



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 12649
FECHA Y HORA FACTURA: 2026-04-13 20:22:14
FECHA VENCIMIENTO FACTURA: 2026-04-13

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: 9697687
Género: Masculino
Dirección: CARRERA 6 N 25A - 10 PISO 2
Aseguradora: REGIONAL DE
ASEGURAMIENTO EN SALUD N. 3

Nombre Completo: ROBINSON LOPEZ GRAJALES
Fecha de Nacimiento: 1983-04-02
Ciudad: Dosquebradas - RISARALDA
Plan: Especial o Excepcion cotizante
Edad: 43
Teléfono(s): 3135689585
Cuidador:

ITEM	TIPO CARGO	CODIGO	UNIDAD	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
1	LITOTRICIA (FRAGMENTACION) INTRACORPOREA DE CALCULOS EN VIA URINARIA	592401	unidad	1	7.829.151	7.829.151

1

Valor total factura 7.829.151

Valor pagado por el usuario 0

Valor total a pagar por la entidad 7829151

OBSERVACIONES: Fecha de la atención: 2026-04-09 | Autorizaciones: 11983801 | Autorizaciones: 11983801

Elaborado por:

FECHA Y HORA VALIDACIÓN DIAN: 2026-04-13 20:22:32-05:00

Representación Impresa de la Factura electrónica:

Firma Electrónica:
O60J2zUSFA5315SDgszXrXRcNRGQdFqjz9lITGMDceOWaVfuvBO5nOZ9Bm8Vg6lbX2gDB04xtbx3AvBzweBgmnrhql/QZqkU7LOx8cO/pi
KrFYCJgcQmOsoRh2fMwppisP07/skWzdqhg2Un8pl6NN7JbmOXVmhTrBFerxwcnRXuOSQnRHYvgSyoHi/8w89RwHaBJgWHFtAEu4yGY
7OrDC6gE8HcZ0+QT3zL5IBQ4VID5qP1brroBmHBggB25VMzOziwOANHTBwMq6X7ss9MTmBgr097ieLbwAa9H12zvcYm1oV95Ar+0TKm
WWCELRT2BLfOXQDOx/NHRFrYdvdag==

CUFE:

a1ea8301db34dcc8e64aed7216b
1415b396e79bd50db649bc1784d
7d0390899d266bf2569a8fff5353d
ea8f72ed6bcce



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

FÓRMATO ÚNICO DE AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS



DIRECCIÓN DE SANIDAD
AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS EN SALUD



Número de Autorización 11983801

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

8/4/2026 07:47:02

Información del Prestador

Nombre CALCULASER S.A

Departamento RISARALDA

Dirección CALLE 12 NUMERO 18-24 MEGACENTRO PINARES TORRE 3 PISO 5

Identificación Prestador 816002451

Municipio PEREIRA

Teléfono 3154122452

Información del Paciente

Nombre ROBINSON LOPEZ GRAJALES

Departamento RISARALDA

Dirección KR CARRERA 6 25A10 PISO 1, DIAGONAL CANCHA SINTETICA

Fecha de Nacimiento 2/4/1983

Identificación Paciente 9697687

Municipio DOSQUEBRADAS

Teléfono 82739999

Servicio(s) Autorizado(s)

Código CUPS	Nombre CUPS	Cantidad
592401	LITOTRICIA (FRAGMENTACION) INTRACORPOREA DE CALCULOS EN VIA URINARIA INCLUYE: AQUELLA POR METODOS ELECTROHIDRAULICOS, ELECTROMECHANICOS, LASER O ULTRASONIDO ENTRE OTROS	1

Datos de Internación

Fecha Desde Fecha Hasta

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

Observaciones

PACIENTE DE 42 AÑOS DE EDAD CON DX DE N23X - COLICO RENAL NO ESPECIFICADO, QUIEN REQUIERE AUTORIZACION PARA LITOTRICIA (FRAGMENTACION) INTRACORPOREA DE CALCULOS EN VIA URINARIA INCLUYE: AQUELLA POR METODOS ELECTROHIDRAULICOS, ELECTROMECHANICOS, LASER O ULTRASONIDO ENTRE OTROS. SE AUTORIZA BAJO PERTINENCIA MEDICA. ORDEN SUJETA A AUDITORIA MEDICA.

Esta Autorización tiene respaldo presupuestal mediante el Contrato 086-7-200157-25.

Datos Funcionario que Autoriza el Servicio

Nombre VALENTINA SUÁREZ RAMÍREZ

Registro Médico 1639

Cargo AUXILIAR DE ENFERMERIA

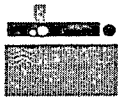
Teléfono

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

[Handwritten Signature]
9.697.687

11

11



Calculaser S.A.

