



Nit: 816002451-8
Direccion: Carrera 19 # 12-50 Piso PP - Megacentro Pinares
Pereira - Colombia
Telefono: (6) 3116510 - 315 4122452

RESOLUCION DE FACTURACIÓN ELECTRONICA VIGENTE 18764095609727
FECHA: 2025-07-15 hasta 2026-07-15 VIGENCIA: 12 MESES
Prefijo: CAL2 Numeración del 11285 al 100000
NO SOMOS RESPONSABLES DEL IMPUESTO SOBRE VENTAS
Autorretenedores de ica - según acuerdo municipal 041 de 2012
ESTA FACTURA CUMPLE CON TODOS LOS REQUISITOS
DE LA LEY 1231 DEL 7 DE JULIO DE 2008

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA CAL2 12638
FECHA Y HORA FACTURA: 2026-04-06 16:28:21
FECHA VENCIMIENTO FACTURA: 2026-04-06

ENTIDAD CONTRATO
NOMBRE: REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N. 3
DIRECCION: AV VILLA OLIMPICA CL 94
NIT: 900339410-8

FORMA DE PAGO: CREDITO

MEDIO DE PAGO: INSTRUMENTO NO DEFINIDO

Cédula de Ciudadanía: 16647203 Nombre Completo: CARLOS ARTURO BERMUDEZ ASPRILLA
Género: Masculino Fecha de Nacimiento: 1960-11-20 Edad: 65
Dirección: MANZANA I CASA 5 URBANIZACION LA MESA CUBA Ciudad: Pereira - RISARALDA Teléfono(s): 3104568027
Aseguradora: REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N. 3 Plan: Especial o Excepcion cotizante Cuidador:

ITEM	TIPO CARGO	CODIGO	UNIDAD	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
1	ADENOMECTOMIA POR ABLACION DE PROSTATA	602005	unidad	1	8.528.198	8.528.198

1

Valor total factura 8.528.198

Valor pagado por el usuario 0

Valor total a pagar por la entidad 8528198

OBSERVACIONES: Fecha de la atención: 2026-04-01 | Autorizaciones: 11634795 | Autorizaciones: 11634795

Elaborado por:

FECHA Y HORA VALIDACIÓN DIAN: 2026-04-06 16:43:54-05:00

Representación Impresa de la Factura electrónica:

Firma Electrónica:

XLlIbVtTJuU7kZhHeCLMnQEVf1BC91qX3wjKGeFnw+rzQWQZt43kQ1hmMkP++viUHLnzzjYOJwxFQ6+Ctqe1B7C1hQbPHZ5KK9s5ifLpK7
C3DC+xcrLEKgy80sYcwiH4HFtPuvXpAIA98xNAMPriIH2QCI0sLMTL9K7zhz/KeTH/VtuSvbRmhFywTwZ/gDcZMulbpfQ8heP7tpHL9BpjOfS
gjMr4oKFjKJSmEG4k1j/CvJXkdteyWd7/VwpxyEPTbnUguvZ+HTIUjBQVO7M9Ga0iFeJGrtgjcPEeHRCrYW6v/6RGlfgeUFml58fKmOxDYZ
KrH7UiopznoCpzQ==

CUFE:

b6051b8a0f20e7a1a3637167d84
276892f314fad7189f168eaf590bb
dfab91b3ce868bed5545e7739266
b8b536b5829f



NOMBRE DEL FABRICANTE DEL SOFTWARE (PROVEEDOR TECNOLÓGICO): OPENTECNOLOGIA SAS NIT: 830135010 NOMBRE DEL SOFTWARE: OPEN-V2

FORMATO ÚNICO DE AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS



DIRECCIÓN DE SANIDAD



AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS EN SALUD

Número de Autorización 11634795

Fecha y Hora de Elaboración (Día/Mes/Año)

9/2/2026 17:40:07

Información del Prestador

Nombre	CALCULASER S.A	Identificación Prestador	816002451
Departamento	RISARALDA	Municipio	PEREIRA
Dirección	CARRERA 19 # 12-50 LOCAL F MEGACENTRO PINARES	Teléfono	3116510

Información del Paciente

Nombre	CARLOS ARTURO BERMUDEZ ASPRILLA	Identificación Paciente	16647203
Departamento	RISARALDA	Municipio	PEREIRA
Dirección	BLOQUE 11 APTO 402 CODELMAR 2	Teléfono	3273885
Fecha de Nacimiento	20/11/1960		

Servicio(s) Autorizado(s)

Código CUPS	Nombre CUPS	Cantidad
602005	ADENOMECTOMIA POR ABLACION DE PROSTATA	1

Datos de Internación

Fecha Desde	Fecha Hasta
--------------------	--------------------

Ubicación del Paciente al momento de la solicitud de la Autorización Consulta Externa

Observaciones PACIENTE ES VALORADO POR RED PROPIA POR MEDICO ESPECIALISTA DONDE LE ORDENAN***ADENOMECTOMIA POR ABLACION DE PROSTATA***AUTORIZACION SUJETA A AUDITORIA MEDICA
Esta Autorización tiene respaldo presupuestal mediante el Contrato 086-7-200157-25.

