



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: CAL3 Numeración del 13542 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 CAL3 16783
FECHA Y HORA FACTURA: 2026-04-18 14:25:42
FECHA VENCIMIENTO FACTURA: 2026-04-18

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: 6479247
Género: Masculino
Dirección: Calle 3 No 6-98
Aseguradora: REGIONAL DE
ASEGURAMIENTO EN SALUD N. 3

Nombre Completo: MARCO TULLIO LOPEZ RIVERA
Fecha de Nacimiento: 1967-03-28 Edad: 58
Ciudad: Cartago - VALLE DEL CAUCA Teléfono(s): 3173579474
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: 2026-04-15 | Autorizaciones: 12008533 | Autorizaciones: 12008533

Elaborado por:

FECHA Y HORA VALIDACIÓN DIAN: 2026-04-18 14:25:54-05:00

Representación Impresa de la Factura electrónica:

Firma Electrónica:
mNzmNzjMLcjDy8kHncQZ+MNQouoxrmdOZkRQxPoiJlReFjxpazkka30M2Eq6eYd1m6AbAFuO4qaFVDSiX1Yb22LgOOv/pYH6izl9nmUI4Ye
ws91kXe6zMTeKYqu255/s9v89e760WJyEnvb0pMoVl/mo4/a/aUTEDJSpp6dLhlnOFOHI8A/XgfkUt/Rtx70vZk48fB0ZlwZL7KoQFxCYeFqdP
946hQeNdOMKN/7Gn5BKvBQAy0GXUzpiWXNpFuoEsx3rK98tBU07FxTa1P1u4oBkqillKtY/Gyrc8nx3+tzqTDJ5OhAqd4fQF29W+6ayddUVD
4Eru7m5a4qbr58w==

CUFE:

f74ec581cc644f0d3484ffe08c46ef
4e5a31a8a6127ab1b4ad6313768
b5cedb42f816cce944c397d8f5be
a8df5e9670b



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 12008533 Fecha y Hora de Elaboración (Día/Mes/Año) 11/4/2026 12:57:40

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	MARCO TULIO LOPEZ RIVERA	Identificación Paciente	6479247
Departamento	VALLE DEL CAUCA	Municipio	CARTAGO
Dirección	CALLE 3 N. 6-98	Teléfono	
Fecha de Nacimiento	28/3/1967		

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 DE 58 AÑOS DE EDAD VALORADO EL 25/12/2026 POR MEDICO DE RED EXTERNA ****602005 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	ANGIE VALERIA AGUIRRE ALVAREZ
Registro Médico	1088341076
Cargo	MEDICO GENERAL
Teléfono	

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

Marco Lopez

11
12
13

1. DATOS DEL USUARIO

- Nombre completo

MARCO TULIO LOPEZ RIVERA

Tipo y número de documento:

CC 6479247

2. INFORMACIÓN DEL SERVICIO PRESTADO


Tipo de Servicio	Fecha de Prestación
ADENOMECTOMIA POR ABLACION DE PROSTATA	15/04/2026

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: Marco T. López

Tipo de identificación: 6479247

Firma: Marco T. López Huella: 



POLICIA NACIONAL

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

No Orden
2512003944
Fecha de Impresión
2025/12/22 9:17:03a. r

Paciente : CC 6479247 MARCO TULIO LOPEZ RIVERA No. Historia : 6479247 PF 00
Tipo de Plan : EPS
Plan : PLAN INTEGRAL DE ATENCION Tipo Vinculación : COTIZANTE Categoría : A
Fecha de Evolución : 2025/12/22 9:08:54a. m. Edad : 58 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	IZQUIERDA	UNICA VIA	NO	NORMAL

Fecha Cirugía : 2025/12/30 Hora : ~~17:00~~ Reintervención NO
Ambito HOSPITALARIO

Tipo de Solicitud ELECTIVA Tipo de Anestesia REGIONAL CAUDAL Junta Quirúrgica
LUGAR DE REALIZACION Centro Medico ESPRI UNIDAD MEDICA RISARALDA

Rad-495744

Observaciones

PROSTATA DE 64 CC

Stamp: ESPRI UNIDAD MEDICA RISARALDA
Signature: Andrés Rey
Date: 22/12/2025

Stamp: FRANCISCO VALLEJO
URÓLOGO
R.M. 1977
ESPRI UNIDAD MEDICA RISARALDA

Handwritten: R60 EXTENSA
Firma:


REPUBLICA DE COLOMBIA
 IDENTIFICACION PERSONAL
 CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 6.479.247
 LOPEZ RIVERA

APELLIDOS: MARCO TULIO

NOMBRES: MARCO TULIO LOPEZ RIVERA

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 28-MAR-1967

TORO (VALLE)



LUGAR DE NACIMIENTO

ESTATURA 1.80 G.S. RH O+ SEXO M

30-MAY-1985 TORO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
 CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

A-3110000-00151627-M-0006479247-20090305 0010153625A 26408234

NACION I I ST O R I A

11
12
13

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICIA NACIONAL

CC6479247
Documento de Identificación

CASUR

LOPEZ RIVERA
Apellidos

MARCO TULIO
Nombres

PERMANENTE
Fecha de vencimiento:

AGENTE (R)
Grado del Titular



28-MAR-1967
Fecha de nacimiento

001573434
Numero de carne

O +
GS.Rh:

M
Sexo

SANIDAD

INDICE DERECHO



6479247201000929 04 34 49

10



Calculaser S.A.

