

ANEXO 1					
ACREENCIA 770					
CLINICA SANTA ANA DE DIOS SAS NIT 900839869 1					
Num Fac	Valor Factura	Valor Reclamado	Valor Rechazado	Valor Reconocido	OBSERVACIONES
CLSA1713	3.376.425	3.376.425	89.125	3.287.300	SE REALIZA OBJECCION POR MAYOR VALOR COBRADO EN (INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA PLASTICA ESTETICA Y RECONSTRUCTIVA) , SE RECONOCE A TARRIFA PACTADA ISS 2001 + 25%.
CLSA2601	1.207.075	1.207.075	0	1.207.075	
CLSA2650	18.912.132	18.912.132	0	18.912.132	
CLSA2651	6.519.494	6.519.494	0	6.519.494	
CLSA2652	1.076.724	1.076.724	0	1.076.724	
CLSA2653	1.487.676	1.487.676	0	1.487.676	
CLSA2654	5.086.858	5.086.858	229.156	4.857.702	SE REALIZA OBJECCION INCLUIDO EN LA ESTANCIA // INSUMOS (APOSITO Y SENSOR TIPO NELLCOR NEONATAL) DE MANEJO INTEGRAL DEL PACIENTE EN TRATAMIENTO YA DEFINITIVO (HOSPITALIZADA). SE REALIZA OBJEECCION POR MAYOR VALOR COBRADO EN MEDICAMENTOS SEGUN LISTADO PACTADO (CLORURO DE SODIO AL 0.9% 250)
CLSA2655	70.211	70.211	0	70.211	
CLSA2657	79.830	79.830	0	79.830	
CLSA2659	7.252.670	7.252.670	0	7.252.670	
CLSA2661	567.277	567.277	0	567.277	
CLSA2662	149.584	149.584	0	149.584	
CLSA2665	288.157	288.157	0	288.157	
CLSA2666	346.135	346.135	0	346.135	
CLSA2667	787.828	787.828	0	787.828	
CLSA2668	355.808	355.808	0	355.808	
CLSA3010	37.347	37.347	0	37.347	
CLSA3011	865.330	865.330	0	865.330	
CLSA3131	280.460	280.460	0	280.460	
CLSA3132	726.890	726.890	0	726.890	
CLSA3133	726.915	726.915	0	726.915	
CLSA3134	47.988	47.988	0	47.988	
CLSA3135	1.193.272	1.193.272	0	1.193.272	
CLSA3136	7.584.991	7.584.991	0	7.584.991	
CLSA3137	145.530	145.530	0	145.530	
CLSA3138	637.796	637.796	0	637.796	
CLSA3145	255.668	255.668	0	255.668	
CLSA3146	1.724.028	1.724.028	0	1.724.028	
CLSA3147	8.251.217	8.251.217	0	8.251.217	
CLSA3148	44.601	44.601	0	44.601	
CLSA3149	156.337	156.337	0	156.337	
CLSA3258	343.400	343.400	0	343.400	
CLSA3259	1.222.087	1.222.087	0	1.222.087	
CLSA3262	902.172	902.172	0	902.172	
CLSA3263	127.231	127.231	0	127.231	
CLSA3264	37.036	37.036	0	37.036	

CLSA3266	825.697	825.697	0	825.697	
CLSA3267	138.406	138.406	0	138.406	
CLSA3268	3.506.520	3.506.520	979.103	2.527.417	MAYOR VALOR COBRADO, SE RECONOCE A TARIFA PACTADA. SOAT PLENO (PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS LEUCORREDUCIDOS). // 106: NO SE RECONOCE FACTURACION, NO PERTINENTE, ESTA INCLUIDO EN LA ATENCION INTEGRAL DEL PACIENTE (APOSITO)// 206: MAYOR VALOR COBRADO SEGHUN TARIFA PACTADA (BOLSA RECOLECTORA DE ORINACYSTOFLO PEDIATRICA, BURETOL X 150 ML,CATETER VENOSO NOQ 24, CAUCHO DE SUCCIONST, CIRCUITO RESPIRATORIO PEDIATRICO, EQUIPO DE TRANSFUSION DE SANGRE, EXTENSION ANESTESIA PEDIATRICA, FILTRO HMEF PEDIATRICO NARIZ DE CAMELLOST, KIT VENTURI PEDIATRICO, LLAVES TRES VIAS, SISTEMA DE SUCCION CERRADA ENDOTRAQUEAL 6 FRST, SUJETADOR PARA TUBO ENDOTRAQUEAL, INHALOCAMRA PEDIATRICO,SETS DE INFUSION ALARIS BECTON, JERINGA DE 20 ML DESECHABLE BECTON, TIRAS DE PRUEBA DE GLUCOSA EN SANGRE, FILTRO DESLEUCOCITADOR, BOLSA RECOLECTORA LINER 1800CC, MANGUERA CORRUGADA X METRO). // 207: MAYOR VALOR COBRADO SEGHUN TARIFA PACTADA (FENTANILO 05 MG 10 ML SOLUC, MORFINA CLORHIDRATO 10MG/ML , DEXTROSA 5 EN CLORURO DE SODI, HARMETONE TABLETAS DE 10 MG + DOMPERIDONA) . // // GLOSA DEFINITIVA NO JUSTICADA EN ACREENCIA POR IPS
CLSA3269	1.545.939	1.545.939	0	1.545.939	
CLSA3270	9.962	9.962	0	9.962	
CLSA3271	75.171	75.171	0	75.171	
CLSA3272	126.439	126.439	0	126.439	
CLSA3273	513.794	513.794	0	513.794	
CLSA3274	1.036.821	1.036.821	0	1.036.821	
CLSA3275	524.797	524.797	0	524.797	
CLSA3276	67.730	67.730	0	67.730	
CLSA3279	3.641.564	3.641.564	0	3.641.564	
CLSA3282	98.322	98.322	0	98.322	
CLSA3298	12.251.105	12.251.105	0	12.251.105	
CLSA3299	2.218.089	2.218.089	0	2.218.089	
CLSA3575	3.713.852	3.713.852	236.484	3.477.368	NO SE RECONOCE MATERIAL INCLUIDO EN LA ATENCION INTEGRAL. // 106: NO SE JUSTIFICA LA FACTURACION DE 5 CYSTOFLOW SE RECONOCEN 1// NO SE JUSTIFICA LA FACTURACION DE 3 CAUCHOS DE SUCCION, SE RECONOCE 1.// IPS FACTURA 40 EESTRODOS, NO SE JUSTIFA, ESTANCIA DE 9 DIAS, SE RECONOCEN 9. // MAYOR VALOR COBRADO, SE RECONOCE A TARIFA PACTADA . // GLOSA DEFINITIVA NO JUSTIFICADA EN ACREENCIA POR IPS

CLSA3809	2.229.438	2.229.438	1.434.993	794.445	NO SE RECONOCE FACTURACION, NO PERTINENTE, ESTA INCLUIDO EN LA ATENCION DEL PACIENTE (APOSITO).// 106: NO SE JUSTIFICA LA FACTURACION DE 5 CYSTOFLOW SE RECONOCEN 1// NO SE JUSTIFICA LA FACTURACION DE 3 CAUJOS DE SUCCION, SE RECONOCE 1// IP S FACTURA 40 EESTRODOS, NO SE JUSTIFICA, ESTANCIA DE 9 DIAS, SE RECONOCEN 9. // 207: MAYOR VALOR COBRADO SEGÚN LISTADO DE PRECIOS DE LA EPS (TRAMADOL) . // GLOSA DEFINITIVA NO JUSTIFICADA EN ACREENCIA POR IPS
CLSA3811	36.115.219	36.115.219	3.185.888	32.929.331	MAYOR VALOR COBRADO EN INTERCONSULTAS, SE RECONOCE A ISS 2001 + 25%.// 208: MAYOR VALOR COBRADO SE RECONOCE A ISS 2001 + 25% (AMONIO, PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS LEUCORREDUCIDOS) . // 308: NO SE EVIDENCIA SOPORTE DE SU REALIZACION. SE GLOSA (TOMOGRAFIA COMPUTADA DE CRANEO SIMPLE). // 111. NO SE RECONOCE INSUMO ESTE HACE PARTE DE LA ATENCION INTEGRAL (APOSITO, SENSOR TIPO NELLCOR NEONATAL ADULTO) . // 606: NO ES PERTINENTE SU USO, NO SE RECONOCE (FILTRO DESLEUCOCITADOR), SE ADMINISTRA GRE LEUCOREDUCTA, NO DA A LUGAR A SU FACTURACION, SE GLOSA. // 207: MAYOR VALOR COBRADO SEGÚN LISTADO DE PRECIOS DE LA EPS(NPT NEONATOS 101 300ML, BECLOMETASONA DIPROPIONATO 250 INHALADOR + BECLOMETASONA DIPROPIONATO, TICAFF® (CITRATO DE CAFEINA 20 MG./ML.) + CAFEINA ANHIDRA, KIDCAL CON ZINC FRESA SUSPENS, LIDOCAINA JALEA AL 2) . //GLOSA DEFINITIVA NO JUSTIFICADA EN ACREENCIA POR IPS

CLSA3817	786.865	786.865	327.086	459.779	MAYOR VALOR COBRADO EN INTERCONSULTA, SE RECONOCE DE ACUERDO A LA TARIFA ACORDADA // 606: IPS FACTURA 19 CANULAS BASADOS EN ESTANCIA DEL PACIENTE UN DIA SE RECONOCE UNA SOLA CANULA. NO SE JUSTIFICA EL COBRO DE LAS OTRAS 18 CANULAS, IPS FACTURA 20 AGUJAS BASADOS EN LA ESTANCIA DEL PACIENTE 1 DIA Y LO JUSTIFICADO EN HISTORIA CLINICA SE RECONOCEN 10 UNDS, IPS FACTURA 8 CATETERES BASADOS EN LA ESTANCIA DEL PACIENTE 1 DIA Y LO JUSTIFICADO EN HISTORIA CLINICA SE RECONOCEN 4 UNDS, IPS FACTURA 2 CAUCHOS BASADOS EN LA ESTANCIA DEL PACIENTE 1 DIA Y LO JUSTIFICADO EN HISTORIA CLINICA SE RECONOCE 1 UND, IPS FACTURA 20 ELECTRODOS BASADOS EN LA ESTANCIA DEL PACIENTE 1 DIA Y LO JUSTIFICADO EN HISTORIA CLINICA SE RECONOCEN 5 UNDS, IPS FACTURA 2 HUMIDIFICADORES BASADOS EN LA ESTANCIA DEL PACIENTE 1 DIA Y LO JUSTIFICADO EN HISTORIA CLINICA SE RECONOCE 1 UND. // 607: IPS FACTURA 20 SODIOS BASADOS EN LA ESTANCIA DEL PACIENTE 1 DIA Y LO JUSTIFICADO EN HISTORIA CLINICA SE RECONOCEN 10 UNDS, IPS FACTURA 8 SODIOS BASADOS EN LA ESTANCIA DEL PACIENTE 1 DIA Y LO JUSTIFICADO EN HISTORIA CLINICA SE RECONOCEN 4 UNDS, IPS FACTURA 2 LIDOCAINAS BASADOS EN LA ESTANCIA DEL PACIENTE 1 DIA Y LO JUSTIFICADO EN HISTORIA CLINICA SE RECONOCE 1 UND. // //GLOSA DEFINITIVA NO JUSTIFICADA EN ACREENCIA POR IPS.
CLSA3818	1.093.793	1.093.793	165.644	928.149	IPS FACTURA 8 DIAS SE RECONOCEN 7 DIAS. BASADOS EN HISTORIA CLINICA PACIENTE INGRESA EL 10/07/2022 Y EGRESA EL 17/07/2022. // 106. NO ESTA JUSTIFICADO EL COBRO DE LOS CATETERES BASADOS EN ORDENES MEDICAS Y ESTANCIA DEL PACIENTE. 7 DIAS.//207 MAYOR VALOR COBRADO. (DESTROXA)
CLSA3819	3.715.558	3.715.558	1.009.970	2.705.588	SE REALIZA GLOSA DE LOS DIAS 20,21,22/06/2022 YA QUE EL PACIENTE ES REMITIDO PARA VALORACION POR INFECTOLOGIA Y ES VALORADO EL DIA 23/06/2022 GENERANDO INOPORTUNIDAD EN LA ATENCION.// 202 .MAYOR VALOR COBRADO EN INTERCONSULTAS, SE RECONOCE A ISS 2001 + 25%.// 106 : NO SE JUSTIFICA EL COBRO DE 16 CATETERES SE RECONOCEN 9. // MAYOR VALOR COBRADO (CLORURO DE SODIO Y LIDOCAINA JALEA AL 2) // GLOSA DEFINITIVA NO JUSTICADA EN ACREENCIA POR IPS

CLSA3820	1.291.972	1.291.972	309.075	982.897	MAYOR VALOR COBRADO DE ACUERDO A LO CONTRATADO EN INTERCONSULTAS. // 207: MAYOR VALOR COBRADO, SE RECONOCE C/U DE ACUERDO A LA TARIFA ACORDADA (CLORURO DE POTASIO 14.9% + CLORURO DE POTASIO, SOLUCION FISIOLÓGICA DE CLORURO DE SODIO AL 0.9% + CLORURO DE SODIO, DEXTROSA 5 EN CLORURO DE SODI, LIDOCAINA JALEA AL 2, ESOMEPRAZOL 40 MG). //GLOSA DEFINITIVA NO JUSTIFICADA EN ACREENCIA POR IPS
CLSA3821	1.259.575	1.259.575	198.014	1.061.561	SE GLOSA MAYOR VALOR CBRADO EN TARIFA SE RECONOCE SEGUN LO PACTADO I.S.S + 25% \$ 20.875. // 106: NO SE RECONOCE INSUMO ESTE HACE PARTE DE LA ATENCION INTEGRAL (AGUJA HIPODERMICA X 18G X 12, APOSITO ESTERIL LEUKOMED T PLUS) . // 206: SE GLOSA MAYOR VALOR COBRADO EN TARIFA(CATETER VENOSO NO 22, EXTENSION ANESTESIA PEDIATRICA,LLAVES TRES VIAS) .// 207: SE GLOSA MAYOR VALOR COBRADO EN TARIFA (CLORURO DE POTASIO 14.9% + CLORURO DE POTASIO + DEXTROSA 5 EN CLORURO DE SODI) //GLOSA DEFINITIVA NO JUSTIFICADA EN ACREENCIA POR IPS
CLSA3822	2.458.952	2.458.952	524.508	1.934.444	SE GLOSA MAYOR VAOLOR COBRADO EN TARIFA SE RECONOCE SEGUN LO PACTADO I.S.S + 25% \$ 20.875// 106: NO SE RECONOCE FACTURACION, NO PERTINENTE, ESTA INCLUIDO EN LA ATENCION DEL PACIENTE (APOSITO ESTERIL, CAUCHO DE SUCCION Y AGUJA HIPODERMICA)// 206: SE GLOSA MAYOR VALOR COBRADO EN LSTADO ACORDADO (ELECTRODOS DE MONITOREO PEDIATRICO, EXTENSION ANESTESIA PEDIATRICA,LLAVES TRES VIAS,KIT DE MEDIOS DE CONTRASTE) // 207: SE GLOSA MAYOR VALOR COBRADO EN LSTADO ACORDADO(CLORURO DE SODIO AL 0.9% + DEXTROSA)// 307: NO SE EVIDENCIA SOPORTE DE LAS GLUCOMETRIAS EN CASO DE SOPORTAR SE RECONOCEN \$ 725 C/U // GLOSA DEFINITIVA NO JUSTICADA EN ACREENCIA POR IPS
CLSA3823	3.013.693	3.013.693	407.591	2.606.102	MAYOR VALOR COBRADO EN INTERCONSULTA,SE RECONOCE DE ACUERDO A LA TARIFA ACORDADA.// 106: EXCEDEN FACTURACION, DE ACUERDO AL MANEJO DEL PACIENTE SE RECONOCE Y ES PERTINENTE EL RECAMBIO C/72 HORAS. SE ACEPTA EL COBRO DE 5// EXCEDEN FACTURACION, DE ACUERDO AL MANEJO DEL PACIENTE SE RECONOCE Y ES PERTINENTE EL COBRO DE 9 ELECTRODOS (3 SEMANAL)// EXCEDEN FACTURACION, DE ACUERDO AL MANEJO DEL PACIENTE SE RECONOCE Y ES PERTINENTE EL RECAMBIO C/72 HORAS. SE ACEPTA EL COBRO DE 5// EXCEDEN FACTURACION, DE ACUERDO AL TRATAMIENTO ADMINISTRADO SE RECONOCE Y ES PERTINENTE 3 EQUIPOS.// 207: SE GLOSA MAYOR VALOR COBRADO EN LSTADO ACORDADO(LIDOCAINA JALEA AL 2)// GLOSA DEFINITIVA NO JUSTICADA EN ACREENCIA POR IPS

CLSA3824	2.168.172	2.168.172	539.406	1.628.766	NO SE EVIDENCIA SOPORTE DE SU REALIZACION (HAPTOGLOBINA AUTOMATIZADA, ANTICUERPOS IRREGULARES DETECCION Y PRUEBA CRUZADA MAYOR ERITROCITARIA POR MICROTECNICA) // 106: NO SE RECONOCE FACTURACION, NO PERTINENTE, ESTA INCLUIDO EN LA ATENCION DEL PACIENTE (APOSITO ESTERIL, CAUCHO DE SUCCION Y AGUJA HIPODERMICA)// 206: SE GLOSA MAYOR VALOR COBRADO EN LSTADO ACORDADO (CATETER, EXTENSION ANESTESIA PEDIATRICA, LLAVES TRES VIAS, TIRAS DE PRUEBA DE GLUCOSA EN SANGRE) // 207: SE GLOSA MAYOR VALOR COBRADO EN LSTADO ACORDADO(CLORURO DE SODIO AL 0.9% + DEXTROSA)// GLOSA DEFINITIVA NO JUSTICADA EN ACREENCIA POR IPS
CLSA3825	5.185.475	5.185.475	3.178.425	2.007.050	MAYOR VALOR COBRADO EN INTERCONSULTAS, SE RECONOCE DE ACUERDO A LA TARIFA ACORDADA//223: SE GLOSA MAYOR VALOR COBRADO EN TARIFA SE RECONOCE SEGUN LO PACTADO \$ 350.000 C/U (HEMODIALISIS)// SE GLOSA MAYOR VALOR COBRADO EN TARIFA SE RECONOCE SEGUN TARIFA PACTADA I.S.S +25% CODIGO 552310 CON 60UVR CIRUJANO 95.250 ANESTESIOLOGO \$ 72.000 SALA \$ 101.469 MATERIALES \$ 91.856 = 360.574 , NO SE EVIDENCIA COTIZACION POR EL VALOR FACTURADO (BIOPSIA DE RIÑON VIA PERCUTANEA) // 308: NO SE EVIDENCIA SOPORTE DEL ESTUDIO NI SE ENCUENTRA INTERPRETADO EN HC (ECOGRAFIA DE VIAS URINARIAS)// 206: SE GLOSA MAYOR VALOR COBRADO EN TARIFA(CATETER, EXTENSION ANESTESIA ADULTO, LLAVES TRES VIAS, CICLOFOSFAMIDA 500 MG AMPOLLA) //GLOSA DEFINITIVA NO JUSTIFICADA EN ACREENCIA POR IPS
CLSA3831	6.728.384	6.728.384	6.728.384	0	SE GLOSA MAYOR VAOLOR CBRADO EN TARIFA SE RECONOCE SEGUN LO PACTADO I.S.S + 25% \$ 20.875. // 111. NO SE RECONOCE INSUMO ESTE HACE PARTE DE LA ATENCION INTEGRAL (AGUJA HIPODERMICA X 18G X 12 Y APOSITO ESTERIL LEUKOMED T PLUS). // 206: SE GLOSA MAYOR VALOR COBRADO EN TARIFA (CATETER VENOSO NO 22, EXTENSION ANESTESIA PEDIATRICA, LLAVES TRES VIAS) . 207: SE GLOSA MAYOR VALOR COBRADO EN TARIFA (CLORURO DE POTASIO 14.9% + CLORURO DE POTASIO, DEXTROSA 5 EN CLORURO) . // GLOSA DEFINITIVA NO JUSTICADA EN ACREENCIA POR IPS

CLSA3838	5.016.891	5.016.891	4.008.923	1.007.968	NO PERTINENTE EL COBRO DE 25 CUIDADOS PACIENTE QUE SOLO FUE VISTO POR MEDICO INTERNISTA LOS DIAS 8-12-13 DE JULIO 2022, SEGUN LO SOPORTADO EN LA H.C// 223: SE GLOSA MAYOR VALOR COBRADO EN (ESFINTERECTOMIA Y PAPILOTOMIA ENDOSCOPICA Y COLANGIORESONANCIA) TARIFA SE RECONOCE SEGUN LO PACTADO I.S.S +25% CIRUJANO \$ 182.562 ANESTESI \$ 138.000 AYUDANTE \$ 51.750 SALA \$ 191.343 MATERIALES \$ 163.893 \$ 727.548 , NO SE EVIDENCIA COTIZACION POR EL VALOR FACTURADO//.308: NO SE EVIDENCIA SOPORTE DEL ESTUDIO REALIZADO(TOMOGRAFIA COMPUTADA DE ABDOMEN Y PELVIS (ABDOMEN TOTAL) Y ECOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL).// 601: SOLO SE RECONOCEN SEGUN EVOLUCIONES DEL ESPECIALISTA (MEDICINA INTERNA) LOS DIAS 24-06-22 Y 8-12-13 DE JULIO, POR INOPORTUNIDAD EN LA ATENCION Y ESTANCIA PROLONGADA EN ESPERA DE VALORACION DEL ESPECIALISTA (HEPATOLOGO) PARA DEFINIR CONDUCTA ,, PACIENTE NO TIENE CRITERIO PARA HABITACION UNIPERSONAL, TAMPOCO ES ORDENADA POR ESPECIALISTA, SE RECONOCE HABITACION BIPERSONAL DE ALTA COMPLEJIDAD CODIGO S11302 \$ 109.700 CADA DIA EN CASO DE SOPORTAR. // 206: SE GLOSA MAYOR VALOR COBRADO EN TARIFA(CATETER, EXTENSION ANESTESIA ADULTO,LLAVES TRES VIAS,CICLOFOSFAMIDA 500 MG AMPOLLA) //GLOSA DEFINITIVA NO JUSTIFICADA EN ACREENCIA POR IPS
CLSA3840	5.963.738	5.963.738	573.296	5.390.442	NO SE RECONOCE FACTURACION, NO PERTINENTE, ESTA INCLUIDO EN LA ATENCION INTEGRAL DEL PACIENTE. //606: EXCEDEN FACTURACION, DE ACUERDO AL MANEJO DEL PACIENTE SE RECONOCE Y ES PERTINENTE EL COBRO DE 15 ELECTRODOS (5 SEMANAL), // 207: MAYOR VALOR COBRADO C/U (FENTANILO 05 MG 10 ML SOLUC, DEXTROSA AL 5% CON CLORURO DE SODIO AL 0.33% ,LIDOCAINA JALEA AL 2)// GLOSA DEFINITIVA NO JUSTIFICADA EN ACREENCIA POR IPS

CLSA3841	2.365.037	2.365.037	2.365.037	0	MAYOR VALOR COBRADO EN INTERCONSULTAS, SE RECONOCE A ISS 2001 + 25%. // 111: NO SE RECONOCE FACTURACION, NO PERTINENTE, ESTA INCLUIDO EN LA ATENCION INTEGRAL DEL PACIENTE (APOSITO). // 111. NO SE RECONOCE, ARTICULO 77, PARAGRAFO 7. LA EPS-ISS NO RECONOCERÁ VALORES ADICIONALES POR EL EMPLEO DE ACCESORIOS E IMPLEMENTOS DE LOS EQUIPOS QUE SE UTILICEN EN LA PRÁCTICA DE LAS INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS Y PROCEDIMIENTOS, ASÍ NO SEAN REUTILIZABLES. SE EXCEPTÚA DE ESTA DISPOSICIÓN LOS QUE A CONTINUACIÓN SE RELACIONAN JUNTO CON EL VALOR A FACTURAR, POR CADA PROCEDIMIENTO EFECTUADO: A) CUCHILLA PARA EL ARTROSCOPIO EN PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS \$41.395; B) TROCAR DESECHABLE DE PRIMERA PUNCIÓN EN CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA \$303.995 C) ASA O ELECTRODO PARA CAUTERIZACIÓN Y CORTE POR CORRIENTE ELÉCTRICA EN CIRUGÍA UROLÓGICA ENDOSCÓPICA \$40.000; IGUALMENTE EL BALÓN DE CONTRAPULSACIÓN. // 207: MAYOR VALOR COBRADO (DEXTROSA AL 5% CON CLORURO DE SODIO AL 0.33% + CLORURO DE SODIO + DEXTROSA AL 5% CON CLORURO DE SODIO AL 0.33% + DEXTROSA HIDRATADA) // GLOSA DEFINITIVA NO JUSTICADA EN ACREENCIA POR IPS
CLSA3842	5.265.701	5.265.701	0	5.265.701	
CLSA3843	3.016.109	3.016.109	597.569	2.418.540	NO SE RECONCOE, NO ES PERTINENTE SU USO, SE ADMINISTRA GRE POBRE EN LEUCOCITO // 111: NO SE RECONOCE FACTURACION, NO PERTINENTE, ESTA INCLUIDO EN LA ATENCION INTEGRAL DEL PACIENTE (APOSITO). // 106: NO SE JUSTIFICA FACTURACION DE 2 CAUCHOS, ESTANCIA DE 2 DIAS, SE GLOSA 1 (CAUCHO DE SUCCION). // 207: MAYOR VALOR COBRADO, TARIFA NO PACTADA (FENTANILO 05 MG 10 ML SOLUC, EPINEFRINA (ADRENALINA) 1 MG /1ML , ROCURONIO BROMURO 50 MG /5ML , LIDOCAINA JALEA AL 2) .// GLOSA DEFINITIVA NO JUSTICADA EN ACREENCIA POR IPS
CLSA3844	1.738.902	1.738.902	732.562	1.006.340	MAYOR VALOR COBRADO EN INTERCONSULTA , SE RECONOCE DE ACUERDO A LA TARIFA ACORDADA.// 111: NO SE RECONOCE FACTURACION, NO PERTINENTE, ESTA INCLUIDO EN LA ATENCION INTEGRAL DEL PACIENTE (APOSITO).//308. NO SE EVIDENCIA SOPORTE DE SU REALIZACION. SE GLOSA (RESONANCIA MAGNETICA DE COLUMNA LUMBOSACRA SIMPLE). //207: MAYOR VALOR COBRADO (TRAMMADOL) // GLOSA DEFINITIVA NO JUSTICADA EN ACREENCIA POR IPS

