



AXONICO HIS  
NOVEDADES DE VERSION  
NOVIEMBRE 2024



INDICE

[PRESUPUESTO VALIDA MEDIANTE CONTRATO CON INSTITUCION](#)

INTEGRACION SISA:

[AMB PROFESIONALES](#)

[INGRESO AL SISTEMA](#)

[EMISIÓN DE RECETAS](#)

[CAMPO FECHA EN RECIBOS](#)

## PRESUPUESTO VALIDA MEDIANTE CONTRATO CON INSTITUCION

Configurar en PARAMETROS

PARÁMETROS

Código:

Descripción: %CONTRAT

Valor:

| Emp.Suc. | Código     | Descripción                                                           | Tipo Dato |            |
|----------|------------|-----------------------------------------------------------------------|-----------|------------|
| 99       | CONT_AMB   | TIPO DE CONTRATO = AMBULATORIO                                        | S         | E          |
| 99       | CONT_FECVE | FECHA VENCIMIENTO DEFAULT DE CONTRATOS/EXCEPCIONES                    | S         | 31/12/2099 |
| 99       | CONT_INT   | TIPO DE CONTRATO = INTERNACION                                        | S         | I          |
| 99       | COS_MODVIG | PERMITE MODIFICAR CONTRATOS VIGENTES DE OS                            | S         | S          |
| 99       | HON_MODVIG | PERMITE MODIFICAR UN CONTRATO VIGENTE                                 | S         | S          |
| 99       | VALTIECONH | INDICA SI VALIDA QUE UN CODIGO TENGA CONTRATO ASOCIADO EN EL PROFESI  | S         | S          |
| 99       | VALTIECONT | INDICA SI VALIDA QUE UN CODIGO TENGA CONTRATO ASOCIADO EN LA INSTITUC | S         | S          |

Requiere permiso asociado al usuario.

|    |   |                    |
|----|---|--------------------|
| 65 | 1 | ABM - PRESUPUESTOS |
|----|---|--------------------|

ALTA DE COMPROBANTE, se pueden ver prestaciones NO ESTAN CONVENIDAS en el CONTRATO con la INSTITUCION

ALTA DE COMPROBANTES DE ATENCIÓN

HC: 67266 Ape. y Nombre: FA ELSA Doc.: DNI 110

Mod.

Servicio Origen: 3000 CONSULTORIO EXTERNO C Número Comprobante: Rendición:

Fecha: 16/10/2024 10:52 Origen: AMBULATORIO

Profesional Solicitante: 1 AVILA GUSTAVO Prioridad Atención: Motivo Consulta:

Diagnóstico: 99 <OTROS NO LISTADOS> Urgencia

Prestaciones / Prácticas Insumos Farmacia Documentación Mensajes

| Código | Subc. | Descripción                       | Zona Cuerpo | Tipo Prof. | Cant. | Profesional Efecto | Ord. | Aut. | Cargo Pac. | H.Mod. | H Inst \$ |
|--------|-------|-----------------------------------|-------------|------------|-------|--------------------|------|------|------------|--------|-----------|
| 341027 | 0     | CARDIO TC MULTISLICE              |             |            |       |                    |      |      |            |        |           |
| 420016 | 0     | CONSULTA CARDIOLOGIA              |             |            |       |                    |      |      |            |        |           |
| 475001 | 0     | CONTROL DE MARCAPASOS             |             |            |       |                    |      |      |            |        |           |
| 170101 | 1     | ELECTROCARDIOGRAMA EN CONSULTORIO |             |            |       |                    |      |      |            |        |           |

Descripción / Código:

☒ Solo Frecuentes  
 Especialidad: CARDIOLOGIAAAA  
☐ Solo Convenidas

| Cód.   | Subc. | Descripción                       | Cód.   | Subc. | Descripción                              |
|--------|-------|-----------------------------------|--------|-------|------------------------------------------|
| 341027 | 0     | CARDIO TC MULTISLICE              | 341027 | 1     | CARDIO TC MULTISLICE                     |
| 420016 | 0     | CONSULTA CARDIOLOGIA              | 420016 | 1     | CONSULTA CARDIOLOGIA                     |
| 475001 | 0     | CONTROL DE MARCAPASOS             | 175001 | 1     | CONTROL DE MARCAPASOS                    |
| 170101 | 1     | ELECTROCARDIOGRAMA EN CONSULTORIO | 470101 | 0     | ELECTROCARDIOGRAMA EN CONSULTORIO CON OX |



Presupuesto nuevo desde INGRESO PRESUPUESTO.

Con unas de las prestaciones NO CONVENIDAS CON LA OBRA SOCIAL

**INGRESO DE PRESUPUESTO**

Nº Presupuesto: [ ] Fecha: 16/10/2024 Valorización: 16/10/2024

Tipo: INSTITUCION

Destinatario: 1 OBRA SOCIAL PRUEBA

Dirección: AGUSTIN GNECCO SUR 360

Teléfono: [ ]

Paciente: FA ELS.