Datos Funcionario que Autoriza el Servicio

Nombre	LINA MARCELA SERNA CARVAJAL
Registro Médico	4714
Cargo	AUXILIAR DE ENFERMERIA
Teléfono	

IMPORTANTE : Autorización válida por 90 días. Sujeta a Auditoría de Cuentas Médicas.

Carlos Bermúdez

1. DATOS DEL USUARIO

- Nombre completo

CARLOS ARTURO BERMUDEZ ASPRILLA

Tipo y número de documento:

CC 16647203

2. INFORMACIÓN DEL SERVICIO PRESTADO



Tipo de Servicio	Fecha de Prestación
ADENOMECTOMIA POR ABLACION DE PROSTATA	1/04/2026

3. DECLARACIÓN DEL USUARIO O REPRESENTANTE

Yo, el suscrito(a), declaro que recibí de parte de la IPS CALCULASER S.A. el/los servicio(s) arriba descrito(s) en la fecha indicada, que fui atendido(a) por el profesional asignado y que me fue brindada la información pertinente sobre el procedimiento realizado. Conforme con la atención recibida, firmo el presente documento como constancia de la prestación efectiva del servicio.

Nombre Usuario: Carlos Bermudez

Tipo de identificación: CC 16647203

Firma:  Huella: 



POLICIA NACIONAL

DIRECCIÓN DE SANIDAD
ORDEN DE SERVICIOS DE CIRUGÍA
ESPRI UNIDAD MEDICA RISARALDA

No Orden
2602000895
Fecha de Impresión
2026/02/15 7:18:55a. m

Paciente : CC 16647203 CARLOS ARTURO BERMUDEZ ASPRI No. Historia : 16647203 PF 00
Tipo de Plan : EPS
Plan : PLAN INTEGRAL DE ATENCION Tipo Vinculación : COSTIZANTE Categoría : A
Fecha de Evolución : 2026/02/15 7:09:08a. m. Edad : 65 Años Sexo : Masculino
Ubicación Sin Asignación de Cama Ámbito : Ambulatorio

Servicio Solicitado

Código	Procedimiento	Cantidad	Lado	Via	Catastrófico	Prioridad
602005B	**ADENOMECTOMIA POR ABLACION DE PROSTATA	1	NO APLICA	UNICA VIA	NO	NORMAL

Fecha Cirugía : 2026/02/20 Hora : 07:00 Reintervención NO Cir.
Ambito HOSPITALARIO Junta Quirúrgica
Tipo de Solicitud ELECTIVA Tipo de Anestesia REGIONAL CAUDAL
LUGAR DE REALIZACION
Tipo de Sala QUIROFANO Centro Medico ESPRI UNIDAD MEDICA RISARALDA
Observaciones R. 2026-61282

Francisco Vallejo C.
URQ 060
R.M. 7072-92
C.C. 10.126.081

ORDENADO POR

Firma: Fred Galera

05/02/26

Página 1 de 2

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICIA NACIONAL

CC16647203 CASUR
Documento de Identificación

BERMUDEZ ASPRILLA
Apellidos

CARLOS ARTURO
Nombres

PERMANENTE
Fecha de vencimiento

AGENTE (R)
Grado del Titular




20-NOV-1960 001243620
Fecha de nacimiento Número de Carné

O+ M
GS. Rh Sexo

SANIDAD

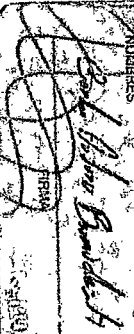

INDICE DERECHO





Handwritten notes and symbols, possibly a diagram or list, located in the upper middle section of the page.

Handwritten notes and symbols, possibly a diagram or list, located in the middle section of the page.

Handwritten notes and symbols, possibly a diagram or list, located in the lower middle section of the page.

REPUBLICA DE COLOMBIA
 IDENTIFICACION PERSONAL
 CEDULA DE CIUDADANIA
 NUMERO
16647203
 APELLIDOS
BERMUDEZ ASPRILLA
 NOMBRES
CARLOS ARTURO
 FECHA DE EMISION
 14-NOV-1978
 FECHA DE VENCIMIENTO
 14-NOV-2001
 FIRMAS



FECHA DE NACIMIENTO **20-NOV-1960**
PRADERA
 (VALLE)
 LUGAR DE NACIMIENTO
1.80
 ESTATURA G.S. RH
14-MAR-1979 CALI
 FECHA Y LUGAR DE EMISION
 SEXO **M**
 REGISTADOR NACIONAL
 IVAN BARRON ESCOBAR
 INDICE DERECHO


 A-2400 100-54092783-N-0018847203-20011203 0489301333A 01 18180783

Calculaser S.A.

Código: GA-FT-015 Versión No. 06
 Vigente a partir de: 2025-02-20
 Responsable: Líder del Proceso de Gestión Asistencial
 Aplicable a: Proceso de Gestión Asistencial
VALORACION DE RIESGO ANESTESICO

FECHA: 01-04-2026 HORA: 09
 NOMBRE: Carlos Arturo Bermudez Apirih IDENTIFICACION: 16647203
 EDAD: 65 PESO: 90 ESTATURA: 180
 EPS: Saridad GRUPO SANGUINEO: 0+

CONTESTE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS

	SI	NO
1. SUFRE USTED DE PRESION ARTERIAL ALTA?		
2. SUFRE USTED DE DIABETES?		X
3. TIENE ALGUNA ENFERMEDAD CARDIACA, INFARTO?		X
4. ES USTED FUMADOR?		X
5. ¿TIENE ALGUNA ENFERMEDAD PULMONAR, SE CANSA CON FACILIDAD, HA REQUERIDO CPAP O DUERME CON DOBLE ALMOHADA?		X
6. SUFRE USTED DE ENFERMEDAD NEUROLOGICA, CONVULSIONES?		X
7. SUFRE DE ALGUNA ENFERMEDAD TIROIDEA?		X
8. PADECE DE OBESIDAD O SOBREPESO?		X
9. CONSUME BEBIDAS ALCOHOLICAS FRECUENTEMENTE?		X
10. HA PRESENTADO HEPATITIS, CIRROSIS, ANEMIA, ASMA?		X
11. TIENE FALLA RENAL O AUMENTO DE CREATININA?		X
12. SUFRE DE ALTERACIONES EN LA COAGULACION, SANGRA FACILMENTE?	X	
13. HA CONSUMIDO ASPIRINA, ASA O ALGUN ANTICOAGULANTE EN LA ULTIMA SEMANA?		X
CUALES:		X
CUALES?		
15. ¿CONSUME ALGUNA SUSTANCIA PSICOACTIVA (CANNABIS, COCAÍNA, OPIACEOS, OTRAS)?		X
16. ¿PRESENTA ALERGIAS A MEDICAMENTOS O ALGUNA OTRA SUSTANCIA COMO: ALIMENTOS, YODO, ESPARADRAPO ETC?		X
17. HA TENIDO ANESTESIAS PREVIAS?		X
CUAL TIPO DE ANESTESIA?		
EN QUE FECHA?		
18. HA TENIDO COMPLICACIONES ANESTESICAS?		X
19. ESTA EMBARAZADA?		X
20. OTRAS ENFERMEDADES IMPORTANTES?		X
CUAL (ES)?		
21. ¿USÁ PRÓTESIS DENTAL, EXTENSIONES DE CABELLO, LENTES DE CONTACTO, PIERCINGS O DE OTRO TIPO? ¿CUÁLES?		X
22. ¿TIENE ALGUN DIENTE FLOJO?		X
23. ¿TIENE ALGUNA OBJECIÓN CON LA TRANSFUSIÓN DE SANGRE DE URGENCIA?		X

FIRMA DEL PACIENTE: [Firma]

USO EXCLUSIVO DEL MEDICO ANESTESIOLOGO EXAMEN FISICO DE INGRESO

TA 164/64 FC 63 SAO2 98 ASA I

	SI	NO
VIA AEREA DIFICIL		X
RS CARDIACOS ARRITMICOS		X

	SI	NO
ALTERACION VENTILACION INSUFICIENCIA VENOSA IMPORTANTE		X

COMENTARIOS:

ANESTESIOLOGO: [Firma]
 CARRERA 19 # 12-50 LOCAL F MEGACENTRO PINARES - TEL. 606 351 52 02 - 3154122452 PEREIRA
 CARRERA 12 # 0-75 CONS 513 CLINICA DEL CAFÉ - ARMENIA



Calculaser S.A.

CALCULASER
Nit. 816002451

NOTA DE CIRUGIA

Fecha: 01/04/2026

Convenio: REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N. 3

Identificación: Cédula de Ciudadanía 16647203

Nombre: CARLOS ARTURO BERMUDEZ ASPRILLA

Género: Masculino

Edad: 65 años

Autor: Francisco Jose Vallejo Chujfi · Urologia · RM 10126091 | **Fecha y hora:** 2026-04-01 15:14

DIAGNOSTICO PRE-QUIRÚRGICO: N40X - HIPERPLASIA DE LA PROSTATA | **DIAGNOSTICO POST-QUIRÚRGICO:** N40X - HIPERPLASIA DE LA PROSTATA | **PROCEDIMIENTO:** ADENOMECTOMIA POR ABLACION DE PROSTATA | **NOTA:** Bajo anestesia raquidea ,asepsia y antisepsia del campo operatorio se realiza con resectoscopio bipolar storz y asa de hartmann enucleacion del adenoma en bloque se libera adenoma en vejiga. Se hace morcelacion con morcelador storz oscilante. Hemostasia y se deja sonda foley 22 x 30 cc de tres vías. No complicaciones. Sangrado 200 cc sonda si Patologia si | **HALLAZGOS:** hpb trilobular

Francisco Jose Vallejo Chujfi
RM 10126091
Urologia

Esta información es fiel copia de la Historia Clínica