CLSA3845	7.833.361	7.833.361	2.806.428	5.026.933	NO SE EVIDENCIA SOPORTE DE SU REALIZACION (DRENAJE DE COLECCIÓN DE LA PARED ABDOMINAL VÍA PERCUTÁNEA) //202: MAYOR VALOR COBRADO EN INTERCONSULTAS, SE RECONOCE DE ACUERDO A LA TARIFA ACORDADA//207 : MAYOR VALOR COBRADO, SE RECONOCE C/U DE ACUERDO A LA TARIFA ACORDADA (KIT DE MEDIOS DE CONTRASTE,, VASELINA PURA OSA + PETROLATO BLANCO)// 106: NO SE RECONOCE FACTURACION, NO PERTINENTE, ESTA INCLUIDO EN LA ATENCION DEL PACIENTE (APOSITO ESTERIL). //GLOSA DEFINITIVA NO JUSTIFICADA EN ACREENCIA POR IPS
CLSA3846	9.292.645	9.292.645	1.153.087	8.139.558	MAYOR VALOR COBRADO EN INTERCONSULTAS, SE RECONOCE DE ACUERDO A LA TARIFA ACORDADA// 606: NO SE RECONOCE, NO PERTINENTE SU USO, SE ADMINISTRA SANGRE LEUCORREDUCIDA (FILTRO DESLEUCOCITADOR) // 106: NO SE RECONOCE FACTURACION, NO PERTINENTE, ESTA INCLUIDO EN LA ATENCION DEL PACIENTE (APOSITO ESTERIL), // 207 : MAYOR VALOR COBRADO, SE RECONOCE C/U DE ACUERDO A LA TARIFA ACORDADA (CLORURO DE SODIO AL 0.9% USP + CLORURO DE SODIO USP,FRAGMIN 2500 UI SOLUCION INYECTABLE + DALTEPARINA SODICA (ANTIFACTOR XA) Y TRAMADOL CLORHIDRATO 50 MG M) //GLOSA DEFINITIVA NO JUSTICADA EN ACREENCIA POR IPS
CLSA3847	218.750	218.750	42.546	176.204	SE RECONOCE ESTANCIA EN HABITACION BIPERSONAL PACIENTE QUE NO PRESENTA PATOLOGIA PARA ESTAR EN AISLAMIENTO// 106: NO SE RECONOCE POR ESTAR INCLUIDO EN LA ATENCION INTEGRAL (APOSITO)// 207: MAYOR VALOR COBRADO, SE RECONOCE C/U DE ACUERDO A LA TARIFA ACORDADA (CLORURO DE SODIO AL 0.9% + LIDOCAINA JALEA AL 2) //GLOSA DEFINITIVA NO JUSTIFICADA EN ACREENCIA POR IPS
CLSA3848	5.367.066	5.367.066	266.880	5.100.186	MAYOR VALOR COBRADO EN INTERCONSULTA, SE RECONOCE DE ACUERDO A LA TARIFA ACORDADA // 207: MAYOR VALOR COBRADO, SE RECONOCE C/U DE ACUERDO A LA TARIFA ACORDADA (FENTANILO 05 MG 10 ML SOLUC+ SOLUCION FISIOLOGICA DE CLORURO DE SODIO AL 0.9% + CLORURO DE SODIO+DEXTROSA AL 5% CON CLORURO DE SODIO AL 0.33% + CLORURO DE SODIO + DEXTROSA AL 5% CON CLORURO DE SODIO AL 0.33% + DEXTROSA HIDRATADA+DEXTROSA 10 SOLUCION INYECTABL+ HEPARINA SODICA 5000UI/ML + HEPARINA SÓDICA) // GLOSA DEFINITIVA NO JUSTIFICADA EN ACREENCIA POR IPS

CLSA3849	2.794.742	2.794.742	263.195	2.531.547	MAYOR VALOR COBRADO EN INTERCONSULTA, SE RECONOCE DE ACUERDO A LA TARIFA ACORDADA// 106: NO SE RECONOCE FACTURACION, NO PERTINENTE, ESTA INCLUIDO EN LA ATENCION DEL PACIENTE (APOSITO ESTERIL)// 207 : MAYOR VALOR COBRADO, SE RECONOCE C/U DE ACUERDO A LA TARIFA ACORDADA (DEXTROSA AL 5%) //GLOSA DEFINITIVA NO JUSTICADA EN ACREENCIA POR IPS
CLSA3850	3.714.393	3.714.393	1.435.905	2.278.488	PERTINENCIA - SE GLOSAN LOS DIAS 6,7,10,11,12,16,17,18,20/07/2022 YA QUE EN ESOS DIAS SOLO ES VALORADO POR MEDICINA GENERAL//202: MAYOR VALOR COBRADO EN INTERCONSULTAS, SE RECONOCE DE ACUERDO A LA TARIFA ACORDADA//207 : MAYOR VALOR COBRADO, SE RECONOCE C/U DE ACUERDO A LA TARIFA ACORDADA (DEXTROSA AL 5% CON CLORURO DE SODIO AL 0.33%)// 106: NO SE RECONOCE FACTURACION, NO PERTINENTE, ESTA INCLUIDO EN LA ATENCION DEL PACIENTE (APOSITO ESTERIL). //GLOSA DEFINITIVA NO JUSTICADA EN ACREENCIA POR IPS
CLSA3851	475.359	475.359	64.052	411.307	NO SE RECONOCE POR ESTAR INCLUIDO EN LA ATENCION INTEGRAL (APOSITO Y AGUJA HIPODERMICA). // 106: BASADOS EN HISTORIA CLINICA SOLO SE RECONOCE EL COBRO DE UN SOLO CATETER . IPS FACTURA 2 MAS DONDE NO ESTAN JUSTIFICADOS (CATETER) // 106 : BASADOS EN HISTORIA CLINICA Y ESTANCIA DEL PACIENTE SE RECONOCEN 5 ELECTRODOS . NO SE JUSTIFICA EL COBRO DE 10 UNDS (ELECTRODOS) // 207: TARIFAS - MAYOR VALOR COBRADO SEGUN LISTADO DE PRECIOS REGULADOS (FRAGMIN 2500 UI SOLUCION INYECTABLE + DALTEPARINA SODICA (ANTIFACTOR XA)
CLSA3852	8.367.972	8.367.972	343.130	8.024.842	SE RECONOCE ESTANCIA EN HABITACION BIPERSONAL, PACIENTE QUE NO PRESENTA PATOLOGIA PARA ESTAR EN AISLAMIENTO.// // 106: NO SE RECONOCE FACTURACION, NO PERTINENTE, ESTA INCLUIDO EN LA ATENCION DEL PACIENTE (APOSITO ESTERIL).// 207 : MAYOR VALOR COBRADO, SE RECONOCE C/U DE ACUERDO A LA TARIFA ACORDADA (CLORURO DE SODIO AL 0.9% USP + CLORURO DE SODIO USP FRAGMIN 2500 UI SOLUCION INYECTABLE // 106: POR PROTOCOLO DE SEGURIDAD AL PACIENTE EL ACCESO (CATETER) VENOSO SE DEBE CAMBIAR CADA 3 DÍAS.//GLOSA DEFINITIVA NO JUSTICADA EN ACREENCIA POR IPS

CLSA3853	2.346.416	2.346.416	232.884	2.113.532	DESPUES DEL 26 AGOST/2020 NO SE RECONOCE SERVICIO DE MUESTRAS DE COVID, SEGÚN LA RESOLUCIÓN 1463 DE 2020 MODIFICADA POR LA RESOLUCIÓN 1630 DE 2020, LA FUENTE DE FINANCIACIÓN Y EJECUCIÓN DE LAS PRUEBAS DE BÚSQUEDA, TAMIZAJE Y DIAGNÓSTICO PARA SARS COV2 [C // 106: NO SE RECONOCE FACTURACION, NO PERTINENTE, ESTA INCLUIDO EN LA ATENCION DEL PACIENTE (APOSITO ESTERIL).// 207 : MAYOR VALOR COBRADO, SE RECONOCE C/U DE ACUERDO A LA TARIFA ACORDADA (CLORURO DE SODIO AL 0.9% USP + CLORURO DE SODIO USP FRAGMIN 2500 UI SOLUCION INYECTABLE //GLOSA DEFINITIVA NO JUSTICADA EN ACREENCIA POR IPS
CLSA3854	402.976	402.976	0	402.976	FACTURA AUDITADA 3 DE OCTUBRE SIN OBJECCIONES
CLSA3855	2.044.421	2.044.421	18.661	2.025.760	MAYOR VALOR COBRADO, SE RECONOCE C/U DE ACUERDO A LA TARIFA ACORDADA (CLORURO DE SODIO AL 0.9% + LIDOCAINA JALEA AL 2) //GLOSA DEFINITIVA NO JUSTIFICADA EN ACREENCIA POR IPS
CLSA3856	1.913.635	1.913.635	340.461	1.573.174	MAYOR VALOR COBRADO EN INTERCONSULTA,SE RECONOCE DE ACUERDO A LA TARIFA ACORDADA // 106: NO SE RECONOCE FACTURACION, NO PERTINENTE, ESTA INCLUIDO EN LA ATENCION DEL PACIENTE (APOSITO ESTERIL)//111: BASADOS EN HISTORIA CLINICA SE RECONOCEN 10 ELECTRODOS// 207: MAYOR VALOR COBRADO SEGUN LISTADO DE PRECIOS REGULADOS. (FRAGMIN 2500 UI SOLUCION INYECTABLE + DALTEPARINA)// GLOSA DEFINITIVA NO JUSTICADA EN ACREENCIA POR IPS
CLSA3857	2.041.690	2.041.690	137.101	1.904.589	SE RECONOCE C/U Y ES PERTINENTE POR EVOLUCIONES Y MANEJO DEL PACIENTE EN HABITACION BIPERSONAL DE 2DO NIVEL. // 106: EXCEDEN FACTURACION, DE ACUERDO AL MANEJO DEL PACIENTE SE RECONOCE Y ES PERTINENTE EL COBRO DE 5 ELECTRODOS. // 106: EXCEDEN FACTURACION, DE ACUERDO AL MANEJO DEL PACIENTE SE RECONOCE Y ES PERTINENTE EL RECAMBIO C/72 HORAS. SE ACEPTA EL COBRO DE 2 // 106: EXCEDEN FACTURACION, DE ACUERDO AL TRATAMIENTO ADMINISTRADO SE RECONOCE Y ES PERTINENTE 2 EQUIPOS. DE LOS 6 MEDICAMENTOS APLICADOS, 3 VIA ORAL (NIFEDIPINO, ACETAMINOFEN Y SUCRALFATO), LA DALTEPARINA ES VIA SUBCUTANEA Y 2 DIPIRONA Y TRAMADOL IV. // 207: MAYOR VALOR COBRADO DE MEDICAMENTO (LIDOCAINA JALEA AL 2).// //GLOSA DEFINITIVA NO JUSTIFICADA EN ACREENCIA POR IPS

CLSA3858	20.590.458	20.590.458	2.474.093	18.116.365	BASADOS EN ESTABILIDAD DEL MEDICAMENTO (MEROPENEM 1G) (UNA VEZ RECONSTITUIDO ES ESTABLE 4 HORAS A TEMPERATURA AMBIENTE Y 24 HORAS EN NEVERA. (48H PROTEGIDO DE LUZ Y NEVERA) Y ORDEN MEDICA (680MG C/8H). SE RECONOCEN 43 AMPOLLAS. // 607: BASADOS EN LA ESTABILIDAD DEL MEDICAMENTO (VANCOMICINA 500 MG VIAL)(LA SOLUCIÓN RECONSTITUIDA TIENE UN PERIODO DE VALIDEZ DE 96 HORAS A 5°C Y DE 24 HORAS A 25°C.) ORDEN MEDICA SE RECONOCEN 43 AMPOLLAS. 255MG C/6H *14 DIAS.// 202: MAYOR VALOR COBRADO EN INTERCONSULTAS SE RECONOCE DE ACUERDO A LA TARIFA ACORDADA.// 207 : MAYOR VALOR COBRADO, SE RECONOCE C/U DE ACUERDO A LA TARIFA ACORDADA (CLORURO DE SODIO AL 0.9% Y DEXTROSA AL 5%) // GLOSA DEFINITIVA NO JUSTIFICADA EN ACREENCIA POR IPS
CLSA3859	2.613.517	2.613.517	162.870	2.450.647	BASADOS EN LA ESTABILIDAD DEL MEDICAMENTO (OXACILINA 1 G POLVO ESTERIL) (LAS RECONSTITUIDAS PARA ADMINISTRACIÓN IV RETIENEN SU POTENCIA POR 24 HORAS A TEMPERATURA AMBIENTE.) ORDENES MEDICAS Y ESTANCIA DEL PACIENTE SE RECONOCEN 14 AMPOLLAS. 2 AMPOLLAS POR DIA ORDEN MEDICA: 600MG C/8H. // 106: NO SE RECONOCE FACTURACION, NO PERTINENTE, ESTA INCLUIDO EN LA ATENCION DEL PACIENTE (APOSITO ESTERIL).
CLSA3860	8.527.972	8.527.972	0	8.527.972	FACTURA AUDITADA 3 DE OCTUBRE SIN OBJECCIONES
CLSA3861	2.916.195	2.916.195	0	2.916.195	
CLSA3862	19.019.530	19.019.530	0	19.019.530	
CLSA3863	15.780.103	15.780.103	0	15.780.103	
CLSA3864	15.741.414	15.741.414	0	15.741.414	
CLSA3865	1.073.015	1.073.015	0	1.073.015	
CLSA3867	2.015.100	2.015.100	0	2.015.100	
CLSA3868	7.145.745	7.145.745	0	7.145.745	
CLSA3904	7.259.746	7.259.746	473.349	6.786.397	MAYOR VALOR COBRADO INTRCONSULTAS, SE RECONOCE A ISS 2001 + 25%. // 606: EXCEDEN FACTURACION, DE ACUERDO AL MANEJO DEL PACIENTE SE RECONOCE Y ES PERTINENTE EL COBRO DE 15 ELECTRODOS (5 SEMANAL)// EXCEDEN FACTURACION, DE ACUERDO AL MANEJO DEL PACIENTE SE RECONOCE Y ES PERTINENTE EL RECAMBIO C/72 HORAS. SE ACEPTA EL COBRO DE 7 (EXTENSION) . // 207: MAYOR VALOR COBRADO, SE RECONOCE C/U DE ACUERDO A LA TARIFA ACORDADA (CLORURO DE SODIO AL 0.9%, DEXTROSA ,DIHIDROCODEINA 12.1 MG / 5 ML JARABE,HEPARINA SODICA 5000UI/ML + HEPARINA SÓDICA, LIDOCAINA JALEA AL 2)//GLOSA DEFINITIVA NO JUSTIFICADA EN ACREENCIA POR IPS

CLSA3905	3.438.473	3.438.473	865.587	2.572.886	MAYOR VALOR COBRADO EN INTERCONSULTA, SE RECONOCE DE ACUERDO A LA TARIFA ACORDADA. // 111: NO SE RECONOCE FACTURACION, NO PERTINENTE, ESTA INCLUIDO EN LA ATENCION INTEGRAL DEL PACIENTE (APOSITO). // 606: EXCEDEN FACTURACION, DE ACUERDO AL MANEJO DEL PACIENTE SE RECONOCE Y ES PERTINENTE EL RECAMBIO C/72 HORAS. SE ACEPTA EL COBRO DE 10(CATETER). // 106: EXCEDEN FACTURACION, DE ACUERDO AL MANEJO DEL PACIENTE SE RECONOCE Y ES PERTINENTE EL COBRO DE 10 ELECTRODOS (5 SEMANAL); EXCEDEN FACTURACION, DE ACUERDO AL MANEJO DEL PACIENTE SE RECONOCE Y ES PERTINENTE EL RECAMBIO C/72 HORAS. SE ACEPTA EL COBRO DE 4 (EXTENSION . // 111: NO SE RECONOCE, ARTICULO 77, PARAGRAFO 7. LA EPS-ISS NO RECONOCERÁ VALORES ADICIONALES POR EL EMPLEO DE ACCESORIOS E IMPLEMENTOS DE LOS EQUIPOS QUE SE UTILICEN EN LA PRÁCTICA DE LAS INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS Y PROCEDIMIENTOS (PINZA PARA BIOPSIA)// GLOSA DEFINITIVA NO JUSTICADA EN ACREENCIA POR IPS .
CLSA3906	1.922.968	1.922.968	181.995	1.740.973	NO SE RECONOCE FACTURACION, NO PERTINENTE, ESTA INCLUIDO EN LA ATENCION INTEGRAL DEL PACIENTE (APOSITO). // 106 EXCEDEN FACTURACION, DE ACUERDO AL MANEJO DEL PACIENTE SE RECONOCE Y ES PERTINENTE EL RECAMBIO C/72 HORAS. SE ACEPTA EL COBRO DE 3 (CATETER). // 106: EXCEDEN FACTURACION, DE ACUERDO AL MANEJO DEL PACIENTE SE RECONOCE Y ES PERTINENTE EL COBRO DE 2 SETS DE INFUSION ALARIS BECTON . // 207 : MAYOR VALOR COBRADO SEGUN LSTADO ACORDADO (DEXTROSA AL 5%) //GLOSA DEFINITIVA NO JUSTIFICADA EN ACREENCIA POR IPS
CLSA3907	672.661	672.661	116.283	556.378	NO SE RECONOCE FACTURACION, NO PERTINENTE, ESTA INCLUIDO EN LA ATENCION INTEGRAL DEL PACIENTE (APOSITO). // 106 EXCEDEN FACTURACION, DE ACUERDO AL MANEJO DEL PACIENTE SE RECONOCE Y ES PERTINENTE EL RECAMBIO C/72 HORAS. SE ACEPTA EL COBRO DE 4 (CATETER). // 106: EXCEDEN FACTURACION, DE ACUERDO AL MANEJO DEL PACIENTE SE RECONOCE Y ES PERTINENTE EL COBRO DE 3 ELECTRODOS (3 SEMANAL) (ELECTRODOS) . // 207 : MAYOR VALOR COBRADO SEGUN LSTADOACORDO (CLORURO DE SODIO Y DEXTROSA 5 EN CLORURO) //GLOSA DEFINITIVA NO JUSTIFICADA EN ACREENCIA POR IPS

CLSA3908	10.891.404	10.891.404	8.789.303	2.102.101	MAYOR VALOR COBRADO EN INTERCONSULTAS, SE RECONOCE A ISS 2001 + 25%./ 223: MAYOR VALOR COBRADO, SE RECONOCE A SOTA PLENO 2022 (PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS LEUCORREDUCIDOS) // 401: SOLO SE RECONOCE 8 DIAS DE ESTANCIA SOLICITADOS Y AUTORIZADOS(INTERNACIÓN EN UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO PEDIÁTRICO). // 606: EXCEDEN FACTURACION, DE ACUERDO AL MANEJO DEL PACIENTE SE RECONOCE Y ES PERTINENTE (SETS DE INFUSION ALARIS BECTON, EXTENSION Y ELECTRODOS).// 111. NO SE RECONOCE FACTURACION, NO PERTINENTE, ESTA INCLUIDO EN LA ATENCION INTEGRAL DEL PACIENTE (APOSITO).// 207: SE GLOSA MAYOR VALOR COBRADO EN LISTADO ACORDADO(CLORURO DE SODIO 09 X 250 ML, LIDOCAINA EN JALEA)// GLOSA DEFINITIVA NO JUSTICADA EN ACREENCIA POR IPS
CLSA3909	10.159.704	10.159.704	753.083	9.406.621	NO SE RECONOCE FACTURACION, NO PERTINENTE, ESTA INCLUIDO EN LA ATENCION INTEGRAL DEL PACIENTE (APOSITO)// 60EXCEDEN FACTURACION, DE ACUERDO AL MANEJO DEL PACIENTE SE RECONOCE Y ES PERTINENTE EL COBRO DE 9 ELECTRODOS (3 SEMANAL); EXCEDEN FACTURACION, DE ACUERDO AL MANEJO DEL PACIENTE SE RECONOCE Y ES PERTINENTE EL RECAMBIO C/72 HORAS. SE ACEPTA EL COBRO DE 8 ETENSION DE ANESTESIA. //207: MAYOR VALOR COBRADO (LIDOCAINA EN JALEA) // GLOSA DEFINITIVA NO JUSTICADA EN ACREENCIA POR IPS

CLSA3910	6.766.122	6.766.122	3.760.990	3.005.132	<p>SOLO SE RECONOCE 5 DIAS DE ESTANCIA SOLICITADOS Y AUTORIZADOS// 119: DESPUES DEL 26 AGOST/2020 NO SE RECONOCE SERVICIO DE MUESTRAS DE COVID, SEGÚN LA RESOLUCIÓN 1463 DE 2020 MODIFICADA POR LA RESOLUCIÓN 1630 DE 2020, LA FUENTE DE FINANCIACIÓN Y EJECUCIÓN DE LAS PRUEBAS DE BÚSQUEDA, TAMIZAJE Y DIAGNÓSTICO PARA SARS COV2 [COVID-19] QUE INTEGRAN LA CANASTA DE PRUEBAS, SERÁN PAGADAS POR LA ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD ?ADRES- CON RECURSOS PREVISTOS EN EL FONDO DE MITIGACIÓN DE EMERGENCIAS - FOME E INCORPORADOS EN EL PRESUPUESTO DEL MINISTERIO DE HACIENDA PÚBLICO, DISPUESTOS AL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL Y TRANSFERIDOS A LA ADRES.// 111. NO SE RECONOCE FACTURACION, NO PERTINENTE, ESTA INCLUIDO EN LA ATENCION INTEGRAL DEL PACIENTE (APOSITO).// 106: EXCEDEN FACTURACION, DE ACUERDO AL MANEJO DEL PACIENTE SE RECONOCE Y ES PERTINENTE EL RECAMBIO C/72 HORAS. SE ACEPTA EL COBRO DE 8 CATETER. // 106: EXCEDEN FACTURACION, DE ACUERDO AL MANEJO DEL PACIENTE SE RECONOCE Y ES PERTINENTE EL COBRO DE 6 ELECTRODOS (3 SEMANAL); EXCEDEN FACTURACION, DE ACUERDO AL TRATAMIENTO ADMINISTRADO SE RECONOCE Y ES PERTINENTE 3 SETS DE INFUSION ALARIS BECTON. // 207 MAYOR VALOR COBRADO (DEXTROSA AL 5% CON CLORURO DE SODIO AL 0.33% + CLORURO DE SODIO + DEXTROSA AL 5% CON CLORURO DE SODIO AL 0.33% + DEXTROSA HIDRATADA, DEXTROSA 5) // GLOSA DEFINITIVA NO JUSTICADA EN ACREENCIA POR IPS</p>
CLSA3911	3.088.018	3.088.018	254.535	2.833.483	<p>MAYOR VALOR COBRADO INTERCONSULTA, SE RECONOCE A ISS 2001 + 25% // 106. NO SE RECONOCE FACTURACION, NO PERTINENTE, ESTA INCLUIDO EN LA ATENCION INTEGRAL DEL PACIENTE (APOSITO) . // 106. EXCEDEN FACTURACION, DE ACUERDO AL MANEJO DEL PACIENTE SE RECONOCE Y ES PERTINENTE EL RECAMBIO C/72 HORAS. SE ACEPTA EL COBRO DE 4. // 106: EXCEDEN FACTURACION, DE ACUERDO AL MANEJO DEL PACIENTE SE RECONOCE Y ES PERTINENTE EL COBRO DE 5 ELECTRODOS (5 SEMANAL). // 106 EXCEDEN FACTURACION, DE ACUERDO AL MANEJO DEL PACIENTE SE RECONOCE Y ES PERTINENTE EL RECAMBIO C/72 HORAS. SE ACEPTA EL COBRO DE 2 EXTENSION ANESTESIA ADULTO // 606. EXCEDEN FACTURACION, DE ACUERDO AL TRATAMIENTO ADMINISTRADO SE RECONOCE Y ES PERTINENTE 2 EQUIPOS. // GLOSA DEFINITIVA NO JUSTIFICADA EN ACREENCIA POR IPS</p>

CLSA3912	15.397.370	15.397.370	1.009.512	14.387.858	MAYOR VALOR COBRADO NTERCONSULTA , SE RECONOCE A ISS 2001 + 25%. // 106: NO SE RECONOCE FACTURACION, NO PERTINENTE, ESTA INCLUIDO EN LA ATENCION INTEGRAL DEL PACIENTE (APOSITO). // 16: EXCEDEN FACTURACION, DE ACUERDO AL MANEJO DEL PACIENTE SE RECONOCE Y ES PERTINENTE EL COBRO DE 10 ELECTRODOS (5 SEMANAL). // 106 EXCEDEN FACTURACION, DE ACUERDO AL MANEJO DEL PACIENTE SE RECONOCE Y ES PERTINENTE EL RECAMBIO C/72 HORAS. SE ACEPTA EL COBRO DE 4. // 207 MAYOR VALOR COBRADO C/U (COLISTIMETATO SODICO 150 MG AM, GENTAMICINA 20 MG, LIDOCAINA JALEA) // // GLOSA DEFINITIVA NO JUSTICADA EN ACREENCIA POR IPS
CLSA3913	8.437.746	8.437.746	5.298.308	3.139.438	NO PERTINENTE FACTURAR UNIPERSONAL, SE RECONOCE BIPERSONAL, PTE ESTABLE, OXGENO AMBIENTE REMITIDO PARA VALORACION DE CIRUJANO PLASTICO, CON HERIDAS, HACEN DESBRIDAMIENTO Y COGAJOS// 601: FACTURAN DOS VECES, 23 DIAS DE HABITACION UNIPERSONAL, PTE SIN PERTINENCIA DE UNIPERSONAL, SE GLOSA LOS 23 DIAS. SE RECONOCE BIPERSONAL. PTE ESATBLE, OXIGENO AMBIENTE, ESTA PARA COLGAJOS Y DESBRIDAMIENTOS.//302: NO SOSPORTAN LAS INTERCONSULTAS, NI LAS CONSULTA DE ESPECIALISTA, SOLO HAY ANOTACIONES DE MANEJO DIARIO DEL INTERNISTA COBRADO EN OTRO ITEM.// 102: FACTURAN 28 MANEJO INTRAHOSPITALARIO , O PERTINENTE ESA CANTIDAD, PTE INGRESA EL 10 DE JULIO Y SALE EL 2 DE AGOSTO, SE RECONOCEN 23 MANEJOS. // 308: NO SE EVIDENCIA SOPORTE DE SU REALIZACION. SE GLOSA (ECOGRAFIA DE TEJIDOS BLANDOS DE PARED ABDOMINAL Y DE PELVIS, ECOGRAFIA DE TEJIDOS BLANDOS EN LAS EXTREMIDADES, ECOGRAFIA DE TEJIDOS BLANDOS DE PARED ABDOMINAL Y DE PELVIS, RADIOGRAFIA DE PIE (AP, LATERAL Y OBLICUA), ECOGRAFIA DE TEJIDOS BLANDOS EN LAS EXTREMIDADES INFERIORES CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS) // GLOSA DEFINITIVA NO JUSTICADA EN ACREENCIA POR IPS
CLSA3914	7.429.712	7.429.712	0	7.429.712	
CLSA3916	8.176.844	8.176.844	5.151.250	3.025.594	FACTURA AUDITADA EN QUALITY EN PROCESO DE INTERFAZ //FACTURA CON GLOSA POR CONCILIAR

CLSA3917	8.023.219	8.023.219	8.023.219	0	NO SOPORTAN INTERCONSULTAS, SOLO EL MANEJO INTRAHOSPITALARIO DEL ESPECIALISTA // 309: NO ESTAN SOPORTADO LOS PROCEDIMIENTOS Y AYUDAS DIAGNOSTICA RELACIONADOS CON TRANFUSIONES, SOLOORDEN UNA TRANFUSION PARA AUMENTAR HEMOGLOBINA PARA DAR SALIDA. // 308: NO SOPORTAN NI JUSTIFICAN LAS ECOGRAFIAS EN LA HISTORIA CLINICA. // 308: NO SOPORTAN NIJUSTIFICAN EN LA HISTORIA CLINICA, EXCEDE CANTIDAD FACTURADA (PRUEBA CRUZADA MAYOR ERITROCITARIA POR MICROTECNICA, HEMOCLASIFICACION SISTEMA ABO INVERSA HEMOCLASIFICACION SERICA POR MICROTECNICA) // 309: NO SOPORTAN NI JUSTIFICAN EN LA HISTORIA CLINICA LA APLICACION DE SANGRE, EXCEDE CANTIDAD FCTURADA NO SOPORTADA NI ENVIADA POR EL MEDICO. // 207: MAYOR VALOR COBRADO, SE RECONOCE LISTADO DE LA EPS (MORFINA CLORHIDRATO 10MG/ML + MORFINA CLORHIDRATO TRIHIDRATO EQUIVALENTE A 10MG DE MORFINA CLORHIDRATO ANHIDRO, SOLUCION FISIOLÓGICA DE CLORURO DE SODIO AL 0.9% + CLORURO DE SODIO, DEXTROSA AL 5% CON CLORURO DE SODIO AL 0.33%, DEXTROSA AL 5% (GLUCOSA AL 5%) + GLUCOSA MONOHIDRATO). // GLOSA DEFINITIVA NO JUSTICADA EN ACREENCIA POR IPS
CLSA3918	18.827	18.827	18.827	0	NO SE EVIDENCIA SOPORTE DE SU REALIZACION. SE GLOSA // GLOSA DEFINITIVA NO JUSTIFICADA EN ACREENCIA POR IPS
CLSA3919	46.547	46.547	0	46.547	FACTURA AUDITADA 3 DE OCTUBRE SIN OBJECCIONES
CLSA3920	1.300.000	1.300.000	0	1.300.000	FACTURA AUDITADA 3 DE OCTUBRE SIN OBJECCIONES
CLSA4492	20.710.974	20.710.974	909.944	19.801.030	NO SE RECONOCE FACTURACION, NO PERTINENTE SU USO PARA LA APLICACION DE LA UNIDAD DE GLOBULOS ROJOS LEUCORREDUCIDOS // 208: MAYOR VALOR COBRADO, SE RECONOCE A ISS 2001 + 25% (PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS LEUCORREDUCIDOS, ANTICUERPOS IRREGULARES DETECCION (COOMBS INDIRECTO. RASTREO ANTICUERPOS IRREGULARES. PRUEBA DE ANTIGLOBULINA INDIRECTA ESCRUTINIO DE ANTICUERPOS IRREGULARES) POR MICROTECNICA, Y TRANSFUSION DE LA UNIDAD DE GLOBULOS ROJOS O ERITROCITOS) // 106: NO SE RECONOCE FACTURACION, NO PERTINENTE, ESTA INCLUIDO EN LA ATENCION DEL PACIENTE (APOSITO ESTERIL Y ELECTRODOS)// 207: MAYOR VALOR COBRADO, SE RECONOCE C/U DE ACUERDO A LA TARIFA ACORDADA (FENTANILO 05 MG 10 ML Y CLORURO DE SODIO AL 0.9%// GLOSA DEFINITIVA NO JUSTIFICADA EN ACREENCIA POR IPS

CLSA4498	1.627.450	1.627.450	217.888	1.409.562	NO SE RECONOCE FACTURACION, NO PERTINENTE, ESTA INCLUIDO EN LA ATENCION INTEGRAL DEL PACIENTE // 207 : MAYOR VALOR COBRADO, SE RECONOCE C/U DE ACUERDO A LA TARIFA ACORDADA (VIMPAT ® 10 MG/ML SOLUCION ORAL + LACOSAMIDA) // GLOSA DEFINITIVA NO JUSTIFICADA EN ACREENCIA POR IPS
CLSA4499	4.061.791	4.061.791	891.796	3.169.995	SE RECONOCEN 16 UNIDADES, DE ACUERDO A ESTABILIDAD DEL MEDICAMENTO Y DOSIS ORDENADA POR MÉDICO TRATANTE (MEROPENEM 1G POLVO + VANCOMICINA 500 MG VIAL) // GLOSA DEFINITIVA NO JUSTIFICADA EN ACREENCIA POR IPS
CLSA4502	1.218.397	1.218.397	0	1.218.397	FACTURA AUDITADA 14 DE OCTUBRE SIN OBJECCIONES
CLSA4503	876.836	876.836	0	876.836	FACTURA AUDITADA 14 DE OCTUBRE SIN OBJECCIONES
CLSA4504	886.865	886.865	162.224	724.641	SE RECONOCEN 20 SEGUN ESTABILIDAD DEL MEDICAMENTO Y DOSIS ORDENADA POR MÉDICO TRATANTE. // MAYOR VALOR COBRADO, SE RECONOCE C/U DE ACUERDO A LA TARIFA ACORDADA (CLORURO DE SODIO AL 0.9% USP +SOLUCION FISIOLÓGICA DE CLORURO DE SODIO + DEXTROSA)//GLOSA DEFINITIVA NO JUSTIFICADA EN ACREENCIA POR IPS
CLSA4505	643.834	643.834	236.741	407.093	IPS FACTURA 13 CUIDADOS SE GLOSAN 9 BASADOS EN LOS SOPORTES EL PERIODO FACTURADO ES DEL 10/08/2022 AL 14/08/2022. ES DECIR SE RECONOCEN 4 CUIDADO MANEJO POR ESPECIALISTA .(PEDIATRIA). // 106 : SE REALIZA GLOSA YA QUE NO SE JUSTIFICA EL COBRO DE 19 AGUJAS SE RECONOCEN 7 BASADOS EN LOS MEDICAMENTOS. // 111. NO SE RECONOCE EL VALOR FACTURADO POR ESTAR INCLUIDO EN LA ATENCION INTEGRAL. (APOSTITO) .// 106. NO SE RECONOCE ESTE MATERIAL ESTA INCLUIDO EN EL VALOR DE LA GLUCOMETRIA (TIRILLAS) . // 207 : MAYOR VALOR COBRADO (CLORURO DE POTASIO 14.9% + CLORURO DE POTASIO, SOLUCION FISIOLÓGICA DE CLORURO DE SODIO AL 0.9% + CLORURO DE SODIO) //GLOSA DEFINITIVA NO JUSTIFICADA EN ACREENCIA POR IPS

CLSA4586	5.941.331	5.941.331	2.730.889	3.210.442	MAYOR VALOR COBRADO EN INTERCONSULTA, SE RECONOCE DE ACUERDO A LA TARIFA ACORDADA. // 308: SE GLOSA EL 25% DEL VALOR DE ESTA AYUDA DIAGNOSTICA POR FALTA DEL SOPORTE DE LA INTERPRETACIÓN DEL RADIOLOGO.(TOMOGRAFIA Y ECOGRAFIA ARTICULAR DE RODILLA). // 123: SE REALIZA GLOSA DE LAS TERAPIAS FISICAS YA QUE BASADOS EN LAS EVOLUCIONES DE LAS TERAPIAS SOPORTADAS ESTAN INCLUIDAS EN LA ESTANCIA.// 601. SE RECONOCE ESTANCIA EN INTERMEDIO. PACIENTE QUE NO TIENE CRITERIO DE INTENSIVO. SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, SIN REQUERIMIENTO DE OXIGENO SUPLEMENTARIO, TOLERANDO APOORTE ENTERAL, MANTENIENDO GLUCOMETRIAS ESTABLES. // PACIENTE SIN CRITERIO PARA UCI INTENSIVA. REPORTE DE ELECTROLITOS SIN ALTERACIONES,HEMOGRAMA CON ANEMIA, CON TROMBOCITOSIS. POR SU CUADRO CLINICO SE REALIZO TAC DE CRANEO SUPLE, SE SOLICITO ELECTROENCEFALOGRAMA, Y VALORACION POR NEUROLOGIA PEDIATRICA CON ESTUDIOS. PACIENTE CON REGULAR PATRON RESPIRATORIO CON SATURACIONES EN METAS, SE INICIA DESCENSO DE OXIGENO. // 111: NO SE RECONOCE FACTURACION, NO PERTINENTE, ESTA INCLUIDO EN LA ATENCION INTEGRAL DEL PACIENTE (APOSITO). // 106. POR PROTOCOLO DE SEGURIDAD AL PACIENTE EL ACCESO VENOSO SE DEBE CAMBIAR CADA 3. DÍAS.// 107. BASADOS EN ORDENES MEDICAS (240mg c/6h) SE RECONOCEN 28 AMPOLLAS (CLINDAMICINA). // 106.: IPS FACTURA 68 ELECTRODOS BASADOS EN ESTANCIA DEL PACIENTE SE RECONOCEN 10 ELECTRODOS.. // 207: MAYOR VALOR COBRADO (SOLUCION FISIOLÓGICA DE CLORURO DE SODIO AL 0.9% +
CLSA4588	2.731.499	2.731.499	198.351	2.533.148	MAYOR VALOR COBRADO EN INTERCONSULTA SE RECONOCE A ISS+25%.//106: NO SE RECONOCE EL VALOR FACTURADO POR ESTAR INCLUIDO EN LA ATENCION INTEGRAL (APOSITO) . // 207: MAYOR VALOR COBRADO (CLORURO DE POTASIO 14.9% + CLORURO DE POTASIO + SOLUCION FISIOLÓGICA DE CLORURO DE SODIO AL 0.9% + CLORURO DE SODIO) . //GLOSA DEFINITIVA NO JUSTIFICADA EN ACREENCIA POR IPS
CLSA4589	16.705.163	16.705.163	16.705.163	0	SE REALIZA GLOSA TOTAL YA QUE NO SE EVIDENCIA YA QUE NO ANEXAN SOPORTE DE FACTURA DE AGOTAMIENTO DE FACTURA. // GLOSA DEFINITIVA NO JUSTICADA EN ACREENCIA POR IPS

CLSA4590	4.983.179	4.983.179	1.125.409	3.857.770	MAYOR VALOR COBRADO EN INTERCONSULTA SE RECONOCE A ISS+25%.// NO SE RECONOCE EL VALOR FACTURADO POR ESTAR INCLUIDO EN LA ATENCION INTEGRAL (APOSITO Y JABON CLORHEXIDINA 2 X 30ML WESCOHEX) . // 106: IPS FACTURA 29 CATETERES BASADOS EN ESTANCIA DEL PACIENTE SE RECONOCEN 16 CANTIDAD FACTURADA NO ESTA JUSTIFICADA.// 107: BASADOS EN LA ORDEN MEDICA 700MG C/6H SE RECONOCEN 2 AMPOLLAS POR DIA, Y FUERON 21 DIAS (AMPICILINA SULBACTAM 15 GR , VANCOMICINA 500 MG VIAL INYEC) // GLOSA DEFINITIVA NO JUSTIFICADA EN ACREENCIA POR IPS
CLSA4591	2.781.056	2.781.056	300.380	2.480.676	MAYOR VALOR COBRADO INTERCONSUTA SE RECONOCE A ISS+25%. //116: DESPUES DEL 26 AGOST/2020 NO SE RECONOCE SERVICIO DE MUESTRAS DE COVID, SEGÚN LA RESOLUCIÓN 1463 DE 2020 MODIFICADA POR LA RESOLUCIÓN 1630 DE 2020, LA FUENTE DE FINANCIACIÓN Y EJECUCIÓN DE LAS PRUEBAS DE BÚSQUEDA, TAMIZAJE Y DIAGNÓSTICO PARA SARS COV2 . // 308. SE GLOSA EL 25% DEL VALOR DE ESTA AYUDA DIAGNOSTICA POR FALTA DEL SOPORTE DE LA INTERPRETACIÓN DEL RADIOLOGO. (TOMOGRAFIA COMPUTADA DE COLUMNA SEGMENTOS CERVICAL Y ECOGRAFIA DE TEJIDOS BLANDOS DE ABDOMEN CON ANALISIS DOPPLER).// 111: NO SE RECONOCE FACTURACION, NO PERTINENTE, ESTA INCLUIDO EN LA ATENCION INTEGRAL DEL PACIENTE (APOSITO)// GLOSA DEFINITIVA NO JUSTIFICADA EN ACREENCIA POR IPS

CLSA4592	30.205.186	30.205.186	8.368.462	21.836.724	MAYOR VALOR COBRADO EN INTERCONSULTAS, SE RECONOCE A ISS 2001 + 25%./ 123: SE REALIZA GLOSA TOTAL YA QUE NO SE ANEXA SOPORTE QUE EVIDENCIE LA REALIZACION DE ESTE PROCEDIMIENTO (HEMODIALISIS). // 223: MAYOR VALOR COBRADO, SE RECONOCE A SOTA PLENO 2022 (PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS LEUCORREDUCIDOS) // 208: MAYOR VALOR COBRADO (ANTICUERPOS IRREGULARES DETECCION (COOMBS INDIRECTO. RASTREO ANTICUERPOS IRREGULARES. PRUEBA DE ANTIGLOBULINA INDIRECTA ESCRUTINIO DE ANTICUERPOS IRREGULARES) POR MICROTECNICA, TRANSFUSION DE LA UNIDAD DE GLOBULOS ROJOS O ERITROCITOS, PRUEBA CRUZADA MAYOR ERITROCITARIA POR MICROTECNICA. //111. NO SE RECONOCE FACTURACION, NO PERTINENTE, ESTA INCLUIDO EN LA ATENCION INTEGRAL DEL PACIENTE (APOSITO).// 606: NO SE JUSTIFICA EL USO DE ESTE FILTRO EN TRANSFUSION DE SANGRE POBRE EN LEUCOCITOS (FILTRO DESLEUCOCITADOR). // 207: MAYOR VALOR COBRADO (ROCURONIO BROMURO 50 MG /5ML , CLORURO DE POTASIO 14.9% + CLORURO DE POTASIO, SOLUCION FISIOLÓGICA DE CLORURO DE SODIO AL 0.9% + CLORURO DE SODIO , DEXTROSA AL 5% (GLUCOSA AL 5%) + GLUCOSA MONOHIDRATO,HEPARINA SÓDICA 5000UI/ML + HEPARINA SÓDICA) // GLOSA DEFINITIVA NO JUSTICADA EN ACREENCIA POR IPS.
CLSA4593	4.930.198	4.930.198	4.930.198	0	SE REALIZA GLOSA YA QUE LOS DIAS DEL 01/08/2022 AL 10/08/2022 FUERON FACTURADOS EN LA CLSA3858 ES DECIR,HAY UNA DOBLE FACTURACION DE 10 DIAS. POR TAL MOTIVO SE GLOSA TODO LO REALIZADO EN ESOS DIAS. // GLOSA DEFINITIVA NO JUSTICADA EN ACREENCIA POR IPS
CLSA4594	1.041.079	1.041.079	164.790	876.289	MAYOR VALOR COBRADO EN INTERCONSULTA, SE RECONOCE DE ACUERDO A LA TARIFA ACORDADA. // 106: NO SE RECONOCE FACTURACION, NO PERTINENTE, ESTA INCLUIDO EN LA ATENCION INTEGRAL DEL PACIENTE (APOSITO). //207 MAYOR VALOR COBRADO, SE RECONOCE C/U DE ACUERDO A LA TARIFA ACORDADA (CLORURO DE SODIO 09 X 250 ML). // 106: EXCEDEN FACTURACION, SE RECONOCE Y ES PERTINENTE EL RECAMBIO C/72 HORAS. SE RECONOCEN 3 CATETER. . //GLOSA DEFINITIVA NO JUSTIFICADA EN ACREENCIA POR IPS

CLSA4595	4.613.426	4.613.426	300.986	4.312.440	MAYOR VALOR COBRADO EN INTERCONSULTA, SE RECONOCE DE ACUERDO A LA TARIFA ACORDADA // 207: MAYOR VALOR COBRADO, SE RECONOCE C/U DE ACUERDO A LA TARIFA ACORDADA (CLORURO DE SODIO AL 0.9% USP + DEXTROSA AL 10 X 500 ML). // 206: MAYOR VALOR COBRADO, SE RECONOCE C/U DE ACUERDO A LA TARIFA ACORDADA (BOLSA RECOLECTORA LINER 1300CC) //GLOSA DEFINITIVA NO JUSTIFICADA EN ACREENCIA POR IPS
CLSA4596	6.940.259	6.940.259	200.781	6.739.478	MAYOR VALOR COBRADO EN INTERCONSULTA, SE RECONOCE DE ACUERDO A LA TARIFA ACORDADA // 207: MAYOR VALOR COBRADO, SE RECONOCE C/U DE ACUERDO A LA TARIFA ACORDADA (CLORURO DE SODIO AL 0.9% USP + FENTANILO 05 MG 10 ML SOLUC +EPINEFRINA (ADRENALINA) + BROMURO VECURONIO 4MG1ML INYE)// 206: MAYOR VALOR COBRADO, SE RECONOCE C/U DE ACUERDO A LA TARIFA ACORDADA (BOLSA RECOLECTORA SANGRE) //GLOSA DEFINITIVA NO JUSTIFICADA EN ACREENCIA POR IPS
CLSA4602	9.937.955	9.937.955	8.585.392	1.352.563	SOLO SE AUTORIZA UNA (1) LITOTRICIA.// // 111: NO SE RECONOCE FACTURACION, NO PERTINENTE, ESTA INCLUIDO EN LA ATENCION INTEGRAL DEL PACIENTE (APOSITO). //207: SE GLOSA MAYOR VALOR COBRADO EN LISTADO ACORDADO(CLORURO DE SODIO 09 X 250 ML, LIDOCAINA EN JALEA)// GLOSA DEFINITIVA NO JUSTIFICADA EN ACREENCIA POR IPS
CLSA4603	14.984.159	14.984.159	722.985	14.261.174	MAYOR VALOR COBRADO EN INTERCONSULTA Y ASISTENCIA INTRAHOSPITALARIA POR NUTRICION Y DIETETICA, SE RECONOCE DE ACUERDO A LA TARIFA ACORDADA.// 111: NO SE RECONOCE FACTURACION, NO PERTINENTE, ESTA INCLUIDO EN LA ATENCION INTEGRAL DEL PACIENTE (APOSITO).// SE GLOSA MAYOR VALOR COBRADO EN LISTADO ACORDADO Y MEDICAMENTO REGULADO (ESOMEPRAZOL 40 MG TABLETAS + CLORURO DE SODIO 09 X 250 ML + LIDOCAINA JALEA AL 2)// GLOSA DEFINITIVA NO JUSTIFICADA EN ACREENCIA POR IPS

CLSA4604	28.791.370	28.791.370	2.285.503	26.505.867	SE GLOSA AYUDAS DIAGNOSTICAS POR NO EVIDENCIA DE SOPORTE EN LA HISTORIA CLÍNICA (ECOGRAFIA DE TEJIDOS BLANDOS DE PARED ABDOMINAL Y DE PELVIS, ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE SOD, TOMOGRAFIA COMPUTADA DE VASOS,ECOCARDIOGRAMA TRANSTORACICO CON CONTRASTE, TOMOGRAFIA COMPUTADA DE TORAX, TOMOGRAFIA COMPUTADA DE ABDOMEN Y PELVIS (ABDOMEN TOTAL). // // 111: NO SE RECONOCE FACTURACION, NO PERTINENTE, ESTA INCLUIDO EN LA ATENCION INTEGRAL DEL PACIENTE (APOSITO).// 207: SE GLOSA MAYOR VALOR COBRADO EN LISTADO ACORDADO (TRAMADOL CLORHIDRATO 50 MG M+ ROCURONIO BROMURO 50 + ESOMEPRAZOL 40 MG TABLETAS + CLORURO DE SODIO 09 X 250 ML+ CLORURO DE POTASIO 14.9% + LIDOCAINA JALEA AL 2 +FENTANILO 0.1 MG SOLUCION INYECTABLE + HEPARINA SODICA 5000UI/ML)// GLOSA DEFINITIVA NO JUSTICADA EN ACREENCIA POR IPS
CLSA4606	5.208.030	5.208.030	699.403	4.508.627	SE GLOSA AYUDAS DIAGNOSTICAS POR NO EVIDENCIA DE SOPORTE EN LA HISTORIA CLÍNICA (ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE SOD, TOMOGRAFIA COMPUTADA DE CRANEO SIMPLE,ECOCARDIOGRAMA TRANSTORACICO TRIDIMENSIONAL,TOMOGRAFIA COMPUTADA DE CRANEO SIMPLE Y CON CONTRASTE.//111: NO SE RECONOCE FACTURACION, NO PERTINENTE, ESTA INCLUIDO EN LA ATENCION INTEGRAL DEL PACIENTE (APOSITO).// 207: SE GLOSA MAYOR VALOR COBRADO EN LISTADO ACORDADO (TRAMADOL CLORHIDRATO 50 MG M+ ROCURONIO BROMURO 50 + ESOMEPRAZOL 40 MG TABLETAS + CLORURO DE SODIO 09 X 250 ML+ CLORURO DE POTASIO 14.9% +FENTANILO 0.1 MG SOLUCION INYECTABLE + HEPARINA SODICA 5000UI/ML)// GLOSA DEFINITIVA NO JUSTICADA EN ACREENCIA POR IPS
CLSA4607	3.322.004	3.322.004	120.990	3.201.014	NO SE RECONOCE FACTURACION, NO PERTINENTE, ESTA INCLUIDO EN LA ATENCION INTEGRAL DEL PACIENTE (APOSITO). // 207 : MAYOR VALOR COBRADO SEGUN LSTADOACORDO (CLORURO DE SODIO Y ERITROPOYETINA 2000 UI ML) //GLOSA DEFINITIVA NO JUSTIFICADA EN ACREENCIA POR IPS

CLSA4608	10.320.968	10.320.968	454.982	9.865.986	MAYOR VALOR COBRADO (INTERCONSULTAS Y ANTICUERPOS IRREGULARES DETECCION) , SE RECONOCE A ISS 2001 + 25% // 106: NO SE RECONOCE FACTURACION, NO PERTINENTE, ESTA INCLUIDO EN LA ATENCION DEL PACIENTE (APOSITO ESTERIL Y ELECTRODOS).// 207 : MAYOR VALOR COBRADO, SE RECONOCE C/U DE ACUERDO A LA TARIFA ACORDADA (MEPERIDINA CLORHIDRATO 100 MG/2 ML , FRAGMIN 2500 UI SOLUCION INYECTABLE + DALTEPARINA SODICA (ANTIFACTOR XA), TRAMADOL CLORHIDRATO 50 MG M, CLORURO DE SODIO AL 0.9%).// GLOSA DEFINITIVA NO JUSTIFICADA EN ACREENCIA POR IPS
CLSA4609	13.635.226	13.635.226	1.284.577	12.350.649	MAYOR VALOR COBRADO EN INTERCONSULTAS Y ANTICUERPOS IRREGULARES DETECCION , SE RECONOCE DE ACUERDO A LA TARIFA ACORDADA//208 : MAYOR VALOR COBRADO DE ACUERDO A LA TARIFA ACORDADA (PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS LEUCORREDUCIDOS) // 606: NO SE RECONOCE, NO PERTINENTE SU USO, SE ADMINISTRA SANGRE LEUCORREDUCIDA (FILTRO DESLEUCOCITADOR) // 106: NO SE RECONOCE FACTURACION, NO PERTINENTE, ESTA INCLUIDO EN LA ATENCION DEL PACIENTE (APOSITO ESTERIL Y ELECTRODOS), // 207 : MAYOR VALOR COBRADO, SE RECONOCE C/U DE ACUERDO A LA TARIFA ACORDADA (CLORURO DE SODIO AL 0.9% USP + CLORURO DE SODIO USP Y TRAMADOL CLORHIDRATO 50 MG M) //GLOSA DEFINITIVA NO JUSTICADA EN ACREENCIA POR IPS
CLSA4610	4.924.646	4.924.646	593.273	4.331.373	SOLO SE RECONOCE 11 DIAS DE ESTANCIA SOLICITADOS Y AUTORIZADOS DE ACUERDO A SOPORTES ANEXOS. // 106: NO SE RECONOCE FACTURACION, NO PERTINENTE, ESTA INCLUIDO EN LA ATENCION DEL PACIENTE (APOSITO ESTERIL Y ELECTRODOS).// 207 : MAYOR VALOR COBRADO, SE RECONOCE C/U DE ACUERDO A LA TARIFA ACORDADA (FRAGMIN 2500 UI SOLUCION INYECTABLE + DALTEPARINA SODICA (ANTIFACTOR XA), CLORURO DE SODIO AL 0.9%).//GLOSA DEFINITIVA NO JUSTIFICADA EN ACREENCIA POR IPS
CLSA4611	6.290.347	6.290.347	586.581	5.703.766	NO SE RECONOCE FACTURACION DE (TOMOGRAFIA COMPUTADA DE VIAS URINARIAS UROTC), NO REALIZADO DE ACUERDO A SOPORTES ANEXOS.// 106: NO SE RECONOCE FACTURACION, NO PERTINENTE, ESTA INCLUIDO EN LA ATENCION DEL PACIENTE (APOSITO ESTERIL Y ELECTRODOS).// 207 : MAYOR VALOR COBRADO, SE RECONOCE C/U DE ACUERDO A LA TARIFA ACORDADA (FRAGMIN 2500 UI SOLUCION INYECTABLE + DALTEPARINA SODICA (ANTIFACTOR XA), CLORURO DE SODIO AL 0.9%).//GLOSA DEFINITIVA NO JUSTIFICADA EN ACREENCIA POR IPS
CLSA4612	2.012.763	2.012.763	0	2.012.763	