Tipo Doc: DNI Nº Doc: [ ]

C. IVA: EXENTO Modelo: <POR DEFECTO> Firma: [ ]

Observaciones: [ ]

**Documentación adicional**

[Normal] Calibri Light 9 B I U

| Cant                  | P/M | Descripción                   | Zona Cuerpo | Prof. Efecto | Imp. Inst. | Imp. Pac. | Tot. Inst. | Tot. Pac. | Corr |
|-----------------------|-----|-------------------------------|-------------|--------------|------------|-----------|------------|-----------|------|
| 1                     | P   | 341027 Q CARDIO TC MULTISLICE |             |              | ,00        | ,00       | 0,00       | 0,00      |      |
| Valor Total - Exentos |     |                               |             |              |            |           | 0,00       | 0,00      |      |

**INGRESO DE PRESUPUESTO** Consulta de precios

Nº Presupuesto: [ ] Fecha: 16/10/2024

Tipo: INSTITUCION

Destinatario: 1 OBRA SOCIAL PRUEBA

Dirección: AGUSTIN GNECCO SUR 360

Teléfono: [ ]

Paciente: FA ELS.

Tipo Doc: DNI Nº Doc: [ ]

C. IVA: EXENTO Modelo: <POR DEFECTO> Firma: [ ]

Observaciones: [ ]

Institución: 1 OBRA SOCIAL PRU

Plan: ATE Fecha: 16/10/2024

Origen: AMBULATORIO

Servicio: [ ]

Profesional: [ ]

Prest./Med.: PRACTICA/PRESTACION

Código: 341027

Descripción: CARDIO TC MULTISLICE

| Código   | Descripción          |
|----------|----------------------|
| 341027 0 | CARDIO TC MULTISLICE |
| 341027 1 | CARDIO TC MULTISLICE |

| Prest./Med.                   | Valor Unit. H | % Pac. H | Imp. Inst. H | Imp. Pac. H | Valor Unit. D | % Pac. D | Imp. Inst. D | Imp. Pac. D | Valor T |
|-------------------------------|---------------|----------|--------------|-------------|---------------|----------|--------------|-------------|---------|
| 341027 0 CARDIO TC MULTISLICE |               |          | 0,00         | 0,00        |               |          | 0,00         | 0,00        |         |
| <TODO>                        |               |          | 0,00         | 0,00        |               |          | 0,00         | 0,00        |         |
| Valor Total - Exentos :       |               |          |              | 0,00        | 0,00          | 0,00     |              | 0,00        |         |

SE GUARDA

**INGRESO DE PRESUPUESTO**

Nº Presupuesto: 25 Fecha: 16/10/2024 Valorización: 16/10/2024

Tipo: INSTITUCION

Destinatario: 1 OBRA SOCIAL PRUEBA

Dirección: .60

Teléfono: [ ] Tipo Doc: CUIT Nº Doc: [ ]

Paciente: 3 FA EL

Tipo Doc: DNI Nº Doc: [ ]

C. IVA: EXENTO Modelo: <POR DEFECTO> Firma: [ ]

Observaciones: [ ]

**Documentación adicional**

[Normal] Calibri Light 9 B I U

| Cant                  | P/M | Descripción                   | Zona Cuerpo | Prof. Efecto | Imp. Inst. | Imp. Pac. | Tot. Inst. | Tot. Pac. | Corr |
|-----------------------|-----|-------------------------------|-------------|--------------|------------|-----------|------------|-----------|------|
| 1                     | P   | 341027 Q CARDIO TC MULTISLICE |             |              | ,00        | ,00       | 0,00       | 0,00      |      |
| Valor Total - Exentos |     |                               |             |              |            |           | 0,00       | 0,00      |      |

## Ejemplo de impresión

**Presupuesto Estimativo**

SAN JUAN, 16 de Octubre de 2024

**Paciente:** FA ELS  
6

**Cobertura:** OBRA SOCIAL PRUEBA  
**Plan:** DOS S/COSEGURO

**Prestación:** PRACTICA/PRESTACION  
**N. Afiliado:** 0

| Código        | Descripción          | Cantidad | P. Unit. | Tot. Inst | Tot. Pac. |
|---------------|----------------------|----------|----------|-----------|-----------|
| 1. 341027     | CARDIO TC MULTISLICE | 1        | 0,00     | 0,00      | 0,00      |
| <b>Total:</b> |                      |          |          | 0,00      | 0,00      |

**Observaciones:**

Desde ALTA DE COMPROBANTE, se busca ese presupuesto.

**ALTA DE COMPROBANTES DE ATENCIÓN**

HC: 67266 Ape. y Nombre: FA ELSA Doc.: DNI Sexo: N Fecha Nac.:  
 Institución: 1 OBRA SOCIAL PRU Plan: Nro Afil.: EXENTO Cond. IVA: CONSUMIDOR FINAL  
 Z: Mod.

Servicio Origen: 3000 CONSULTORIO EXTERNO C Número Comprobante: Rendición:  
 Fecha: 16/10/2024 10:52 Origen: AMBULATORIO  
 Profesional Solicitante: 1 AVILA GUSTAVO Prioridad Atención: Motivo Consulta:  
 Diagnóstico: 99 <OTROS NO LISTADOS> ☐ Urgencia

**Prestaciones / Prácticas** Insumos Farmacia Documentación Mensajes

| Código | Subc. | Descripción                       | Zona Cuerpo | Tipo Prof. | Cant. | Profesional Efecto | Ord. | Aut. | Cargo Pac. | H.Mod. | H Inst \$ | H In |
|--------|-------|-----------------------------------|-------------|------------|-------|--------------------|------|------|------------|--------|-----------|------|
| 341027 | 0     | CARDIO TC MULTISLICE              |             |            |       |                    |      |      |            |        |           |      |
| 420016 | 0     | CONSULTA CARDIOLOGIA              |             |            |       |                    |      |      |            |        |           |      |
| 175001 | 0     | CONTROL DE MARCAPASOS             |             |            |       |                    |      |      |            |        |           |      |
| 170101 | 0     | ELECTROCARDIOGRAMA EN CONSULTORIO |             |            |       |                    |      |      |            |        |           |      |

Insertar  
 Borrar  
 Copiar Fila al Final  
 Copiar Indicaciones del Día  
 Buscar Presupuesto  
 Observaciones

Descripción / Código:

☒ Solo Frecuentes  
 Especialidad:

CARDIOLOGIAAAA

Seleccionar ese presupuesto.

**ALTA DE COMPROBANTES DE ATENCIÓN**

Buscar Presupuesto

Ingrese criterio de búsqueda.  
 Fecha Desde: 16/10/2024 Fecha Hasta: 16/10/2024 HC: 67266

| Especialidad    | Cant. | P/M | Código | Descripción          | Zona del Cuerpo | Imp. Inst. | Imp. Pac. |
|-----------------|-------|-----|--------|----------------------|-----------------|------------|-----------|
|                 | 1     | P   | 341027 | CARDIO TC MULTISLICE |                 | 750,00     | 1.505,00  |
| <b>Total...</b> |       |     |        |                      |                 | 750,00     | 1.505,00  |

Aceptar

| Id | Fecha      | Observaciones | Destinatario          |
|----|------------|---------------|-----------------------|
| 25 | 16/10/2024 |               | (1)OBRA SOCIAL PRUEBA |



IMPORTANTE PRESUPUESTO DEBE tener ESTADO = **CERRADO**

Ahora al seleccionar un presupuesto, el presupuesto puede tener prestaciones, convenidas o no en el contrato.

**ALTA DE COMPROBANTES DE ATENCIÓN**

HC: 67266 Ape. y Nombre: FA ELS. Institución: 1 OBRA SOCIAL PRU Plan: DC Z: Mod.

Servicio Origen: 3000 CONSULTORIO EXTERNO C Número Comprobante: Rendición: Fecha: 16/10/2024 11:39 Origen: AMBULATORIO Profesional Solicitante: 1 AVILA GUSTAVO Prioridad Atención: Motivo Consulta: Diagnóstico: 99 <OTROS NO LISTADOS> ☐ Urgencia

**Prestaciones / Prácticas** Insumos Farmacia Documentación Mensajes

| Código                   | Subc. | Descripción          | Zona Cuerpo | Tipo Prof. | Cant. | Profesional Efecto | Ord. | Aut. | Cargo Pac. | H.Mod. | H Inst \$  | H I |
|--------------------------|-------|----------------------|-------------|------------|-------|--------------------|------|------|------------|--------|------------|-----|
| 341027                   | 0     | CARDIO TC MULTISLICE |             | HONORARI   | 1     | AVILA GUSTAVO      |      |      | \$1.505,00 | <Sin D | \$2.255,00 |     |
| Total                    |       |                      |             |            | 1     |                    |      |      |            |        |            |     |
| Pend. Facturar Subtotal: |       |                      |             |            |       |                    |      |      | \$1.505,00 |        |            |     |
| IVA 0,00%:               |       |                      |             |            |       |                    |      |      | \$0,00     |        |            |     |
| Total Pend Facturar:     |       |                      |             |            |       |                    |      |      | \$1.505,00 | Total: | \$1.505,00 |     |

Descripción / Código: Cód. Subc. Descripción Cód. Subc. Descripción

|        |   |                      |        |   |                      |
|--------|---|----------------------|--------|---|----------------------|
| 341027 | 0 | CARDIO TC MULTISLICE | 341027 | + | CARDIO TC MULTISLICE |
| 420016 | 0 | CONSULTA CARDIOLOGIA | 420016 | 1 | CONSULTA CARDIOLOGIA |

☒ Solo Frecuentes Especialidad:

Se guarda e imprime

**ALTA DE COMPROBANTES DE ATENCIÓN**

HC: 67266 Ape. y Nombre: FA ELSA MARÍA Doc.: C Institución: 1 OBRA SOCIAL PRU Plan: Saldo: 0 Tel.: Dom.: LOS A

Servicio Origen: 3000 CONSULTORIO EXT Fecha: 16/10/2024 11:39 Origen: AMBULATORIO Profesional Solicitante: 1 AVILA GUST Diagnóstico: 99 <OTROS NO LISTADOS>

**Prestaciones / Prácticas** Insumos Farmacia

| Código | Subc. | Descripción          |
|--------|-------|----------------------|
| 341027 | 0     | CARDIO TC MULTISLICE |

Impresión de comprobantes

Impresión de comprobante de atención.

Servicio: 3000 Número Comprobante: 63611

Imprimir en: Microsoft Print to PDF **Cambiar Impresora...**

**Imprimir Comprobante** **Imprimir Comprobantes** **Imprimir Etiquetas**

**DOR FINAL**

| Cargo Pac. | H.Mod. | H Inst \$  | H I |
|------------|--------|------------|-----|
| \$1.505,00 | <Sin D | \$2.255,00 |     |
| \$1.505,00 |        |            |     |
| \$0,00     |        |            |     |
| \$1.505,00 | Total: | \$1.505,00 |     |

Ejemplo de impresión

**3000-00063611**  
CLINICA

**COMPROBANTE DE ATENCION**

Paciente: FA EL  
H. Clínica: 67266  
D.N.I.: Edad:

Cobertura: OBRA SOCIAL PRU  
Plan: DOS S/COSEGURO

Al. Nro.:  
Condición IVA: EXENTO  
Zona:

Espec.: CARDIOLOGIAAAA  
Prof.: AVILA GUSTAVO  
Piso: CONSULTORIOS EXTERNOS  
Sector: CONSULTORIO EXTERNOS

**Prestación**  
1. 341027-CARDIO TC MULTISLICE (341027)

[Regresar al Índice.](#)



## INTEGRACION SISA

Axónico, está vinculado al SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACION SANITARIO ARGENTINO. (SISA)  
El sistema valido en las siguientes pantallas.

- A      MANUALMENTE desde **ABM PROFESIONALES**, un administrativo debe realizar la acción.
- B      AUTOMÁTICAMENTE (\*), en pantalla de **ACCESO AL SISTEMA**, cuando un profesional ingresa al sistema.
- C      MANUALMENTE, al momento de **GENERAR UNA RECETA**.

NOTA: IMPORTANTE:

APELLIDO Y NOMBRE, DNI NUMERO y MATRICULA, del profesional.

DEBEN estar correctamente cargados en el ABM PROFESIONALES.

Si un dato está mal, NO se completará la validación.

[Regresar al Índice.](#)

## A ABM PROFESIONALES:

Desde ABM PROFESIONALES, puede validar los datos del profesional.

Nuevo Icono, en la barra de herramientas.

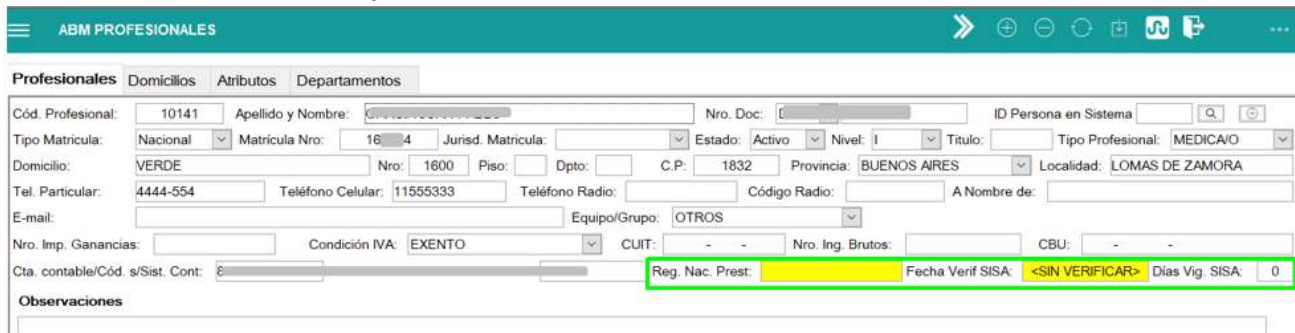


### IMPORTANTE:

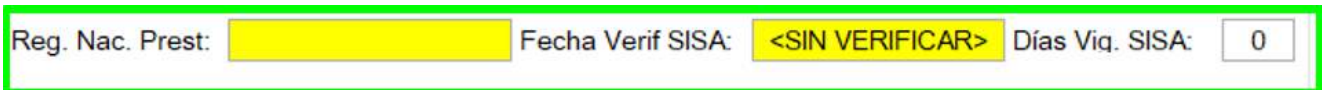
Se puede indicar cada cuantos días en necesario realizar la validación.

**Al indicar 0 (cero) no realizará la validación.** Aplica SOLO cuando USUARIO ACCEDE AL SISTEMA.

ABM PROFESIONALES. Medico jamás validado.

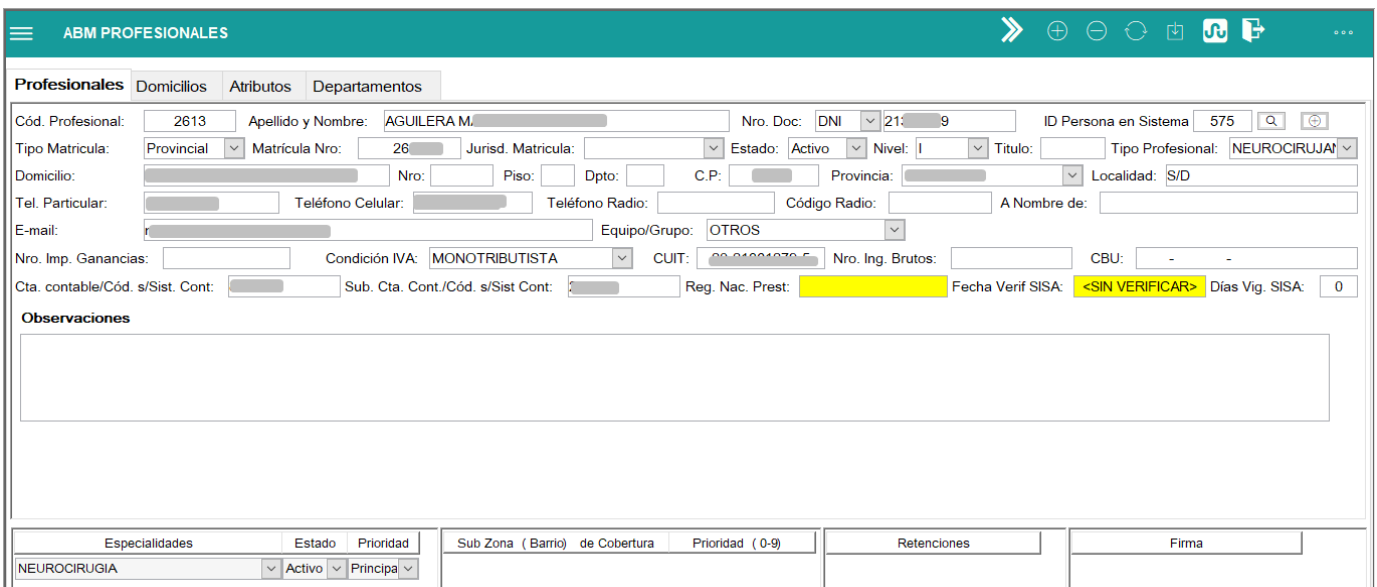


Detalle.



### CASO: MEDICO DATOS CORRECTOS.

Luego presionar el ícono de VERIFICAR EN SISA.





Resultado positivo de la consulta.

Se completa Reg. Nac. Prest., (\*) y registra la fecha de la consulta.

ABM PROFESIONALES

Profesionales Domicilios Atributos Departamentos

Cód. Profesional: 2613 Apellido y Nombre: AGUILERA M Nro. Doc: DNI 21 79 ID Persona en Sistema 575

Tipo Matricula: Provincial Matricula Nro: Jurisd. Matricula: SAN JUAN Estado: Activo Nivel: I Título: Tipo Profesional: NEUROCIRUJA

Domicilio: Nro. Piso: Dpto: C.P. 5400 Provincia: SAN JUAN Localidad: S/D

Tel. Particular: Teléfono Celular: A Nombre de:

E-mail: Equipo/Grupo: OTROS

Nro. Imp. Ganancias: Condición IVA: MONOTRIBUTISTA CUIT: Nro. Ing. Brutos: CBU:

Cta. contable/Cód. s/Sist. Cont: 802613 Sub. Cta. Cont./Cód. s/Sist. Cont: Reg. Nac. Prest: 5410 279 Fecha Verif SISA: 04/12/2024 Días Vig. SISA: 60

Observaciones

**AXONICO HIS**  
Los datos han sido guardados correctamente.

ABM PROFESIONALES

Profesionales Domicilios Atributos Departamentos

Cód. Profesional: 2613 Apellido y Nombre: AGUILERA MA' Nro. Doc: DNI 21 79 ID Persona en Sistema 575

Tipo Matricula: Provincial Matricula Nro: 2 3 Jurisd. Matricula: SAN JUAN Estado: Activo Nivel: I Título: Tipo Profesional: NEUROCIRUJA

Domicilio: Nro. Piso: Dpto: C.P. 5400 Provincia: SAN JUAN Localidad: S/D

Tel. Particular: Teléfono Celular: Teléfono Radio: Código Radio: A Nombre de:

E-mail: Equipo/Grupo: OTROS

Nro. Imp. Ganancias: Condición IVA: MONOTRIBUTISTA CUIT: Nro. Ing. Brutos: CBU:

Cta. contable/Cód. s/Sist. Cont: Sub. Cta. Cont./Cód. s/Sist. Cont: Reg. Nac. Prest: 5410 279 Fecha Verif SISA: 04/12/2024 Días Vig. SISA: 60

Observaciones

(\*) Corresponde al "Código profesional": Tal cual como aparece en la página. Sisa.

[sisa.msal.gov.ar/sisa/#sisa](https://sisa.msal.gov.ar/sisa/#sisa)

**SISA** Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentino  Ministerio de Salud Argentina

INICIO SISA REGISTROS REPORTES DOCUMENTACIÓN SOPORTE

**Ficha personal de MAURICIO GABRIEL AGUILERA, DNI 21 79**

**REFEPS**

  
[Actualizar foto](#)

Código de profesional  
**541 79**

**Médico**  
**Matrícula 26**  
**Habilitado en San Juan**

### CASO MEDICO CON DATOS INCORRECTOS.

ABM PROFESIONALES

Profesionales | Domicilios | Atributos | Departamentos

Cód. Profesional: 10141 | Apellido y Nombre: GARCIA | Nro. Doc: DNI 95 | ID Persona en Sistema: |  
 Tipo Matricula: Nacional | Matricula Nro: 1604 | Jurisd. Matricula: | Estado: Activo | Nivel: I | Título: | Tipo Profesional: MEDICAO |  
 Domicilio: VERDE | Nro. 1600 | Dpto: | Dntro: | C.P. 1832 | Provincia: BUENOS AIRES | Localidad: LOMAS DE ZAMORA |  
 Tel. Particular: 4444-554 | Teléfono Celular: | A Nombre de: |  
 E-mail: |  
 Nro. Imp. Ganancias: | Condición IVA: |  
 Cta. contable/Cód. s/Sist. Cont: | Sub. Cta. C: |  
 Observaciones: |

**¡ATENCIÓN**  
 {resultado:REGISTRO\_NO\_ENCONTRADO}

CBU: - -  
 Fecha Verif SISA: <SIN VERIFICAR> | Dias Vig. SISA: 0

**AL NO VALIDAR  
NO ACTUALIZA DATOS**

Especialidades: | Estado: | Prioridad: | Sub Zona (Barrio) de Cobertura: | Prioridad (0-9): | Retenciones: | Firma: |  
 CLINICA MEDICA | Activo | Principa |

[Regresar al Índice.](#)



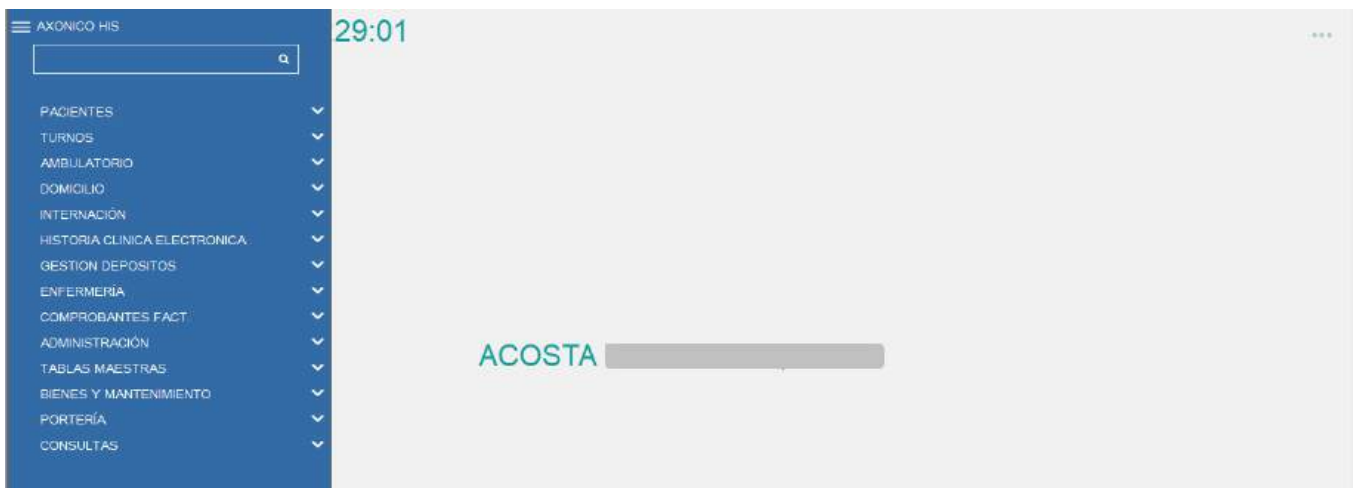
## B ACCESO AL SISTEMA:

Usuario ingresa al sistema, siendo Profesional con su respectivo Nro. Matricula y DNI.  
Y estando sus datos cargados en ABM PROFESIONALES

### CASO: USUARIO CON LOS DATOS CORRECTOS. CON VALIDACION SISA YA REALIZADA



El sistema se abre con normalidad.



### CASO: MEDICO CON DATOS CORRECTOS SIN VALIDACION SISA REALIZADA

Días Vig SISA igual 0, NO realiza la validación. (ABM PROFESIONALES)

Días Vig SISA, mayor 0, SI realiza la validación. (IMÁGEN SIGUIENTE caso actual).

|                  |  |                   |                 |                 |    |
|------------------|--|-------------------|-----------------|-----------------|----|
| Reg. Nac. Prest: |  | Fecha Verif SISA: | <SIN VERIFICAR> | Días Vig. SISA: | 30 |
|------------------|--|-------------------|-----------------|-----------------|----|

Al ingresar al sistema.

AXONICO HIS

37:59

Escriba el menú a buscar...

PACIENTES

TURNOS

AMBULATORIO

DOMICILIO

INTERNACIÓN

HISTORIA CLINICA ELECTRONICA

GESTION DEPOSITOS

ENFERMERÍA

COMPROBANTES FACT.

ADMINISTRACIÓN

TABLAS MAESTRAS

ⓘ ATENCIÓN

No posee validación en SISA o esta se encuentra vencida. Se hará la verificación, aguarde un momento.

Sistema realiza la consulta.

18 Dec 2024 10:48:20

Procesando...

GARCIA, JUAN

Resultado correcto.

