL USUARIO CORRESPONDE A OTRO ENTE TERRITORIAL. USUARIO REGISTRA ADRES DISTRITO DE BARRANQUILLA.



352	564535	218840				207-207-307		158.145				117.370		2022033197		40775	GLOSA TOTAL, FACTURA NO REGISTRA CODIGO CUM. NO SE EVIDENCIA ACTA DE CTC, PRESTADOR FACTURA MEDICAMENTO NO PBS LINEZOLID 600 MG SOLUCION INYECTABLE CANTIDAD X 12 AMPOLLAS. SE EVIDENCIA LA APLICACIÓN DE SOLOS 10 AMPOLLAS, FACTURADA A \$(104.200*10). SE HACE DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO VANCOMICINA 500 MG/ML POLVO PARA SUSPENSION INYECTABLE \$(6.235*10).
353	566844	148.620				207		15.900				15.900		2022033197		0	GLOSA TOTAL, PRESTADOR NO ANEXA SOPORTES. Se realiza devolución por inconsistencia en los soportes. Falta hoja de droga que justifique el cobro de la formula nutricional cobrada ensure lata de 237 ml #33. Se verifican soportes y se evidencia enmendadura en fecha de solicitud de la tecnología no pbs en formula medica y fecha de solicitud de la tecnología no pos.Diferencia entre la fecha de la solicitud registrada en myt y formula medica y formato de justificacion de la tecnologia no pbs. No cumple anexo tecnico numero 2 resolucion 2972 del 3 de junio de 2015, resolución 3615 del 2005, resolución 5395/13,resolucion 1479 del 2015.
354	555962	997254				507		936.700				295.072		2022033197		641628	SE LEVANTA GLOSA, TECNOLOGIA EN SALUD ENSURE PLUS HN 237 ML SE RECONOCE A PRECIO DE MERCADO CANTIDAD X 34, NO EXISTE SIMILAR EN EL PBS. NIVEL 1 SISBEN NO CANCELA CUOTA DE RECUPERACION SEGÚN DECRETO 780/2016.
355	570550	5980				120-207		1.760				1.461		2022033197		299	SE LEVANTA GLOSA, TECNOLOGIA EN SALUD ENSURE PLUS HN 237 ML SE RECONOCE A PRECIO DE MERCADO ACNTIDAD X 14, NO EXISTE SIMILAR EN EL PBS. NIVEL 1 SISBEN NO CANCELA CUOTA DE RECUPERACION SEGÚN DECRETO 780/2016.



356	586141	415170					207-307-120-120	134.833					134.833				2022033197		0	SE LEVANTA GLOSA PARCIAL, SE REGISTRA UN MAYOR VALOR COBRADO, TECNOLOGIA EN SALUD GLUCERNA 273 ML SE RECONOCE A \$(10.009*5) PRESTADOR FACTURA A \$ (16.848*5), NO EXISTE SIMILAR EN EL PBS.
357	555900	68000					207-307	30.368					-				2022033197		30368	GLOSA TOTAL, PRESTADOR NO ANEXA ACTA DE COMITÉ TECNICO CIENTIFICO (CTC), SE EVIDENCIA CODIGO CUM 19929840 EN FACTURA. SE HACE DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO CICLOFOSFAMIDA 500 MG POLVO PARA INYECCIÓN \$(32.711*1). MEDICAMENTO NO PBS LEVOSIMEDAN FRASCO AMPOLLA 2.5 (DAXIM) CANTIDAD X 1. TARIFA REGULADA SEGÚN CIRCULAR 01/2016
358	575475	9106595					207-207-120-207-207	1.003.357					189.437				2022033197		813920	GLOSA TOTAL, PRESTADOR NO ANEXA SOPORTES. La factura no cumplen con alguno de los requisitos legales; LA TECNOLOGIA NO POS COBRADA EN LA FACTURA DE VENTA NO PRESENTA EL CORRESPONDIENTE CUM; EN CONCORDANCIA CON LA RESOLUCION 4331/2012 "EL PRESTADOR DEBERA IDENTIFICAR EN LA FACTURA DE PRESTACION DE SERVICIOS, EL CODIGO CUM EMITIDO POR EL INVIMA CON LA SIGUIENTE ESTRUCTURA: EXPEDIENTE-CONCECUTIVO-ATC", LO CUAL NO PUEDE SER ASUMIDO POR EL ENTE TERRITORIAL.SEGUN ANEXO TECNICO N° 2 RES 2972 DE 2015 SSDA . FECHA DE ENTREGA 28/10/2016
359	589811	4329879					507	4.329.879					4.329.879				2022033197		0	GLOSA TOTAL, PRESTADOR NO ANEXA ACTA DE COMITÉ TECNICO CIENTIFICO (CTC), PRESTADOR ANEXA EN LA FACTURA CODIGO CUM, SE HACE DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO VANCOMICINA 500 MG/ML POLVO PARA SUSPENSION INYECTABLE \$(6.325*5). MEDICAMENTO NO PBS LINEZOLID 600 MG SOLUCION INYECTABLE CANTIDAD X 5



360	590093	1087452				207-207		356.594				356.594		2022033197			0	GLOSA TOTAL, PRESTADOR NO ANEXA ACTA DE COMITÉ TÉCNICO CIENTÍFICO (CTC), FACTURA REGISTRA CODIGO CUM, SE HACE DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO PIRANTEL PAMOATO 250 MG/5ML SUSPENSION FRASCO X 15ML \$(1.620*1). MEDICAMENTO NO PBS IVERMECTINA 6 MG/ML 0.6% SOLUCION ORAL 5 ML CANTIDAD X 1
361	591687	142700				507		142.700				142.700		2022033197			0	GLOSA TOTAL, PRESTADOR NO APORTA ACTA DE COMITÉ TÉCNICO CIENTÍFICO(CTC). NO SE EVIDENCIA FORMULA MEDICA, FACTURA EVIDENCIA CODIGO CUM. SE HACE DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO MEROPENEM 1 G AMPOLLA (\$56.140*1). MEDICAMENTO NO PBS ERTAPENEM 1 GR AMPOLLA CANTIDAD X 1.
362	592470	5278161				507		5.278.161				5.278.161		2022033197			0	SE LEVANTA GLOSA, TECNOLOGIA EN SALUD ENSURE 237 ML SE RECONOCE A PRECIO DE MERCADO CANTIDAD X 2, NO EXISTE SIMILAR EN EL PBS.
363	599373	8093276				507		8.093.276				8.093.276		2022033197			0	SE LEVANTA GLOSA, TECNOLOGIA EN SALUD ENSURE 237 ML SE RECONOCE A PRECIO DE MERCADO CANTIDAD X 25, NO EXISTE SIMILAR EN EL PBS.
364	599376	8226648				507		8.226.648				8.226.648		2022033197			0	GLOSA TOTAL, FACTURA EXTEMPORANEA SEGÚN LOS TERMINOS ESTIPULADOS EN LA LEY 1955 DE 2019, SI EL INCUMPLIMIENTO DE LOS TERMINOS EN MENCION FUE RESPONSABILIDAD DE LA EPS, EL VALOR DE LA FACTURA SE SUBROGA A DICHA ENTIDAD ART 238. FECHA PRESTACION DE SERVICIO: 17/05/2016 Y FECHA DE RADICACION: 19/11/2019. PRESTADOR NO APORTA ACTA DE COMITÉ TÉCNICO CIENTÍFICO(CTC), SE HACE DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO MEROPENEM 1 G AMPOLLA (\$56.140*8). MEDICAMENTO NO PBS ERTAPENEM 1 GR AMPOLLA CANTIDAD X 8.



365	599385	4750809				507	4.750.809				4.750.809		2022033197			0	GLOSA TOTAL, FACTURA EXTEMPORANEA SEGÚN LOS TERMINOS ESTIPULADOS EN LA LEY 1955 DE 2019, SI EL INCUMPLIMIENTO DE LOS TERMINOS EN MENCION FUE RESPONSABILIDAD DE LA EPS, EL VALOR DE LA FACTURA SE SUBROGA A DICHA ENTIDAD ART 238. FECHA PRESTACION DE SERVICIO: 20/06/2016 Y FECHA DE RADICACION: 20/12/2019. PRESTADOR NO APORTA ACTA DE COMITÉ TÉCNICO CIENTIFICO(CTC), SE REGISTRA UN MAYOR VALOR EN LA CANTIDAD DEL MEDICAMENTO NO PBS PARACETAMOL 1 GR AMPOLLA 1000 MG/100 ML SE RECONOCE A \$(28.600*29). PRESTADOR FACTURA \$(55.447*29). SE HACE DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO ACETAMINOFEN 500 MG \$ (104*870).
366	599389	2462648				507	2.462.648				2.462.648		2022033197			0	GLOSA TOTAL, SE EVIDENCIA QUE USUARIO CORRESPONDE A OTRO PAGADOR. MUNICIPIO BARRANQUILLA. USUARIO REGISTRA ACTUAL ADRES AFILIADO FALLECIDO DEL MUNICIPIO DE BARRANQUILLA FECHA DE AFILIACION 1/01/2016. FECHA DE FINALIZACION DE AFILIACION 2/08/2016.



367	599425	5468850				507	5.468.850				5.468.850	2022033197	0	GLOSA TOTAL, FACTURA EXTEMPORANEA SEGÚN LOS TERMINOS ESTIPULADOS EN LA LEY 1955 DE 2019, SI EL INCUMPLIMIENTO DE LOS TERMINOS EN MENCION FUE RESPONSABILIDAD DE LA EPS, EL VALOR DE LA FACTURA SE SUBROGA A DICHA ENTIDAD ART 238. FECHA PRESTACION DE SERVICIO: 11/07/2016 Y FECHA DE RADICACION: 20/12/2019. EN EL INVIMA SE ENCUENTRA REGISTRADO COMO FITOTERAPEUTICO: HARPAGOFITO TABLETA, POR LO TANTO NO PUEDE SER PAGADA CON LOS RECURSOS DEL PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD. LAS EPS O LAS ENTIDADES QUE HAGAN SUS VECES PODRÁN INCLUIR LA UTILIZACIÓN DE MEDICINAS Y TERAPIAS ALTERNATIVAS RESOLUCION 5592/2015 ART 29
368	592387	11458				849	11.458				11.458	2022033197	0	GLOSA TOTAL, FACTURA EXTEMPORANEA SEGÚN LOS TERMINOS ESTIPULADOS EN LA LEY 1955 DE 2019, SI EL INCUMPLIMIENTO DE LOS TERMINOS EN MENCION FUE RESPONSABILIDAD DE LA EPS, EL VALOR DE LA FACTURA SE SUBROGA A DICHA ENTIDAD ART 238. FECHA PRESTACION DE SERVICIO: 08/08/2016 Y FECHA DE RADICACION: 20/12/2019. PRESTADOR NO APORTA ACTA DE COMITÉ TECNICO CIENTIFICO(CTC). SE HACE DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO ACETILCISTEINA 300 MG/3 ML SOLUCION INYECTABLE \$(62*15). MEDICAMENTO NO PBS N-ACETILCISTEINA 200 MG GRANULADO SOBRE X 15. SE HACE DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO MEROPENEM 1 G AMPOLLA (\$56.140*40). MEDICAMENTO NO PBS DORIPENEM 500 GR AMPOLLA CANTIDAD X 40.



NTT: 890.102.006-1
Código Postal: 080003
Código DANE: 08-000

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO
atlantico.gov.co

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



369	596615	471250				207-207		145.183				-		2022033197		145183	GLOSA TOTAL, FACTURA EXTEMPORANEA SEGÚN LOS TERMINOS ESTIPULADOS EN LA LEY 1955 DE 2019, SI EL INCUMPLIMIENTO DE LOS TERMINOS EN MENCION FUE RESPONSABILIDAD DE LA EPS, EL VALOR DE LA FACTURA SE SUBROGA A DICHA ENTIDAD ART 238. FECHA PRESTACION DE SERVICIO: 12/08/2016 Y FECHA DE RADICACION: 20/12/2019.
370	561149	432840				207		170.124				-		2022033197		170124	GLOSA TOTAL, SE HACE DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO CANTIDAD X 1
371	573855	12025				207		1.749				-		2022033197		1749	GLOSA TOTAL. IPS ACEPTA DESCUENTO DE SUSTITUTO. MEDICAMENTO NO PBS FOSFATO DE SODIO 16% + BIFOSFATO SODICO 6% ENEMA RECTAL 133 ML (TRAVAD).
372	578429	410210				207-207-307		191.296				191.296		2022033197		0	GLOSA TOTAL, PRESTADOR NO ANEXA SOPORTES. AUSENCIA DEL SOPORTE DONDE REGISTRE APLICACIÓN DE LA TECNOLOGIA SUGAMMANDEX 500 MG AMP (1) (BRIDIUM). SI SE SUBSANA EL MOTIVO DE OBJECCION, SE RECONOCE LA TECNOLOGIA AL VALOR REFERENCIAL \$370.819 C/U LA DIFERENCIA \$232.481 FACTURA NO REGISTRA DESCUENTO DEL SIMILAR POS SE RECONOCE EL MEDICAMENTO PROTAMINA AMP 5000 UI VALOR REFERENCIAL \$16.450 C/U X1 AMP IPS ACEPTA
373	597544	235.230				207		14.730				14.730		2022033197		0	GLOSA TOTAL, PRESTADOR ACEPTA DESCUENTO DE SUSTITUTO



374	598669	198000				207-207	94.860				38.880		2022033197			55980	SE LEVANTA GLOSA PARCIAL, EN EL INVIMA SE ENCUENTRA REGISTRADO COMO FITOTERAPEUTICO: FITOSTIMOLINE (TRITICUM VULGARE) CREMA COBRADO A \$(65.215*1), POR LO TANTO NO PUEDE SER PAGADA CON LOS RECURSOS DEL PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD. LAS EPS O LAS ENTIDADES QUE HAGAN SUS VECES PODRÁN INCLUIR LA UTILIZACIÓN DE MEDICINAS Y TERAPIAS ALTERNATIVAS RESOLUCION 5592/2015 ART 29. SE HACE DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO MIDAZOLAM 5 MG AMPOLLA \$ (6.921*70). MEDICAMENTO NO PBS DEXMEDETOMIDINA (PRECEDEX) FRASCO AMPOLLA 100 MCG SE RECONOCE A PRECIO DE MERCADO \$(119.810*70). PRESTADOR FACTURA A \$(146.893*70). TECNOLOGIA EN SALUD PULMOCARE 237 ML (8 ONZAS) \$(11.744*28)), NO EXISTE SIMILAR EN EL PBS.
375	551027	362800				207	208.780				208.780		2022033197			0	GLOSA TOTAL, FACTURA EXTEMPORANEA SEGÚN LOS TERMINOS ESTIPULADOS EN LA LEY 1955 DE 2019, SI EL INCUMPLIMIENTO DE LOS TERMINOS EN MENCION FUE RESPONSABILIDAD DE LA EPS, EL VALOR DE LA FACTURA SE SUBROGA A DICHA ENTIDAD ART 238 NUMERAL 7 LEY 1955. PRESTADOR NO APORTA ACTA DE COMITÉ TECNICO CIENTIFICO(CTC). SE HACE DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO CLOTRIMAZOL 1% CREMA TOPICA \$(3.428*2). MEDICAMENTO NO PBS BETAMETASONA 0.04 GR + CLOTRIMAZOL 1 GR + NEOMICINA 0.5 GR CREMA 40 GR CANTIDAD X 2. TECNOLOGIA EN SALUD DERMAGRAN CANTIDAD X 1, NO EXISTE SIMILAR EN EL PBS . FECHA DE PRESTACION DE SERVICIO: 05/02/2015. FECHA DE RADICACION: 20/11/2019



376	551046	625200				207		162.474				52.500		2022033197			109974	GLOSA TOTAL, FACTURA EXTEMPORANEA SEGÚN LA LEY 1955 DE 2019. ART 238 EL TIEMPO DE RADICACION ES DE 3 AÑOS POSTERIOR A LA PRESTACION DEL SERVICIO. FECHA PRESTACION DE SERVICIO: 08/02/2015 Y FECHA DE RADICACION: 20/11/2019.PRESTADOR NO APORTA ACTA DE COMITÉ TECNICO CIENTIFICO(CTC). PRESTADOR NO REGISTRA EN LA FACTURA CODIGO CUM DEL MEDICAMENTO. SE EVIDENCIA QUE DENTRO DE LO FACTURADO EL VALOR DEL MEDICAMENTO SUSTITUTO DICLOFENACO SODICO 50 MG TAB \$(113*30) SUPERA EL VALOR DEL MEDICAMENTO NO PBS KETOPROFENO 100 MG / 2 ML SOLUCION INYECTABLE \$(1.064*1) POR LO TANTO ES COBERTURA POS Y DEBE SER ASUMIDO POR LA EPS.
377	569692	10576296				207-307		3.545.520				2.448.288		2022033197			1097232	GLOSA TOTAL, PRESTADOR NO APORTA ACTA DE COMITÉ TECNICO CIENTIFICO(CTC). SE REGISTRA UN MAYOR VALOR EN LA CANTIDAD DEL MEDICAMENTO NO PBS PARACETAMOL 1 G/100 ML AMPOLLA SE RECONOCE A \$(28.600*3). PRESTADOR FACTURA \$(55.447*3). SE HACE DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO ACETAMINOFEN 500 MG \$(104*90).