Código: GC-FT-015 Versión 1
Vigente a partir de: 2025-11-21
Responsable: Secretarios
Aplicable a: Proceso de prestación de servicios
**FORMATO DE CONFIRMACION
SERVICIO PRESTADO**

1. DATOS DEL USUARIO

- Nombre completo:

ROBINSON LOPEZ GRAJALEZ

- Tipo y número de documento:

CC 9697687

2. INFORMACIÓN DEL SERVICIO PRESTADO

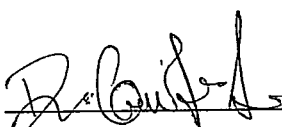
Tipo de Servicio	Fecha de Prestación
LITOTRICIA INTRACORPOREA	09/04/2026

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: Robinson Lopez Grajales.

Tipo de identificación: CC: 9697687.

Firma:  Huella: _____

1000

1000



Comfamiliar

RISARALDA

Identificación del Usuario			
Ciudad: PEREIRA RDA.	2026/04/07 A las 12:21	Entidad: REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N. 3(86-7-20246-25)	
Nombre: ROBINSON LOPEZ-GRAJALES		Documento: CC 9697687	Fecha Nacimiento: 1983/04/02
Sexo: MASCULINO	Edad: 43 AÑOS 0 MESES 5 DÍAS	Ocupación: AGENTES DE LA POLICIA NACIONAL	
Procedencia: DOSQUEBRADAS	Zona: URBANA	Teléfono: 3135689585	
Dirección: VILLA DE SANTA MONICA MZ 7 CS 5	Tipo de Afiliado: COTIZANTE	Estado Civil: CASADO(A)	
Información del Cotizante			
Categoría: A	Nombre: ROBINSON LOPEZ GRAJALES	Documento: CC 9697687	

Ingreso EVOLUCIÓN MEDICO

® NOTA DE EVOLUCION

ESTADO DE SALUD: ESTABLE

CONDICIONES: CON ACOMPAÑANTE

CLASE DE ATENCION: AMBULATORIA URGENCIAS

TIPO DE CONTINGENCIA: ENFERMEDAD GENERAL

SUBJETIVO:

RESPUESTA INTERCONSULTA UROLOGIA ** -PACIENTE DE 43 AÑOS DE EDAD CON IDX: 1. URETEROLITISIS PROXIMAL DERECHO (LITO DE 5.3X5.8 MM). 2 . HIDRONEFROSIS DERECHA GRADO I. PACIENTE REFIERE HISTORIA DE NEFROLITIASIS; ES EXPULSADOR CRONICO, REFIERE HACE 8 DIAS ULTIMO EPISODIO DE LITURIA ESPONTANEA, REFIERE CUADRO CLINICO DE 1 DIA DE EVOLUCION CONSISTENTE EN DOLOR ABDOMINAL TIPO COLICO INTENSO A NIVEL HEMIABDOMEN DERECHO POR LO CUAL CONSULTA. **ESTUDIOS * - UROTAC 07-ABRIL CONCLUSIÓN 1. Hidronefrosis grado 1.derecha, la cual se encuentra condicionada por cálculo en el tercio proximal del uréter (Cálculo en el tercio proximal del uréter, mide 5.3 x 5.8 mm.). 2. Nefrolitiasis bilateral. 3. Hernia umbilical con contenido graso. 4. Espondilosis incipiente de columna lumbar (NO ES POSIBLE ABRIR IMAGENES EN NEXXA). ** PARACLINICOS ** -07-ABRIL : CR 1.35 S/ REFIERE DOLOR PARCIALMENTE MODULADO.

OBJETIVO:

ALERTA, ORIENTADO, AFEBRIL, HIDRATADO, SV ESTABLES, ABDOMEN BLANDO, DPERESIBLE, DOLOR ANIVEL HEMIABDOMEN DERECHO, NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL.

ANÁLISIS Y PLAN:

PACIENTE CON HISTORIA DE NEFROLITIASIS. CONSULTA POR CUADRO DE COLICO RENAL DERECHO CON LITO PROXIMAL DERECHO DE 5.3 X5.8 MM ASOCIADO A ELEVACION DE AZOADOS. POR LO CUAL SE INDICA HOSPITALIZAR PARA REALIZACION DE LITOTRÍCIA INTRACORPÓREA PARA DESOBSTRUIR UNIDAD RENAL. SS UROCULTIVO PREQX- SS CONTROL AZOADOS. SE EXPLICA CONDUCTA.

TIPO DE DIAGNOSTICO: IMPRESION DIAGNOSTICA

DIAGNOSTICO PRINCIPAL: N201 CALCULO DEL URETER

ES ATENCION ONCOLOGICA?: NO

EL PACIENTE PRESENTA MUERTE CEREBRAL?: NO

ORDENES LABORATORIO

FECHA	HORA	TIPO	LABORATORIO	CANT LAB	RECOMENDACION/ JUSTIFICACIÓN	NP	INTERPRETACION	SERVICIO	USUARIO	ESTADO
20260407	12:13	CLINICO	901236 UROCULTIVO [ANTIBIOGRAMA CONCENTRACION MINIMA INHIBITORIA AUTOMATIZADO]	1	SS PREQX- TOMAR HOY	FALSE		675 OBSERVACION ADULTOS CLINICA	3127 REYES ROBAYO JULIO CESAR	ORDEN ASIGNADA

FECHA	HORA	TIPO	LABORATORIO	CANT LAB	RECOMENDACION/ JUSTIFICACIÓN	NP	INTERPRETACION	SERVICIO	USUARIO	ESTADO
20260407	12:13	CLINICO	903895 CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	1	CONTROL MAÑANA	FALSE		675 OBSERVACION ADULTOS CLINICA	3127 REYES ROBAYO JULIO CESAR	CON RESULTADOS

OTROS SERVICIOS

FECHA	HORA	TIPO	ACTIVIDAD	CANT	RECOMENDACION/ JUSTIFICACIÓN	NP	INTERPRETACION	SERVICIO	USUARIO	ESTADO
20260407	12:13	CLINICO	592401 LITÓTRICIA (FRAGMENTACIÓN) INTRACORPÓREA DE CÁLCULOS EN VÍA URINARIA	1	URETEROLITIASIS PROXIMAL DERECHA CON LITO DE 5.3X5.8 MM, ASOCIADO A LESION RENAL AGUDA.	FALSE		675 OBSERVACION ADULTOS CLINICA	3127 REYES ROBAYO JULIO CESAR	SOLICITADO

CONCILIACION FARMACOTERAPEUTICA@ DESTINO

DESTINO: CONTINUA EN EL SERVICIO

EPICRISIS

¿ES DONANTE EFECTIVO DE ORGANOS Y/O TEJIDO? NO

Autor: REYES ROBAYO Especialidad: UROLOGIA
JULIO CESAR

Documento: NI 1136880980

Registro: 1136880980

Firma Digitalizada:



Calculaser S.A.

CALCULASER
Nit. 816002451

NOTA DE CIRUGIA

Fecha: 09/04/2026

Identificación: Cédula de Ciudadanía 9697687

Género: Masculino

Convenio: REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N. 3

Nombre: ROBINSON LOPEZ GRAJALES

Edad: 43 años

Autor: Carlos Eduardo Duque Montealegre · Medicina General - Médico Especialista · RM 79690128 | **Fecha y hora:** 2026-04-09 16:36

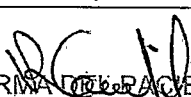
DIAGNOSTICO PRE-QUIRÚRGICO: N201 - CALCULO DEL URETER | **DIAGNOSTICO POST-QUIRÚRGICO:** N200 - CALCULO DEL RIÑON | **PROCEDIMIENTO:** LITOTRIZIA (FRAGMENTACION) INTRACORPOREA DE CALCULOS EN VIA URINARIA | **NOTA:** asepsia antisepsia anestesia general paciente en ps de litotomia pasa ureteroscopio, identifica meato ureteral derecho avanza hasta pelvis renal y se identifica calculo 5 x6 mm. realiza fragmentacion con fibra laser 273 extraen fragmentos residuales explora permeabilidad ureteral pasa cateter 2j 4.5 no complicaciones. | **HALLAZGOS:** litiasis pielica derecha 5x6 mm

Carlos Eduardo Duque Montealegre
RM 79690128
Medicina General - Médico Especialista

Esta información es fiel copia de la Historia Clínica

Calculaser S.A.

Código: GA-FT-020 Versión N°. 05
Vigente a partir de: 2025-02-20
Responsable: Médico Anestesiólogo
Aplicable a: Proceso de Gestión Asistencial
CHEQUEO PREANESTÉSICO

Fecha: 09/04/2026 Hora: 13:59 Entidad aseguradora (EPS):				Médico Tratante:	
Identificación: 9 697.687				Dr. Duque	
Nombre(s) apellidos: Robinson Lopez Grajales				Procedimiento:	
Teléfono(s): 3127744670				Holmium	
Edad: 43	Estatura: 1.70	Peso: 74	Grupo sanguíneo: O+		
CONTESTE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS:				SI	NO
1. ¿Sufre usted de presión arterial alta?				SI	NO
2. ¿Sufre usted de diabetes?				SI	NO
3. ¿Tiene alguna enfermedad cardiaca, infarto?				SI	NO
4. ¿Es usted fumador?				SI	NO
5. ¿Tiene alguna enfermedad pulmonar, se cansa con facilidad, ha requerido CPAP o duerme con doble almohada?				SI	NO X
6. ¿Sufre usted de enfermedad neurológica, convulsiones?				SI	NO
7. ¿Sufre de alguna enfermedad tiroidea?				SI	NO
8. ¿Padece de obesidad o sobrepeso?				SI	NO
9. ¿Consume bebidas alcohólicas frecuentemente?				SI	NO
10. ¿Ha presentado hepatitis, cirrosis, anemia, asma?				SI	NO
11. ¿Tiene falla renal o aumento de creatinina?				SI	NO
12. ¿Sufre de alteraciones en la coagulación, sangra fácilmente?				SI	NO
13. ¿Ha consumido aspirina o algún anticoagulante en la última semana?				SI	NO
14. ¿Toma algún medicamento o medicamento naturista? ¿Cuál(es)?				SI	NO X
15. ¿Consume anti retrovirales?					NO X
16. ¿Consume alguna sustancia psicoactiva (cannabis, cocaína, opiáceos, otras)?				SI	NO X
17. ¿Presenta alergias a medicamentos o alguna otra sustancia como alimento, yodo, esparadrapo, Micropore, látex etc.?				SI	NO X
18. ¿Ha tenido anestesis previas?				SI	NO
19. ¿Cuál tipo de anestesia? General <input type="checkbox"/> Raquídea <input type="checkbox"/> ¿En qué fecha? __/__/__					local
20. ¿Ha tenido complicaciones anestésicas?				SI	NO
21. ¿Está embarazada?				SI	NO
22. ¿Otras enfermedades importantes, ¿Cuál(es)?				SI	NO
23. ¿Usa prótesis dental, extensiones de cabello, lentes de contacto, piercings o de otro tipo? ¿Cuáles?				SI	NO X
24. ¿Tiene algún diente flojo?				SI	NO
25. ¿Tiene alguna objeción con la transfusión de sangre de urgencia?				SI	NO
26. ¿Cuenta con una persona que le apoye en su proceso de recuperación?				SI	NO
FIRMA DEL PACIENTE: 					

USO EXCLUSIVO DEL MEDICO ANESTESIOLOGO EXAMEN FISICO DE INGRESO

ANTECEDENTES

Personales:

Calculo renal. Dislipidemia.

Quirúrgicos: *Quirúrgico.*

Alérgicos: *NO*

Hábitos: *NO*

Farmacológicos: *No.*

RIESGO PSICOSOCIAL SI NO ¿Cuál? _____

EXÁMENES

HB HTO PLAQUETAS PT PTT GLICEM CREAT

ECG:

RX TORAX:

OTROS:

Examen Físico:

Presión Arterial Saturación de oxígeno Frecuencia Cardíaca Frecuencia Respiratoria Temperatura

ORL: *AO > 11 cm Mallaup. II DTM > 6 cm*

C/P:

EXTREMIDADES:

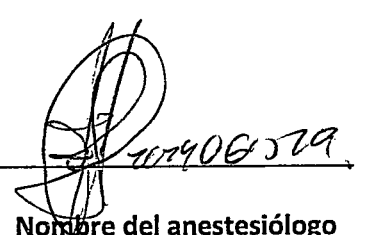
OTROS:

ASA

CONDUCTA ¿Programar? SI NO

¿Nueva cita anestesia? SI NO

Observación:


Nombre del anestesiólogo

FECHA: 09/04/2025 HORA: 13:59
 NOMBRE: Robinson Lopez Grajeda IDENTIFICACION: 9.697-687
 EDAD: 43 años PESO: 74 Kg ESTATURA: 1.70
 EPS: Sanidad GRUPO SANGUINEO: O positivo

CONTESTE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS

	SI	NO
1. SUFRE USTED DE PRESION ARTERIAL ALTA?		X
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	X
13. HA CONSUMIDO ASPIRINA, ASA O ALGUN ANTICOAGULANTE EN LA ULTIMA SEMANA?		X
CUALES : CUALES?		X
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? CUAL TIPO DE ANESTESIA? EN QUE FECHA?	X	X
18. HA TENIDO COMPLICACIONES ANESTESICAS?		X
19. ESTA EMBARAZADA?		X
20. OTRAS ENFERMEDADES IMPORTANTES? CUAL (ES) ?	N/A	N/A
21. ¿USA 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 133/88 FC 69 SAO2 97 ASA III

	SI	NO
VIA AEREA DIFICIL	—	—
RS CARDIACOS ARRITMICOS	—	—

	SI	NO
ALTERACION VENTILACION INSUFICIENCIA VENOSA IMPORTANTE	—	—

COMENTARIOS:

ANESTESIOLOGO: *[Firma]* 20406624