CLSA4613	926.040	926.040	75.659	850.381	MAYOR VALOR COBRADO (ANTICUERPOS IRREGULARES DETECCION) , SE RECONOCE A ISS 2001 + 25% // 106: NO SE RECONOCE FACTURACION, NO PERTINENTE, ESTA INCLUIDO EN LA ATENCION DEL PACIENTE (APOSITO ESTERIL Y ELECTRODOS).// 207 : MAYOR VALOR COBRADO, SE RECONOCE C/U DE ACUERDO A LA TARIFA ACORDADA (TRAMADOL CLORHIDRATO 50 MG M, CLORURO DE SODIO AL 0.9%).// GLOSA DEFINITIVA NO JUSTIFICADA EN ACREENCIA POR IPS
CLSA4614	18.462.131	18.462.131	870.843	17.591.288	MAYOR VALOR COBRADO EN INTERCONSULTAS Y LABORATORIO ((ANTICUERPOS IRREGULARES DETECCION), SE RECONOCE DE ACUERDO A LA TARIFA ACORDADA // 106: NO SE RECONOCE FACTURACION, NO PERTINENTE, ESTA INCLUIDO EN LA ATENCION DEL PACIENTE (APOSITO ESTERIL Y ELECTRODOS) Y NO NO SE RECONOCE (FILTRO DESLEUCOCITADOR) NO PERTINENTE SU USO, SE ADMINISTRA SANGRE LEUCORREDUCIDA // 207 : MAYOR VALOR COBRADO, SE RECONOCE C/U DE ACUERDO A LA TARIFA ACORDADA (FRAGMIN 2500 UI SOLUCION INYECTABLE + DALTEPARINA SODICA (ANTIFACTOR XA) //GLOSA DEFINITIVA NO JUSTIFICADA EN ACREENCIA POR IPS
CLSA4615	2.742.723	2.742.723	111.655	2.631.068	MAYOR VALOR COBRADO E INTERCONSUTAS, SE RECONOCE DE ACUERDO A LA TARIFA ACORDADA // 106: NO SE RECONOCE FACTURACION, NO PERTINENTE, ESTA INCLUIDO EN LA ATENCION DEL PACIENTE (APOSITO ESTERIL Y ELECTRODOS)//GLOSA DEFINITIVA NO JUSTIFICADA EN ACREENCIA POR IPS
CLSA4616	2.651.572	2.651.572	735.017	1.916.555	MAYOR VALOR COBRADO EN INTERCONSULTAS, SE RECONOCE DE ACUERDO A LA TARIFA ACORDADA // 106: NO SE RECONOCE FACTURACION, NO PERTINENTE, ESTA INCLUIDO EN LA ATENCION DEL PACIENTE (APOSITO ESTERIL Y ELECTRODOS), // 207 : MAYOR VALOR COBRADO, SE RECONOCE C/U DE ACUERDO A LA TARIFA ACORDADA (FRAGMIN 2500 UI SOLUCION INYECTABLE + DALTEPARINA SODICA (ANTIFACTOR XA) //GLOSA DEFINITIVA NO JUSTIFICADA EN ACREENCIA POR IPS
CLSA4617	3.390.836	3.390.836	291.415	3.099.421	MAYOR VALOR COBRADO INTERCONSULTAS, SE RECONOCE A ISS 2001 + 25% // 106: NO SE RECONOCE FACTURACION, NO PERTINENTE, ESTA INCLUIDO EN LA ATENCION DEL PACIENTE (APOSITO ESTERIL Y ELECTRODOS).// 207 : MAYOR VALOR COBRADO, SE RECONOCE C/U DE ACUERDO A LA TARIFA ACORDADA (TRAMADOL CLORHIDRATO 50 MG M, CLORURO DE SODIO AL 0.9%).// GLOSA DEFINITIVA NO JUSTIFICADA EN ACREENCIA POR IPS

CLSA4618	1.478.174	1.478.174	163.275	1.314.899	MAYOR VALOR COBRADO EN INTERCONSULTAS, SE RECONOCE DE ACUERDO A LA TARIFA ACORDADA // 106: NO SE RECONOCE FACTURACION, NO PERTINENTE, ESTA INCLUIDO EN LA ATENCION DEL PACIENTE (APOSITO ESTERIL Y ELECTRODOS), // 207 : MAYOR VALOR COBRADO, SE RECONOCE C/U DE ACUERDO A LA TARIFA ACORDADA (CLORURO DE SODIO Y LIDOCAINA) //GLOSA DEFINITIVA NO JUSTIFICADA EN ACREENCIA POR IPS
CLSA4619	11.471.296	11.471.296	1.015.961	10.455.335	MAYOR VALOR COBRADO EN INTERCONSULTAS Y ANTICUERPOS IRREGULARES DETECCION , SE RECONOCE DE ACUERDO A LA TARIFA ACORDADA// 108: NO SE RECONOCE FACTURACION ,N O REALIZADO DE ACUERDO A SOPRTE ANEXOS (TOMOGRAFIA COMPUTADA DE ABDOMEN Y PELVIS (ABDOMEN TOTAL)) // 106: NO SE RECONOCE FACTURACION, NO PERTINENTE, ESTA INCLUIDO EN LA ATENCION DEL PACIENTE (APOSITO ESTERIL Y ELECTRODOS), // 207 : MAYOR VALOR COBRADO, SE RECONOCE C/U DE ACUERDO A LA TARIFA ACORDADA (FRAGMIN 2500 UI SOLUCION INYECTABLE + DALTEPARINA SODICA (ANTIFACTOR XA) //GLOSA DEFINITIVA NO JUSTICADA EN ACREENCIA POR IPS
CLSA4620	20.962.802	20.962.802	0	20.962.802	
CLSA4622	6.240.851	6.240.851	1.520.465	4.720.386	IPS FACTURA 4 INTERCONSULTAS SE RECONOCEN 3 INTERCONSULTAS BASADOS EN LAS EVOLUCIONES. // 202: MAYOR VALOR COBRADO SE RECONOCE A ISS+25% (INTERCONSULTA). // 102: NO SE EVIDENCIA VALORACION POR ORTOPEDISTA. POR TAL MOTIVO SE REALIZA GLOSA TOTAL (INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA). // 107: BASADOS EN ORDENES MEDICAS (280 MG C/6HORAS Y ESTABILIDAD DEL MEDICAMENTO (14 DÍAS A TEMPERATURA AMBIENTE, 63 DÍAS REFRIGERADO) SE RECONOCEN 102 AMPOLLAS (VANCOMICINA 500 MG VIAL INYEC). // GLOSA DEFINITIVA NO JUSTIFICADA EN ACREENCIA POR IPS

CLSA4623	4.864.608	4.864.608	909.029	3.955.579	SE GLOSA EL DIA 21/08/2022 YA QUE NO FUE VALORADO POR ESPECIALISTA. SOLO SE EVIDENCIA VALORACION POR MEDICINA GENERAL.// 202: MAYOR VALOR COBRADO EN INTERCONSULTA, SE RECONOCE DE ACUERDO A LA TARIFA ACORDADA.// 223: MAYOR VALOR COBRADO (PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS LEUCORREDUCIDOS, ANTICUERPOS IRREGULARES DETECCION (COOMBS INDIRECTO. RASTREO ANTICUERPOS IRREGULARES. PRUEBA DE ANTIGLOBULINA INDIRECTA ESCRUTINIO DE ANTICUERPOS IRREGULARES) POR MICROTECNICA, PRUEBA CRUZADA MAYOR ERITROCITARIA POR MICROTECNICA, TRANSFUSION DE LA UNIDAD DE GLOBULOS ROJOS O ERITROCITOS, ESTUDIO DE CITOMETRIA DE FLUJO EN BIOPSIA). // GLOSA DEFINITIVA NO JUSTIFICADA EN ACREENCIA POR IPS
CLSA4624	3.758.984	3.758.984	1.710.870	2.048.114	SE GLOSAN LOS DIAS 26,27,28/08/2022 Y 01,02,03,0,04/09/2022 YA QUE LA SOLICITUD DE LA RESONANCIA FUE EL DIA 25/08/2022 Y ES JUSTIFICADA POR EL ESPECIALISTA (NEUROLOGIA) EL DIA 05/09/2022. GENERANDO ESTANCIA PROLONGADA. SIN PODER DEFINIRLE CONDUCTA ADECUADA AL PACIENTE.// 207: MAYOR VALOR COBRADO (KIT DE MEDIOS DE CONTRASTE, CLORURO DE SODIO 09 X 250 ML, CLORURO DE SODIO AL 0.9% USP + CLORURO DE SODIO USP) . // GLOSA DEFINITIVA NO JUSTIFICADA EN ACREENCIA POR IPS
CLSA4625	11.573.708	11.573.708	466.548	11.107.160	MAYOR VALOR COBRADO EN INTERCONSULTA, SE RECONOCE DE ACUERDO A LA TARIFA ACORDADA // 106: EXCEDEN FACTURACIÓN //SE RECONOCEN 6 ELECTRODOS // PACIENTE CON ESTANCIA DE 18 DÍAS //SOLO SE RECONOCE 3 SEMANAL. // 207: MAYOR VALOR COBRADO, SE RECONOCE C/U DE ACUERDO A LA TARIFA ACORDADA (CLORURO DE SODIO 09 X 250 ML, CLORURO DE SODIO AL 0.9% USP + CLORURO DE SODIO USP, DIPIRONA SODICA 2.5 G/5 ML) //GLOSA DEFINITIVA NO JUSTIFICADA EN ACREENCIA POR IPS
CLSA4626	5.045.702	5.045.702	0	5.045.702	

CLSA4627	11.745.254	11.745.254	3.135.809	8.609.445	<p>MAYOR VALOR COBRADO EN INTERCONSULTA, SE RECONOCE DE ACUERDO A LA TARIFA ACORDADA. // 608: NO SE RECONOCE AYUDA DIAGNOSTICA, NO FUE INTERPRETADA, NI MENCIONADA POR MEDICOS O ESPECIALISTAS TRATANTE, NO SE TUVO EN CUENTA PARA DEFIRMLE CONDUCTA A LA PACIENTE (ECOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL Y ECOGRAFIA DE VIAS URINARIAS (RIÑONES. VEJIGA Y PROSTATA TRANSABDOMINAL), TOMOGRAFIA COMPUTADA DE ABDOMEN Y PELVIS (ABDOMEN TOTAL)).// 208: MAYOR VALOR COBRADO, SE RECONOCE A TARIFA PACTADA ISS +25% (ANTICUERPOS IRREGULARES DETECCION (COOMBS INDIRECTO. RASTREO ANTICUERPOS IRREGULARES. PRUEBA DE ANTIGLOBULINA INDIRECTA ESCRUTINIO DE ANTICUERPOS IRREGULARES) POR MICROTECNICA) // 223. MAYOR VALOR COBRADO, SE RECONOCE A TARIFA PACTADA SOAT PLENO (PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS LEUCORREDUCIDOS) // MAYOR VALOR COBRADO, PACIENTE A QUIEN EL DIA 29-07 SE LE REALIZA NEFROSTOMIA BILATERAL Y EL DIA 09-08 POR RETIRO INVOLUNTARIO DEL CATETER POR PARTE DELPACIENTE SE REALIZA NUEVA INSERCIÓN, POR LO TANTO SE RECONOCE ESTE VALOR AL PROCEDMIENTO YA QUE YA HABIA SIDO REALIZADO, FUE COMO UN RECAMBIO. (\$2.150.000). // 106 : NO SE RECONOCE MATERIAL, INCLUIDO EN LA ATENCION INTEGRAL (APOSITO).// 608: NO SE RECONOCE MATERIAL NO ES PERTINENTE SU USO, SE ADMINISTRA GRE LEUCORREDUCIDOS (FILTRO DESLEUCOCITADOR) . // 206: MAYOR VALOR COBRADO, SE RECONOCE A TARIFA PACTADA (BOLSA RECOLECTORA SANGRE, KIT DE MEDIOS DE CONTRASTE.AGUA ESTÉRIL</p>
----------	------------	------------	-----------	-----------	---

CLSA4628	19.167.104	19.167.104	12.436.288	6.730.816	MAYOR VALOR COBRADO EN INTERCONSULTAS, SE RECONOCE A ISS 2001 + 25%./ 123: IPS FACTURA 2 PAQUETES DE ESTE PROCEDIMIENTO, SE EVIDENCIA LA REALIZACION DE 1 EL DIA 24 DE AGOSTOS, SE RECONOCE 1 (LITOTRICIA (FRAGMENTACION) INTRACORPOREA DE CALCULOS EN VIA URINARIA). // 223: MAYOR VALOR COBRADO, SE RECONOCE A TARIFA PACTADA (HEMODIALISIS ESTANDAR CON BICARBONATO). // 123: SE RELIQUIDA PROCEDIMIENTO Y SE RECONOCE A ISS + 25%, (CIRUJANO, AYUDANTE, DERECHO DE SALA Y MATERIALES) NO REQUIERE ANESTESIOLOGIA YA QUE SE REALIZO CON ANESTESIA LOCAL (INSERCIÓN DE CATETER PERMANENTE PARA HEMODIALISIS). // 207: MAYOR VALOR COBRADO, SE RECONOCE A TARIFA PACTADA SOAT PLENO (PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS LEUCORREDUCIDOS). // 208: MAYOR VALOR COBRADO, SE RECONOCE A TARIFA PACTADA ISS + 25% (ANTICUERPOS IRREGULARES DETECCIÓN (COOMBS INDIRECTO. RASTREO ANTICUERPOS IRREGULARES. PRUEBA DE ANTIGLOBULINA INDIRECTA ESCRUTINIO DE ANTICUERPOS IRREGULARES) POR MICROTECNICA). // GLOSA DEFINITIVA NO JUSTICADA EN ACREENCIA POR IPS
CLSA4629	8.459.297	8.459.297	7.615.414	843.883	MAYOR VALOR COBRADO EN INTERCONSULTAS, SE RECONOCE A ISS 2001 + 25%./ 223: MAYOR VALOR COBRADO, TARIFA NO PACTADA, SE RECONOCE A TARIFA EPS (CARDIOCENTESIS FETAL). // 106: NO SE RECONOCE MATERIAL, INCLUIDO EN LA ATENCION INTEGRAL (APOSITO).// 207: MAYOR VALOR COBRADO, SE RECONOCE A TARIFA PACTADA (CLORURO DE SODIO AL 0.9% USP + CLORURO DE SODIO USP +DIPIRONA SODICA 2.5 G/5 ML + TRAMADOL CLORHIDRATO 50 MG M) /// GLOSA DEFINITIVA NO JUSTICADA EN ACREENCIA POR IPS
CLSA4630	29.765.723	29.765.723	2.235.682	27.530.041	SEGÚN NOTAS DE EVOLUCIÓN, NO VISTO POR ESTE ESPECIALISTA (INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN HEMATOLOGIA, CIRUGIA GENERAL, NEFROLOGIA). // 308: SIN SOPORTE EN HISTORIA CLÍNICA (ACIDO LACTICO L- LACTATO AUTOMATIZADO, HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA). // 207: MAYOR VALOR COBRADO SEGÚN TARIFA PACTADA, SE RECONOCE A TARIFA EPS (IPRAMAR® BROMURO DE IPRATROPIO INHALADOR, CLORURO DE SODIO AL 0.9% USP + CLORURO DE SODIO USP, COMPLEJO B 2ML SOLUCION INYECT, DEXTROSA AL 50% USP, HEPARINA SODICA 5000UI/ML) . // 107: SE RECONOCEN 30 UNIDADES, POR ESTABILIDAD DEL MEDICAMENTO Y DOSIS ORDENADA (PIPERACILINA TAZOBACTAM 45))/ SE RECONOCEN 38 UNIDADES, POR ESTABILIDAD DEL MEDICAMENTO Y DOSIS ORDENADA (VANCOMICINA 500 MG VIAL INYEC)

CLSA4631	2.345.789	2.345.789	582.306	1.763.483	MAYOR VALOR COBRADO EN INTERCONSULTA, SE RECONOCE DE ACUERDO A LA TARIFA ACORDADA // 208: MAYOR VALOR COBRADO, SE RECONOCE A TARIFA PACTADA ISS +25% (ANTICUERPOS IRREGULARES DETECCION (COOMBS INDIRECTO. RASTREO ANTICUERPOS IRREGULARES. PRUEBA DE ANTIGLOBULINA INDIRECTA ESCRUTINIO DE ANTICUERPOS IRREGULARES) POR MICROTECNICA) // 608 NO SE TUVO EN CUENTA PARA DEFINIR CONDUCTA A PACIENTE,NO FUE MENCIONADA (ECOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL + TOMOGRAFIA COMPUTADA DE CRANEO SIMPLE), // 206: MAYOR VALOR COBRADO, SE RECONOCE A TARIFA PACTADA (KIT DE MEDIOS DE CONTRASTE) // 207: MAYOR VALOR COBRADO, SE RECONOCE A TARIFA PACTADA (CLORURO DE SODIO AL 0.9% USP + CLORURO DE SODIO USP, FRAGMIN 2500 UI SOLUCION INYECTABLE + DALTEPARINA SODICA (ANTIFACTOR XA)) . // GLOSA DEFINITIVA NO JUSTICADA EN ACREENCIA POR IPS
CLSA4632	5.639.369	5.639.369	213.106	5.426.263	NO SE RECONOCE FACTURACION, NO PERTINENTE, ESTA INCLUIDO EN LA ATENCION INTEGRAL DEL PACIENTE // 106: NO SE RECONOCE FACTURACION, NO PERTINENTE, ESTA INCLUIDO EN LA ATENCION DEL PACIENTE (APOSITO ESTERIL Y ELECTRODOS), // 207 : MAYOR VALOR COBRADO, SE RECONOCE C/U DE ACUERDO A LA TARIFA ACORDADA (FRAGMIN 2500 UI SOLUCION INYECTABLE + DALTEPARINA SODICA (ANTIFACTOR XA)) // GLOSA DEFINITIVA NO JUSTIFICADA EN ACREENCIA POR IPS
CLSA4633	8.836.710	8.836.710	0	8.836.710	
CLSA4634	4.739.809	4.739.809	0	4.739.809	
CLSA4635	30.460.391	30.460.391	0	30.460.391	
CLSA4636	8.848.225	8.848.225	1.532.020	7.316.205	MAYOR VALOR COBRADO EN INTERCONSULTAS SE RECONOCE DE ACUERDO A LA TARIFA ACORDADA// 101: PACIENTE QUE INGRESÓ EL DÍA 28 DE JUL/2022 HASTA EL 28 DE AGOSTO/2022, POR TAL MOTIVO SE RECONOCEN 31 DÍAS DE ESTANCIA EN HABITACIÓN BIPERSONAL. // 106: NO SE RECONOCE FACTURACION, NO PERTINENTE, ESTA INCLUIDO EN LA ATENCION DEL PACIENTE (APOSITO ESTERIL Y ELECTRODOS), // 207 : MAYOR VALOR COBRADO, SE RECONOCE C/U DE ACUERDO A LA TARIFA ACORDADA (CLORURO DE SODIO AL 0.9% USP + CLORURO DE SODIO USP Y FRAGMIN 2500 UI SOLUCION INYECTABLE + DALTEPARINA SODICA (ANTIFACTOR XA)) //GLOSA DEFINITIVA NO JUSTICADA EN ACREENCIA POR IPS

CLSA4637	18.246.031	18.246.031	2.566.979	15.679.052	MAYOR VALOR COBRADO EN INTERCONSULTA, SE RECONOCE DE ACUERDO A LA TARIFA ACORDADA// 106: EXCEDEN FACTURACIÓN SE RECONOCEN 5 ELECTRODOS PACIENTE CON ESTANCIA DE 53 DÍAS //SOLO SE RECONOCE 5 SEMANAL(INTER 10). // 207 : MAYOR VALOR COBRADO, SE RECONOCE C/U DE ACUERDO A LA TARIFA ACORDADA (CLORURO DE SODIO USP AL 0.9% USP + CLORURO DE SODIO USP + NPT ADULTOS CON LIPIDOS 1501 2000ML Y FRAGMIN 2500 UI SOLUCION INYECTABLE + DALTEPARINA SODICA (ANTIFACTOR XA) //GLOSA DEFINITIVA NO JUSTICADA EN ACREENCIA POR IPS
CLSA4638	7.522.387	7.522.387	1.777.961	5.744.426	SE GLOSAN LOS DIAS 21,23,24/07/2022 YA QUE NO ES VALORADO POR ESPECIALISTA SOLO SE EVIDENCIA VALORACION POR MEDICINA GENERAL.// 202: MAYOR VALOR COBRADO SE RECONOCE A LA TARIFA PACTADA ISS+25%. (INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA GENERAL, INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA ONCOLOGICA,INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN UROLOGIA). // 208: MAYOR VALOR COBRADO (ANTICUERPOS IRREGULARES DETECCION (COOMBS INDIRECTO. RASTREO ANTICUERPOS IRREGULARES. PRUEBA DE ANTIGLOBULINA INDIRECTA ESCRUTINIO DE ANTICUERPOS IRREGULARES) POR MICROTECNICA,PRUEBA CRUZADA MAYOR ERITROCITARIA POR MICROTECNICA, PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS LEUCORREDUCIDOS, TRANSFUSION DE LA UNIDAD DE GLOBULOS ROJOS O ERITROCITOS// 207: MAYOR VALOR COBRADO (KIT DE MEDIOS DE CONTRASTE) // GLOSA DEFINITIVA NO JUSTIFICADA EN ACREENCIA POR IPS
CLSA4642	2.306.707	2.306.707	795.300	1.511.407	SE GLOSAN LOS DIAS 31/07/2022 Y EL 02/08/2022 YA QUE SE SOLICITA VALORACION POR OFTALMOLOGIA Y EL PACIENTE ES VALORADO A LOS 3 DIAS DE SOLICITADA LA INTERCONSULTA// SE GLOSA EL DIA 08/08/2022 YA QUE EL DIA 7/08/2022 SALE EL REPORTE DEL TAC Y LA VALORACION POR OFTALMOLOGIA SE REALIZA EL DIA 09/08/2022. // 601: SE GLOSA EL DIA 1/08/2022 YA QUE NO HAY VALORACION POR MEDICO ESPECIALISTA SOLO SE EVIDENCIA VALORACION POR MEDICINA GENERAL.// 2002: MAYOR VALOR COBRADO EN INTERCONSULTA, SE RECONOCE DE ACUERDO A LA TARIFA ACORDADA // GLOSA DEFINITIVA NO JUSTICADA EN ACREENCIA POR IPS
CLSA4648	110.000	110.000	94.363	15.637	MAYOR VALOR COBRADO EN INTERCONSULTAS SE RECONOCE A TARIFA PACTADA, ISS +25% //GLOSA DEFINITIVA NO JUSTIFICADA EN ACREENCIA POR IPS
CLSA4650	55.000	55.000	55.000	0	MAYOR VALOR COBRADO EN MEDICAMENTOS SEGÚN TARIFAS PACTADAS // GLOSA DEFINITIVA NO JUSTIFICA EN ACREENCIA

CLSA4652	55.000	55.000	55.000	0	MAYOR VALOR COBRADO EN MEDICAMENTOS SEGÚN TARIFAS PACTADAS // GLOSA DEFINITIVA NO JUSTIFICA EN ACREENCIA
CLSA4653	110.000	110.000	94.363	15.637	MAYOR VALOR COBRADO EN INTERCONSULTAS SE RECONOCE A TARIFA PACTADA, ISS +25% //GLOSA DEFINITIVA NO JUSTIFICADA EN ACREENCIA POR IPS
CLSA4654	110.000	110.000	94.363	15.637	MAYOR VALOR COBRADO EN INTERCONSULTAS SE RECONOCE A TARIFA PACTADA, ISS +25% //GLOSA DEFINITIVA NO JUSTIFICADA EN ACREENCIA POR IPS
CLSA4655	55.000	55.000	55.000	0	MAYOR VALOR COBRADO EN MEDICAMENTOS SEGÚN TARIFAS PACTADAS // GLOSA DEFINITIVA NO JUSTIFICA EN ACREENCIA
CLSA4656	55.000	55.000	55.000	0	MAYOR VALOR COBRADO EN MEDICAMENTOS SEGÚN TARIFAS PACTADAS // GLOSA DEFINITIVA NO JUSTIFICA EN ACREENCIA
CLSA4657	55.000	55.000	55.000	0	MAYOR VALOR COBRADO EN MEDICAMENTOS SEGÚN TARIFAS PACTADAS // GLOSA DEFINITIVA NO JUSTIFICA EN ACREENCIA
CLSA4658	55.000	55.000	55.000	0	MAYOR VALOR COBRADO EN MEDICAMENTOS SEGÚN TARIFAS PACTADAS // GLOSA DEFINITIVA NO JUSTIFICA EN ACREENCIA
CLSA4671	28.496.390	28.496.390	1.169.604	27.326.786	SE GLOSA POR NO EVIDENCIA DE VALORACIÓN POR ESPECIALISTA (INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN NEUROLOGIA Y NEFROLOGIA) . // 308: SE GLOSA POR NO EVIDENCIA EN HISTORIA CLINICA (TIEMPO DE PROTROMBINA TP,UREA EN SANGRE U OTROS FLUIDOS,ECOGRAFIA DOPPLER DE VASOS DEL CUELLO, ACIDO LACTICO L-LACTATO AUTOMATIZADO. // 207: MAYOR VALOR COBRADO (CLORURO DE SODIO 09 X 250 ML, CLORURO DE SODIO AL 0.9% USP + CLORURO DE SODIO USP, ERITROPOYETINA 2000 UI ML , ROCURONIO BROMURO 50 MG /5ML SOLUCION INYECTABLE + BROMURO DE ROCURONIO) //GLOSA DEFINITIVA NO JUSTICADA EN ACREENCIA POR IPS
CLSA471	371.228	371.228	0	371.228	
CLSA475	964.879	964.879	0	964.879	
CLSA476	644.286	644.286	0	644.286	
CLSA478	1.514.853	1.514.853	0	1.514.853	
CLSA480	1.303.948	1.303.948	0	1.303.948	
CLSA481	10.228.711	10.228.711	1.096.578	9.132.133	SE REALIZA OBJECCION POR MAYOR VALOR COBRADO SEGÚN LISTADO ACORDADO (AGUA DE IRRIGACION) SE REALIZA OBJECCON POR NO EVIDENCIA DE AUTORIZACION Y/O SOLICITUD DE SERVICIO POR ESTANCIA DE 5 DIAS DE HABITACION UNIPERSONAL SE REALIZA OBJECCON POR NO EVIDENCIA DE AUTORIZACION Y/O SOLICITUD DE PROCEDIMIENTO (HEMOSTASIA VESICAL TRANSURETRAL)