378	576026	39000				207-307-207		38.624				-		2022033197		38624	GLOSA TOTAL, SE EVIDENCIA EN LA FACTURA QUE EL USUARIO CORRESPONDE A OTRO ENTE TERRITORIAL. USUARIO REGISTRA ADRES DISTRITO DE BARRANQUILLA. PRESTADOR NO APORTA ACTA DE COMITÉ TECNICO CIENTIFICO(CTC). NO SE EVIDENCIA HOJA DE ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTO. SE REGISTRA UN MAYOR VALOR EN LA CANTIDAD DEL MEDICAMENTO NO PBS PARACETAMOL 1 G/100 ML AMPOLLA SE RECONOCE A \$(28.600*1). PRESTADOR FACTURA \$(55.447*1). SE HACE DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO ACETAMINOFEN 500 MG \$ (104*30). FECHA DE PRESTACION DE SERVICIO: 22/11/2015
379	576031	49500				307-207		42.600				42.600		2022033197		0	GLOSA TOTAL, FACTURA EXTEMPORANEA SEGÚN LA LEY 1955 DE 2019. ART 238 EL TIEMPO DE RADICACION ES DE 3 AÑOS POSTERIOR A LA PRESTACION DEL SERVICIO. FECHA PRESTACION DE SERVICIO: 08/09/2015 Y FECHA DE RADICACION: 22/01/2019. PRESTADOR NO APORTA ACTA DE COMITÉ TECNICO CIENTIFICO(CTC). SE HACE DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO PEGFILGRASTIM 10 MG SOLUCIÓN INYECTABLE \$(38.316*5). MEDICAMENTO NO PBS FILGRASTIM 300 MCG/ML SOLUCION INYECTABLE JERINGA PRELLENADA CANTIDAD X 5.



380	600598	76368				207		26.368				26.368		2022033197			0	GLOSA TOTAL, FACTURA EXTEMPORANEA SEGÚN LA LEY 1955 DE 2019. ART 238 EL TIEMPO DE RADICACION ES DE 3 AÑOS POSTERIOR A LA PRESTACION DEL SERVICIO. FECHA PRESTACION DE SERVICIO: 19/09/2015 Y FECHA DE RADICACION: 06/12/2018. PRESTADOR NO APORTA ACTA DE COMITÉ TECNICO CIENTIFICO(CTC). SE REGISTRA UN MAYOR VALOR COBRADO EN CANTIDAD, SEGUN FORMULA MEDICA SE EVIDENCIA ORDEN TECNOLOGIA L GLUTAMINA 15GR SOBRE GLURESTAR ORDENADA CANTIDAD X 36 \$(14.700*36). PRESTADOR FACTURA CANTIDAD X 75 Y ADMINISTRA 75, NO EXISTE SIMILAR EN EL PBS.
381	600601	28800				207-207		19.232				7.352		2022033197			11880	GLOSA TOTAL, FACTURA EXTEMPORANEA SEGÚN LOS TERMINOS ESTIPULADOS EN LA LEY 1955 DE 2019, SI EL INCUMPLIMIENTO DE LOS TERMINOS EN MENCION FUE RESPONSABILIDAD DE LA EPS, EL VALOR DE LA FACTURA SE SUBROGA A DICHA ENTIDAD ART 238 NUMERAL 7 LEY 1955. FECHA PRESTACION DE SERVICIO: 17/09/2015 Y FECHA DE RADICACION: 06/12/2018. PRESTADOR NO APORTA ACTA DE COMITÉ TECNICO CIENTIFICO(CTC). PRESTADOR NO REGISTRA EN LA FACTURA CODIGO CUM DEL MEDICAMENTO. SE REGISTRA UN MAYOR VALOR COBRADO, MEDICAMENTO NO PBS COLISTIMETATO DE SODIO COLISTINA 2.000.000 UI MG AMPOLLA SE RECONOCE A \$(239.611*9). PRESTADOR FACTURA A \$(264.426*9). SE HACE DESCUENTO DE SUSTITUTO VANCOMICINA 500MG POVO SOLUCION INY \$(8.925*9)



382	601715	46000				207-207		8.504				-		2022033197			8504	GLOSA TOTAL, PRESTADOR ANEXA SOPORTES INCOMPLETOS, SOLO ANEXA FACTURA DE VENTA N° 532544, NO SE EVIDENCIA ACTA DE COMITÉ TECNICO CIENTIFICO(CTC), NO APORTA ORDEN MEDICA, NO APORTA HOJA DE ADMINISTRACION DE MEDICAMENTO, NO APORTA ADRES, NO APORTA IDENTIFICACION DEL USUARIO. EN CASO DE SUBSANAR LA GLOSA. SE REGISTRA UN MAYOR VALOR COBRADO, MEDICAMENTO NO PBS IFOSFAMIDA 1G SOLUCION INYECTABLE SE RECONOCE A (66.780*12). PRESATDOR FACTURA A \$(87.500*12). SE HACE DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO MELFALAN 2 MG TABLETA RECUBIERTAS \$ (248*360).
383	563040	109124				208		38.800				-		2022033197			38800	GLOSA TOTAL, PRESTADOR ANEXA SOPORTES INCOMPLETOS, NO SE EVIDENCIA ACTA DE COMITÉ TECNICO CIENTIFICO(CTC), NO APORTA ORDEN MEDICA, NO APORTA HOJA DE ADMINISTRACION DE MEDICAMENTO, EN CASO DE SUBSANAR LA GLOSA. SE REGISTRA UN MAYOR VALOR COBRADO, MEDICAMENTO NO PBS UROMITEXAN 400 MG AMP X 4 ML (MESNA) SE RECONOCE A \$(16.806*20). PRESTADOR FACTURA A \$(25.000*20). SE HACE DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO FOLINATO DE CALCIO 500MG AMP \$(10.349*20)



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

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO
atlantico.gov.co

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



384	561998	362800				507	362.800				362.800		2022033197		0	GLOSA TOTAL, FACTURA EXTEMPORANEA SEGÚN LOS TERMINOS ESTIPULADOS EN LA LEY 1955 DE 2019, SI EL INCUMPLIMIENTO DE LOS TERMINOS EN MENCION FUE RESPONSABILIDAD DE LA EPS, EL VALOR DE LA FACTURA SE SUBROGA A DICHA ENTIDAD ART 238 NUMERAL 7 LEY 1955. FECHA PRESTACION DE SERVICIO: 11/11/2015 Y FECHA DE RADICACION: 06/12/2018. PRESTADOR NO APORTA ACTA DE COMITÉ TECNICO CIENTIFICO(CTC). SE REGISTRA UN MAYOR VALOR COBRADO EN CANTIDAD, SEGUN FORMULA MEDICA SE ORDENA CANTIDAD X 7 Y PRESTADOR FACTURA 8. PRESTADOR NO APORTA HOJA DE ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS, SE HACE DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO MEROPENEM 1 G AMPOLLA (\$56.140*7). MEDICAMENTO NO PBS ERTAPENEM 1 GR AMPOLLA \$(90.700*7). SE REGISTRA EN EL INVIMA QUE EL MEDICAMENTO NO PBS TRAVAD ORAL 133 ML REGISTRADO CON CUM 19906526- 01 SE ENCUENTRA INACTIVO DESDE LA FECHA 2010/11/17. PRESTADOR FACTURO CANTIDAD X 1 A PRECIO \$(11.740*1), NO EXISTE SIMILAR EN EL PBS.
-----	--------	--------	--	--	--	-----	---------	--	--	--	---------	--	------------	--	---	---



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

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO
atlantico.gov.co

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



385	564148	55447				207-207		40.847				29.967		2022033197			10880	GLOSA TOTAL, PRESTADOR NO APORTA ACTA DE COMITÉ TECNICO CIENTIFICO(CTC). FACTURA NO REGISTRA CODIGO CUM DE LOS MEDICAMENTOS, EN CASO DE SUBSANAR, SE REGISTRA UN MAYOR VALOR COBRADO EN CANTIDAD, MEDICAMENTO NO PBS COLAGENASA 120 UI/100 GR UNGÜENTO TUBO 40 GR (IRUXOL) \$(135.400*2). PRESTADOR FACTURA CANTIDAD X 2. SE HACE DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO SULFADIAZINA DE PLATA 1% CREMA TOPICA X 30 G (3.569*2). TECNOLOGIA L GLUTAMINA 15GR SOBRE GLURESTAR CANTIDAD X 8 SE RECONOCE A PRECIO DE MERCADO, NO EXISTE SIMILAR EN EL PBS.
386	564195	181400				507		181.400				181.400		2022033197			0	GLOSA TOTAL, PRESTADOR NO APORTA ACTA DE COMITÉ TECNICO CIENTIFICO(CTC). SE REGISTRA UN MAYOR VALOR COBRADO, MEDICAMENTO NO PBS UROMITEXAN 400 MG AMP X 4 ML (MESNA) SE RECONOCE A \$(16.806*16). PRESTADOR FACTURA A \$(25.000*16). SE HACE DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO FOLINATO DE CALCIO 500MG AMP \$(10.349*16)



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

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO
atlantico.gov.co

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



387	565843	166341				207		112.341				89.901		2022033197			22440	GLOSA TOTAL. PRESTADOR NO APORTA ACTA DE COMITÉ TECNICO CIENTIFICO(CTC). SE REGISTRA UN MAYOR VALOR EN LA CANTIDAD DEL MEDICAMENTO NO PBS PARACETAMOL 1 GR AMPOLLA 1000 MG/100 ML SE RECONOCE A \$(28.600*9). PRESTADOR FACTURA \$(55.447*9). SE HACE DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO ACETAMINOFEN 500 MG \$ (104*270). SE HACE DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO MEROPENEM 1 G AMPOLLA (\$56.140*6). MEDICAMENTO NO PBS ERTAPENEM 1 GR AMPOLLA \$(90.700*6). SE EVIDENCIA QUE EL MEDICAMENTO SUSTITUTO ACICLOVIR 200 MG TAB \$(115*60). SUPERA EL VALOR DEL MEDICAMENTO NO PBS ACICLOVIR 5% UNGÜENTO TOPICO TUBO 15 GR FACTURADO A (3.000*2), POR LO TANTO, ES COBERTURA POS Y DEBE SER ASUMIDO POR LA EPS.
-----	--------	--------	--	--	--	-----	--	---------	--	--	--	--------	--	------------	--	--	-------	--



388	525786	881358				507	881.358				881.358	2022033197	0	ACTA DE COMITÉ TÉCNICO CIENTÍFICO(CTC). SE REGISTRA UN MAYOR VALOR EN LA CANTIDAD DEL MEDICAMENTO NO PBS COLISTIMETATO DE SODIO COLISTINA 1.000.000 UI MG AMPOLLA SE RECONOCE A \$(82.600*3). PRESTADOR FACTURA \$(140.458*3). SE HACE DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO VANCOMICINA 500MG POVO SOLUCION INY \$(8.925*3). SE REGISTRA UN MAYOR VALOR EN LA TECNOLOGIA EN SALUD NEPRO BP 237 ML (8 ONZAS) SE RECONOCE A \$(21.767* 60). PRESTADOR FACTURA \$(25.342*60), NO EXISTE SIMILAR EN EL PBS. SE REGISTRA UN MAYOR VALOR COBRADO EN CANTIDAD, MEDICAMENTO NO PBS RIVAROXABAN 15 MG TABLETA \$(5.439*24). PRESTADOR FACTURA CANTIDADA X 28. SE HACE DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO WARFARINA SODICA 5MG TABLETA \$(432*24). EN LA FACTURA NO SE EVIDENCIA SOPORTE DE ADMINISTRACION PARA LAS TECNOLOGIA EN SALUD NUTREN 1,5, PRESATDOR NO ANEXA ORDEN MEDICA PARA LA TECNOLOGIA EN SALUD FACTURADA NUTREN 1,5. PRESTADOR FACTURA TECNOLOGIA EN SALUD NUTREN
-----	--------	--------	--	--	--	-----	---------	--	--	--	---------	------------	---	--



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

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO
atlantico.gov.co

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



389	550991	468350				507-507	468.350			468.350	2022033197	0	GLOSA TOTAL, PRESTADOR NO APORTA ACTA DE COMITÉ TECNICO CIENTIFICO(CTC). EXISTE INCONSISTENCIA EN LOS SOPORTES DE LA FACTURA QUE EVIDENCIAN LA CONSULTA, INTERCONSULTA Y/O VISITA MÉDICA. FACTURA 554199 CON FECHA DE ADMISION 16/02/2016 – FECHA DE EGRESO 22/02/2016. PRESTADOR FACTURA MEDICAMENTO NO PBS FILGRASTIM 300 MCG/ML SOLUCION INYECTABLE JERINGA PRELENADA CANTIDAD X 2. SE HACE DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO PEGFILGRASTIM 10 MG SOLUCIÓN INYECTABLE \$(38.316*2). MEDICAMENTO NO PBS FILGRASTIM 300 MCG/ML SOLUCION INYECTABLE JERINGA PRELENADA CANTIDAD X 2. INCONSISTENCIAS ANEXADAS POR EL PRESTADOR 1) ORDEN MEDICA CON FECHA DE 31/08/2015, 2) ORDEN MEDICA CON FECHA 07/09/2015. 3) FORMATO DE ENTREGA CON FECHA 08/09/2015 CANTIDAD X 5. EN CASO DE SUBSANAR LA GLOSA Y PRESTADOR ANEXE DOCUMENTACION SE CANCELARÁ CANTIDAD X 2
390	556676	11.740				207	3.000			-	2022033197	3000	GLOSA TOTAL, PRESTADOR NO APORTA ACTA DE COMITÉ TECNICO CIENTIFICO(CTC). SE REGISTRA UN MAYOR VALOR EN LA TECNOLOGIA EN SALUD GLUCERNA 237ML SE RECONOCE A \$(11.070* 5). PRESTADOR FACTURA \$(16.848*5), NO EXISTE SIMILAR EN EL PBS



NTT: 890.102.006-1
Código Postal: 080003
Código DANE: 08-000

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO
atlantico.gov.co

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



391	556886	11.740				207		3.000				-		2022033197			3000	GLOSA TOTAL, PRESTADOR APORTA ACTA DE COMITÉ TECNICO CIENTIFICO(CTC) CON FECHA DE ELABORACION 27/01/2016. EXISTE INCONSISTENCIA EN LOS SOPORTES DE LA FACTURA QUE EVIDENCIAN LA CONSULTA, INTERCONSULTA Y/O VISITA MÉDICA. FACTURA 554667 CON FECHA DE INGRESO 24/02/2016 – FECHA DE EGRESO 27/02/2016. PRESTADOR NO APORTA FORMULA MEDICA CON FECHA 25/01/2016. SE HACE DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO PEGFILGRASTIM 10 MG SOLUCIÓN INYECTABLE \$(38.316*5). MEDICAMENTO NO PBS FILGRASTIM 300 MCG/ML SOLUCION INYECTABLE JERINGA PRELLENADA CANTIDAD X 5. SE EVIDENCIA UNA ENTREGA DE MEDICAMENTO CON FECHA DE PRESTACION 27/02/2016
392	569364	27445				207-207		5.595				2.160		2022033197			3435	GLOSA TOTAL, PRESTADOR NO APORTA ACTA DE COMITÉ TECNICO CIENTIFICO(CTC). TECNOLOGIA EN SALUD NUTREN 1.5 LATA CANTIDAD X 28. NO EXISTE SIMILAR EN EL PBS
393	569695	620176				207		606.672				52.800		2022033197			553872	GLOSA TOTAL, PRESTADOR NO APORTA ACTA DE COMITÉ TECNICO CIENTIFICO(CTC). SE REGISTRA UN MAYOR VALOR EN LA TECNOLOGIA EN SALUD NEPRO BP 237 ML (8 ONZAS) SE RECONOCE A \$(21.767* 10). PRESTADOR FACTURA \$(25.342*10), NO EXISTE SIMILAR EN EL PBS.



