



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 12682
FECHA Y HORA FACTURA: 2026-04-15 14:16:37
FECHA VENCIMIENTO FACTURA: 2026-04-15

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: 17174757
Género: Masculino
Dirección: CALLE 24 NO 9-59 BARRIO
GUAYACANES
Aseguradora: REGIONAL DE
ASEGURAMIENTO EN SALUD N. 3

Nombre Completo: MARIO OSPINA CARDENAS
Fecha de Nacimiento: 1947-06-28 Edad: 78
Ciudad: Santa Rosa De Cabal - RISARALDA Teléfono(s): 0
Plan: Especial o Excepcion cotizante Cuidador:

ITEM	TIPO CARGO	CODIGO	UNIDAD	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
1	RESECCION O ENUCLEACION TRANSURETRAL DE ADENOMA DE PROSTATA RTUP O ADENOMECTOMIA.	602001	unidad	1	3.162.200	3.162.200

1

Valor total factura 3.162.200

Valor pagado por el usuario 0

Valor total a pagar por la entidad 3162200

OBSERVACIONES: Fecha de la atención: 2026-03-30 | Autorizaciones: 12026696 | Autorizaciones:
12026696

Elaborado por:

FECHA Y HORA VALIDACIÓN DIAN: 2026-04-15 14:16:48-05:00

Representación Impresa de la Factura electrónica:

Firma Electrónica:

fzqPLaM8gMKvcjhTdiF39YnT7uAsF4LwXS5+ElNa2LaMH1ZRvGubcJi9m9BWok93o6oUAbZ7LUZHImMZgTHMKnOr8u2Cr+pwba6oXWo7
RurB1/+tF6dxjHmnmSArrGoUG4dM5UUEb879QImUHHuxp69TkAU6LkLA2xGyo2ValgnWQleRywDdH48eHlfwu+AeVEuRXXAPRT91diM5u
Ygr4VNYw0e1lvGqcr9NpLfxqWz9JwdgyDwi8rps0BdMYDGMQ72/XQ435VwtFfiqmCw6uqi+n7/KzYhHVTMDLhXJn6ArdHp9+99VvKNd20Cg
Gkdgm6CsyVSMUN+0RvA0ztfWw==

CUFE:

e5d8664e9306e5dce994ece5f2d3
af0891eb82c3cfbf33a1fcf846fc15
5fa4f1acdb40c05e4572993405f38
95b0d9869



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 SAÉUD

Número de Autorización 12026696 Fecha y Hora de Elaboración (Día/Mes/Año) 14/4/2026 15:35:39

Información del Prestador

Nombre CALCULASER S.A Identificación Prestador 816002451
 Departamento RISARALDA Municipio PEREIRA
 Dirección CALLE 12 NUMERO 18-24 MEGACENTRO PINARES TORRE 3 PISO 5 Teléfono 3154122452

Información del Paciente

Nombre MARIO OSPINA CARDENAS / Identificación Paciente 17174757
 Departamento RISARALDA Municipio SANTA ROSA DE CABAL
 Dirección CALLE 24 NO 9 - 59 Teléfono 3659309
 Fecha de Nacimiento 28/6/1947

Servicio(s) Autorizado(s)

Código CUPS	Nombre CUPS	Cantidad
602001	RESECCION O ENUCLEACION TRANSURETRAL DE ADENOMA DE PROSTATA [RTUP] O ADENOMECTOMIA	1

Datos de Internación

Fecha Desde Fecha Hasta

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

Observaciones

PACIENTE DE 78 AÑOS DE EDAD VALORADO EL 10/02/2025 POR UROLOGIA QUIEN LE SOLICITA ***602001 RESECCION O ENUCLEACION TRANSURETRAL DE ADENOMA DE PROSTATA [RTUP] O ADENOMECTOMIA ***AUTORIZACION SUJETA A AUDITORIA MEDICA
 Esta Autorización tiene respaldo presupuestal mediante el Contrato 086-7-200157-25.

Datos Funcionario que Autoriza el Servicio

Nombre ANGIE VALERIA AGUIRRE ALVAREZ
 Registro Médico 1088341076
 Cargo MEDICO GENERAL
 Teléfono

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



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

MARIO OSPINA CARDENAS

Tipo y número de documento:

CC 17174757

2. INFORMACIÓN DEL SERVICIO PRESTADO

Tipo de Servicio	Fecha de Prestación
RESECCION TRANSURETRAL DE PROSTATA	30/03/2026

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: MARIO OSPINA

Tipo de identificación: 17174757

Firma: Huella: _____

Pos - Activo/Particular - Activo/DENTOTAL PLUS - Activo/NO POS -
Activo/DERMATOLOGIA PLUS - Activo/GINECOLOGIA LASER - Activo/FOME - Activo/



Handwritten marks and symbols in the top right corner, including a cluster of small characters and a larger, faint mark.

Handwritten marks and symbols in the middle left section, including a horizontal line with small vertical ticks and a series of small, irregular marks.

Handwritten marks and symbols at the bottom of the page, including a horizontal line and a small vertical tick.