CLSA485	3.187.579	3.187.579	1.371.209	1.816.370	SE REALIZA OBJECCION POR NO EVIDENCIA DE INFORME QUIRURGICO DE LOS PROCEDIMIENTOS (COLONOSCOPIA TOTAL, CONTROL ENDOSCOPICO DE HEMORRAGIA GASTRICA O DUODENAL Y ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA)
CLSA509	14.270.785	14.270.785	0	14.270.785	
CLSA5258	4.322.581	4.322.581	100.840	4.221.741	SE RECONOCEN 2 UNIDADES DE AMPICILINA, SEGÚN ESTABILIDAD DEL MEDICAMENTO Y DOSIS ORDENADA POR MÉDICO TRATANTE. // 207: MAYOR VALOR COBRADO, SE RECONOCE C/U DE ACUERDO A LA TARIFA ACORDADA (CLORURO DE SODIO AL 0.9% USP + DESTROXA+ LIDOCAINA JALEA AL 2) //GLOSA DEFINITIVA NO JUSTIFICADA EN ACREENCIA POR IPS
CLSA5259	6.848.325	6.848.325	317.069	6.531.256	MAYOR VALOR COBRADO EN INTERCONSULTA, SE RECONOCE DE ACUERDO A LA TARIFA ACORDADA // 207: MAYOR VALOR COBRADO, SE RECONOCE C/U DE ACUERDO A LA TARIFA ACORDADA (CLORURO DE SODIO AL 0.9% USP + TRAMADOL) //GLOSA DEFINITIVA NO JUSTIFICADA EN ACREENCIA POR IPS
CLSA5260	1.382.229	1.382.229	140.114	1.242.115	MAYOR VALOR COBRADO EN INTERCONSULTA, SE RECONOCE DE ACUERDO A LA TARIFA ACORDADA. // 107: SE RECONOCEN 4 UNIDADES DE AMIKACINA, SEGÚN DOSIS Y FRECUENCIA DE APLICACIÓN ORDENADA POR MÉDICO TRATANTE Y SE RECONOCEN 6 UNIDADES DE CLINDAMICINA Y CLOFENIL® 75 MG/3ML INYECTABLE + DICLOFENACO SODICO, SEGÚN DOSIS Y FRECUENCIA DE APLICACIÓN ORDENADA POR MÉDICO TRATANTE// // 207: SE GLOSA MAYOR VALOR COBRADO EN LISTADO ACORDADO(TRAMADOL)// GLOSA DEFINITIVA NO JUSTICADA EN ACREENCIA POR IPS
CLSA5261	16.816.376	16.816.376	675.008	16.141.368	SE GLOSA MAYOR VALOR COBRADO EN LISTADO ACORDADO Y MEDICAMENTO REGULADO (CLORURO DE POTASIO 14.9% + CLORURO DE POTASIO + CLORURO DE SODIO 09 X 250 ML + KEPBRA ® TABLETAS 500 MG + LEVETIRACETAM SOLUCION ORAL 10G/100ML)// GLOSA DEFINITIVA NO JUSTICADA EN ACREENCIA POR IPS
CLSA5262	7.875.214	7.875.214	48.911	7.826.303	MAYOR VALOR COBRADO, SE RECONOCE C/U DE ACUERDO A LA TARIFA ACORDADA (CLORURO DE SODIO AL 0.9% USP + DESTROXA+ LIDOCAINA JALEA AL 2) //GLOSA DEFINITIVA NO JUSTIFICADA EN ACREENCIA POR IPS
CLSA5263	11.169.875	11.169.875	173.830	10.996.045	MAYOR VALOR COBRADO, SE RECONOCE C/U DE ACUERDO A LA TARIFA ACORDADA (CLORURO DE SODIO AL 0.9% USP +LIDOCAINA JALEA AL 2+ NISTATINA OXIDO DE ZINC 100+ Y VASELINA PURA OSA + PETROLATO BLANCO)//GLOSA DEFINITIVA NO JUSTIFICADA EN ACREENCIA POR IPS

CLSA5264	19.177.673	19.177.673	519.742	18.657.931	SE RECONOCEN 15 UNIDADES DE (CLARITROMICINA 500 MG), SEGÚN DOSIS Y FRECUENCIA DE APLICACIÓN ORDENADA POR MÉDICO TRATANTE // 207: SE GLOSA MAYOR VALOR COBRADO EN LISTADO ACORDADO(CLORURO DE POTASIO 14.9%+CLORURO DE SODIO 11.7%+CLORURO DE SODIO 09 X 250 ML)// GLOSA DEFINITIVA NO JUSTICADA EN ACREENCIA POR IPS
CLSA5265	32.324.599	32.324.599	1.334.130	30.990.469	SE REALIZA OBJEECCION POR PERTINENCIA PACIENTE NO TIENE CRITERIO DE UCI INTERMEDIO// SE RECONOCE UNIDAD DE BASICOS
CLSA5266	10.211.467	10.211.467	0	10.211.467	
CLSA5267	10.734.462	10.734.462	205.413	10.529.049	SE RECONOCEN 10 UNIDADES DE AMPICILINA SULBACTAM 15 GR, SEGÚN DOSIS Y FRECUENCIA DE APLICACIÓN ORDENADA POR MÉDICO TRATANTE // 207: SE GLOSA MAYOR VALOR COBRADO EN LISTADO ACORDADO(FENITOINA 250 MG5ML SOLUCION Y CLORURO DE SODIO 09 X 250 ML)// GLOSA DEFINITIVA NO JUSTICADA EN ACREENCIA POR IPS
CLSA5268	9.386.309	9.386.309	465.099	8.921.210	MAYOR VALOR COBRADO EN INTERCONSULTA, SE RECONOCE DE ACUERDO A LA TARIFA ACORDADA // 207: MAYOR VALOR COBRADO, SE RECONOCE C/U DE ACUERDO A LA TARIFA ACORDADA (CLORURO DE SODIO AL 0.9% USP + HEPARINA SODICA 5000UI/ML + HEPARINA SÓDICA+ LIDOCAINA JALEA Y TRAMADOL CLORHIDRATO 50 MG M)// 206: MAYOR VALOR COBRADO, SE RECONOCE C/U DE ACUERDO A LA TARIFA ACORDADA (BOLSA RECOLECTORA SANGRE) //GLOSA DEFINITIVA NO JUSTIFICADA EN ACREENCIA POR IPS
CLSA5269	4.004.285	4.004.285	111.468	3.892.817	MAYOR VALOR COBRADO, SE RECONOCE C/U DE ACUERDO A LA TARIFA ACORDADA (CLORURO DE SODIO AL 0.9% USP + DESTROXA + LIDOCAINA JALEA AL 2) //GLOSA DEFINITIVA NO JUSTIFICADA EN ACREENCIA POR IPS
CLSA5270	1.296.833	1.296.833	0	1.296.833	FACTURA AUDITADA 1 DE NOVIEMBRE SIN OBJECCIONES
CLSA5271	5.791.511	5.791.511	191.713	5.599.798	MAYOR VALOR COBRADO EN INTERCONSULTA, SE RECONOCE DE ACUERDO A LA TARIFA ACORDADA // 207: MAYOR VALOR COBRADO, SE RECONOCE C/U DE ACUERDO A LA TARIFA ACORDADA (CLORURO DE SODIO AL 0.9% USP)// 206: MAYOR VALOR COBRADO, SE RECONOCE C/U DE ACUERDO A LA TARIFA ACORDADA (BOLSA RECOLECTORA SANGRE) //GLOSA DEFINITIVA NO JUSTIFICADA EN ACREENCIA POR IPS
CLSA5272	5.390.722	5.390.722	22.773	5.367.949	MAYOR VALOR COBRADO, SE RECONOCE C/U DE ACUERDO A LA TARIFA ACORDADA (CLORURO DE SODIO AL 0.9% + LIDOCAINA JALEA AL 2) //GLOSA DEFINITIVA NO JUSTIFICADA EN ACREENCIA POR IPS

CLSA5273	8.396.236	8.396.236	233.552	8.162.684	MAYOR VALOR COBRADO EN INTERCONSULTA, SE RECONOCE DE ACUERDO A LA TARIFA ACORDADA // 207: MAYOR VALOR COBRADO, SE RECONOCE C/U DE ACUERDO A LA TARIFA ACORDADA (CLORURO DE SODIO AL 0.9% USP + VASELINA PURA OSA + PETROLATO BLANCO+) //GLOSA DEFINITIVA NO JUSTIFICADA EN ACREENCIA POR IPS
CLSA5274	11.049.015	11.049.015	474.845	10.574.170	SE RECONOCE INTERMEDIO, PACIENTE SIN CRITERIOS PARA INTENSIVOS. // 207: MAYOR VALOR COBRADO, SE RECONOCE C/U DE ACUERDO A LA TARIFA ACORDADA (CLORURO DE SODIO AL 0.9% USP) //GLOSA DEFINITIVA NO JUSTIFICADA EN ACREENCIA POR IPS
CLSA5275	8.142.734	8.142.734	473.273	7.669.461	MAYOR VALOR COBRADO, SE RECONOCE C/U DE ACUERDO A LA TARIFA ACORDADA (CLORURO DE SODIO AL 0.9% USP + LIDOCAINA JALEA Y TRAMADOL CLORHIDRATO 50 MG M) //GLOSA DEFINITIVA NO JUSTIFICADA EN ACREENCIA POR IPS
CLSA5276	8.405.151	8.405.151	77.028	8.328.123	MAYOR VALOR COBRADO, SE RECONOCE C/U DE ACUERDO A LA TARIFA ACORDADA (CLORURO DE SODIO AL 0.9% USP)// 206: MAYOR VALOR COBRADO, SE RECONOCE C/U DE ACUERDO A LA TARIFA ACORDADA (BOLSA RECOLECTORA SANGRE) //GLOSA DEFINITIVA NO JUSTIFICADA EN ACREENCIA POR IPS
CLSA5277	4.274.174	4.274.174	535.165	3.739.009	SE REALIZA OBJECCION INCLUIDO EN LA ESTANCIA // INSUMOS (APOSITO Y AGUJAS) DE MANEJO INTEGRAL DEL PACIENTE EN TRATAMIENTO YA DEFINITIVO (HOSPITALIZADA). SE REALIZA OBJECCION POR MAYOR VALOR COBRADO EN INTERCONSULTA; SE RECONOCE DE ACUERDO A LA TARIFA ACORDADA
CLSA5278	4.303.446	4.303.446	648.969	3.654.477	SE GLOSA MAYOR VALOR COBRADO EN LISTADO ACORDADO Y MEDICAMENTO REGULADO (CLORURO DE SODIO 09 X 250 ML + KEPRA ® TABLETAS 500 MG + LEVETIRACETAM)// GLOSA DEFINITIVA NO JUSTIFICADA EN ACREENCIA POR IPS
CLSA5279	33.059.523	33.059.523	19.150	33.040.373	MAYOR VALOR COBRADO, SE RECONOCE C/U DE ACUERDO A LA TARIFA ACORDADA (CLORURO DE SODIO AL 0.9% USP + DESTROXA) //GLOSA DEFINITIVA NO JUSTIFICADA EN ACREENCIA POR IPS
CLSA5280	62.302.925	62.302.925	3.926.644	58.376.281	MAYOR VALOR COBRADO, SE RECONOCE C/U DE ACUERDO A LA TARIFA ACORDADA (PARACETAMOL SOLUCION INYECTABLE 500MG, CLORURO DE SODIO 09 X 250 ML, CUROSURF VIAL * 1.5 ML ,CUROSURF ® 3.0 ML, DEXTROSA 10 Y LIDOCAINA JALEA AL 2) //GLOSA DEFINITIVA NO JUSTIFICADA EN ACREENCIA POR IPS
CLSA5281	7.335.611	7.335.611	0	7.335.611	
CLSA5282	8.937.491	8.937.491	637.228	8.300.263	SE RECONOCE HABITACIÓN BIPERSONAL, PACIENTE SEGÚN NOTAS DE EVOLUCIÓN, SIN CRITERIOS PARA INTERMEDIOS// 207: SE GLOSA MAYOR VALOR COBRADO EN LISTADO ACORDADO(CLORURO DE SODIO 09 X 250 ML)// GLOSA DEFINITIVA NO JUSTIFICADA EN ACREENCIA POR IPS

CLSA5283	2.629.035	2.629.035	11.645	2.617.390	MAYOR VALOR COBRADO, SE RECONOCE C/U DE ACUERDO A LA TARIFA ACORDADA (CLORURO DE SODIO AL 0.9% USP + DEXTROXA) //GLOSA DEFINITIVA NO JUSTIFICADA EN ACREENCIA POR IPS
CLSA5284	11.256.662	11.256.662	86.173	11.170.489	MAYOR VALOR COBRADO, SE RECONOCE C/U DE ACUERDO A LA TARIFA ACORDADA (CLORURO DE SODIO AL 0.9% USP) //GLOSA DEFINITIVA NO JUSTIFICADA EN ACREENCIA POR IPS
CLSA5285	3.590.515	3.590.515	42.639	3.547.876	MAYOR VALOR COBRADO, SE RECONOCE C/U DE ACUERDO A LA TARIFA ACORDADA (CLORURO DE SODIO AL 0.9% USP + DESTROXA) //GLOSA DEFINITIVA NO JUSTIFICADA EN ACREENCIA POR IPS
CLSA5286	4.844.461	4.844.461	139.525	4.704.936	SE REALIZA OBJECCION INCLUIDO EN LA ESTANCIA // INSUMOS (APOSITO) DE MANEJO INTEGRAL DEL PACIENTE EN TRATAMIENTO YA DEFINITIVO (HOSPITALIZADA). SE REALIZA OBJECCION POR MAYOR VALOR COBRADO EN INTERCONSULTA; SE RECONOCE DE ACUERDO A LA TARIFA ACORDADA
CLSA5287	19.579.784	19.579.784	6.791.153	12.788.631	NO SE RECONOCE FACTURACIÓN DE ESTA AYUDA DIAGNOSTICA. ESTÁN INCLUIDO EN EL PROCESAMIENTO SEGÚN EL ARTICULO 32 PARÁGRAFO 1 SOAT (HEMOCLASIFICACION SISTEMA ABO DIRECTA HEMOCLASIFICACION GLOBULAR POR MICROTECNICA,PRUEBA CRUZADA MAYOR ERITROCITARIA POR MICROTECNICA,HEMOCLASIFICACION SISTEMA RH ANTIGENO RH D POR MICROTECNICA,ANTICUERPOS IRREGULARES DETECCION (COOMBS INDIRECTO. RASTREO ANTICUERPOS IRREGULARES. PRUEBA DE ANTIGLOBULINA INDIRECTA ESCRUTINIO DE ANTICUERPOS IRREGULARES) POR MICROTECNICA// 223 :: MAYOR VALOR COBRADO, SE RECONOCE A TARIFA PACTADA (TRANSFUSION DE LA UNIDAD DE GLOBULOS ROJOS O ERITROCITOS,ANTIGENO CARCINOEMBRIONARIO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO, PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS LEUCORREDUCIDOS) . // 423: PROCEDIMETO NO AUTORIZADO (BIOPSIA DE HUESO EN SITIO NO ESPECIFICADO. VIA PERCUTANEA,BIOPSIA POR ASPIRACION DE MEDULA OSEA). // 206: MAYOR VALOR COBRADO, SE RECONOCE A TARIFA PACTADA (BOLSA RECOLECTORA SANGRE, KIT DE MEDIOS DE CONTRASTE, PELICULA TRANSPARENTE EN ROLLO FIXOMULL). // 207 MAYOR VALOR COBRADO, SE RECONOCE A TARIFA PACTADA (HIDRATANTE PARA HERIDAS SAFGEL, CONSTILAX® 66. 7% SOLUCION ORAL + LACTULOSA (66- 67 %) EQUIVALENTE A LACTULOSA, POLIETILENGLICOL 3350 + POLIETILENGLICOL 3350, VITAINA B12 CIANOCOBALAINA,) // GLOSA DEFINITIVA NO JUSTICADA EN ACREENCIA POR IPS

CLSA5288	4.702.362	4.702.362	45.070	4.657.292	MAYOR VALOR COBRADO EN INTERCONSULTAS SE RECONOCE C/U DE ACUERDO A LA TARIFA ACORDADA// 106: NO SE RECONOCE POR ESTAR INCLUIDO EN LA ATENCION INTEGRAL (APOSITO) // 207: MAYOR VALOR COBRADO, SE RECONOCE C/U DE ACUERDO A LA TARIFA ACORDADA (CLORURO DE SODIO AL 0.9%)//GLOSA DEFINITIVA NO JUSTIFICADA EN ACREENCIA POR IPS
CLSA5289	5.220.520	5.220.520	962.130	4.258.390	MAYOR VALOR COBRADO EN INTERCONSULTA, SE RECONOCE DE ACUERDO A LA TARIFA ACORDADA. // NO SE RECONOCE FACTURACIÓN DE ESTA AYUDA DIAGNOSTICA. ESTÁN INCLUIDO EN EL PROCESAMIENTO SEGÚN EL ARTICULO 32 PARÁGRAFO 1 SOAT (HEMOCLASIFICACION SISTEMA ABO DIRECTA HEMOCLASIFICACION GLOBULAR POR MICROTECNICA,PRUEBA CRUZADA MAYOR ERITROCITARIA POR MICROTECNICA,HEMOCLASIFICACION SISTEMA RH ANTIGENO RH D POR MICROTECNICA,ANTICUERPOS IRREGULARES DETECCION (COOMBS INDIRECTO. RASTREO ANTICUERPOS IRREGULARES. PRUEBA DE ANTIGLOBULINA INDIRECTA ESCRUTINIO DE ANTICUERPOS IRREGULARES) POR MICROTECNICA.// 111. INCLUIDO EN EL INSTRUMENTAL QUE HACEN PARTE DEL DERECHO DE SALA./// NO SE TOMA MUESTRA.(PINZA PARA BIOPSIA EGD) .// 106: NO SE RECONOCE FACTURACION, NO PERTINENTE, ESTA INCLUIDO EN LA ATENCION INTEGRAL DEL PACIENTE (APOSITO).// MAYOR VALOR COBRADO EN MEDICAMENTO DE ACUERDO A LA TARIFA ACORDADA. (CLORURO DE SODIO 09 X 250 L, KEPBRA ® TABLETAS 500 MG + LEVETIRACETAM) // GLOSA DEFINITIVA NO JUSTICADA EN ACREENCIA POR IPS
CLSA5290	4.792.665	4.792.665	793.423	3.999.242	MAYOR VALOR COBRADO EN INTERCONSULTA, SE RECONOCE DE ACUERDO A LA TARIFA ACORDADA // 107 BASADOS EN ORDENES MEDICAS Y ESTABILIDAD DEL MEDICAMENTO (CEFEPIME 1 GR) (DILUCIÓN: 24 H A TEMPERATURA AMBIENTE Y 7 DÍAS EN NEVERA) SE RECONOCE UNO POR DIA // 107: BASADOS EN ORDENES MEDICAS Y ESTABILIDAD DEL MEDICAMENTO (CLARITROMICINA 500 MG), TENIENDO EN CUENTA LOSE ESTUDIOS DE ESTABILIDAD EN USO REALIZADOS CON AGUA ESTÉRIL EL PRODUCTO ES ESTABLE DURANTE 24 HORAS A TEMPERATURA AMBIENTE (25°C) Y 48 HORAS EN NEVERA (5°C).)DEL PACIENTE; SE RECONOCE UN SOLO MEDICAMENTO // 207: SE GLOSA MAYOR VALOR COBRADO EN LISTADO ACORDADO(CLORURO DE SODIO 09 X 250 ML)// GLOSA DEFINITIVA NO JUSTICADA EN ACREENCIA POR IPS

CLSA5291	12.820.891	12.820.891	925.289	11.895.602	MAYOR VALOR COBRADO EN INTERCONSULTA, SE RECONOCE DE ACUERDO A LA TARIFA ACORDADA. // 116: DESDE EL 26 DE AGOSTO DEL 2020 LAS PRUEBAS COVID SON ASUMIDAS POR EL ADRESS. DEBE SER ENVIADO 'POR MEDIO' MAGNETICO A LA EPS PARA SU COBRO A DICHA ENTIDAD (IDENTIFICACION DE OTRO VIRUS (ESPECIFICA) POR PRUEBAS MOLECULARES). // 208: MAYOR VALOR COBRADO, SE RECONOCE A TARIFA PACTADA ISS +25% (FIBRINOGENO).// 106: NO SE RECONOCE FACTURACION, NO PERTINENTE, ESTA INCLUIDO EN LA ATENCION INTEGRAL DEL PACIENTE (APOSITO).// 207: MAYOR VALOR COBRADO EN MEDICAMENTO DE ACUERDO A LA TARIFA ACORDADA. (CLORURO DE SODIO 09 X 250 L, FENTANILO 05 G 10 L SOLUC, EPINEFRINA (ADRENALINA) 1 MG /1ML SOLUCION INYECTABLE + EPINEFRINA (ADRENALINA), LIDOCAINA JALEA // GLOSA DEFINITIVA NO JUSTICADA EN ACREENCIA POR IPS
CLSA5292	8.864.303	8.864.303	3.843.026	5.021.277	MAYOR VALOR COBRADO EN INTERCONSULTA, SE RECONOCE DE ACUERDO A LA TARIFA ACORDADA. // 109: ERROR DEFACURACION, MAYOR VALOR COBRADO EN MEDICAMENTO REGULADO. SE RECONOCE EL VALOR ESTABLECIDO POR AMPOLLA + 7% SEGUN REGULACION VIGENTE. \$316.930 CADA AMP.// 207: MAYOR VALOR COBRADO EN MEDICAMENTO SEGUN A TARIFA ACORDADA (ALPROSTADIL 20 CG1L ALPROS, CLORURO DE SODIO 11.7% + CLORURO DE SODIO, CLORURO DE SODIO 09 X 250 L, LIDOCAINA JALEA AL 2) // GLOSA DEFINITIVA NO JUSTICADA EN ACREENCIA POR IPS
CLSA5293	6.660.727	6.660.727	407.889	6.252.838	MAYOR VALOR COBRADO EN INTERCONSULTA, SE RECONOCE DE ACUERDO A LA TARIFA ACORDADA // 123: ESTE ITEM CORRESPONDE A PUNCION LUMBAR SE GLOSA EL VALOR CORRSPONDIENTE A ANESTESIOLOGIA(\$48.000) Y AYUDANTIA (\$18.000), NO SE EVIDENCIA LA PARTICIPACION DEL ANESTESIOLOGO EN ESTE PROCEDIMEINTO, Y ESTE TAMPOCO REQUIERE DE AYUDANTIA.// 106: NO SE RECONOCE FACTURACION, NO PERTINENTE, ESTA INCLUIDO EN LA ATENCION DEL PACIENTE (APOSITO ESTERIL). // 207: MAYOR VALOR COBRADO, SE RECONOCE C/U DE ACUERDO A LA TARIFA ACORDADA (CLORURO DE SODIO AL 0.9% USP + LIDOCAINA JALEA). // GLOSA DEFINITIVA NO JUSTICADA EN ACREENCIA POR IPS
CLSA5294	10.750.297	10.750.297	166.912	10.583.385	NO SE RECONCE FACTURACION DE AYUDANTIA YA QUE EL PROCEDIMIENTO NO LO REQUIERE. SE GLOSA // 106: NO SE RECONOCE FACTURACION, NO PERTINENTE, ESTA INCLUIDO EN LA ATENCION INTEGRAL DEL PACIENTE (APOSITO). //207 MAYOR VALOR COBRADO, SE RECONOCE C/U DE ACUERDO A LA TARIFA ACORDADA (CLORURO DE SODIO 09 X 250 ML).

CLSA5295	6.518.166	6.518.166	366.310	6.151.856	MAYOR VALOR COBRADO EN INTERCONSULTA, ,ANTICUERPOS IRREGULARES DETECCION Y PRUEBA CRUZADA)SE RECONOCE DE ACUERDO A LA TARIFA ACORDADA // 106: NO SE RECONOCE FACTURACION, NO PERTINENTE, ESTA INCLUIDO EN LA ATENCION DEL PACIENTE (APOSITO ESTERIL)// 207: SE GLOSA MAYOR VALOR COBRADO EN LSTADO ACORDADO(CLORURO DE SODIO AL 0.9%)// GLOSA DEFINITIVA NO JUSTICADA EN ACREENCIA POR IPS
CLSA5296	30.324.932	30.324.932	12.038.317	18.286.615	MAYOR VALOR COBRADO EN INTERCONSULTAS, SE RECONOCE A ISS 2001 + 25%./ 123: ERROR DE FACTURACION, MAYOR VALOR COBRADO, NO SE RECONOCE EL VALOR ESTABLECIDO PARA AYUDANTIA YA QUE ESTA NO SE REQUIERE. SE LIQUIDA COMO SEGUNDO PROCEDIMIENTO, MISMA VIA MISMO CIRUJANO ASI: CIRUJANO Y ANESTESIOLOGO AL 60%, MATERIALES Y DER DE SALA AL 50% ISS + 25%. // 106: NO SE RECONCOE GLUCOMETRIA. IPS YA FATURO TIRILLAS. SE GLOSA// GLOSA DEFINITIVA NO JUSTICADA EN ACREENCIA POR IPS
CLSA5297	6.145.003	6.145.003	356.518	5.788.485	MAYOR VALOR COBRADO EN INTERCONSULTA,SE RECONOCE DE ACUERDO A LA TARIFA ACORDADA // 106: NO SE RECONOCE FACTURACION, NO PERTINENTE, ESTA INCLUIDO EN LA ATENCION DEL PACIENTE (APOSITO ESTERIL)//106: BASADOS EN HISTORIA CLINICA SE RECONOCEN 5 ELECTRODOS// 207: MAYOR VALOR COBRADO SEGUN LISTADO ACORDADO. (CLORURO DE POTASIO 14.9% + CLORURO DE POTASIO, CLORURO DE SODIO 09 X 250 Y LIDOCAINA JALEA AL 2)// GLOSA DEFINITIVA NO JUSTICADA EN ACREENCIA POR IPS
CLSA5298	5.783.649	5.783.649	525.386	5.258.263	MAYOR VALOR COBRADO INTRECONSULTAS, SE RECONOCE A ISS 2001 + 25%. // 208: MAYOR VALOR COBRADO INTRCONSULTAS, SE RECONOCE A ISS 2001 + 25%. (COMPLEMENTO SERICO C3 AUTOMATIZADO) ./ 108: NO SE RECONCOE GLUCOMETRIA. IPS YA FATURO TIRILLAS. SE GLOSA. // 207 : MAYOR VALOR COBRADO, SE RECONOCE A LISTADO PACTADO (FRAGMIN 2500 UI SOLUCION INYECTABLE + DALTEPARINA SODICA (ANTIFACTOR XA) + CLORURO DE SODIO AL 0.9% USP + CLORURO DE SODIO USP) // GLOSA DEFINITIVA NO JUSTICADA EN ACREENCIA POR IPS

CLSA5299	8.836.838	8.836.838	970.271	7.866.567	MAYOR VALOR COBRADO EN INTERCONSULTA, SE RECONOCE DE ACUERDO A LA TARIFA ACORDADA. // 106: NO SE RECONOCE FACTURACION, NO PERTINENTE, ESTA INCLUIDO EN LA ATENCION INTEGRAL DEL PACIENTE (APOSITO)// 111. INCLUIDO EN EL INSTRUMENTAL (PINZA PARA BIOPSIA EGD) QUE HACEN PARTE DEL DERECHO DE SALA./// NO SE TOMA MUESTRA . // 111: INCLUIDO EN EL DERECHO DE SALA Y PAQUETE COTIZADO PARA EL PROCEDIMIENTO (CEFAZOLINA 1 G APOLLA, CLORURO DE SODIO AL 0.9% USP + CLORURO DE SODIO USP, DEXAMETASONA FOSFATO INYECTABLE 8 MG/ 2ML , DIPIRONA SODICA 2.5 G/5 ML + DIPIRONA SODICA, LIDOCAINA JALEA AL 2) // GLOSA DEFINITIVA NO JUSTICADA EN ACREENCIA POR IPS
CLSA530	185.739	185.739	0	185.739	
CLSA5300	22.807.193	22.807.193	4.082.009	18.725.184	NO SE RECONOCE FACTURACIÓN DE ESTA AYUDA DIAGNOSTICA. ESTÁN INCLUIDO EN EL PROCESAMIENTO SEGÚN EL ARTICULO 32 PARÁGRAFO 1 SOAT (HEMOCLASIFICACION SISTEMA ABO DIRECTA HEMOCLASIFICACION GLOBULAR POR MICROTECNICA,PRUEBA CRUZADA MAYOR ERITROCITARIA POR MICROTECNICA,HEMOCLASIFICACION SISTEMA RH ANTIGENO RH D POR MICROTECNICA,ANTICUERPOS IRREGULARES DETECCION (COOMBS INDIRECTO. RASTREO ANTICUERPOS IRREGULARES. PRUEBA DE ANTIGLOBULINA INDIRECTA ESCRUTINIO DE ANTICUERPOS IRREGULARES) POR MICROTECNICA// 223 :: MAYOR VALOR COBRADO, SE RECONOCE A TARIFA PACTADA (TRANSFUSION DE LA UNIDAD DE GLOBULOS ROJOS O ERITROCITOS,ANTIGENO CARCINOEMBRIONARIO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO, PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS LEUCORREDUCIDOS) .// 206: MAYOR VALOR COBRADO, SE RECONOCE A TARIFA PACTADA (BOLSA RECOLECTORA SANGRE, KIT DE MEDIOS DE CONTRASTE, PELICULA TRANSPARENTE EN ROLLO FIXOMULL). // 207 MAYOR VALOR COBRADO, SE RECONOCE A TARIFA PACTADA (HIDRATANTE PARA HERIDAS SAFGEL, CONSTILAX® 66. 7% SOLUCION ORAL + LACTULOSA (66- 67 %) EQUIVALENTE A LACTULOSA, POLIETILENGLICOL 3350 + POLIETILENGLICOL 3350, VITAINA B12 CIANOCOBALAINA,) // GLOSA DEFINITIVA NO JUSTICADA EN ACREENCIA POR IPS

CLSA5301	3.894.715	3.894.715	84.874	3.809.841	NO SE RECONOCE FACTURACION, NO PERTINENTE, ESTA INCLUIDO EN LA ATENCION DEL PACIENTE (APOSITO). // 106: EXCEDEN FACTURACION, SE RECONOCE Y ES PERTINENTE EL RECAMBIO C/72 (CATETER) // EXCEDEN FACTURACION, SE RECONOCE Y ES PERTINENTE EL USO DE CINCO SEMANAL (ELECTRODOS).//207: MAYOR VALOR COBRADO, SE RECONOCE C/U DE ACUERDO A LA TARIFA ACORDADA (CLORURO DE SODIO 09 X 250 Y LIDOCAINA JALEA).//GLOSA DEFINITIVA NO JUSTIFICADA EN ACREENCIA POR IPS
CLSA5302	24.567.178	24.567.178	5.217.074	19.350.104	SE GLOSA INTERCONSULTAS POR MAYOR VALOR COBRADO EN TARIFA SE RECONOCE SEGUN LO PACTADO I.S.S + 25% \$ 20.875.// // 111: NO SE RECONOCE FACTURACION, NO PERTINENTE, ESTA INCLUIDO EN LA ATENCION INTEGRAL DEL PACIENTE (AGUJA HIPODERMICA X 18G X 12, SENSOR TIPO NELLCOR NEONATAL ADULTO). // 206: SE GLOSA MAYOR VALOR COBRADO EN TARIFA (EXTENSION ANESTESIA PEDIATRICA, FILTRO HMEF PEDIATRICO NARIZ DE CAMELLOST,LLAVES TRES VIAS,SISTEMA DE SUCCION CERRADA ENDOTRAQUEAL 6 FRST,SETS DE INFUSION ALARIS BECTON,SETS DE INFUSION DESECHABLES FOTOSENSIBLE ALARIS) . // 207: SE GLOSA MAYOR VALOR COBRADO EN TARIFA (CLORURO DE POTASIO 14.9% + CLORURO DE POTASIO,CLORURO DE SODIO 09 X 250 ML,CUROSURF VIAL * 1.5 ML ,DEXTROSA 10 SOLUCION INYECTAB,KIDCAL CON ZINC FRESA SUSPENSI,LIDOCAINA JALEA AL 2) // GLOSA DEFINITIVA NO JUSTICADA EN ACREENCIA POR IPS
CLSA5303	26.379.421	26.379.421	0	26.379.421	
CLSA5304	4.108.948	4.108.948	153.692	3.955.256	NO SE RECONOCE FACTURACION, NO PERTINENTE, ESTA INCLUIDO EN LA ATENCION INTEGRAL DEL PACIENTE (AGUJA HIPODERMICA X 18G X 12 Y SENSOR TIPO NELLCOR NEONATAL ADULTO). // 106 : NO SE RECONOCE INSUMO NO SE ENCUENTRA JUSTIFICADO NI SOPORTADO SU COBRO (APOSITO) // GLOSA DEFINITIVA NO JUSTICADA EN ACREENCIA POR IPS

CLSA5305	31.258.011	31.258.011	6.721.529	24.536.482	NO SE RECONOCE AYUDA DIAGNOSTICA INCLUIDA EN LA TRANSFUSION SOLO SE RECONOCE UNA HEMOCLASIFICACION.// 308:NO SE EVIDENCIA SOPORTE DE LA TRANSFUSION EN CASO DE SOPORTAR SE RECONOCE \$ 41.412.// NO SE EVIDENCIA SOPORTE DE LA TRANSFUSION EN CASO DE SOPORTAR SE RECONOCE EN CASO DE SOPORTAR SE RECONOCE SEGUN TARIFA PACTADA SOAT- PLENO.// 111: NO SE RECONOCE INSUMO ESTE HACE PARTE DE LA ATENCION INTEGRAL (AGUJA HIPODERMICA).// 206: SE GLOSA MAYOR VALOR COBRADO EN TARIFA (EXTENSION,JERINGA 10 ML DESECHABLE,SETS DE INFUSION ALARIS BECTON. // 106: NO SE RECONOCE INSUMO SEGUN LA COTIZACION ANEXA DEL MATERIAL ESTE NO SE ENCUENTRA SOLICITADO POR ESTE VALOR EN CASO DE SOPORTAR SE RECONOCE SEGUN LO UTILIZADO Y SOPORTADO EN LA COTIZACION (TORNILLO BLOQUEADO 24 X 22 MM,TORNILLO CORTICAL DE 35MM X 14MM,TORNILLO BLOQUEADO 27MM X 12MM Y HOJA DE SIERRA OSCILANTE). // GLOSA DEFINITIVA NO JUSTICADA EN ACREENCIA POR IPS
CLSA5306	21.783.021	21.783.021	1.287.765	20.495.256	SE RELIQUIDA PROCEDIMIENTO Y SE RECONOCE SEGUN LO ESTIPULADO POR EL MANUAL TARIFARIO MISMO CIRUJANO IGUAL VIA SEGUNDO PROCEDIMIENTO \$ 272.781. // 308: NO SE EVIDENCIA SOPORTE DE LA TRANSFUSION SANGUINEA EN CASO DE SOPORTAR SE RECONOCE SEGUN TARIFA PACTADA \$ 16.506 // NO SE EVIDENCIA SOPORTE DE LA TRANSFUSION SANGUINEA EN CASO DE SOPORTAR SE RECONOCE SEGUN TARIFA PACTADA SOAT PLENA// SE RECONOCE UN SOLO ESTUDIO SEGUN LO ORDENADO Y SOPORTADO NO PERTINENTE EL COBOR DE 2.// 108: SE RECONOCE UNA SOLA HEMOCLASIFICACION LAS DEMAS ESTAN INCLUIDAS EN EL PROCEDIMIENTO DE LA TRANSFUSION.// 208: NO SE EVIDENCIA SOPORTE DE LA TRANSFUSION SANGUINEA EN CASO DE SOPORTAR SE RECONOCE SEGUN TARIFA PACTADA \$ 41.412.// 106: NO SE RECONOCE INSUMO ESTE HACE PARTE DE LA ATENCION INTEGRAL (AGUJA) . // 206: SE GLOSA MAYOR VALOR COBRADO EN TARIFA(EXTENSION ANESTESIA ADULTO, JERINGA 10 ML DESECHABLE, LLAVES TRES VIAS, SETS DE INFUSION ALARIS BECTON, BOLSA RECOLECTORA SANGRE) . //GLOSA DEFINITIVA NO JUSTICADA EN ACREENCIA POR IPS

CLSA5307	10.918.876	10.918.876	1.549.235	9.369.641	<p>SE GLOSA MAYOR VALOR COBRADO EN TARIFA SE RECONOCE SEGUN LO PACTADO I.S.S + 25%. //308: NO SE EVIDENCIA SOPORTE DE LA TRANSFUSION EN CASO DE SOPORTAR SE RECONOCE \$ 16.506. // 108: NO SE RECONOCE LABORATORIO SEGUN LO ESTIPULADO EN EL MANUAL TARIFARIO ART. 35 PARAGRAFO 1 (HEMOCLASIFICACION SISTEMA RH ANTIGENO RH D POR MICROTECNICA). // 123: SE RELIQUIDA 2SEGUNDO PROCEDIMIENTO Y SE RECONOCE IGUAL VIA MISMO CIRUJANO 55 UVR \$ 178.602 NO SE EVIDENCIA COTIZACION DEL VALOR COBRADO (ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA EGD CON O SIN BIOPSIA. // 223: SE GLOSA MAYOR VALOR COBRADO EN TARIFA DEL PROCEDIMIENTO SE RECONOCE \$ 572.211 90 UV R NO SE EVIDENCIA COTIZACION DEL VALOR FACTURADO (COLONOSCOPIA TOTAL). // 223: GLOSA POR MAYOR VALOR COBRADO EN TARIFA (PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS LEUCORREDUCIDOS) . // 308: NO SE EVIDENCIA SOPORTE DE LA TRANSFUSION EN CASO DE SOPORTAR SE RECONOCE SEGUN LO PACTADO (ESTUDIO DE COLORACION HISTOQUIMICA EN ESPECIMEN CON RESECCION DE MARGENES). // 111: NO SE RECONOCE FACTURACION, NO PERTINENTE, ESTA INCLUIDO EN LA ATENCION DEL PACIENTE (APOSITO). // 206: MAYOR VALOR COBRADO EN TARIFA(SETS DE INFUSION ALARIS BECTON, BOLSA RECOLECTORA SANGRE, JERINGA 10 ML DESECHABLE). // 207: MAYOR VALOR COBRADO EN TARIFA (KIT DE MEDIOS DE CONTRASTE, CLORURO DE POTASIO 14.9% + CLORURO DE POTASIO)// GLOSA DEFINITIVA NO JUSTIFICADA EN ACREENCIA POR IPS</p>
----------	------------	------------	-----------	-----------	--

CLSA5308	51.518.673	51.518.673	2.226.824	49.291.849	NO SE RECONOCEN LOS DIAS DE INTERNACION 15-16-17 PACIENTE QUE LE DAN SALIDA PERO ESTA EN ESPERA DE AMBULANCIA PARA SU TRASLADO EL CUAL DEBIO SER ASUMIDIO POR LA IPS ESTA CONTEMPLADO EN EL VALOR DEL PAQUETE \$ 34.405.000 // 101: SE GLOSA UN DIA DE INTERNACION INCLUIDA EN EL VALOR DEL PAQUETE. // 202: MAYOR VALOR COBRADO EN INTERCONSULTA SE RECONOCE A ISS+25%. // 308: SOLO SE EVIDENCIA SOPORTE DE UN SOLO ESTUDIO (RADIOGRAFIA DE COLUMNA CERVICAL, ESTUDIO DE COLORACION HISTOQUIMICA EN ESPECIMEN CON RESECCION DE MARGENES, ANTICUERPOS IRREGULARES DETECCION (COOMBS INDIRECTO. RASTREO ANTICUERPOS IRREGULARES. PRUEBA DE ANTIGLOBULINA INDIRECTA ESCRUTINIO DE ANTICUERPOS IRREGULARES) POR MICROTECNICA, PRUEBA CRUZADA MAYOR ERITROCITARIA POR MICROTECNICA) . // 108: NO SE RECONOCE HEMOCLASIFICACION ESTA SE ENCUENTRA INCLUIDA EN EL PROCESAMIENTO SEGUN LO ESTIPULADO EN ART. 35 PARAGRAFO 1 (HEMOCLASIFICACION SISTEMA ABO INVERSA HEMOCLASIFICACION SERICA POR MICROTECNICA. // 206: SE GLOSA MAYOR VALOR COBRADO EN TARIFA (CATETER VENOSO NO 20, CANULA NASAL ADULTO,EQUIPO DE TRANSFUSION DE SANGRE, EXTENSION ANESTESIA ADULTO, HUMIDIFICADOR DE OXIGENO, JERINGA 10 ML DESECHABLE, LLAVES TRES VIAS, SETS DE INFUSION ALARIS BECTON, FILTRO DESLEUCOCITADOR, SETS DE INFUSION DESECHABLES FOTSENSIBLE ALARIS, BOLSA RECOLECTORA SANGRE, GLUCOSA SEMIAUTOMATIZADA GLUCOMETRIA. CANULA
CLSA531	145.127	145.127	0	145.127	FACTURA AUDITADA SIN OBJECCIONES
CLSA5313	1.355.774	1.355.774	220.485	1.135.289	MAYOR VALOR COBRADO EN INTERCONSULTA, SE RECONOCE DE ACUERDO A LA TARIFA ACORDADA // 106: NO SE RECONOCE FACTURACION, NO PERTINENTE, ESTA INCLUIDO EN LA ATENCION INTEGRAL DEL PACIENTE (APOSITO// 207: MAYOR VALOR COBRADO, SE RECONOCE C/U DE ACUERDO A LA TARIFA ACORDADA (CLORURO DE SODIO AL 0.9% USP) //GLOSA DEFINITIVA NO JUSTIFICADA EN ACREENCIA POR IPS
CLSA532	675.453	675.453	0	675.453	

CLSA5322	7.273.458	7.273.458	1.669.821	5.603.637	NO SE RECONOCE INSUMO SEGUN LA COTIZACION ANEXA DEL MATERIAL ESTE NO SE ENCUENTRA SOLICITADO POR ESTE VALOR EN CASO DE SOPORTAR SE RECONOCE SEGUN LO UTILIZADO Y SOPORTADO EN LA COTIZACION (TORNILLO ANGULO VARIABLE CHLPCRCOSIST 24X18MM, TORNILLO ANGULO VARIABLE CHLPCRCOSIST 24X20MM Y TORNILLO ANGULO VARIABLE CHLPCRCOSIST 24X22MM).// MAYOR VALOR COBRADO EN INTERCONSULTAS , SE RECONOCE DE ACUERDO A LA TARIFA ACORDADA. (CLORURO DE SODIO 09 X 250 ML, CLORURO DE SODIO AL 0.9% USP + CLORURO DE SODIO USP Y FRAGMIN 2500 UI SOLUCION INYECTABLE + DALTEPARINA SODICA (ANTIFACTOR XA) // GLOSA DEFINITIVA NO JUSTIFICADA EN ACREENCIA POR IPS
CLSA5327	10.746.152	10.746.152	834.535	9.911.617	MAYOR VALOR COBRADO EN INTERCONSULTA, SE RECONOCE DE ACUERDO A LA TARIFA ACORDADA //111: NO SE RECONOCE FACTURACION, NO PERTINENTE, ESTA INCLUIDO EN LA ATENCION INTEGRAL DEL PACIENTE (APOSITO).// 106: EXCEDEN FACTURACION, DE ACUERDO AL MANEJO DEL PACIENTE SE RECONOCE Y ES PERTINENTE EL RECAMBIO C/72 HORAS. SE ACEPTA EL COBRO DE 10(CATETER). // 207 MAYOR VALOR COBRADO, SE RECONOCE C/U DE ACUERDO A LA TARIFA ACORDADA (CLORURO DE SODIO AL 0.9% USP)// GLOSA DEFINITIVA NO JUSTIFICADA EN ACREENCIA POR IPS
CLSA5328	5.093.255	5.093.255	244.555	4.848.700	NO SE RECONOCE FACTURACION, NO PERTINENTE, ESTA INCLUIDO EN LA ATENCION DEL PACIENTE (APOSITO). // 106: NO SE RECONOCE FACTURACION, NO PERTINENTE, ESTA INCLUIDO EN LA ATENCION DEL PACIENTE (CATETER VENOSO NO 20) .// 207: MAYOR VALOR COBRADO, SE RECONOCE C/U DE ACUERDO A LA TARIFA ACORDADA (CLORURO DE SODIO AL 0.9% USP + CLORURO DE SODIO USP, FRAGMIN 2500 UI SOLUCION INYECTABLE + DALTEPARINA SODICA (ANTIFACTOR XA), TRAMADOL CLORHIDRATO 50 MG M) .//GLOSA DEFINITIVA NO JUSTIFICADA EN ACREENCIA POR IPS
CLSA5329	2.187.942	2.187.942	162.672	2.025.270	NO SE RECONOCE FACTURACION, NO PERTINENTE, ESTA INCLUIDO EN LA ATENCION INTEGRAL DEL PACIENTE (APOSITO). // 106: EXCEDEN FACTURACION, SE RECONOCE Y ES PERTINENTE EL RECAMBIO C/72 HORAS. SE RECONOCEN 3 CATETER. // 106: NO SE RECONOCE FACTURACION DE ELECTRODOS, NO PERTINENTE, PACIENTE CON INTERNACION EN HABITACION BIPERSONAL. // 207 MAYOR VALOR COBRADO, SE RECONOCE C/U DE ACUERDO A LA TARIFA ACORDADA (CLORURO DE SODIO AL 0.9% USP +FRAGMIN 2500 UI SOLUCION INYECTABLE + DALTEPARINA SODICA (ANTIFACTOR XA)+ TRAMADOL)//GLOSA DEFINITIVA NO JUSTIFICADA EN ACREENCIA POR IPS

CLSA5330	12.114.628	12.114.628	1.215.888	10.898.740	MAYOR VALOR COBRADO SEGÚN TARIFA EN INTERCONSULTAS . // 207: MAYOR VALOR COBRADO SEGÚN LISTADO DE PRECIOS DE LA EPS (ALFAMETILDOPA 250 MG TABLETAS + ALFAMETILDOPA SESQUIHIDRATO 282.0 MG (EQUIVALENTE A ALFAMETILDOPA BASE .), AMLODIPINO TABLETAS 10 MG. + AMLODIPINO BESILATO EQUIVALENTE A 10 MG DE AMLODIPINO BASE, CLORURO DE SODIO 09 X 250 ML. // 207: MAYOR VALOR COBRADO SEGÚN LISTADO MEDICAMENTO REEGLADO (FRAGMIN 2500 UI SOLUCION INYECTABLE + DALTEPARINA SODICA (ANTIFACTOR XA), DIBLOREC + LABETALOL CLORHIDRATO) . // GLOSA DEFINITIVA NO JUSTICADA EN ACREENCIA POR IPS
CLSA5331	65.944.040	65.944.040	1.489.553	64.454.487	MAYOR VALOR COBRADO DE INTERCONSULTA, SE RECONOCE DE ACUERDO A LA TARIFA ACORDADA// 106: EXCEDEN FACTURACION, NO PERTINENTE, SE RECONOCE EL VALOR DE LA TIRILLA. // 106: NO SE RECONOCE FACTURACION, NO PERTINENTE, ESTA INCLUIDO EN LA ATENCION DEL PACIENTE. // 206 MAYOR VALOR COBRADO (KIT DE MEDIOS DE CONTRASTE, KIT CONTRASTE PARA RESONANCIA) // 207: MAYOR VALOR COBRADO (CLORURO DE SODIO AL 0.9% USP + CLORURO DE SODIO Y TRAMADOL CLORHIDRATO 50 MG M) // GLOSA DEFINITIVA NO JUSTIFICADA EN ACREENCIA POR IPS
CLSA5332	4.778.914	4.778.914	0	4.778.914	FACTURA AUDITADA SIN OBJECCIONES
CLSA5333	2.835.384	2.835.384	0	2.835.384	
CLSA5334	1.575.650	1.575.650	0	1.575.650	FACTURA AUDITADA 31 DE OCTUBRE SIN OBJECCIONES
CLSA5335	34.358.729	34.358.729	1.151.815	33.206.914	MAYOR VALOR COBRADO EN INTERCONSULTA SE RECONOCE A ISS+25%./ 202 : MAYOR VALOR COBRADO EN INTERCONSULTA SE RECONOCE A ISS+25%. (CUIDADO (MANEJO) INTRAHOSPITALARIO POR MEDICINA ESPECIALIZADA)// 208: MAYOR VALOR COBRADO (ANTICUERPOS IRREGULARES DETECCION (COOMBS INDIRECTO. RASTREO ANTICUERPOS IRREGULARES. PRUEBA DE ANTIGLOBULINA INDIRECTA ESCRUTINIO DE ANTICUERPOS IRREGULARES) POR MICROTECNICA, HEMOCLASIFICACION SISTEMA RH ANTIGENO RH D POR MICROTECNICA) . // 207: SE GLOSA MAYOR VALOR COBRADO EN TARIFA(NPT ADULTOS CON LIPIDOS HASTA 1500ML, FENTANILO 05 MG 10 ML SOLUC, CLORURO DE SODIO 09 X 250 ML, HEPARINA SODICA 5000UI/ML + HEPARINA SÓDICA, LIDOCAINA JALEA AL 2, TRAMADOL CLORHIDRATO 50 MG) . // 207: SE GLOSA MAYOR VALOR COBRADO EN MEDICAMENTO REGULADO (FRAGMIN 2500 UI SOLUCION INYECTABLE + DALTEPARINA SODICA (ANTIFACTOR XA)) // GLOSA DEFINITIVA NO JUSTICADA EN ACREENCIA POR IPS
CLSA5336	1.516.153	1.516.153	0	1.516.153	

CLSA5337	32.287.916	32.287.916	641.043	31.646.873	MAYOR VALOR COBRADO EN INTERCONSULTA , SE RECONOCE A TARIFA PACTADA ISS +25%. // 223: MAYOR VALOR COBRADO (ANTICUERPOS IRREGULARES DETECCION (COOMBS INDIRECTO), PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS LEUCORREDUCIDOS. // 206: MAYOR VALOR COBRADO (BOLSA RECOLECTORA SANGRE, AGUA ESTÉRIL PARA IRRIGACIÓN. // 207: MAYOR VALOR COBRADO MEDICAMENTO REGULADO (FRAGMIN 2500 UI SOLUCION INYECTABLE) // MAYOR VALOR COBRADO (LIDOCAINA JALEA AL 2 YY TRAMADOL CLORHIDRATO 50 MG M) //GLOSA DEFINITIVA NO JUSTICADA EN ACREENCIA POR IPS
CLSA5338	20.933.475	20.933.475	856.768	20.076.707	MAYOR VALOR COBRADO SE RECONOCE DE ACUERDO A LA TARIFA ACORDADA (HEMOCLASIFICACION SISTEMA ABO INVERSA HEMOCLASIFICACION SERICA POR MICROTECNICA, IDENTIFICACION DE CULTIVO AISLADO,ANTICUERPOS IRREGULARES DETECCION (COOMBS INDIRECTO. RASTREO ANTICUERPOS IRREGULARES. PRUEBA DE ANTIGLOBULINA INDIRECTA ESCRUTINIO DE ANTICUERPOS IRREGULARES) POR MICROTECNICA, PRUEBA CRUZADA MAYOR ERITROCITARIA POR MICROTECNICA) . // 206: MAYOR VALOR COBRADO (BOLSA DE COLOSTOMIA 57MM) .// 207: MAYOR VALOR COBRADO (AGUA ESTÉRIL PARA IRRIGACIÓN + AGUA PARA INYECCIÓN , CLORURO DE SODIO 09 X 250 ML, CLORURO DE SODIO AL 0.9% USP + CLORURO DE SODIO USP, LIDOCAINA JALEA AL 2, TRAMADOL CLORHIDRATO 50 MG M) . //GLOSA DEFINITIVA NO JUSTICADA EN ACREENCIA POR IPS