18 Dec 2024 10:48:41

GARCIA, JUAN

Dato adicional, se actualiza el Reg y Fecha de validación SISA. En ABM PROFESIONALES

ABM PROFESIONALES

Profesionales

Domicilios

Atributos

Departamentos

Cód. Profesional: 10141

Apellido y Nombre: GARCIA JUAN

Nro. Doc: DNI 955 48

ID Persona en Sistema 999

Tipo Matricula: Nacional

Matricula Nro: 16 4

Jurisd. Matricula: CAPITAL FEDERA

Estado: Activo

Nivel: I

Titulo:

Tipo Profesional: MEDICA/O

Domicilio: VERDE

Nro: 1600

Piso:

Dpto:

C.P: 1832

Provincia: BUENOS AIRES

Localidad: LOMAS DE ZAMORA

Tel. Particular: 4444-554

Teléfono Celular: 11555333

Teléfono Radio:

Código Radio:

A Nombre de:

E-mail:

Equipo/Grupo: OTROS

Nro. Imp. Ganancias:

Condición IVA: EXENTO

CUIT: - -

Nro. Ing. Brutos:

CBU: - -

Cta. contable/Cód. s/Sist. Cont:

Sub. Cta. Cont./Cód. s/Sist Cont:

Reg. Nac. Prest: 541L 7448

Fecha Verif SISA: 18/12/2024

Días Vig. SISA: 30

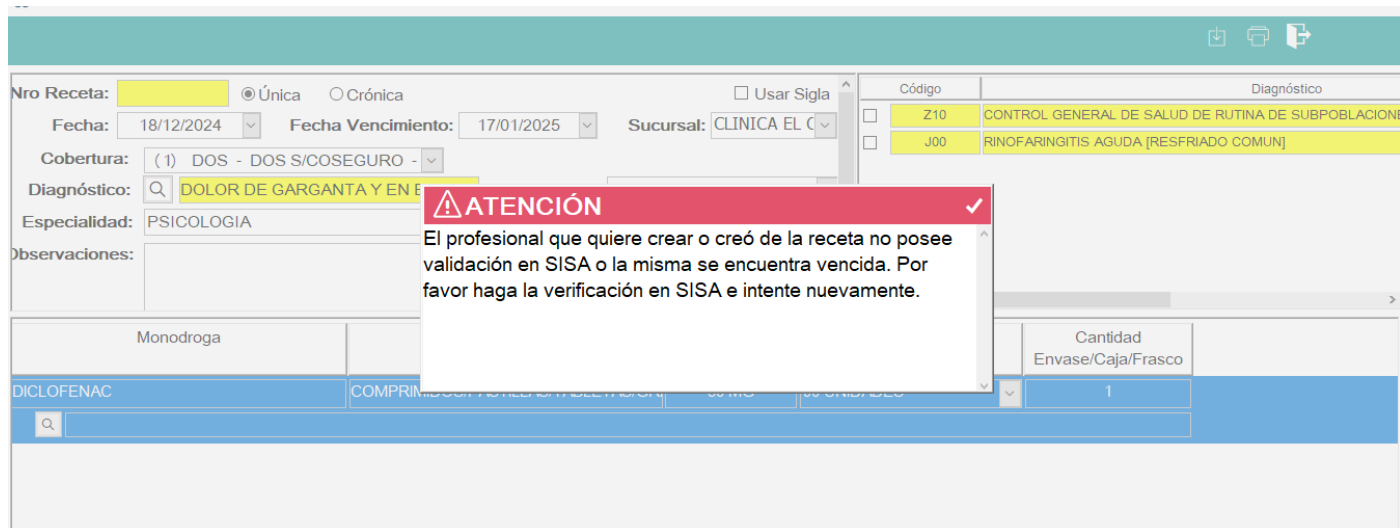
Observaciones

[Regresar al Índice.](#)

## C GENERAR UNA RECETA

En algunos casos, al realizar la receta el sistema avisara que la validación SISA, NO fue realizada o superó los días desde la última validación. (ABM PROFESIONALES Dias Vig SISA).

La ventana de aviso aparece al dar alta un receta o bien cuando, se publica.