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

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO
atlantico.gov.co

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



394	575634	16500				207-207		5.595				5.595		2022033197		0	GLOSA TOTAL, PRESTADOR NO APORTA ACTA DE COMITÉ TECNICO CIENTIFICO(CTC). MEDICAMENTO NO PBS DEXMEDETOMIDINA (PRECEDEX) FRASCO AMPOLLA 100 MCG SE RECONOCE A PRECIO DE MERCADO \$(119.810*14). PRESTADOR FACTURA A \$(146.893*14).SE HACE DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO MIDAZOLAM 5 MG AMPOLLA \$ (6.921*14). SE REGISTRA UN MAYOR VALOR COBRADO EN CANTIDAD, TECNOLOGIA EN SALUD PULMOCARE 237 ML (8 ONZAS) \$(11.744*14), PRESTADOR FACTURA CANTIDAD X 18. NO EXISTE SIMILAR EN EL PBS.
395	606583	5820				107-207		3.910				3.910		2022033197		0	GLOSA TOTAL, NO SE EVIDENCIA ACTA DE COMITÉ TECNICO CIENTIFICO(CTC), NO APORTA EN LA HOJA DE ADMINISTRACION LA CANTIDAD SUMINISTRADA AL USUARIO, PRESTADOR FACTURA CANTIDAD X 2, EN CASO DE SUBANAR SE HACE DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO SULFADIAZINA DE PLATA 1% CREMA TOPICA X 30 G (3.569*2). MEDICAMENTO NO PBS COLAGENASA 80 UI/100 GR UNGÜENTO TUBO 40 GR CANTIDAD X 2
396	598672	10624292				307-523-507		10.624.292				10.624.292		2022033197		0	GLOSA TOTAL, PRESTADOR NO APORTA ACTA DE COMITÉ TECNICO CIENTIFICO(CTC) PARA EVIDENCIAR LO AUTORIZADO DE LO ORDENADO POR EL MEDICO TRATANTE. PRESTADOR ANEXA ORDENES MEDICA INCOMPLETAS. EN LA FACTURA DE VENTA SE REGISTRA UN MAYOR VALOR EN LA CANTIDAD DEL MEDICAMENTO NO PBS COLISTIMETATO DE SODIO COLISTINA 1.000.000 UI MG AMPOLLA SE RECONOCE A \$(82.600*27). PRESTADOR FACTURA \$(140.900*27). SE HACE DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO VANCOMICINA 500MG POVO SOLUCION INY \$(8.925*27).



397	620861	84240				207		49.075				34.740		2022033197		14335	GLOSA TOTAL, PRESTADOR NO APORTA ACTA DE COMITÉ TECNICO CIENTIFICO(CTC). PRESTADOR NO REGISTRA EN LA FACTURA CODIGO CUM DE LOS MEDICAMENTOS. SE HACE DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO PEGFILGRASTIM 10 MG SOLUCIÓN INYECTABLE \$(38.316*3). MEDICAMENTO NO PBS FILGRASTIM 300 MCG/ML SOLUCION INYECTABLE JERINGA PRELENADA CANTIDAD X 3. SE HACE DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO PIRANTEL PAMOATO 250 MG/5ML SUSPENSION FRASCO X 15ML \$(1.620*1). MEDICAMENTO NO PBS IVERMECTINA 6 MG/ML 0.6% SOLUCION ORAL 5 ML CANTIDAD X 1
398	578241	421200				207		95.850				95.850		2022033197		0	ACTA DE COMITÉ TECNICO CIENTIFICO(CTC). EN LA FACTURA SE EVIDENCIA FECHA DE INGRESO 06/04/2016 Y ACTA DE DEFUNCION 09/04/2016. MEDICAMENTO NO PBS DEXMEDETOMIDINA (PRECEDEX) FRASCO AMPOLLA 100 MCG SE RECONOCE A PRECIO DE MERCADO \$(119.810*28). PRESTADOR FACTURA A \$(146.893*28).SE HACE DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO MIDAZOLAM 5 MG AMPOLLA \$ (6.921*28). SE VERIFICA EN EL INVIMA QUE EL CODIGO CUM 20049908-2 REGISTRADO EN LA FACTURA CORRESPONDE AL MEDICAMENTO NO PBS VASOPRESINA 20 UI/1ML SOLUCION INYECTABLE CON FECHA DE INACTIVIDAD DESDE EL 2013/09/13. NO SE EVIDENCIA SOPORTE DE ADMINISTRACION DEL MEDICAMENTO NP PBS VASOPRESINA 20 UI/1ML. PRESTADOR FACTURO MEDICAMENTO NO PBS VASOPRESINA 20 UI/1ML SOLUCION INYECTABLE A \$(43.641*4). SE HACE DESCUENTO DE MEDICAMENTO DESMOPRESINA ACETATO 4 MG/ML SUSPENSION INYECTABLE \$(19.882*4). PRESTADOR NO REGISTRA CODIGO CUM DEL MEDICAMENTO NO PBS ANIDULAFUNGINA 100 MG AMP. SE



399	566837	33696				207-207	25.060			13.678	2022033197	11382	GLOSA TOTAL, PRESTADOR NO APORTA ACTA DE COMITÉ TECNICO CIENTIFICO(CTC). SE REGISTRA UN MAYOR VALOR EN LA CANTIDAD DEL MEDICAMENTO NO PBS PARACETAMOL 1 G/100 ML AMPOLLA SE RECONOCE A \$(28.600*5). PRESTADOR FACTURA \$(55.447*5). SE HACE DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO ACETAMINOFEN 500 MG \$ (104*150).
400	558090	761444				107	240.456			230.437	2022033197	10019	COBERTURA POS SEGÚN RESOLUCION 5521 DEL 2013, ARTICULO 67: ATENCIÓN CON INTERNACIÓN EN SALUD MENTAL PARA LA POBLACIÓN GENERAL. El POS cubre la internación de pacientes con trastorno o enfermedad mental de cualquier tipo durante la fase aguda de su enfermedad o en caso de que esta ponga en peligro su vida o integridad, la de sus familiares o la comunidad, En la fase aguda, la cobertura de la hospitalización podrá extenderse hasta 90 días, continuos o discontinuos por año calendario, En caso de que el trastorno o enfermedad mental ponga en peligro la vida o integridad del paciente, la de sus familiares o la comunidad, la cobertura de la internación será durante el periodo que considere necesario el o los profesionales tratantes. Sin perjuicio del criterio del profesional tratante, el paciente con trastorno o enfermedad mental, se manejará de preferencia en el programa de internación parcial u hospital día, según la normatividad vigente y en servicios debidamente habilitados para tal fin. PARÁGRAFO. Las coberturas especiales para personas menores de 18 años están descritas en el



NTT: 890.102.006-1
Código Postal: 080003
Código DANE: 08-000

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO
atlantico.gov.co

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



401	569697	942500				207		441.550					-		2022033197		441550	GLOSA TOTAL, PRESTADOR NO APORTA ACTA DE COMITÉ TECNICO CIENTIFICO(CTC). TECNOLOGIA EN SALUD NUTREN PULMONARY 237ML FACTURADA CANTIDAD X 10 A PRECIO \$(18.850*10). PRESTADOR ANEXA HOJA DE ADMINISTRACION CANTIDAD X 4. SE GLOSA LA DIFERENCIA DE 6 UNIDADES, NO EXISTE SIMILAR EN EL PBS
402	569701	2917600				207-107		1.298.059					117.100		2022033197		1180959	GLOSA TOTAL, PRESTADOR NO APORTA ACTA DE COMITÉ TECNICO CIENTIFICO(CTC). TECNOLOGIA EN SALUD FRESUBIN DRINK 2 KCAL 200 ML CANTIDAD X 12. NO EXISTE SIMILAR EN EL PBS
403	576387	5600				207		4.428					1.620		2022033197		2808	GLOSA TOTAL, PRESTADOR NO APORTA ACTA DE COMITÉ TECNICO CIENTIFICO(CTC). PRESTADOR NO REGISTRA EN LA FACTURA CODIGO CUM DEL MEDICAMENTO. SE HACE DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO INMUNOGLOBULINA HUMANA ANTI-D RHO 2ML \$(81.053*120). MEDICAMENTO NO PBS INMUNOGLOBULINA G HUMANA 1GR SOLUCION INYECTABLE CANTIDAD X 120



