

Reporte de carga de archivos

Nombre de la IPS: **Recuperar S.A. De Cali**

Número de carga: **20200831182349503_805026771**

Fecha del reporte: **31/08/2020 06:24:18 p.m.**

Estado de la carga: **Carga realizada correctamente.**

Resumen de archivos presentados:

nombreArchivo	Tamaño	Archivo_RIPS	Número_de_Registros
AC003128.txt	0,81 Kb	Archivo de consulta	8
AF003128.txt	1,45 Kb	Archivo de las transacciones	8
CT003128.txt	0,1 Kb	Archivo de control	3
US003128.txt	0,49 Kb	Archivo de usuarios de los servicios de salud	8

Número total de registros: **27**

Se ha recibido el cargue de sus de sus archivos, dentro de 1 hora puede consultar los resultados de validación



Imprimir

Volver

Esta información ha sido enviada al correo: gerencia@recuperarips.com

NIT 805026771-3

CRA 41 Nro. 5A - 51 PBX 4883333 CALI - VALLE

RESOLUCION DIAN N° 18764001726266 APROBADO 2020/08/05 Pref ATDR DESDE 129859 HASTA 300000

Administradora:	COMFENALCO	FACTURA DE VENTA N° ATDR-131236			
Nit:	890303093-5	Fecha Factura:	07/09/2020	Página 1 de 1	
Convenio:	COVID - 19	Fecha Inicial:	17/07/2020	Fecha Final:	07/09/2020

Fact.	Fecha	Código	CUM	Descripción	Cant.	VI.Unit	VI.Total	Copago	Saldo
CC 31574203				QUINTERO MARIA FERNANDA					
227,943	17/07/2020	890112		TOMA DE MUESTRA POR HISOPADO NASOFARINGEO ZONA URBANA	1.00	110,000	110,000	0	110,000
CODIGO DE AUTORIZACION:		202498660427938		Total Paciente			110,000	0	110,000

TOTAL							110,000	0	110,000
OBSERVACIONES:									
TOTAL CARGOS				110,000					
TOTAL COPAGOS O CUOTAS MODERADORAS				0					
DESCUENTO				0					
SALDO ADMINISTRADORA				110,000					
LA SUMA DE				CIENTO DIEZ MIL PESOS MCTE					



NIT 805026771-3

CRA 41 Nro. 5A - 51 PBX 4883333 CALI - VALLE

RESOLUCION DIAN N° 18764001726266 APROBADO 2020/08/05 Pref ATDR DESDE 129859 HASTA 300000

Administradora:	COMFENALCO	FACTURA DE VENTA N° ATDR-131236			
Nit:	890303093-5	Fecha Factura:	07/09/2020	Página 1 de 1	
Convenio:	COVID - 19	Fecha Inicial:	17/07/2020	Fecha Final:	07/09/2020

Fact.	Fecha	Código	CUM	Descripción	Cant.	VI.Unit	VI.Total	Copago	Saldo
CC 31574203		QUINTERO MARIA FERNANDA							
227,943	17/07/2020	890112		TOMA DE MUESTRA POR HISOPADO NASOFARINGEO ZONA URBANA	1.00	110,000	110,000	0	110,000
CODIGO DE AUTORIZACION:		202498660427938							
				Total Paciente			110,000	0	110,000

TOTAL							110,000	0	110,000
OBSERVACIONES:									
TOTAL CARGOS				110,000					
TOTAL COPAGOS O CUOTAS MODERADORAS				0					
DESCUENTO				0					
SALDO ADMINISTRADORA				110,000					
LA SUMA DE				CIENTO DIEZ MIL PESOS MCTE					



NIT 805026771-3


CRA 41 Nro. 5A - 51 PBX 4883333 CALI - VALLE

RESOLUCION DIAN N° 18764001726266 APROBADO 2020/08/05 Pref ATDR DESDE 129859 HASTA 300000

Administradora:		COMFENALCO		FACTURA DE VENTA N° ATDR-131236					
Nit:		890303093-5		Fecha Factura:		07/09/2020		Página 1 de 1	
Convenio:		COVID - 19		Fecha Inicial:		17/07/2020		Fecha Final: 07/09/2020	
Fact.	Fecha	Código	CUM	Descripción	Cant.	VI.Unit	VI.Total	Copago	Saldo
CC 31574203		QUINTERO MARIA FERNANDA							
227,943	17/07/2020	890112		TOMA DE MUESTRA POR HISOPADO NASOFARINGEO ZONA URBANA	1.00	110,000	110,000	0	110,000
CODIGO DE AUTORIZACION:		202498660427938							
				Total Paciente			110,000	0	110,000