CLSA5339	38.394.132	38.394.132	20.831.113	17.563.019	DE ACUERDO A LOS ANEXOS DE LA FACTURA, EL PROCEDIMIENTO (ANGIOPLASTIA O ATERECTOMIA DE VASOS DE MIEMBROS INFERIORES. CON BALON. PROTESIS (STENT) O INJERTO (S) PROTESICO (S) Y AORTOGRAMA ABDOMINAL Y ESTUDIO DE MIEMBROS INFERIORES) FUE REALIZADO POR OTRO PRESTADOR (MIREB BARRANQUILLA IPS:) NO EXISTE UNA AMPLIACIÓN DE SERVICIOS OFERTADOS, DONDE SE MENCIONE UNA SUBCONTRATACIÓN CON OTRO PRESTADOR//202.MAYOR VALOR COBRADO EN INTERCONSULTAS, SE RECONOCE A ISS 2001 + 25%// 208: MAYOR VALOR COBRADO (HEMOCLASIFICACION SISTEMA ABO DIRECTA HEMOCLASIFICACION GLOBULAR POR MICROTECNICA, ANTICUERPOS IRREGULARES DETECCION (COOMBS INDIRECTO. RASTREO ANTICUERPOS IRREGULARES. PRUEBA DE ANTIGLOBULINA INDIRECTA ESCRUTINIO DE ANTICUERPOS IRREGULARES) POR MICROTECNICA, PRUEBA CRUZADA MAYOR ERITROCITARIA POR MICROTECNICA, PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS LEUCORREDUCIDOS)// 207: SE GLOSA MAYOR VALOR COBRADO EN MEDICAMENTO REGULADO (FRAGMIN 2500 UI SOLUCION INYECTABLE) //GLOSA DEFINITIVA NO JUSTICADA EN ACREENCIA POR IPS
CLSA534	201.197	201.197	0	201.197	
CLSA5340	9.790.365	9.790.365	2.009.727	7.780.638	SE RECONOCE DE ACUERDO A TARIFAS CONTRATADAS POR 4 HORAS. 350.000 (HEMODIALISIS) // 202: MAYOR VALOR COBRADO EN INTERCONSULTA SE RECONOCE A ISS+25% // 208: MAYOR VALOR COBRADO (HEMOCLASIFICACION SISTEMA RH ANTIGENO RH D POR MICROTECNICA, ANTICUERPOS IRREGULARES DETECCION (COOMBS INDIRECTO. RASTREO ANTICUERPOS IRREGULARES. PRUEBA DE ANTIGLOBULINA INDIRECTA ESCRUTINIO DE ANTICUERPOS IRREGULARES) POR MICROTECNICA. // 207: MAYOR VALOR COBRADO MEDICAMENTO REGULADO CIRCULAR 12/2021 (FRAGMIN 2500 UI SOLUCION INYECTABLE + DALTEPARINA SODICA (ANTIFACTOR XA))// GLOSA DEFINITIVA NO JUSTICADA EN ACREENCIA POR IPS

CLSA5341	63.749.820	63.749.820	1.838.034	61.911.786	SE GLOSAN LOS DIAS 21/08/2022, 02,03,04,06,,08,10,11/09/2022 YA QUE ESOS DIAS NO FUE VALORADO POR MEDICO ESPECIALISTA.//202: MAYOR VALOR COBRADO EN INTERCONSULTA SE RECONOCE A ISS+25%.// 208: MAYOR VALOR COBRADO (ANTICUERPOS IRREGULARES DETECCION (COOMBS INDIRECTO. RASTREO ANTICUERPOS IRREGULARES. PRUEBA DE ANTIGLOBULINA INDIRECTA ESCRUTINIO DE ANTICUERPOS IRREGULARES) POR MICROTECNICA, PRUEBA CRUZADA MAYOR ERITROCITARIA POR MICROTECNICA, HEMOCLASIFICACION SISTEMA RH ANTIGENO RH D POR MICROTECNICA,).// 106: NO SE RECONOCE FACTURACION, NO PERTINENTE, ESTA INCLUIDO EN LA ATENCION INTEGRAL DEL PACIENTE (APOSITO).// 106: POR PROTOCOLO DE SEGURIDAD AL PACIENTE EL ACCESO VENOSO SE DEBE CAMBIAR CADA 3 DÍAS (CATETER). // 207 MAYOR VALOR COBRADO (CLORURO DE SODIO AL 0.9% USP , HEPARINA SODICA 5000UI/ML + HEPARINA SÓDICA).// 207 MAYOR VALOR COBRADO (FRAGMIN 2500 UI SOLUCION INYECTABLE + DALTEPARINA SODICA (ANTIFACTOR XA)// GLOSA DEFINITIVA NO JUSTICADA EN ACREENCIA POR IPS
CLSA5342	80.000	80.000	0	80.000	FACTURA AUDITADA 1 DE NOVIEMBRE SIN OBJECCIONES
CLSA5343	80.000	80.000	0	80.000	FACTURA AUDITADA 1 DE NOVIEMBRE SIN OBJECCIONES
CLSA5344	29.492.068	29.492.068	1.057.105	28.434.963	SE REALIZA GLOSA DEL DIA 01/10/2022 YA NO SE EVIDENCIA VALORACION POR ESPECIALISTA. SOLO ES VALORADO POR MEDICO GENRAL.//202: MAYOR VALOR COBRADO EN INTERCONSULTA SE RECONOCE A ISS+25%.// 208: MAYOR VALOR COBRADO (ANTICUERPOS IRREGULARES DETECCION (COOMBS INDIRECTO. RASTREO ANTICUERPOS IRREGULARES. PRUEBA DE ANTIGLOBULINA INDIRECTA ESCRUTINIO DE ANTICUERPOS IRREGULARES) POR MICROTECNICA, PRUEBA CRUZADA MAYOR ERITROCITARIA POR MICROTECNICA, HEMOCLASIFICACION SISTEMA RH ANTIGENO RH D POR MICROTECNICA,).// 106: NO SE RECONOCE FACTURACION, NO PERTINENTE, ESTA INCLUIDO EN LA ATENCION INTEGRAL DEL PACIENTE (APOSITO).// 106: POR PROTOCOLO DE SEGURIDAD AL PACIENTE EL ACCESO VENOSO SE DEBE CAMBIAR CADA 3 DÍAS (CATETER). // 207 MAYOR VALOR COBRADO (CLORURO DE SODIO AL 0.9% USP , HEPARINA SODICA 5000UI/ML + HEPARINA SÓDICA).// 207 MAYOR VALOR COBRADO (FRAGMIN 2500 UI SOLUCION INYECTABLE + DALTEPARINA SODICA (ANTIFACTOR XA)// GLOSA DEFINITIVA NO JUSTICADA EN ACREENCIA POR IPS

CLSA5345	16.619.331	16.619.331	1.426.186	15.193.145	SE REALIZA GLOSA BASADOS EN ARTICULO 35 PARAGRAFO 1 (HEMOCLASIFICACION SISTEMA RH ANTIGENO RH D POR MICROTECNICA, ANTICUERPOS IRREGULARES DETECCION (COOMBS INDIRECTO. RASTREO ANTICUERPOS IRREGULARES. PRUEBA DE ANTIGLOBULINA INDIRECTA ESCRUTINIO DE ANTICUERPOS IRREGULARES) POR MICROTECNICA)// 202: MAYOR VALOR COBRADO EN INTERCONSULTA SE RECONOCE A ISS+25%./ 208: MAYOR VALOR COBRADO (ANTICUERPOS IRREGULARES DETECCION (COOMBS INDIRECTO. RASTREO ANTICUERPOS IRREGULARES. PRUEBA DE ANTIGLOBULINA INDIRECTA ESCRUTINIO DE ANTICUERPOS IRREGULARES) POR MICROTECNICA, PRUEBA CRUZADA MAYOR ERITROCITARIA POR MICROTECNICA, HEMOCLASIFICACION SISTEMA RH ANTIGENO RH D POR MICROTECNICA,).// 106: NO SE RECONOCE FACTURACION, NO PERTINENTE, ESTA INCLUIDO EN LA ATENCION INTEGRAL DEL PACIENTE (APOSITO).// 106: POR PROTOCOLO DE SEGURIDAD AL PACIENTE EL ACCESO VENOSO SE DEBE CAMBIAR CADA 3 DÍAS (CATETER). // 207 MAYOR VALOR COBRADO (CLORURO DE SODIO AL 0.9% USP , HEPARINA SODICA 5000UI/ML + HEPARINA SÓDICA).// 207 MAYOR VALOR COBRADO (FRAGMIN 2500 UI SOLUCION INYECTABLE + DALTEPARINA SODICA (ANTIFACTOR XA)// GLOSA DEFINITIVA NO JUSTICADA EN ACREENCIA POR IPS
CLSA5346	80.000	80.000	0	80.000	
CLSA5347	80.000	80.000	0	80.000	FACTURA AUDITADA 1 DE NOVIEMBRE SIN OBJECCIONES
CLSA5348	110.000	110.000	0	110.000	FACTURA AUDITADA 1 DE NOVIEMBRE SIN OBJECCIONES
CLSA5349	60.000	60.000	39.125	20.875	SE REALIZA OBJECCION POR MAYOR VALOR COBRADO EN INTERCONSULTA; SE RECONOCE DE ACUERDO A LA TARIFA ACORDADA
CLSA5350	60.000	60.000	0	60.000	FACTURA AUDITADA 1 DE NOVIEMBRE SIN OBJECCIONES
CLSA5351	2.808.335	2.808.335	114.325	2.694.010	SE REALIZA OBJECCION INCLUIDO EN LA ESTANCIA // INSUMOS (APOSITO Y AGUJAS) DE MANEJO INTEGRAL DEL PACIENTE EN TRATAMIENTO YA DEFINITIVO (HOSPITALIZADA). SE REALIZA OBJECCION POR MAYOR VALOR COBRADO EN INTERCONSULTA; SE RECONOCE DE ACUERDO A LA TARIFA ACORDADA

CLSA5352	2.738.197	2.738.197	235.275	2.502.922	SE REALIZA OBJECCION INCLUIDO EN LA ESTANCIA // INSUMOS (APOSITO Y AGUJAS) DE MANEJO INTEGRAL DEL PACIENTE EN TRATAMIENTO YA DEFINITIVO (HOSPITALIZADA). SE REALIZA OBJECCION DE LABORATORIO TENIENDO EN CUENTA QUE A PARTIR DEL 26 DE AGOSTO DEL 2020, SEGÚN LA RESOLUCIÓN 1463 DE 2020, MODIFICADA POR LA RESOLUCION 1630 DE 2020, LA FUENTE DE FINANCIACION Y EJECUCIÓN DE LAS PRUEBAS DE BÚSQUEDA, TAMIZAJE Y DIAGNOSTICO PARA SARS COV2 (COVID ? 19) QUE INTEGRAN LA CANASTA DE PRUEBAS, SERÁN PAGADAS POR LA ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES SE REALIZA OBJECCION POR MAYOR VALOR COBRADO EN INTERCONSULTA; SE RECONOCE DE ACUERDO A LA TARIFA ACORDADA
CLSA5353	1.482.322	1.482.322	0	1.482.322	FACTURA AUDITADA SIN OBJECCION
CLSA5354	5.013.481	5.013.481	767.900	4.245.581	SE REALIA OBJECCON POR NO EVIDENCIA DE AUTORIZACION Y/O SOLICITUD DE SERVICIO POR ESTANCIA DE 7 DIAS
CLSA5355	1.822.216	1.822.216	202.925	1.619.291	SE REALIZA OBJECCION POR MAYOR VALOR COBRADO EN INTERCONSULTA; SE RECONOCE DE ACUERDO A LA TARIFA ACORDADA SE REALIZA OBJECCION INCLUIDO EN LA ESTANCIA // INSUMOS DE MANEJO INTEGRAL DEL PACIENTE EN TRATAMIENTO YA DEFINITIVO (HOSPITALIZADA).
CLSA5356	16.712.987	16.712.987	709.301	16.003.686	SE REALIZA OBJECCION INCLUIDO EN LA ESTANCIA // INSUMOS (APOSITO + AGUJA HIPODERMICA) DE MANEJO INTEGRAL DEL PACIENTE EN TRATAMIENTO YA DEFINITIVO (HOSPITALIZADA). SE REALIZA OBJECCION POR MAYOR VALOR COBRADO EN INTERCONSULTA; SE RECONOCE DE ACUERDO A LA TARIFA ACORDADA SE REALIZA OBJECCION POR MAYOR VALOR COBRADO EN MEDICAMENTOS SEGUN LISTADO PACTADO (CLORURO DE SODIO AL 0.9% 250 Y 500)
CLSA5357	10.543.231	10.543.231	148.210	10.395.021	SE REALIZA OBJECCION INCLUIDO EN LA ESTANCIA // INSUMOS (APOSITO + AGUJA HIPODERMICA) DE MANEJO INTEGRAL DEL PACIENTE EN TRATAMIENTO YA DEFINITIVO (HOSPITALIZADA). SE REALIZA OBJECCION DE LABORATORIO TENIENDO EN CUENTA QUE A PARTIR DEL 26 DE AGOSTO DEL 2020, SEGÚN LA RESOLUCIÓN 1463 DE 2020, MODIFICADA POR LA RESOLUCION 1630 DE 2020, LA FUENTE DE FINANCIACION Y EJECUCIÓN DE LAS PRUEBAS DE BÚSQUEDA, TAMIZAJE Y DIAGNOSTICO PARA SARS COV2 (COVID ? 19) QUE INTEGRAN LA CANASTA DE PRUEBAS, SERÁN PAGADAS POR LA ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES
CLSA536	11.525.803	11.525.803	1.050.000	10.475.803	SE REALIZA OBJECCION POR NO SE EVIDENCIA DE REALIZACION DE SESION DE HEMODIALISIS
CLSA538	1.545.486	1.545.486	0	1.545.486	

CLSA587	338.391	338.391	0	338.391	
CLSA588	702.836	702.836	0	702.836	
CLSA589	830.432	830.432	0	830.432	
CLSA590	270.801	270.801	0	270.801	
CLSA592	4.120.764	4.120.764	0	4.120.764	
CLSA5963	16.458.727	16.458.727	3.182.057	13.276.670	SE REALIZA OBJECCION POR PERTINENCIA PACIENTE NO TIENE CRITERIO DE UCI INTENSIVO SE RECONOCE UCI INTERMEDIA
CLSA5965	1.186.994	1.186.994	0	1.186.994	FACTURA AUDITADA SIN OBJECCIONES
CLSA5966	13.927.380	13.927.380	2.600.370	11.327.010	SE REALIZA OBJECCION INCLUIDO EN LA ESTANCIA // INSUMOS (APOSITO, TIRAS DE PRUEBA DE GLUCOSA EN SANGRE Y AGUJA HIPODERMICA) DE MANEJO INTEGRAL DEL PACIENTE EN TRATAMIENTO YA DEFINITIVO (HOSPITALIZADA). SE REALIZA OBJECCION POR MAYOR VALOR COBRADO EN INTERCONSULTASS; SE RECONOCE DE ACUERDO A LA TARIFA ACORDADA SE REALIZA OBJECCION POR PERTINENCIA PACIENTE NO TIENE CRITERIO DE UCI INTENSIVO SE RECONOCE UCI INTERMEDIA
CLSA5968	4.053.837	4.053.837	138.590	3.915.247	SE REALIZA OBJECCION INCLUIDO EN LA ESTANCIA // INSUMOS (APOSITO, TIRAS DE PRUEBA DE GLUCOSA EN SANGRE Y AGUJA HIPODERMICA) DE MANEJO INTEGRAL DEL PACIENTE EN TRATAMIENTO YA DEFINITIVO (HOSPITALIZADA). SE REALIZA OBJECCION POR MAYOR VALOR COBRADO EN INTERCONSULTASS; SE RECONOCE DE ACUERDO A LA TARIFA ACORDADA
CLSA5969	14.371.199	14.371.199	442.127	13.929.072	SE REALIZA OBJECCION INCLUIDO EN LA ESTANCIA // INSUMOS (APOSITO, TIRAS DE PRUEBA DE GLUCOSA EN SANGRE, RESUCITADOR DESECHABLE ADULTO(AMBÚ) Y AGUJA HIPODERMICA) DE MANEJO INTEGRAL DEL PACIENTE EN TRATAMIENTO YA DEFINITIVO (HOSPITALIZADA). SE REALIZA OBJECCION POR MAYOR VALOR COBRADO EN INTERCONSULTASS; SE RECONOCE DE ACUERDO A LA TARIFA ACORDADA
CLSA5970	4.400.060	4.400.060	35.335	4.364.725	SE REALIZA OBJECCION INCLUIDO EN LA ESTANCIA // INSUMOS (APOSITO, TIRAS DE PRUEBA DE GLUCOSA EN SANGRE Y AGUJA HIPODERMICA) DE MANEJO INTEGRAL DEL PACIENTE EN TRATAMIENTO YA DEFINITIVO (HOSPITALIZADA).
CLSA5971	7.997.586	7.997.586	0	7.997.586	FACTURA AUDITADA SIN OBJECCIONES
CLSA5972	11.115.486	11.115.486	1.550.684	9.564.802	SE REALIZA GLOSA DE PROCEDIMIENTO (BIOPSIA DE HUESO EN SITIO NO ESPECIFICADO VIA PERCUTANEA Y BIOPSIA POR ASPIRACION DE MEDULA OSEA) NO SE EVIDENCIA AUTORIZACION
CLSA5973	6.082.792	6.082.792	117.132	5.965.660	SE REALIZA OBJECCION INCLUIDO EN LA ESTANCIA // INSUMOS (APOSITO, AGUJA HIPODERMICA, RESUCITADOR DESECHABLE ADULTO(AMBÚ) Y AGUJA HIPODERMICA) DE MANEJO INTEGRAL DEL PACIENTE EN TRATAMIENTO YA DEFINITIVO (HOSPITALIZADA).

CLSA5975	29.422.026	29.422.026	1.516.452	27.905.574	SE REALIZA OBJECCION INCLUIDO EN LA ESTANCIA // INSUMOS (APOSITO, SENSOR TIPO NELLCOR NEONATAL - ADULTO) DE MANEJO INTEGRAL DEL PACIENTE EN TRATAMIENTO YA DEFINITIVO (HOSPITALIZADA). SE REALIZA OBJECCION POR MAYOR VALOR COBRADO EN MEDICAMENTO (CUROSURF VIAL * 3 ML SURFACTANTE PULMONAR)
CLSA5976	22.243.527	22.243.527	511.550	21.731.977	SE REALIZA OBJECCION POR MAYOR VALOR COBRADO EN MEDICAMENTO (NPT NEONATOS 301-500ML)
CLSA5977	2.730.133	2.730.133	220.980	2.509.153	SE REALIZA OBJECCION INCLUIDO EN LA ESTANCIA // INSUMOS (APOSITO, AGUJA HIPODERMICA) DE MANEJO INTEGRAL DEL PACIENTE EN TRATAMIENTO YA DEFINITIVO (HOSPITALIZADA). SE REALIZA OBJECCION POR MAYOR VALOR COBRADO EN INTERCONSULTAS; SE RECONOCE DE ACUERDO A LA TARIFA ACORDADA
CLSA5978	9.946.927	9.946.927	356.500	9.590.427	SE REALIZA OBJECCION POR MAYOR VALOR COBRADO EN INTERCONSULTAS; SE RECONOCE DE ACUERDO A LA TARIFA ACORDADA
CLSA598	12.582.116	12.582.116	0	12.582.116	
CLSA5981	1.472.534	1.472.534	0	1.472.534	FACTURA AUDITADA SIN OBJECCIONES
CLSA5983	2.226.901	2.226.901	89.125	2.137.776	SE REALIZA OBJECCION POR MAYOR VALOR COBRADO EN INTERCONSULTAS; SE RECONOCE DE ACUERDO A LA TARIFA ACORDADA
CLSA5984	1.988.984	1.988.984	178.250	1.810.734	SE REALIZA OBJECCION POR MAYOR VALOR COBRADO EN INTERCONSULTAS; SE RECONOCE DE ACUERDO A LA TARIFA ACORDADA
CLSA5985	13.853.217	13.853.217	2.976.109	10.877.108	SE REALIZA OBJECCION MAYOR VALOR COBRADO EN MEDICAMENTOS SEGÚN TARIFAS PACTADAS (NPT NEONATOS 301-500ML) SE REALIZA OBJECCION GLOSA POR PERTINENCIA PACIENTE NO TIENE CRITERIO DE UCI INTENSIVO SE RECONOCE UCI INTERMEDIA
CLSA5986	3.277.386	3.277.386	0	3.277.386	FACTURA AUDITADA SIN OBJECCIONES
CLSA5987	9.168.077	9.168.077	75.920	9.092.157	SE REALIZA OBJECCION INCLUIDO EN LA ESTANCIA // INSUMOS (APOSITO, AGUJA HIPODERMICA) DE MANEJO INTEGRAL DEL PACIENTE EN TRATAMIENTO YA DEFINITIVO (HOSPITALIZADA).
CLSA5991	14.771.536	14.771.536	3.748.000	11.023.536	SE REALIZA OBJECCION PRODIMENTOS POR NO AUTORIZACION (COLECISTECTOMIA POR LAPAROSCOPIA Y LISIS DE ADHERENCIAS PERITONEALES POR LAPAROSCOPIA)
CLSA5992	34.022.613	34.022.613	723.277	33.299.336	SE REALIZA OBJECCION INCLUIDO EN LA ESTANCIA // INSUMOS (APOSITO, AGUJA HIPODERMICA, TIRAS DE GLUCOMETRIA, SENSOR) DE MANEJO INTEGRAL DEL PACIENTE EN TRATAMIENTO YA DEFINITIVO (HOSPITALIZADA). SE REALIZA OBJECCION MAYOR VALOR COBRADO EN MEDICAMENTOS SEGÚN TARIFAS PACTADAS (NPT NEONATOS 301-500ML)

CLSA5995	6.944.854	6.944.854	1.604.905	5.339.949	SE REALIZA OBJECCION INCLUIDO EN LA ESTANCIA // INSUMOS (APOSITO, AGUJA HIPODERMICA,) DE MANEJO INTEGRAL DEL PACIENTE EN TRATAMIENTO YA DEFINITIVO (HOSPITALIZADA). SE REALIZA OBJECCION PRODIMENTOS POR NO AUTORIZACION (HEMOSTASIA VESICAL TRANSURETRAL, FULGURACION ENDOSCOPICA DE LESION VESICAL, CISTOSCOPIA TRANSURETRAL)
CLSA5997	1.440.705	1.440.705	352.434	1.088.271	SE REALIZA OBJECCION PRODIMENTOS POR NO AUTORIZACION (REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA SIN FIJACIÓN INTERNA DE HUMERO)
CLSA5998	16.116.434	16.116.434	0	16.116.434	FACTURA AUDITADA SIN OBJECCIONES
CLSA6000	3.824.568	3.824.568	55.500	3.769.068	SE REALIZA OBJECCION INCLUIDO EN LA ESTANCIA // INSUMOS (APOSITO, AGUJA HIPODERMICA,) DE MANEJO INTEGRAL DEL PACIENTE EN TRATAMIENTO YA DEFINITIVO (HOSPITALIZADA).
CLSA6001	964.698	964.698	0	964.698	FACTURA AUDITADA SIN OBJECCIONES
CLSA6002	4.583.893	4.583.893	0	4.583.893	FACTURA AUDITADA SIN OBJECCIONES
CLSA6003	5.111.085	5.111.085	801.081	4.310.004	SE REALIZA OBJECCION PRODIMENTOS POR NO AUTORIZACION (REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA EN DIÁFISIS DE HÚMERO CON FIJACION INTERNA, REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA SIN FIJACIÓN INTERNA DE HUMERO)
CLSA6004	41.258.431	41.258.431	25.568.540	15.689.891	SE REALIZA OBJECCION DE LABORATORIO TENIENDO EN CUENTA QUE A PARTIR DEL 26 DE AGOSTO DEL 2020, SEGÚN LA RESOLUCIÓN 1463 DE 2020, MODIFICADA POR LA RESOLUCION 1630 DE 2020, LA FUENTE DE FINANCIACION Y EJECUCIÓN DE LAS PRUEBAS DE BÚSQUEDA, TAMIZAJE Y DIAGNOSTICO PARA SARS COV2 (COVID ? 19) QUE INTEGRAN LA CANASTA DE PRUEBAS, SERÁN PAGADAS POR LA ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES SE REALIZA OBJECCION PRODIMENTOS POR NO AUTORIZACION (ARTRODESIS DE LA REGION LUMBAR O LUMBOSACRA TECNICA POSTERIOR O POSTEROLATERAL)
CLSA6005	2.109.762	2.109.762	0	2.109.762	FACTURA AUDITADA SIN OBJECCIONES
CLSA6006	7.444.688	7.444.688	1.553.739	5.890.949	SE REALIZA OBJECCION DE ESTANCIA POR NO AUTORIZACION
CLSA6007	7.458.047	7.458.047	566.439	6.891.608	SE REALIZA OBJECCION POR PERTINENCIA PACIENTE NO TIENE CRITERIO DE UCI INTERMEDIA SE RECONOCE HABITACION BIPERSONAL .
CLSA6008	2.774.917	2.774.917	178.250	2.596.667	SE REALIZA OBJECCION POR MAYOR VALOR COBRADO EN INTERCONSULTAS; SE RECONOCE DE ACUERDO A LA TARIFA ACORDADA
CLSA6009	3.458.116	3.458.116	0	3.458.116	FACTURA AUDITADA SIN OBJECCIONES
CLSA6010	68.490.066	68.490.066	50.100.000	18.390.066	SE REALIZA OBJECCION PRODIMENTOS POR NO AUTORIZACION (STA 43 - RESECCION DE TUMOR SUPRATENTORIAL HEMISFERICO POR CRANEOTOMIA)
CLSA6011	783.199	783.199	0	783.199	FACTURA AUDITADA SIN OBJECCIONES
CLSA6012	2.827.497	2.827.497	0	2.827.497	FACTURA AUDITADA SIN OBJECCIONES
CLSA6013	2.043.177	2.043.177	0	2.043.177	FACTURA AUDITADA SIN OBJECCIONES
CLSA6014	18.933.081	18.933.081	0	18.933.081	FACTURA AUDITADA SIN OBJECCIONES