404	584144	2917600				107-207		1.066.696				568.600		2022033197		498096	GLOSA TOTAL, PRESTADOR ANEXA ACTA DE COMITÉ TECNICO CIENTIFICO(CTC) INCOMPLETO SIN EVIDENCIAS DE FIRMAS DE APROBADO, SE REGISTRA UN MAYOR VALOR COBRADO EN CANTIDAD, SEGUN FORMULA MEDICA Y ACTA DE COMITÉ TECNICO CIENTIFICO(CTC) SE AUTORIZAN CANTIDAD X 120 Y PRESTADOR FACTURA 128. MEDICAMENTO NO PBS DEXMEDETOMIDINA (PRECEDEX) FRASCO AMPOLLA 100 MCG SE RECONOCE A PRECIO DE MERCADO \$(119.810*120). PRESTADOR FACTURA A \$(146.893*120).SE HACE DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO MIDAZOLAM 5 MG AMPOLLA \$ (6.921*120). SE REGISTRA UN MAYOR VALOR COBRADO EN CANTIDAD, SEGUN FORMULA MEDICA Y ACTA DE COMITÉ TECNICO CIENTIFICO(CTC) SE AUTORIZAN CANTIDAD X 120 Y PRESTADOR FACTURA 128. MEDICAMENTO NO PBS DEXMEDETOMIDINA (PRECEDEX) FRASCO AMPOLLA 100 MCG SE RECONOCE A PRECIO DE MERCADO \$(119.810*120). PRESTADOR FACTURA A \$(146.893*120).SE HACE DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO MIDAZOLAM 5 MG AMPOLLA \$ (6.921*120).
405	584145	1873500				207-107		776.670				776.670		2022033197		0	GLOSA TOTAL, PRESTADOR NO APORTA ACTA DE COMITÉ TECNICO CIENTIFICO(CTC). PRESTADOR NO APORTA ORDEN MEDICA. NO SE EVIDENCIA HOJA DE ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTO O COMPROBANTE DE RECIBIDO POR PARTE DEL USUARIO. SE HACE DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO PEGFILGRASTIM 10 MG SOLUCIÓN INYECTABLE \$(38.316*5). MEDICAMENTO NO PBS FILGRASTIM 300 MCG/ML SOLUCION INYECTABLE JERINGA PRELLENADA CANTIDAD X 5. FECHA DE PRESTACION DE SERVICIO: 23/06/2016



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

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO
atlantico.gov.co

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



406	584148	616.200				207	31.500			31.500	2022033197	0	OTRO PAGADOR, SE VERIFICA COMPENSACION ADRES PACIENTE CONTRIBUTIVO (COTIZANTE) PARA LAS FECHAS MAYO-JUNIO 2016 . PRESTADOR NO APORTA ACTA DE COMITÉ TECNICO CIENTIFICO(CTC). PRESTADOR NO ANEXA SOPORTES DE HOJA DE ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS FACTURADOS. SE HACE DESCUENTO DE MEDICAMENTO DESMOPRESINA ACETATO 4 MG/ML SUSPENSION INYECTABLE \$(19.882*4). MEDICAMENTO NO PBS VASOPRESINA 20 UI/1ML SOLUCION INYECTABLE \$(46.275*4). MEDICAMENTO NO PBS DEXMEDETOMIDINA (PRECEDEX) FRASCO AMPOLLA 100 MCG SE RECONOCE A PRECIO DE MERCADO \$(119.810*8). PRESTADOR FACTURA A \$(146.893*8).SE HACE DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO MIDAZOLAM 5 MG AMPOLLA \$ (6.921*8). SE VERIFICA EN EL INVIMA QUE EL CODIGO CUM 19907394-3 REGISTRADO EN LA FACTURA CORRESPONDE AL MEDICAMENTO NO PBS LINEZOLID 600 MG SOL INYECTABLE 2 MG/ML ZYVOXID® 2 MG/ML SOLUCION INYECTABLE CON FECHA DE INACTIVIDAD DESDE EL 2016/04/14. SE HACE DESCUENTO DE MEDICAMENTO
-----	--------	---------	--	--	--	-----	--------	--	--	--------	------------	---	--



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

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO
atlantico.gov.co

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



407	584149	532908				507		532.908				532.908	2022033197			0	COBERTURA POS SEGÚN RESOLUCIÓN 5521 DEL 2013, ARTICULO 67: ATENCIÓN CON INTERNACIÓN EN SALUD MENTAL PARA LA POBLACIÓN GENERAL. El POS cubre la internación de pacientes con trastorno o enfermedad mental de cualquier tipo durante la fase aguda de su enfermedad o en caso de que esta ponga en peligro su vida o integridad, la de sus familiares o la comunidad, En la fase aguda, la cobertura de la hospitalización podrá extenderse hasta 90 días, continuos o discontinuos por año calendario, En caso de que el trastorno o enfermedad mental ponga en peligro la vida o integridad del paciente, la de sus familiares o la comunidad, la cobertura de la internación será durante el periodo que considere necesario el o los profesionales tratantes. Sin perjuicio del criterio del profesional tratante, el paciente con trastorno o enfermedad mental, se manejará de preferencia en el programa de internación parcial u hospital día, según la normatividad vigente y en servicios debidamente habilitados para tal fin. PARÁGRAFO. Las coberturas especiales para personas menores de 18 años están descritas en el
-----	--------	--------	--	--	--	-----	--	---------	--	--	--	---------	------------	--	--	---	--



408	584234	103480					207	51.064				29.480		2022033197			21584	COBERTURA POS SEGÚN RESOLUCION 5521 DEL 2013, ARTICULO 67: ATENCIÓN CON INTERNACIÓN EN SALUD MENTAL PARA LA POBLACIÓN GENERAL. El POS cubre la internación de pacientes con trastorno o enfermedad mental de cualquier tipo durante la fase aguda de su enfermedad o en caso de que esta ponga en peligro su vida o integridad, la de sus familiares o la comunidad, En la fase aguda, la cobertura de la hospitalización podrá extenderse hasta 90 días, continuos o discontinuos por año calendario, En caso de que el trastorno o enfermedad mental ponga en peligro la vida o integridad del paciente, la de sus familiares o la comunidad, la cobertura de la internación será durante el periodo que considere necesario el o los profesionales tratantes. Sin perjuicio del criterio del profesional tratante, el paciente con trastorno o enfermedad mental, se manejará de preferencia en el programa de internación parcial u hospital día, según la normatividad vigente y en servicios debidamente habilitados para tal fin. PARÁGRAFO. Las coberturas especiales para personas menores de 18 años están descritas en el
409	581072	135400					507	135.400				135.400		2022033197			0	GLOSA TOTAL, PRESTADOR NO REGISTRA EN LA FACTURA CODIGO CUM DEL MEDICAMENTO. SE REGISTRA UN MAYOR VALOR COBRADO, MEDICAMENTO NO PBS FILGRASTIM 300 MCG/ML SOLUCION INYECTABLE JERINGA PRELENADA \$(110.857*1) TARIFA REGULADA SEGÚN CIRCULAR 04/2012. PRESTADOR FACTURA A \$(115.100*1). SE HACE DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO PEGFILGRASTIM 10 MG SOLUCIÓN INYECTABLE \$(38.316*1).



NTT: 890.102.006-1
Código Postal: 080003
Código DANE: 08-000

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO
atlantico.gov.co

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



410	618748	481780				207		209.780				-		2022033197			209780	GLOSA TOTAL, PRESTADOR NO APORTA ACTA DE COMITÉ TECNICO CIENTIFICO(CTC). PRESTADOR NO REGISTRA EN LA FACTURA CODIGO CUM DEL MEDICAMENTO. SE REGISTRA UN MAYOR VALOR COBRADO, MEDICAMENTO NO PBS FILGRASTIM 300 MCG/ML SOLUCION INYECTABLE JERINGA PRELLENADA \$(110.857*5) TARIFA REGULADA SEGÚN CIRCULAR 04/2012. PRESTADOR FACTURA A \$(115.100*5). SE HACE DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO PEGFILGRASTIM 10 MG SOLUCIÓN INYECTABLE \$(38.316*5).
411	618750	198380				207		86.380				-		2022033197			86380	GLOSA TOTAL, PRESTADOR NO APORTA ACTA DE COMITÉ TECNICO CIENTIFICO(CTC). EXISTE INCONSISTENCIA EN LOS SOPORTES DE LA FACTURA QUE EVIDENCIAN LA CONSULTA, INTERCONSULTA Y/O VISITA MÉDICA. FACTURA 582715 CON FECHA DE ADMINISION 31/10/2016 – FECHA DE EGRESO 12/11/2016. PRESTADOR NO APORTA ORDEN MEDICA PARA LA FECHA DE PRESTACION DE SERVICIO. PRESTADOR ANEXA FORMULA MEDICA CON FECHA 14/02/2016. SE REGISTRA UN MAYOR VALOR EN LA TECNOLOGIA EN SALUD GLUCERNA 237ML SE RECONOCE A \$(11.070* 5). PRESTADOR FACTURA \$(16.848*5), NO EXISTE SIMILAR EN EL PBS. FECHA DE PRESTACION DE SERVICIO: 05/11/2016