CALCULASER
Nit. 816002451

NOTA DE CIRUGIA

Fecha: 15/04/2026

Identificación: Cédula de Ciudadanía 6479247

Género: Masculino

Convenio: REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N. 3

Nombre: MARCO TULIO LOPEZ RIVERA

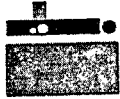
Edad: 59 años

Autor: Francisco Jose Vallejo Chujfi · Urologia · RM 10126091 | **Fecha y hora:** 2026-04-15 12:01

DIAGNOSTICO PRE-QUIRÚRGICO: N40X - HIPERPLASIA DE LA PROSTATA | **DIAGNOSTICO POST-QUIRÚRGICO:** N40X - HIPERPLASIA DE LA PROSTATA | **PROCEDIMIENTO:** ADENOMECTOMIA POR ABLACION DE PROSTATA | **NOTA:** PREVIA PAUSA DE SEGURIDAD, POSICIÓN DE LITOTOMIA. BAJO ANESTESIA RAQUÍDEA. ASEPSIA Y ANTISEPSIA, COLOCACIÓN DE CAMPOS OPERATORIOS. PASO DE CAMISA DE RESECTOSCOPIO 26 FR, LENTE 30 GRADOS, REVISIÓN ENDOSCOPICA, ENUCLEACION DE PRÓSTATA CON BIPOLAR CON ASA DE HERMMAN. ENUCLEACION EN BLOQUE PREVIA LIBERACIÓN TEMPRANA DEL ESFINTER. SE LIBERA ADENOMA A VEJIGA Y SE HACE MORCELACION CON EQUIPO STORZ OSCILANTE; ASPIRANDO LOS FRAGMENTOS Y ENVIÁNDOLOS A PATOLOGÍA. HEMOSTASIA. SE DEJA SONDA FOLEY 22 FR X 30 ML. SANGRADO APROX 200CC. TERMINA PROCEDIMIENTO SIN COMPLICACIONES. NO COMPLICACIONES PATOLOGIA SI. SONDA SI. | **HALLAZGOS:** HPB TRILOBULAR.

Francisco Jose Vallejo Chujfi
RM 10126091
Urologia

Esta información es fiel copia de la Historia Clínica



Calculaser S.A.

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

FECHA: 15-Abril -2026

HORA: 0742

NOMBRE: Marco Tulio Lopez Rivera

IDENTIFICACION: 6479247

EDAD: 59 PESO: 84

ESTATURA: 180

EPS: Sanidad Policia Nal.

GRUPO SANGUINEO: O+

CONTESTE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS		SI	NO
1. SUFRE USTED DE PRESION ARTERIAL ALTA?	<input checked="" type="checkbox"/>		
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:			
15. ¿CONSUME ALGUNA SUSTANCIA PSICOACTIVA (CANNABIS, COCAÍNA, OPIÁCEOS, OTRAS)?			<input checked="" type="checkbox"/>
16. ¿PRESENTA ALERGIAS A MEDICAMENTOS O ALGUNA OTRA SUSTANCIA COMO: ALIMENTOS, YODO, ESPARADRAPO ETC?			
17. HA TENIDO ANESTESIAS PREVIAS?	<input checked="" type="checkbox"/>		
CUAL TIPO DE ANESTESIA? <u>Rapida General</u>			
EN QUE FECHA?			
18. HA TENIDO COMPLICACIONES ANESTESICAS?			<input checked="" type="checkbox"/>
19. ESTA EMBARAZADA?			
20. OTRAS ENFERMEDADES IMPORTANTES?			
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: Marco T. Lopez R.

USO EXCLUSIVO DEL MEDICO ANESTESIOLOGO EXAMEN FISICO DE INGRESO

TA 130/70 FC 70 SAO2 99 ASA 11

	SI	NO
VIA AEREA DIFICIL		<input checked="" type="checkbox"/>
RS CARDIACOS ARRITMICOS		<input checked="" type="checkbox"/>

	SI	NO
ALTERACION VENTILACION INSUFICIENCIA VENOSA IMPORTANTE		<input checked="" type="checkbox"/>

COMENTARIOS:

Dr. [Signature]
Anestesiología y Reanimación
U de Cartagena
Res 03376/2014

ANESTESIOLOGO: _____
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