CLSA6015	1.053.389	1.053.389	0	1.053.389	FACTURA AUDITADA SIN OBJECCIONES
CLSA6016	7.986.220	7.986.220	1.220.748	6.765.472	SE REALIZA OBJECCION POR PERTINENCIA PACIENTE NO TIENE CRITERIO DE UCI INTENSA SE RECONOCE UCI INTERMEDIA
CLSA6017	1.161.293	1.161.293	0	1.161.293	FACTURA AUDITADA SIN OBJECCIONES
CLSA6018	11.999.033	11.999.033	376.165	11.622.868	SE REALIZA OBJECCION INCLUIDO EN LA ESTANCIA // INSUMOS (APOSITO, AGUJA HIPODERMICA) DE MANEJO INTEGRAL DEL PACIENTE EN TRATAMIENTO YA DEFINITIVO (HOSPITALIZADA). SE REALIZA OBJECCION POR MAYOR VALOR COBRADO EN INTERCONSULTAS; SE RECONOCE DE ACUERDO A LA TARIFA ACORDADA
CLSA6019	4.540.890	4.540.890	0	4.540.890	FACTURA AUDITADA SIN OBJECCIONES
CLSA6021	7.559.645	7.559.645	1.548.000	6.011.645	SE REALIZA OBJECCION PRODIMIENTOS POR NO AUTORIZACION (LISIS DE ADHERENCIAS PERITONEALES VIA LAPAROSCOPICA)
CLSA6022	1.918.336	1.918.336	0	1.918.336	FACTURA AUDITADA SIN OBJECCIONES
CLSA6023	2.102.460	2.102.460	0	2.102.460	FACTURA AUDITADA SIN OBJECCIONES
CLSA6024	1.849.381	1.849.381	0	1.849.381	FACTURA AUDITADA SIN OBJECCIONES
CLSA6026	7.408.359	7.408.359	686.676	6.721.683	SE REALIZA OBJECCION PRODIMIENTOS POR NO AUTORIZACION (AMPUTACIÓN O DESARTICULACION DEDOS DEL PIE + COLGAJO LOCAL DE PIEL COMPUESTO DE VECINDAD ENTRE DOS A CINCO)
CLSA6029	7.429.037	7.429.037	1.550.684	5.878.353	SE REALIZA OBJECCION PRODIMIENTOS POR NO AUTORIZACION (BIOPSIA DE HUESO EN SITIO NO ESPECIFICADO VIA PERCUTANEA)
CLSA6031	5.342.864	5.342.864	1.628.410	3.714.454	SE REALIZA OBJECCION PRODIMIENTOS POR NO AUTORIZACION (GASTROSTOMIA VIA ABIERTA)
CLSA6032	20.141.449	20.141.449	721.183	19.420.266	SE REALIZA OBJECCION INCLUIDO EN LA ESTANCIA // INSUMOS (APOSITO, AGUJA HIPODERMICA) DE MANEJO INTEGRAL DEL PACIENTE EN TRATAMIENTO YA DEFINITIVO (HOSPITALIZADA). SE REALIZA OBJECCION PRODIMIENTOS POR NO AUTORIZACION (EXPLORACION DE VENA EN ZONA II DEL CUELLO)
CLSA6033	31.138.470	31.138.470	12.068.210	19.070.260	SE REALIZA OBJECCION PRODIMIENTOS POR NO AUTORIZACION (LISIS DE ADHERENCIAS PERITONEALES POR LAPAROSCOPIA, COLECISTECTOMIA POR LAPAROSCOPIA, CPRE + PAPILOTOMIA Y ESFINTEROTOMIA, INSERCIÓN ENDOSCÓPICA DE STENT EN CONDUCTO BILIAR)
CLSA6034	14.538.464	14.538.464	1.800.000	12.738.464	SE REALIZA OBJECCION PRODIMIENTOS POR NO AUTORIZACION (DRENAJE DE COLECCION DE LA PARED ABDOMINAL VIA PERCUTANEA X TOMOGRAFIA)
CLSA6038	3.054.761	3.054.761	0	3.054.761	FACTURA AUDITADA SIN OBJECCIONES
CLSA6039	7.883.527	7.883.527	5.568.414	2.315.113	SE REALIZA OBJECCION PRODIMIENTOS POR NO AUTORIZACION (RESECCIÓN DE LESIÓN DE INTESTINO GRUESO VÍA ENDOSCÓPICA + COLONOSCOPIA TOTAL)
CLSA6041	14.574.203	14.574.203	2.160.235	12.413.968	SE REALIZA OBJECCION PRODIMIENTOS POR NO AUTORIZACION (REDUCCION INTESTINAL SIN RESECCION INTESTINAL VIA ABIERTA + RESECCION DE LESION BENIGNA O MALIGNA EN EPIPLON O EN MESENTERIO VIA ABIERTA)
CLSA6042	8.688.350	8.688.350	944.065	7.744.285	SE REALIZA OBJECCION POR PERTINENCIA PACIENTE NO TIENE CRITERIO DE UCI INTERMEDIA SE RECONOCE HABITACION BIPERSONAL

CLSA6044	7.439.821	7.439.821	0	7.439.821	FACTURA AUDITADA SIN OBJECCIONES
CLSA6045	30.914.497	30.914.497	0	30.914.497	FACTURA AUDITADA SIN OBJECCIONES
CLSA6046	6.649.706	6.649.706	3.405.762	3.243.944	SE REALIZA OBJECCION PRODIMENTOS POR NO AUTORIZACION (REDUCCION INTESTINAL SIN RESECCION INTESTINAL VIA ABIERTA + RESECCION DE LESION BENIGNA O MALIGNA EN EPIPLON O EN MESENTERIO VIA ABIERTA)
CLSA6052	2.755.521	2.755.521	0	2.755.521	FACTURA AUDITADA SIN OBJECCIONES
CLSA6054	16.648.860	16.648.860	2.942.431	13.706.429	SE REALIZA OBJECCION POR PERTINENCIA PACIENTE NO TIENE CRITERIO DE UCI INTENSIVO SE RECONOCE UCI INTERMEDIA
CLSA611	853.460	853.460	0	853.460	
CLSA612	335.783	335.783	0	335.783	
CLSA614	5.617	5.617	0	5.617	
CLSA615	712.730	712.730	0	712.730	
CLSA618	761.698	761.698	0	761.698	
CLSA619	1.001.649	1.001.649	0	1.001.649	
CLSA6296	26.938.285	26.938.285	891.237	26.047.048	SE REALIZA OBJECCION POR NO EVIDENCIA DE AUTORIZACION Y/O SOLICITUD DE ESTANCIA (4) DIAS EN BIPERSONAL
CLSA6639	58.430.312	58.430.312	4.870.638	53.559.674	SE REALIZA OBJECCION INCLUIDO EN LA ESTANCIA // INSUMOS (APOSITO, AGUJA HIPODERMICA) DE MANEJO INTEGRAL DEL PACIENTE EN TRATAMIENTO YA DEFINITIVO (HOSPITALIZADA). SE REALIZA OBJECCION POR NO EVIDENCIA EN HISTORIA CLINICA DE SOICITUD DE TRASNFUSION POR MEDICO ESPECIALISTA TRATANTE
CLSA6641	45.124.737	45.124.737	387.295	44.737.442	SE REALIZA OBJECCION INCLUIDO EN LA ESTANCIA // INSUMOS (APOSITO, AGUJA HIPODERMICA) DE MANEJO INTEGRAL DEL PACIENTE EN TRATAMIENTO YA DEFINITIVO (HOSPITALIZADA). SE REALIZA OBJECCION POR MAYOR VALOR COBRADO EN INTERCONSULTASS; SE RECONOCE DE ACUERDO A LA TARIFA ACORDADA
CLSA6643	51.316.417	51.316.417	2.250.755	49.065.662	SE REALIZA OBJECCION POR PERTINENCIA PACIENTE NO TIENE CRITERIO DE UCI INTENSIVO SE RECONOCE UCI INTERMEDIO
CLSA6645	44.768.828	44.768.828	2.411.300	42.357.528	SE REALIZA OBJECCION POR PERTINENCIA PACIENTE NO TIENE CRITERIO DE UCI INTENSIVO SE RECONOCE UCI INTERMEDIO
CLSA6646	14.400.201	14.400.201	1.699.317	12.700.884	SE REALIZA OBJECCION POR PERTINENCIA PACIENTE NO TIENE CRITERIO DE UCI INTERMEDIO SE RECONOCE HABITACION BIPERSONAL
CLSA6647	34.039.287	34.039.287	2.127.593	31.911.694	SE REALIZA OBJECCION PRODIMENTOS POR NO AUTORIZACION (DESBRIDAMIENTO ESCISIONAL POR LESIÓN DE TEJIDOS PROFUNDOS)
CLSA6805	1.196.363	1.196.363	0	1.196.363	FACTURA AUDITADA SIN OBJECCIONES
CLSA6811	110.000	110.000	89.125	20.875	SE REALIZA OBJECCION POR MAYOR VALOR COBRADO EN INTERCONSULTASS; SE RECONOCE DE ACUERDO A LA TARIFA ACORDADA
CLSA6812	110.000	110.000	89.125	20.875	SE REALIZA OBJECCION POR MAYOR VALOR COBRADO EN INTERCONSULTASS; SE RECONOCE DE ACUERDO A LA TARIFA ACORDADA
CLSA6813	110.000	110.000	89.125	20.875	SE REALIZA OBJECCION POR MAYOR VALOR COBRADO EN INTERCONSULTASS; SE RECONOCE DE ACUERDO A LA TARIFA ACORDADA

CLSA6814	110.000	110.000	89.125	20.875	SE REALIZA OBJECCION POR MAYOR VALOR COBRADO EN INTERCONSULTASS; SE RECONOCE DE ACUERDO A LA TARIFA ACORDADA
CLSA6815	25.825	25.825	0	25.825	FACTURA AUDITADA SIN OBJECCIONES
CLSA6816	110.000	110.000	89.125	20.875	SE REALIZA OBJECCION POR MAYOR VALOR COBRADO EN INTERCONSULTASS; SE RECONOCE DE ACUERDO A LA TARIFA ACORDADA
CLSA6817	110.000	110.000	89.125	20.875	SE REALIZA OBJECCION POR MAYOR VALOR COBRADO EN INTERCONSULTASS; SE RECONOCE DE ACUERDO A LA TARIFA ACORDADA
CLSA6818	110.000	110.000	89.125	20.875	SE REALIZA OBJECCION POR MAYOR VALOR COBRADO EN INTERCONSULTASS; SE RECONOCE DE ACUERDO A LA TARIFA ACORDADA
CLSA6819	110.000	110.000	89.125	20.875	SE REALIZA OBJECCION POR MAYOR VALOR COBRADO EN INTERCONSULTASS; SE RECONOCE DE ACUERDO A LA TARIFA ACORDADA
CLSA6820	110.000	110.000	89.125	20.875	SE REALIZA OBJECCION POR MAYOR VALOR COBRADO EN INTERCONSULTASS; SE RECONOCE DE ACUERDO A LA TARIFA ACORDADA
CLSA6821	171.787	171.787	0	171.787	FACTURA AUDITADA SIN OBJECCIONES
CLSA6822	110.000	110.000	89.125	20.875	SE REALIZA OBJECCION POR MAYOR VALOR COBRADO EN INTERCONSULTASS; SE RECONOCE DE ACUERDO A LA TARIFA ACORDADA
CLSA6823	110.000	110.000	89.125	20.875	SE REALIZA OBJECCION POR MAYOR VALOR COBRADO EN INTERCONSULTASS; SE RECONOCE DE ACUERDO A LA TARIFA ACORDADA
CLSA6824	110.000	110.000	89.125	20.875	SE REALIZA OBJECCION POR MAYOR VALOR COBRADO EN INTERCONSULTASS; SE RECONOCE DE ACUERDO A LA TARIFA ACORDADA
CLSA6825	110.000	110.000	89.125	20.875	SE REALIZA OBJECCION POR MAYOR VALOR COBRADO EN INTERCONSULTASS; SE RECONOCE DE ACUERDO A LA TARIFA ACORDADA
CLSA6826	110.000	110.000	89.125	20.875	SE REALIZA OBJECCION POR MAYOR VALOR COBRADO EN INTERCONSULTASS; SE RECONOCE DE ACUERDO A LA TARIFA ACORDADA
CLSA6907	76.898.507	76.898.507	2.135.803	74.762.704	SE REALIZA OBJECCION POR MAYOR VALOR COBRADO SEGÚN TARIFAS PACTADAS EN INTERCONSULTA // MAYOR VALOR COBRADO DE MEDICAMENTOS
CLSA6908	911.298	911.298	0	911.298	FACTURA AUDITADA SIN OBJECCIONES
CLSA6909	128.604	128.604	0	128.604	FACTURA AUDITADA SIN OBJECCIONES
CLSA6910	911.298	911.298	0	911.298	FACTURA AUDITADA SIN OBJECCIONES
CLSA6911	520.742	520.742	0	520.742	FACTURA AUDITADA SIN OBJECCIONES
CLSA6912	123.590	123.590	0	123.590	FACTURA AUDITADA SIN OBJECCIONES
CLSA6915	64.302	64.302	0	64.302	FACTURA AUDITADA SIN OBJECCIONES
CLSA6916	64.302	64.302	0	64.302	FACTURA AUDITADA SIN OBJECCIONES
CLSA6917	911.298	911.298	0	911.298	FACTURA AUDITADA SIN OBJECCIONES
CLSA6918	123.590	123.590	0	123.590	FACTURA AUDITADA SIN OBJECCIONES
CLSA6919	126.097	126.097	0	126.097	FACTURA AUDITADA SIN OBJECCIONES
CLSA6920	911.298	911.298	0	911.298	FACTURA AUDITADA SIN OBJECCIONES
CLSA6921	64.302	64.302	0	64.302	FACTURA AUDITADA SIN OBJECCIONES

CLSA6922	371.302	371.302	0	371.302	FACTURA AUDITADA SIN OBJECCIONES
CLSA6943	123.590	123.590	0	123.590	FACTURA AUDITADA SIN OBJECCIONES
CLSA6945	64.302	64.302	0	64.302	FACTURA AUDITADA SIN OBJECCIONES
CLSA6949	64.302	64.302	0	64.302	FACTURA AUDITADA SIN OBJECCIONES
CLSA6950	64.302	64.302	0	64.302	FACTURA AUDITADA SIN OBJECCIONES
CLSA6951	64.302	64.302	0	64.302	FACTURA AUDITADA SIN OBJECCIONES
CLSA6953	64.302	64.302	0	64.302	FACTURA AUDITADA SIN OBJECCIONES
CLSA6955	64.302	64.302	0	64.302	FACTURA AUDITADA SIN OBJECCIONES
CLSA6957	64.302	64.302	0	64.302	FACTURA AUDITADA SIN OBJECCIONES
CLSA6958	64.302	64.302	0	64.302	FACTURA AUDITADA SIN OBJECCIONES
CLSA6960	64.302	64.302	0	64.302	FACTURA AUDITADA SIN OBJECCIONES
CLSA6961	64.302	64.302	0	64.302	FACTURA AUDITADA SIN OBJECCIONES
CLSA6966	128.604	128.604	0	128.604	FACTURA AUDITADA SIN OBJECCIONES
CLSA6967	911.298	911.298	0	911.298	FACTURA AUDITADA SIN OBJECCIONES
CLSA7047	17.487.179	17.487.179	4.378.176	13.109.003	SE REALIZA OBJECCION POR NO EVIDENCIA DE AUTORIZACION Y/O SOLICITUD DE PRODIMIENTOS (DESCOMPRESIÓN DE ÓRBITA VIA INFERIOR Y MEDIAL ABORDAJE SUBCILIAR +REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA HEMI LEFORT I CON FIJACION INTERNA)
CLSA7112	41.538.178	41.538.178	4.784.525	36.753.653	SE REALIZA OBJECCION // NO SE RECONOCE, ARTICULO 77, PARAGRAFO 7. LA EPS-ISS NO RECONOCERÁ VALORES ADICIONALES POR EL EMPLEO DE ACCESORIOS E IMPLEMENTOS DE LOS EQUIPOS QUE SE UTILICEN EN LA PRÁCTICA DE LAS INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS Y PROCEDIMIENTOS . (DERMATOMO (ALQUILER)) SE REALIZA OBJECCION INCLUIDO EN LA ESTANCIA // INSUMOS (APOSITO, AGUJA HIPODERMICA) DE MANEJO INTEGRAL DEL PACIENTE EN TRATAMIENTO YA DEFINITIVO (HOSPITALIZADA). SE REALIZA OBJECCION POR NO EVIDENCIA DE AUTORIZACION Y/O SOLICITUD DE PRODIMIENTOS (DESBRIDAMIENTO ESCISIONAL EN AREA ESPECIAL EN TOBILLOS O PIES M + ESCARECTOMIA TANGENCIAL TEMPRANA ENTRE EL 5% AL 10% DE SUPERFICIE + INJERTO DE PIEL PARCIAL EN AREA GENERAL HASTA EL DIEZ 10% DE SUPERFICIE CORPORAL TOTAL)
CLSA7113	16.786.534	16.786.534	8.289.686	8.496.848	SE REALIZA OBJECCION POR NO EVIDENCIA DE AUTORIZACION Y/O SOLICITUD DE PRODIMIENTOS (CIRUGIA RECONSTRUCTIVA MULTIPLE MIEMBROS INFERIORES)
CLSA7114	14.075.556	14.075.556	4.321.237	9.754.319	SE REALIZA OBJECCION POR MAYOR VALOR COBRADO EN MEDICAMENTO; SE RECONOCE DE ACUERDO A LA LISTADO ACORDADO
CLSA7115	110.000	110.000	89.125	20.875	SE REALIZA OBJECCION POR MAYOR VALOR COBRADO EN INTERCONSULTASS; SE RECONOCE DE ACUERDO A LA TARIFA ACORDADA
CLSA7116	110.000	110.000	89.125	20.875	SE REALIZA OBJECCION POR MAYOR VALOR COBRADO EN INTERCONSULTASS; SE RECONOCE DE ACUERDO A LA TARIFA ACORDADA
CLSA7117	110.000	110.000	89.125	20.875	SE REALIZA OBJECCION POR MAYOR VALOR COBRADO EN INTERCONSULTASS; SE RECONOCE DE ACUERDO A LA TARIFA ACORDADA

CLSA7118	110.000	110.000	89.125	20.875	SE REALIZA OBJECCION POR MAYOR VALOR COBRADO EN INTERCONSULTASS; SE RECONOCE DE ACUERDO A LA TARIFA ACORDADA
CLSA7119	110.000	110.000	89.125	20.875	SE REALIZA OBJECCION POR MAYOR VALOR COBRADO EN INTERCONSULTASS; SE RECONOCE DE ACUERDO A LA TARIFA ACORDADA
CLSA7120	110.000	110.000	89.125	20.875	SE REALIZA OBJECCION POR MAYOR VALOR COBRADO EN INTERCONSULTASS; SE RECONOCE DE ACUERDO A LA TARIFA ACORDADA
CLSA7121	110.000	110.000	89.125	20.875	SE REALIZA OBJECCION POR MAYOR VALOR COBRADO EN INTERCONSULTASS; SE RECONOCE DE ACUERDO A LA TARIFA ACORDADA
CLSA7122	20.875	20.875	0	20.875	FACTURA AUDITADA SIN OBJECCIONES
CLSA7123	20.875	20.875	0	20.875	FACTURA AUDITADA SIN OBJECCIONES
CLSA7124	110.000	110.000	89.125	20.875	SE REALIZA OBJECCION POR MAYOR VALOR COBRADO EN INTERCONSULTASS; SE RECONOCE DE ACUERDO A LA TARIFA ACORDADA
CLSA7125	111.570	111.570	90.695	20.875	SE REALIZA OBJECCION POR MAYOR VALOR COBRADO EN CONSULTA POR ESPECIALISTA ; SE RECONOCE DE ACUERDO A LA TARIFA ACORDADA
CLSA7126	165.427	165.427	0	165.427	FACTURA AUDITADA SIN OBJECCIONES
CLSA7127	110.000	110.000	89.125	20.875	SE REALIZA OBJECCION POR MAYOR VALOR COBRADO EN INTERCONSULTASS; SE RECONOCE DE ACUERDO A LA TARIFA ACORDADA
CLSA7128	110.000	110.000	89.125	20.875	SE REALIZA OBJECCION POR MAYOR VALOR COBRADO EN INTERCONSULTASS; SE RECONOCE DE ACUERDO A LA TARIFA ACORDADA
CLSA7129	84.441.721	84.441.721	1.238.700	83.203.021	SE REALIZA OBJECCION INCLUIDO EN LA ESTANCIA // INSUMOS (APOSITO, AGUJA HIPODERMICA) DE MANEJO INTEGRAL DEL PACIENTE EN TRATAMIENTO YA DEFINITIVO (HOSPITALIZADA). SE REALIZA OBJECCION POR MAYOR VALOR COBRADO EN INTERCONSULTASS; SE RECONOCE DE ACUERDO A LA TARIFA ACORDADA
CLSA7130	110.000	110.000	89.125	20.875	SE REALIZA OBJECCION POR MAYOR VALOR COBRADO EN INTERCONSULTASS; SE RECONOCE DE ACUERDO A LA TARIFA ACORDADA
CLSA7131	110.000	110.000	89.125	20.875	SE REALIZA OBJECCION POR MAYOR VALOR COBRADO EN INTERCONSULTASS; SE RECONOCE DE ACUERDO A LA TARIFA ACORDADA
CLSA7132	110.000	110.000	89.125	20.875	SE REALIZA OBJECCION POR MAYOR VALOR COBRADO EN INTERCONSULTASS; SE RECONOCE DE ACUERDO A LA TARIFA ACORDADA
CLSA7133	110.000	110.000	89.125	20.875	SE REALIZA OBJECCION POR MAYOR VALOR COBRADO EN INTERCONSULTASS; SE RECONOCE DE ACUERDO A LA TARIFA ACORDADA
CLSA7134	110.000	110.000	89.125	20.875	SE REALIZA OBJECCION POR MAYOR VALOR COBRADO EN INTERCONSULTASS; SE RECONOCE DE ACUERDO A LA TARIFA ACORDADA
CLSA7135	1.248.850	1.248.850	0	1.248.850	FACTURA AUDITADA SIN OBJECCIONES
CLSA7136	1.248.850	1.248.850	0	1.248.850	FACTURA AUDITADA SIN OBJECCIONES

CLSA7137	1.248.850	1.248.850	0	1.248.850	FACTURA AUDITADA SIN OBJECCIONES
CLSA7138	1.248.850	1.248.850	0	1.248.850	FACTURA AUDITADA SIN OBJECCIONES
CLSA7139	1.248.850	1.248.850	0	1.248.850	FACTURA AUDITADA SIN OBJECCIONES
CLSA7140	1.248.850	1.248.850	0	1.248.850	FACTURA AUDITADA SIN OBJECCIONES
CLSA7141	1.248.850	1.248.850	0	1.248.850	FACTURA AUDITADA SIN OBJECCIONES
CLSA7142	1.248.850	1.248.850	0	1.248.850	FACTURA AUDITADA SIN OBJECCIONES
CLSA7149	148.968	148.968	148.968	0	SE REALIZA OBJECCION TOTAL POR NO SE EVIDENCIA MIPRES NI REPORTE DE ENTREGA AL MINISTERIO
CLSA7150	47.742	47.742	47.742	0	SE REALIZA OBJECCION TOTAL POR NO SE EVIDENCIA MIPRES NI REPORTE DE ENTREGA AL MINISTERIO
CLSA7151	289.800	289.800	289.800	0	SE REALIZA OBJECCION TOTAL POR NO SE EVIDENCIA MIPRES NI REPORTE DE ENTREGA AL MINISTERIO
CLSA7152	582.120	582.120	582.120	0	SE REALIZA OBJECCION TOTAL POR NO SE EVIDENCIA MIPRES NI REPORTE DE ENTREGA AL MINISTERIO
CLSA7153	238.710	238.710	238.710	0	SE REALIZA OBJECCION TOTAL POR NO SE EVIDENCIA MIPRES NI REPORTE DE ENTREGA AL MINISTERIO
CLSA7154	1.607.200	1.607.200	1.607.200	0	SE REALIZA OBJECCION TOTAL POR NO SE EVIDENCIA MIPRES NI REPORTE DE ENTREGA AL MINISTERIO
CLSA7155	1.247.880	1.247.880	1.247.880	0	SE REALIZA OBJECCION TOTAL POR NO SE EVIDENCIA MIPRES NI REPORTE DE ENTREGA AL MINISTERIO
CLSA7156	787.200	787.200	787.200	0	SE REALIZA OBJECCION TOTAL POR NO SE EVIDENCIA MIPRES NI REPORTE DE ENTREGA AL MINISTERIO
CLSA7157	40.585	40.585	40.585	0	SE REALIZA OBJECCION TOTAL POR NO SE EVIDENCIA MIPRES NI REPORTE DE ENTREGA AL MINISTERIO
CLSA7158	83.192	83.192	83.192	0	SE REALIZA OBJECCION TOTAL POR NO SE EVIDENCIA MIPRES NI REPORTE DE ENTREGA AL MINISTERIO
CLSA7159	332.768	332.768	332.768	0	SE REALIZA OBJECCION TOTAL POR NO SE EVIDENCIA MIPRES NI REPORTE DE ENTREGA AL MINISTERIO
CLSA7160	566.720	566.720	566.720	0	SE REALIZA OBJECCION TOTAL POR NO SE EVIDENCIA MIPRES NI REPORTE DE ENTREGA AL MINISTERIO
CLSA7161	354.200	354.200	354.200	0	SE REALIZA OBJECCION TOTAL POR NO SE EVIDENCIA MIPRES NI REPORTE DE ENTREGA AL MINISTERIO
CLSA7162	297.936	297.936	297.938	(2)	SE REALIZA OBJECCION TOTAL POR NO SE EVIDENCIA MIPRES NI REPORTE DE ENTREGA AL MINISTERIO
CLSA760	308.717	308.717	0	308.717	
CLSA763	394.731	394.731	0	394.731	
CLSA920	8.497.622	8.497.622	1.651.632	6.845.990	SE REALIZA OBJECCION POR PERTINENCIA PACIENTE NO TIENE CRITERIO DE UCI INTENSIVO SE RECONOCE HABITACION UNIPERSONAL
CLSA921	12.611.708	12.611.708	3.404.352	9.207.356	SE REALIZA OBJECCION POR AUTORIZACION // SE RECONOCE ESTANCIA EN HOSPITALIZACION UNIPERSONAL POR ESTANCIA AUTORIZADA.