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

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO
atlantico.gov.co

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



412	564170	84.240					207		45.240					34.195			2022033197		11045	GLOSA TOTAL, PRESTADOR NO APORTA ACTA DE COMITÉ TECNICO CIENTIFICO(CTC). PRESTADOR ANEXA ORDEN MEDICA ILEGIBLE. PRESTADOR NO REGISTRA EN LA FACTURA CODIGO CUM DEL MEDICAMENTO. SE HACE DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO CEFTRIAZONA 1 GR AMPOLLA \$(900*26). MEDICAMENTO NO PBS CEFTAZIDIMA 1g/1U CANTIDAD X 26.
413	617168	28.340					207		14.200					-			2022033197		14200	GLOSA TOTAL, PRESTADOR NO APORTA ACTA DE COMITÉ TECNICO CIENTIFICO(CTC). PRESTADOR NO REGISTRA EN LA FACTURA CODIGO CUM DEL MEDICAMENTO. SE REGISTRA UN MAYOR VALOR COBRADO, MEDICAMENTO NO PBS FILGRASTIM 300 MCG/ML SOLUCION INYECTABLE JERINGA PRELLENADA \$(110.857*5) TARIFA REGULADA SEGÚN CIRCULAR 04/2012. PRESTADOR FACTURA A \$(115.100*5). SE HACE DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO PEGFILGRASTIM 10 MG SOLUCIÓN INYECTABLE \$(38.316*5).



414	618885	354250				207	176.750				-	2022033197	176750	COBERTURA POS SEGÚN RESOLUCIÓN 5521 DEL 2013, ARTICULO 67: ATENCIÓN CON INTERNACIÓN EN SALUD MENTAL PARA LA POBLACIÓN GENERAL. El POS cubre la internación de pacientes con trastorno o enfermedad mental de cualquier tipo durante la fase aguda de su enfermedad o en caso de que esta ponga en peligro su vida o integridad, la de sus familiares o la comunidad, En la fase aguda, la cobertura de la hospitalización podrá extenderse hasta 90 días, continuos o discontinuos por año calendario, En caso de que el trastorno o enfermedad mental ponga en peligro la vida o integridad del paciente, la de sus familiares o la comunidad, la cobertura de la internación será durante el periodo que considere necesario el o los profesionales tratantes. Sin perjuicio del criterio del profesional tratante, el paciente con trastorno o enfermedad mental, se manejará de preferencia en el programa de internación parcial u hospital día, según la normatividad vigente y en servicios debidamente habilitados para tal fin. PARÁGRAFO. Las coberturas especiales para personas menores de 18 años están descritas en el
-----	--------	--------	--	--	--	-----	---------	--	--	--	---	------------	--------	--



415	578419	16500					307	2.797				2.797	2022033197			0	GLOSA TOTAL, PRESTADOR NO APORTA ACTA DE COMITÉ TECNICO CIENTIFICO(CTC). EN LA FORMULA MEDICA SE ENCUENTRA ORDENADA TECNOLOGIA NO PBS PROWHEY PLUS 275G CANTIDAD X 3. PRESTADOR FACTURA TECNOLOGIA EN SALUD PROWHEY PLUS 275 G \$(71.642C/U) CANTIDAD X 9, SE EVIDENCIA HOJA DE ADMINISTRACION DE SOLO CANTIDAD X 3, NO EXISTE SIMILAR EN EL PBS. SE REGISTRA UN MAYOR VALOR COBRADO, TECNOLOGIA EN SALUD PULMOCARE X 237 ML, SE RECONOCE A \$(15.000*1). PRESTADOR FACTURA A \$(25.870*1). NO EXISTE SIMILAR EN EL PBS. SE REGISTRA UN MAYOR VALOR COBRADO, TECNOLOGIA EN SALUD PULMOCARE X 237 ML, SE RECONOCE A \$(15.000*1). PRESTADOR FACTURA A \$(25.870*1). NO EXISTE SIMILAR EN EL PBS.
-----	--------	-------	--	--	--	--	-----	-------	--	--	--	-------	------------	--	--	---	---



416	580697	59000				119	11.188				11.188	2022033197	0	COBERTURA POS SEGÚN RESOLUCIÓN 5521 DEL 2013, ARTICULO 67: ATENCIÓN CON INTERNACIÓN EN SALUD MENTAL PARA LA POBLACIÓN GENERAL. El POS cubre la internación de pacientes con trastorno o enfermedad mental de cualquier tipo durante la fase aguda de su enfermedad o en caso de que esta ponga en peligro su vida o integridad, la de sus familiares o la comunidad, En la fase aguda, la cobertura de la hospitalización podrá extenderse hasta 90 días, continuos o discontinuos por año calendario, En caso de que el trastorno o enfermedad mental ponga en peligro la vida o integridad del paciente, la de sus familiares o la comunidad, la cobertura de la internación será durante el periodo que considere necesario el o los profesionales tratantes. Sin perjuicio del criterio del profesional tratante, el paciente con trastorno o enfermedad mental, se manejará de preferencia en el programa de internación parcial u hospital día, según la normatividad vigente y en servicios debidamente habilitados para tal fin. PARÁGRAFO. Las coberturas especiales para personas menores de 18 años están descritas en el
-----	--------	-------	--	--	--	-----	--------	--	--	--	--------	------------	---	--



417	593752	603300					307	603.300					603.300					2022033197		0	GLOSA TOTAL, PRESTADOR ANEXA ACTA DE COMITÉ TECNICO CIENTIFICO(CTC) MEDICAMENTO NO PBS PARACETAMOL 1 G/100 ML AMPOLLA, NO SE EVIDENCIA ACTA DE CTC TECNOLOGIA IVERMECTINA ORAL. NO SE EVIDENCIA SOPORTE DE ADMINISTRACION DE MEDICAMENTO PARACETAMOL I.V, NO SE EVIDENCIA HOJA DE ADMINISTRACION DE TECNOLOGIA IVERMECTINA ORAL. SE REGISTRA UN MAYOR VALOR COBRADO EN MEDICAMENTO NO PBS PARACETAMOL 1 G/100 ML AMPOLLA SE RECONOCE A \$(28.600*2). PRESTADOR FACTURA \$(33.000*2). SE HACE DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO ACETAMINOFEN 500 MG \$ (104*60). SE HACE DESCUENTO DE MEDICAMENTO SUSTITUTO PIRANTEL PAMOATO 250 MG/5ML SUSPENSION FRASCO X 15ML \$(1.620*1). MEDICAMENTO NO PBS IVERMECTINA 6 MG/ML 0.6% SOLUCION ORAL 5 ML \$(6.772*1)
418	605670	312600					307119	8.440					8.440					2022033197		0	GLOSA TOTAL, PRESTADOR NO APORTA ACTA DE COMITÉ TECNICO CIENTIFICO(CTC). EN LA FORMULA MEDICA SE ENCUENTRA ORDENADA TECNOLOGIA NO PBS GLUCERNA 237 ML CANTIDAD X 3. PRESTADOR FACTURA TECNOLOGIA EN SALUD GLUCERNA 237 ML CANTIDAD X 6, SE EVIDENCIA HOJA DE ADMINISTRACION DE SOLO CANTIDAD X 2. SE REGISTRA UN MAYOR VALOR EN LA TECNOLOGIA EN SALUD GLUCERNA 237ML SE RECONOCE A \$(11.070* 2). PRESTADOR FACTURA \$(16.848*2), NO EXISTE SIMILAR EN EL PBS



419	537192	10676557						4.280.483				2.510.710		2022033197		1769773	GLOSA TOTAL, PRESTADOR NO APORTA ORDEN MEDICA. SE REGISTRA UN MAYOR VALOR COBRADO, TECNOLOGIA EN SALUD ENSURE 237 ML SE RECONOCE A \$(9.500*21) PRESTADOR FACTURA A \$(14.170*21), NO EXISTE SIMILAR EN EL PBS.
420		8117056				3201		8.117.056				8.117.056		2022033197		0	COBERTURA POS SEGÚN RESOLUCION 5857 DEL 2018, ARTICULO 63: Atención con internación en salud mental para la población general. El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC financia la internación de pacientes con trastorno o enfermedad mental de cualquier tipo durante la fase aguda de su enfermedad o en caso de que esta ponga en peligro su vida o integridad, la de sus familiares o la comunidad. En la fase aguda, la financiación con recursos de la UPC para la hospitalización podrá extenderse hasta 90 días continuos o discontinuos por año calendario; de acuerdo con el concepto del equipo de profesional tratante, siempre y cuando estas atenciones se enmarquen en el ámbito de la salud y no correspondan a estancias por condiciones de abandono social. En caso de que el trastorno o enfermedad mental ponga en peligro la vida o integridad del paciente, la de sus familiares o la comunidad, la financiación con recursos de la UPC para la internación será durante el período que considere necesario el o los profesionales tratantes. Parágrafo 1. A criterio del profesional de salud tratante, la internación en salud mental se manejará



NTT: 890.102.006-1
Código Postal: 080003
Código DANE: 08-000

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO
atlantico.gov.co

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



[illegible]

422		6309890				3201	6.309.890				6.309.890		2022033197			0	COBERTURA POS SEGÚN RESOLUCION 5857 DEL 2018, ARTICULO 63: Atención con internación en salud mental para la población general. El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC financia la internación de pacientes con trastorno o enfermedad mental de cualquier tipo durante la fase aguda de su enfermedad o en caso de que esta ponga en peligro su vida o integridad, la de sus familiares o la comunidad. En la fase aguda, la financiación con recursos de la UPC para la hospitalización podrá extenderse hasta 90 días continuos o discontinuos por año calendario; de acuerdo con el concepto del equipo de profesional tratante, siempre y cuando estas atenciones se enmarquen en el ámbito de la salud y no correspondan a estancias por condiciones de abandono social. En caso de que el trastorno o enfermedad mental ponga en peligro la vida o integridad del paciente, la de sus familiares o la comunidad, la financiación con recursos de la UPC para la internación será durante el periodo que considere necesario el o los profesionales tratantes. Parágrafo 1. A criterio del profesional de salud tratante, la internación en salud mental se manejará
-----	--	---------	--	--	--	------	-----------	--	--	--	-----------	--	------------	--	--	---	--



[illegible]

[illegible]

[illegible]

426		1894039				3201	1.894.039				1.894.039		2022033197			0	COBERTURA POS SEGÚN RESOLUCION 5857 DEL 2018, ARTICULO 63: Atención con internación en salud mental para la población general. El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC financia la internación de pacientes con trastorno o enfermedad mental de cualquier tipo durante la fase aguda de su enfermedad o en caso de que esta ponga en peligro su vida o integridad, la de sus familiares o la comunidad. En la fase aguda, la financiación con recursos de la UPC para la hospitalización podrá extenderse hasta 90 días continuos o discontinuos por año calendario; de acuerdo con el concepto del equipo de profesional tratante, siempre y cuando estas atenciones se enmarquen en el ámbito de la salud y no correspondan a estancias por condiciones de abandono social. En caso de que el trastorno o enfermedad mental ponga en peligro la vida o integridad del paciente, la de sus familiares o la comunidad, la financiación con recursos de la UPC para la internación será durante el periodo que considere necesario el o los profesionales tratantes. Parágrafo 1. A criterio del profesional de salud tratante, la internación en salud mental se manejará
-----	--	---------	--	--	--	------	-----------	--	--	--	-----------	--	------------	--	--	---	--



[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

431		5466271					3201	5.466.271				5.466.271		2022033197			0	COBERTURA POS SEGÚN RESOLUCION 5857 DEL 2018, ARTICULO 63: Atención con internación en salud mental para la población general. El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC financia la internación de pacientes con trastorno o enfermedad mental de cualquier tipo durante la fase aguda de su enfermedad o en caso de que esta ponga en peligro su vida o integridad, la de sus familiares o la comunidad. En la fase aguda, la financiación con recursos de la UPC para la hospitalización podrá extenderse hasta 90 días continuos o discontinuos por año calendario; de acuerdo con el concepto del equipo de profesional tratante, siempre y cuando estas atenciones se enmarquen en el ámbito de la salud y no correspondan a estancias por condiciones de abandono social. En caso de que el trastorno o enfermedad mental ponga en peligro la vida o integridad del paciente, la de sus familiares o la comunidad, la financiación con recursos de la UPC para la internación será durante el periodo que considere necesario el o los profesionales tratantes. Parágrafo 1. A criterio del profesional de salud tratante, la internación en salud mental se manejará
-----	--	---------	--	--	--	--	------	-----------	--	--	--	-----------	--	------------	--	--	---	--



432		5193248					3201	5.193.248				5.193.248		2022033197			0	COBERTURA POS SEGÚN RESOLUCION 5857 DEL 2018, ARTICULO 63: Atención con internación en salud mental para la población general. El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC financia la internación de pacientes con trastorno o enfermedad mental de cualquier tipo durante la fase aguda de su enfermedad o en caso de que esta ponga en peligro su vida o integridad, la de sus familiares o la comunidad. En la fase aguda, la financiación con recursos de la UPC para la hospitalización podrá extenderse hasta 90 días continuos o discontinuos por año calendario; de acuerdo con el concepto del equipo de profesional tratante, siempre y cuando estas atenciones se enmarquen en el ámbito de la salud y no correspondan a estancias por condiciones de abandono social. En caso de que el trastorno o enfermedad mental ponga en peligro la vida o integridad del paciente, la de sus familiares o la comunidad, la financiación con recursos de la UPC para la internación será durante el periodo que considere necesario el o los profesionales tratantes. Parágrafo 1. A criterio del profesional de salud tratante, la internación en salud mental se manejará
-----	--	---------	--	--	--	--	------	-----------	--	--	--	-----------	--	------------	--	--	---	--



433		7605260				3201	7.605.260				7.605.260		2022033197			0	COBERTURA POS SEGÚN RESOLUCION 5857 DEL 2018, ARTICULO 63: Atención con internación en salud mental para la población general. El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC financia la internación de pacientes con trastorno o enfermedad mental de cualquier tipo durante la fase aguda de su enfermedad o en caso de que esta ponga en peligro su vida o integridad, la de sus familiares o la comunidad. En la fase aguda, la financiación con recursos de la UPC para la hospitalización podrá extenderse hasta 90 días continuos o discontinuos por año calendario; de acuerdo con el concepto del equipo de profesional tratante, siempre y cuando estas atenciones se enmarquen en el ámbito de la salud y no correspondan a estancias por condiciones de abandono social. En caso de que el trastorno o enfermedad mental ponga en peligro la vida o integridad del paciente, la de sus familiares o la comunidad, la financiación con recursos de la UPC para la internación será durante el periodo que considere necesario el o los profesionales tratantes. Parágrafo 1. A criterio del profesional de salud tratante, la internación en salud mental se manejará
-----	--	---------	--	--	--	------	-----------	--	--	--	-----------	--	------------	--	--	---	--



[illegible]

[illegible]

436		7466610		786.161.059		3201	7.466.610		0	0	936.737.499	0	2022033197	0	0	74.517.900	COBERTURA POS SEGÚN RESOLUCION 5857 DEL 2018, ARTICULO 63: Atención con internación en salud mental para la población general. El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC financia la internación de pacientes con trastorno o enfermedad mental de cualquier tipo durante la fase aguda de su enfermedad o en caso de que esta ponga en peligro su vida o integridad, la de sus familiares o la comunidad. En la fase aguda, la financiación con recursos de la UPC para la hospitalización podrá extenderse hasta 90 días continuos o discontinuos por año calendario; de acuerdo con el concepto del equipo de profesional tratante, siempre y cuando estas atenciones se enmarquen en el ámbito de la salud y no correspondan a estancias por condiciones de abandono social. En caso de que el trastorno o enfermedad mental ponga en peligro la vida o integridad del paciente, la de sus familiares o la comunidad, la financiación con recursos de la UPC para la internación será durante el período que considere necesario el o los profesionales tratantes. Parágrafo 1. A criterio del profesional de salud tratante, la internación en salud mental se manejará
	TOTAL	1.129.136.577		786.161.059			225.094.340		0	0		0		0	0		