TOTAL							110,000	0	110,000
OBSERVACIONES:									
TOTAL CARGOS				110,000					
TOTAL COPAGOS O CUOTAS MODERADORAS				0					
DESCUENTO				0					
SALDO ADMINISTRADORA				110,000					
LA SUMA DE				CIENTO DIEZ MIL PESOS MCTE					



	ATENCIÓN TELECOVID	CÓDIGO: GASI-AD-FT-08
	EVOLUCIÓN MEDICA	VERSIÓN: 01

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO						
HOJA No. 1				Historia Clínica	1144098403	
1er Apellido	QUINTERO	2do. Apellido	RODRIGUEZ	Nombres	MARIA FERNANDA	
No. Identificación	1144098403	Tipo Identificación:	CC	EPS	NEPS	
Edad	39 AÑOS	Dx Principal SOSPECHA COVID				
			Fecha TELECONSULTA/ 17/07/2020			

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ATENCIÓN VIRTUAL						
<p>Se accederá a un servicio de consulta telefónica en salud a través del cual se estudiarán por este medio los síntomas que reporte, se establecerán recomendaciones y tratamiento a seguir, en la medida en que sea posible desde la llamada telefónica. En ningún caso, este servicio reemplaza la atención médica presencial, y tiene las restricciones propias del medio, por lo cual es posible que tras el análisis de su estado de salud se recomiende acudir a un servicio presencial, para lo cual se le darán las indicaciones pertinentes. <i>¿Está de acuerdo en realizar la atención telefónica, y manifiesta que tiene claridad en cuanto al trato confidencial de la información, la aclaración e dudas y comprende los riesgos y beneficios de este proceso?</i> SI ACEPTA EL PACIENTE <input checked="" type="checkbox"/> NO ACEPTA EL PACIENTE <input type="checkbox"/></p>						

SUBJETIVO						
<p>SE REALIZA TELECONSULTA MEDIANTE LLAMADA TELEFONICA AL NÚMERO 3004746014 RELACIONADO A PACIENTE MARIA FERNANDA QUITNERO, SIN ANTECEDENTE PATOLOGICO , RESIDENTE EN LA CIUDAD DE CALI/VALLE DEL DEL CAUCA, PACIENTE CON PRUEBA DEL 03 07 POSITIVO PARA COVID, EN EL MOMENTO REFIERE MEJORIA CLINICA, NIEGA FIEBRE, DISNEA DE ESFUERZO O EN REPOSO, NIEGA DOLOR TORACICO O EQUIVALENTES ANGINOSOS, NIEGA OTROS SINTOMAS, NO REFIERE OTROS SINTOMAS.</p>						


EXAMEN FISICO				
TA /	Fc	Fr	Talla	Peso
	Normal	Anormal	Observación	
Cabeza	N/A	N/A	N/A	
Cuello	N/A	N/A	N/A	
Torax	N/A	N/A	N/A	
Abdomen	N/A	N/A	N/A	
MMSS	N/A	N/A	N/A	
MMII	N/A	N/A	N/A	
Piel	N/A	N/A	N/A	
SNC	N/A	N/A	N/A	

ANALISIS				
<p>PACIENTE FEMENINA EN 4TA DECADA DE LA VIDA , PACIENTE CON PRUEBA CONFIRMADA PARA COVID19, REQUIERE NUEVA PRUEBA PARA CONFIRMAR RESOLUCION DE LA INFECCION, REQUIERE DE MANERA PRIORITARIA RT PCR SARS COV2, POR AHORA CONTINUAR EN AISLAMIENTO DOMICILIARIO, CONTROL POR TELECONSULTA EN 24 HORAS. EXPLICO CLARAMENTE CONDICION A PACIENTE, SE DAN SIGNOS DE ALARMA PARA CONSULTAR POR URGENCIAS: DOLOR TORACICO, DIFICULTAD RESPIRATORIA, PERSISTENCIA DE FIEBRE >38º, ALTERACIONES DEL ESTADO NEUROLOGICO, Y CUALQUIER SINTOMA QUE CONSIDERE ANORMAL. REFIERE ENTENDER Y ACEPTA.</p>				

PLAN				
SS RT PCR PARA SARSCOV2 POR HISOPADO NASOFARINGEO				
CONTROL POR TELECONSULTA EN 24 HORAS				
SIGNOS DE ALARMA PARA CONSULTAR POR URGENCIAS.				

DIAGNOSTICOS:						
1. INFECCION POR SARS COV2-CONFIRMADO-ASINTOMATICO						
2						
3						
SOLICITUD DE INTERCONSULTAS:						
LABORATORIOS SI X NO						
MEDICAMENTOS FRECUENTES						
1.x						
MEDICAMENTOS NO INCLUIDOS EN EL PBS						
1.X						
2						
FIRMA Y SELLO						


Sara Escobar Calcedo
Código

		PLAN DE MANEJO		Fecha y Hora de Expedición (AAAA-MM-DD) 2020-07-17 19:24:50	
				Nro. Prescripción 20200717145020958501	
DATOS DEL PRESTADOR					
Departamento: VALLE DEL CAUCA		Municipio: CALI		Código Habilitación: 760010482701	
Documento de Identificación: 805026771			Nombre Prestador de Servicios de Salud: RECUPERAR SA IPS 08		
Dirección: CALLE 5A NO 39-52			Teléfono: 4883333		
DATOS DEL PACIENTE					
Documento de Identificación: CC31574203		Primer Apellido: QUINTERO		Segundo Apellido: RÓDRIGUEZ	
Número Historia Clínica: 31574203		Diagnóstico Principal: U071 COVID-19, VIRUS IDENTIFICADO		Usuario Régimen: CONTRIBUTIVO	
				Ambito atención: AMBULATORIO - PRIORIZADO	
PROCEDIMIENTOS					
Tipo prestación	Procedimiento	Indicaciones o Recomendaciones	Cantidad	Frecuencia Uso	Duración Tratamiento (Cantidad - Período)
ÚNICA	908856 - IDENTIFICACIÓN DE OTRO VIRUS (ESPECÍFICA) POR PRUEBAS MOLECULARES	SS RT PCR PARA SARSCOV2 POR HISOPADO NASOFARINGEO	1	1 ÚNICA	1
PROFESIONAL TRATANTE					
Documento de Identificación: CC1144070864			Nombre: SARA ESTEFANIA ESCOBAR CAICEDO		
Registro Profesional: 1144070864			Firma CodVer: 3006-E5E2-6E2E-A4A6-D60F-2329-D623-78FE		
Especialidad:					

La vigencia de la prescripción es la establecida en la Resolución 1885 de 2018.Art. 13. Numeral 5.

FISIOTERAPIA
Evolución Médica

HOJA No.

Historia Clínica:

1er Apellido **Quintero**

2do Apellido

Nombres **Nancy Fernanda**

Documento de Identificación **1144098403**

Dx.

Cama

Servicio

FECHA/HORA

NOTA

FIRMA-REGISTRO

17-07-20

Usaria en casa aislada, alerta, respirado a aire ambiente portando sus elementos de protección personal se le explica el procedimiento a realizar acorde a su realización se posiciona al paciente y se procede a tomar la muestra para Covid 19 de hisopado nasofaríngeo tolera bien el procedimiento.

Gabriela Vargas
66990410

COMPROBANTE DE RECIBIDO DEL USUARIO

Fecha de Emisión:	17-07-2020
Nombre Paciente:	maria fernanda Quintero
No de Historia Clínica:	1144098403
Convenio:	CONFENALCO
DETALLE DE LAS PRESTACIONES	

1. Realización de visita médica o nutricionista
2. Se consta que el paciente queda con completa formulación, o en su defecto, se encuentra formulación vigente

hisopado ranqueo

Elaborado Por:

Gabriela Vargas
66990410

Nombre - Firma de Paciente:

maria Quintero

C.C:

1144098403