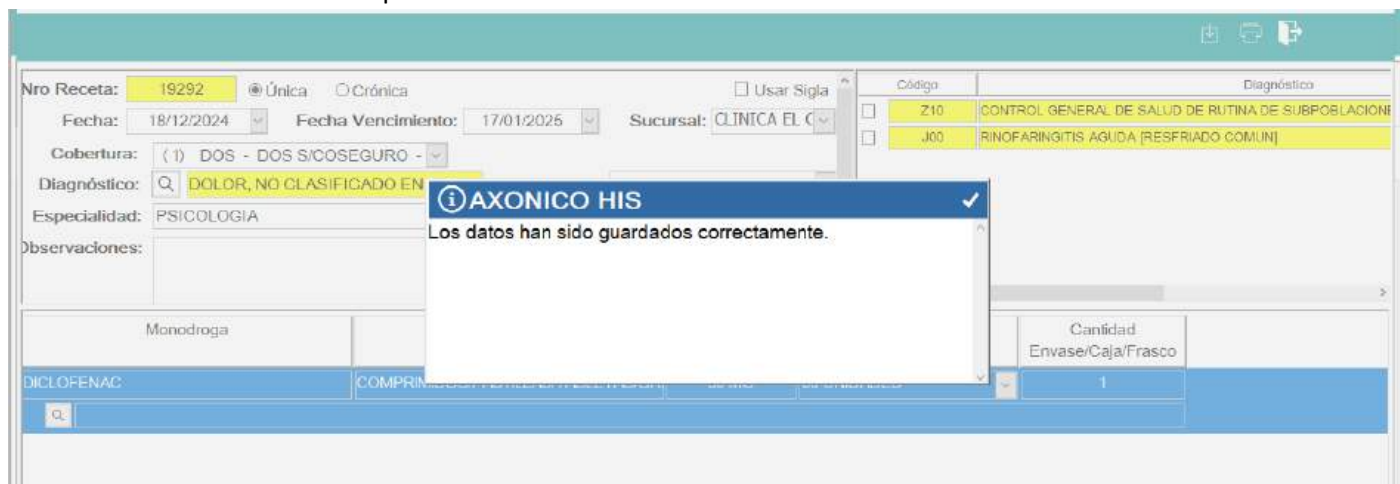


The screenshot shows the 'Generar Receta' (Generate Prescription) form in the AXÓNICO HIS system. The form includes fields for 'Nro Receta' (19292), 'Fecha' (18/12/2024), 'Fecha Vencimiento' (17/01/2025), 'Sucursal' (CLINICA EL C), 'Cobertura' ((1) DOS - DOS S/COSEGURO), 'Diagnóstico' (DOLOR DE GARGANTA Y EN), 'Especialidad' (PSICOLOGIA), and 'Observaciones'. A table on the right lists diagnostic codes: Z10 (CONTROL GENERAL DE SALUD DE RUTINA DE SUBPOBLACION) and J00 (RINOFARINGITIS AGUDA [RESFRIADO COMUN]). A table at the bottom shows the medication 'DICLOFENAC' with a quantity of 1. A red warning box with a triangle icon and the text 'ATENCIÓN' is overlaid on the form, stating: 'El profesional que quiere crear o creó de la receta no posee validación en SISA o la misma se encuentra vencida. Por favor haga la verificación en SISA e intente nuevamente.'

Existen 2 opciones para regularizar la situación:

- 1-Profesional, **sale del sistema e ingresa** con su nombre de usuario y contraseña así automáticamente se valida.
- 2-Profesional, **solicita que un administrativo, valide sus datos.** (Desde ABM PROFESIONALES).

REALIZADA LA VALIDACION. Ya puede realizar la Receta.



The screenshot shows the same 'Generar Receta' form as before, but with a blue success message box overlaid. The message box has the AXÓNICO HIS logo and the text: 'Los datos han sido guardados correctamente.' The form fields and tables are the same as in the previous screenshot.

[Regresar al Índice.](#)

## CAMPO FECHA EN RECIBOS

En la mencionada pantalla, se agregó fecha del recibo.

INGRESO / EGRESO / CONSULTA

Nro. Inter.:  (13-73 FERNANDEZ / Edad:  Fec. Nac.:  Ingr.: 11/03/2024 13:21 Eg:  Hab.: 111 Cama: B S  M

| Datos Paciente     | Coberturas | Datos Adicionales | Documentación | Profesionales | Consumos                                            | Internaciones | Impresión de Formularios | Pagos/Liquidación  | Turnos   |
|--------------------|------------|-------------------|---------------|---------------|-----------------------------------------------------|---------------|--------------------------|--------------------|----------|
| Comprobante        | Fecha      | Importe           | IVA           | Imp. Saldo    | Observaciones                                       |               |                          | Comp. Relacionados |          |
| FC-B-0050-00045352 | 14/03/24   | 68.246,74         | 0,00          | 0,00          | S/INGRESO NRO 12881 VER DETALLE ADJUNTO. PARTICULAR |               |                          | RC-X-0050-00051410 | 11/03/24 |
|                    |            |                   |               |               |                                                     |               |                          |                    |          |
| Total Saldo...     |            |                   |               | 0,00          |                                                     |               |                          |                    |          |

Centro Factura: 0888 - INTERNA  
☒ Solo a Liquidar

| Fecha | Comprobante | Consumo | Importe | IVA |
|-------|-------------|---------|---------|-----|
|       |             |         |         |     |

Fecha Desde: 11/03/2024  
Fecha Hasta: 11/03/2024  
Servicio:   
Código:   
Descripción:

X  
ORIGINAL

**RECIBO**  
Número : 0050 - 00051410  
Fecha : 11/03/2024  
C.U.I.T. :  
Ing.Brutos C.M.:  
Ex-Caja Prev. Servicios Públicos Nro. :  
Cond. Iva: Responsable Inscripto

Sr/es: FERNANDEZ /  
Domicilio: /  
Condición: /

Observaciones: RECIBO PAGO A CUENTA S/INTERNACION NRO 12881

| Cantidad | Concepto                | Precio Unitario | Importe Total |
|----------|-------------------------|-----------------|---------------|
| 1        | TARJETA DEBITO VISA -11 | 74.579,00       | 74.579,00     |

**APLICACION**  

| Comprobante         | Fecha      | Importe Cpbte |
|---------------------|------------|---------------|
| FC - 50 - B - 45352 | 14/03/2024 | 68.246,74     |

[Regresar al Índice.](#)