ESTADO COLONIAL
F. NACIONAL PERSONAL

7.174.77

OSUNA CARRERA

1910



3
4
5

6

7

8



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO

28-JUN-1947

MANZANARES

(CALDAS)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.68

ESTATURA

O+

G.S. RH.

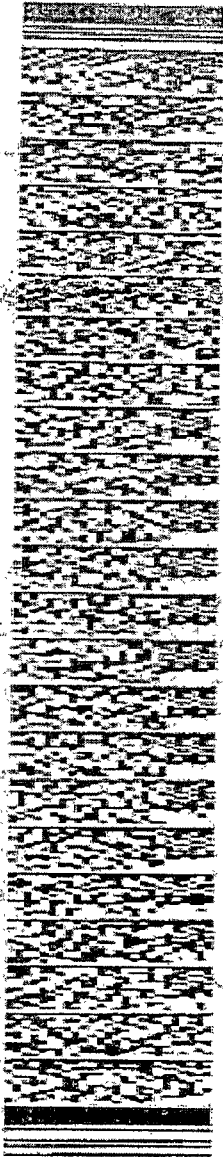
M

SEXO

26-AGO-1968 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sanchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



A-2408600-00161593M-0017174757-20090707

0013149352A 1

4880100860

7
4
2

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
FUERZA NACIONAL

CC1714757

CASUR

Documento de Identificación

OSPINA CARDENAS

Apellidos

MARINO

Apellidos

PERMANENTE

Fecha de vencimiento

AGENTE(R)

Grado del Titular



22

3

4

5

6





Calculaser S.A.

CALCULASER
Nit. 816002451

NOTA DE CIRUGIA

Fecha: 30/03/2026

Convenio: REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N. 3

Identificación: Cédula de Ciudadanía 17174757

Nombre: MARIO OSPINA CARDENAS

Género: Masculino

Edad: 78 años

Autor: Julio Cesar Reyes Robayo · Médico Especialista - Urología · RM . | **Fecha y hora:** 2026-03-30 13:06

DIAGNOSTICO PRE-QUIRÚRGICO: N40X - HIPERPLASIA DE LA PROSTATA | **DIAGNOSTICO POST-QUIRÚRGICO:** N40X - HIPERPLASIA DE LA PROSTATA | **PROCEDIMIENTO:** RESECCION O ENUCLEACION TRANSURETRAL DE ADENOMA DE PROSTATA RTUP O ADENOMECTOMIA. | **NOTA:** PAUSA DE SEGURIDAD, LISTA DE CHEQUEO, RETIRO DE SONDA VESICAL. ADMINSTRACIÓN DE ANTIBIOTICO PROFILACTICO ENDOVENOSO. BAJO ANESTESIA REGIONAL. EN POSICIÓN DE LITOTOMÍA,. ASEPSIA Y ANTISEPSIA, COLOCACIÓN DE CAMPOS. LIDOCAINA JALEA INTRAURETRAL PASO RESECTOSCOPIO BIPOLAR CAMISA 26 FR POR LA URETRA HASTA LA VEJIGA, IRRIGACIÓN COTNINUIA CON SOLUCIÓN SALINA. CISTOSCOPIA CON IDENTIFICACIÓN DE HALLAZGOS DESCRITOS. TOMANDO COMO REFERENCIA, EL VERU MONTANUM,. LAS FIBRAS DE LA CÁPSULA PROSTATICA Y EL CUELLO VESICAL SE PROCEDE A RESECAR SECUENCIALMENTE EL TEJIDO PROSTATICO. SE EVACÚAN LOS FRAGMENTOS POR LA CAMISA DEL RESECTOSCOPIO. SE RETIRA EL ELEMENTO DE TRABAJO SE DEJA SONDA FOLEY 22 FR DE 3 VÍAS CON 40 ML EN EL BALÓN. ORINA CLARA AL FINAL DEL PROCEIDMIENTO. NO SE PRESENTAN COMPLICACIONES. | **HALLAZGOS:** PROSTATA BILOBULADA PARA UN CAMPO DE RESECCION ENDOSCOPICA TRABECULACION VESICAL LEVE

RM 11 3688-0980
Julio Cesar Reyes Robayo
RM .
Médico Especialista - Urología

Esta información es fiel copia de la Historia Clínica

FECHA: 30 03 2026 HORA: 10:30
 NOMBRE: Mario Ospina Cardeñas IDENTIFICACION: 17174757
 EDAD: 79 años PÉSO: 159 ESTATURA: 168
 EPS: Sanidad GRUPO SANGUINEO: O.P.

CONTESTE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS

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

FIRMA DEL PACIENTE: *Mario Ospina Cardeñas*

USO EXCLUSIVO DEL MEDICO ANESTESIOLOGO EXAMEN FISICO DE INGRESO

TA FC SAO2 ASA

VIA AEREA SI NO

DIFÍCIL SI NO

RS CARDIACOS SI NO

ARRITMICOS SI NO

ALTERACION VENTILACION SI NO

INSUFICIENCIA VENOSA SI NO

IMPORTANTE SI NO

COMENTARIOS:

ANESTESIOLOGO:

