



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: CAL5 Numeración del 23379 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 CAL5 27336
FECHA Y HORA FACTURA: 2026-04-21 17:55:29
FECHA VENCIMIENTO FACTURA: 2026-04-21

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: 42135993
Género: Femenino
Dirección: LA PRADERA DOSQUEBRADAS
Aseguradora: REGIONAL DE
ASEGURAMIENTO EN SALUD N. 3

Nombre Completo: DORA LIGIA GALLO SEPULVEDA
Fecha de Nacimiento: 1979-06-05
Ciudad: Pereira - RISARALDA
Plan: Contributivo Cotizante
Edad: 46
Teléfono(s): 3163214852
Cuidador:

| ITEM | TIPO CARGO | CODIGO | UNIDAD | CANTIDAD | VALOR UNITARIO | VALOR TOTAL |
|------|---------------------|--------|--------|----------|----------------|-------------|
| 1 | URODINAMIA ESTANDAR | 892001 | unidad | 1 | 225.159 | 225.159 |

1

Valor total factura 225.159

Valor pagado por el usuario 0

Valor total a pagar por la entidad 225159

OBSERVACIONES: Fecha de la atención: 2026-04-13 | Autorizaciones: 11634089 | Autorizaciones: 11634089

Elaborado por:

FECHA Y HORA VALIDACIÓN DIAN: 2026-04-21 17:55:42-05:00

Representación Impresa de la Factura electrónica:

Firma Electrónica:

IAb1A+ZmJfG+1PkWctPzd9fmBluDPRPUHW8yLs9SozUPbMd6X7wV8cthusH3rsHr7M6AAtdOBwePr97rNjg1SgcbdnU85q24p0Fs3AhdXCJ
0ZbVIQXjtxshwK/5KbplPnoH4hth195iiafXhPbEuVWoPiroBtHf/YdyU/FveiZLwFWJW7gHUmfJGBVO4ahD3suPyYlt05eygTLxs8AqVQgOy/jn
BJM3pimJAIGSbKnJnHJ48MMfC/neD47kBaPpVKj4l30tyDbqcb5mrv+RQ+V73n3U51OJ9g5HotSg6WKAI0AG9EOvSlv02UJqS18KmW61LT
W9gxQ/kYHP0IYGw==

CUFE:

4caa4ab961a78630b20c2fc98a18
c416ae0fd6a77d4fd296c6891c6
7b1416004a6660f31366ca636e6c
244c23de0d3d



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



DIRECCIÓN DE SANIDAD



AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS EN SALUD

151 - ESPRI UNIDAD MEDICA RISARALDA

Número de Autorización 11634089 Fecha y Hora de Elaboración 2/9/2026 4:39:10 PM

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 | DORA LIGIA GÁLLO SEPULVEDA | Identificación Paciente | CC 42135993 |
| Departamento | RISARALDA | Municipio | PEREIRA |
| Dirección | MANZANA 9 CASA 13, MIRADOR DE LLANO GRANDE. | Teléfono | 3146374852 |
| Fecha de Nacimiento | 6/5/1979 | | |

Servicio(s) Autorizado(s)

| Código CUPS | Nombre CUPS | Cantidad |
|-------------|---------------------|----------|
| 892001 | URODINAMIA ESTANDAR | 1 |

Número de Solicitud 1
 Origen 2510008493
 Fecha de Solicitud Origen 2025/10/14

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

Observaciones PACIENTE DE 45 AÑOS DE EDAD CON DX R102 VALORADO POR MEDICO DE RED PROPIA EL CUAL SOLICITA URODINAMIA ESTANDAR, AUTORIZACION SUJETA A AUDITORIA MEDICA
 Esta Autorización tiene respaldo presupuestal mediante el Contrato 086-7-200157-25.

Datos Funcionario que Autoriza el Servicio

Nombre CAMILA BARRIOS OCAMPO
 Registro Médico 1551
 Cargo AUXILIAR DE ENFERMERIA

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

Dora L Gallo S
 42 135 993

U S A
MAY 2 1964

2 11 1964

1964

1

1964

1

1

1

1

1

1

1964

1964

1

1

1964

1

1

1

1

1964

1

1

1

1



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:

Dora L Gallo S

- Tipo y número de documento:

42 135 993

2. INFORMACIÓN DEL SERVICIO PRESTADO

| Tipo de Servicio | Fecha de Prestación |
|------------------|---------------------|
| urodinamia | 13-04-2026 |

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.

Firma: Dora L Gallo S
42 135 993



POLICÍA NACIONAL

DIRECCIÓN DE SANIDAD
ORDEN DE SERVICIO PROCED. DIAGNOSTICOS
ESPRI UNIDAD MEDICA RISARALDA

NÚMERO
2510008493

Fecha de Impresión
2025/10/14 11:35:13a. m.

Paciente : CC 42135993 DORA LIGIA GALLO SEPULVEDA

No. Historia : 42135993 PF 00

Tipo de Plan : EPS

Plan : PLAN INTEGRAL DE ATENCION

Tipo Vinculación : BENEFICIARIO

Categoría : A

Fecha de Evolución : 2025/10/14 11:15:49a. m.

Edad : 46 Años

Sexo : Femenino

UbicaciónNo. Sin Asignación de Cama

Ámbito : Ambulatorio

Servicio Solicitado

| Código | Descripción | Cantidad | Catastrófica | Prioridad |
|---------|-----------------------|----------|--------------|-----------|
| 892001B | **URODINAMIA ESTANDAR | 1 | NO | NORMAL |

Datos Clínicos de Importancia

2026-58668.

Diagnóstico: R102 DOLOR PELVICO Y PERINEAL

ORDENADO POR

SANTACRUZ, TAPASCO, DIANA PATRICIA

Dra. Diana Santacruz T.
Ginecología y Obstetricia
Universidad de Cartago

Firma:

1950
1951
1952
1953
1954
1955
1956
1957
1958
1959
1960

1961
1962
1963
1964
1965
1966
1967
1968
1969
1970

1971
1972
1973
1974
1975
1976
1977
1978
1979
1980

1981
1982
1983
1984
1985
1986
1987
1988
1989
1990

1991
1992
1993
1994
1995
1996
1997
1998
1999
2000

2001
2002
2003
2004
2005
2006
2007
2008
2009
2010

2011
2012
2013
2014
2015
2016
2017
2018
2019
2020

2021
2022
2023
2024
2025
2026
2027
2028
2029
2030

2031
2032
2033
2034
2035
2036
2037
2038
2039
2040

2041
2042
2043
2044
2045
2046
2047
2048
2049
2050



ANAMNESE

Queja Principal: INCONTINENCIA URINARIA - CISTOCELE



UROFLUJOMETRÍA

Estado: **Realizada.**

Volumen Orinado: **531 ml**

Flujo Máximo: **28 ml/seg.**

Duración del Flujo: **54,8 seg.**

Tiempo Hasta Flujo Máx.: **8,2 seg.**

Flujo Medio: **10ml/seg.**

Residuo Postmiccional: **150 ml**

Patrón de la Curva de Flujo:



CISTOMETRÍA

Técnica examen y Posición del Paciente:

Posición del paciente: Sentada, catéter para medición de la presión vesical: CATETER VESICAL BALAO 6 -8 FR. Llenado con suero fisiológico a temperatura ambiente con velocidad de infusión de 70 ml por minuto y catéter para medición de presión abdominal: NELATON NO. 14.

| Sensación | Volumen en la Vejiga (ml) | P.Ves. (cmH2O) | P.Det. (cmH2O) |
|--------------|---------------------------|----------------|----------------|
| 1ª Sensación | 55 | 23 | 7 |
| 1er Deseo | 68 | 23 | 9 |
| Deseo Normal | 134 | 23 | 17 |
| Fuerte Deseo | 153 | 26 | 22 |
| CCM | 159 | 29 | 23 |

Contracciones del Detrusor:

obs.:

Presión de Pérdida por Hiperactividad Detrusora (DOLPP): 0 cmH2O

obs.:

Sensibilidad: Normal

Complacencia: 7 ml/cmH2O

Presión de Pérdida Bajo Esfuerzo:

Pérdida por Valsalva (VLPP): Ausente

Pérdida por Test de Tos (CLPP): Ausente

obs.:

Infusión Interrumpida por:

Observaciones:



ESTUDIO PRESIÓN X FLUJO

Técnica examen y Posición del Paciente:

Posición del paciente: Sentada, catéter para medición de la presión vesical: CATETER VESICAL BALAO 6 -8 FR y para medición de presión abdominal: NELATON NO. 14.

Presión Detrusora en el Flujo Máximo: **37 cmH2O**

Presión Detrusora en la Apertura: **23 cmH2O**

Presión Detrusora Máxima: **38 cmH2O**

Presión Detrusora en el Cierre: **36cmH2O**

Flujo Máximo:

Flujo Medio:

15 ml/seg.

Volumen Orinado: **189 ml**

6 ml/seg.

Residuo Postmiccional: **0 ml**

Observaciones:



PERFIL PRESÓRICO URETRAL

Presión Máxima de Cierre Uretral:

cmH2O

Presión Máxima Uretral: **cmH2O**

Longitud Uretral Funcional:

mm



ELETROMIOGRAFÍA

Eletromiografía:

Refuerzo Perineal - Infusión:

Refuerzo Perineal - Contracciones:

Observaciones:



PARECER

1. UROFLUJOMETRIA LIBRE:

Posición sentada

Vol 531ml – Qmax 28ml/seg – RPM 150ml

Curva descendente

2. CISTOMETRÍA:

Vejiga de capacidad aumentada (680ml) – Sensibilidad normal - Adaptabilidad normal.

No se evidencian contracciones no inhibidas

No se evidencian escapes de orina con el esfuerzo

3. ESTUDIO FLUJO/PRESIÓN:

Micción apoyada por pujo

Datos urodinámicos que descartan obstrucción de tracto urinario inferior o alteración de la contractilidad del detrusor.

DIAGNÓSTICO URODINÁMICO

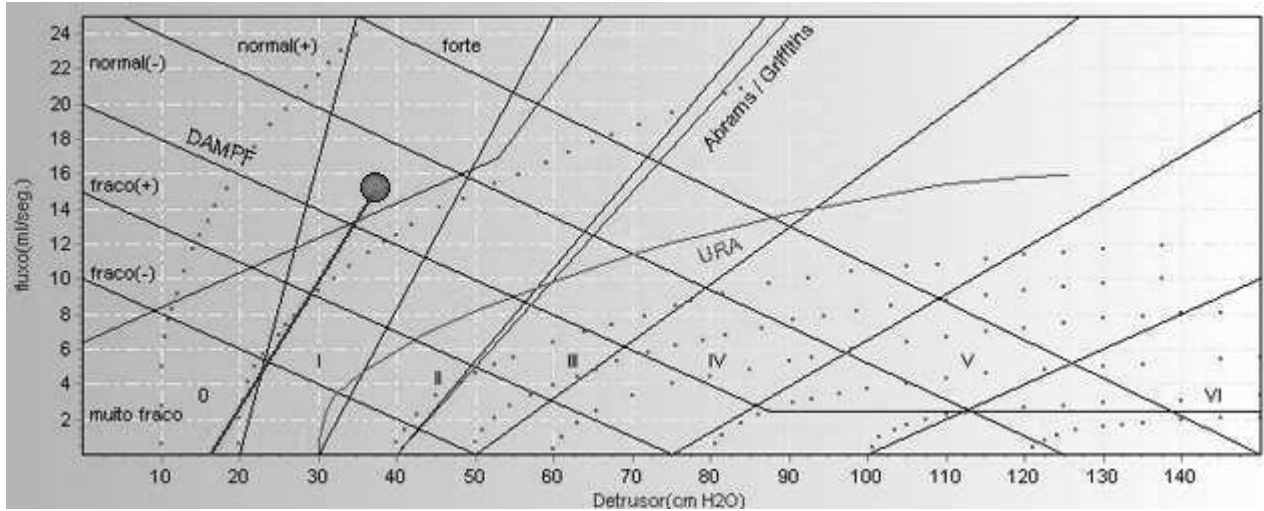
Flujo miccional normal – Micción compensada – Detrusor estable – No se evidencia incontinencia urinaria en el presente estudio

Médico Responsable: DR. CATAÑO

CRM: 117314



COMBINADO



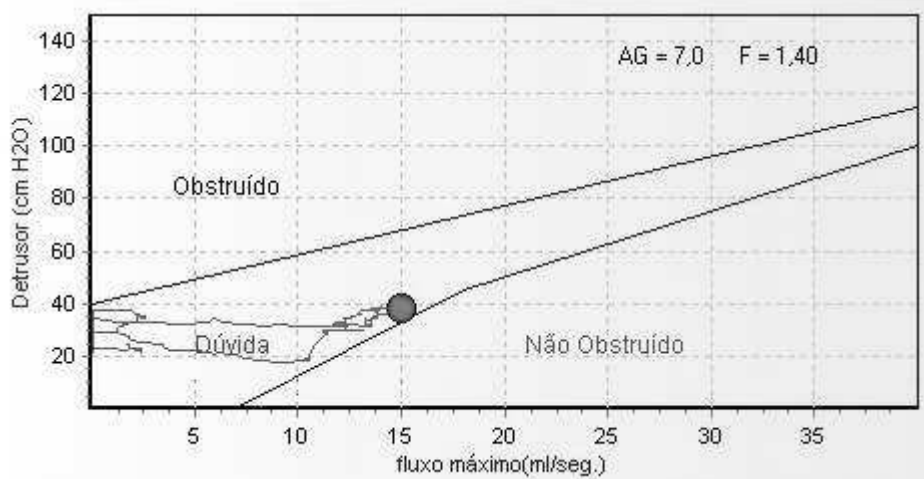
Qmáx: 15,00
Pdet(Qmáx): 37

Pdetmin(Q): 16

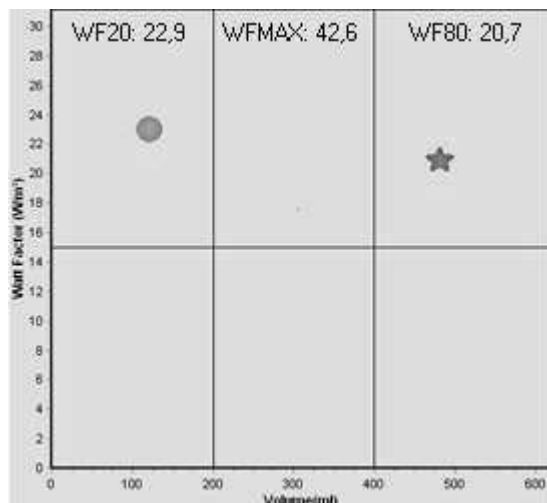
F: 1,40
AG: 7,00



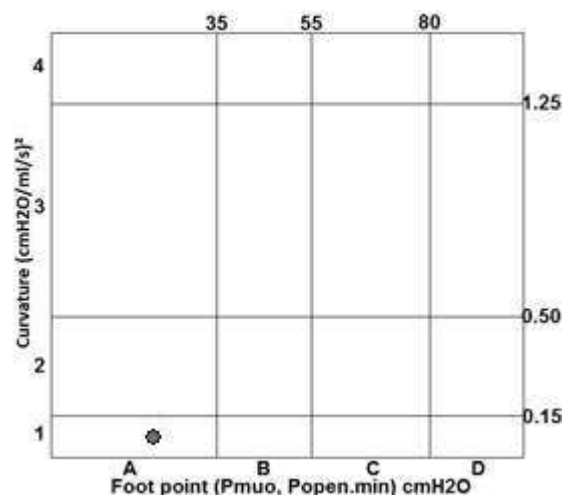
ABRAMS-GRIFFITHS



WATT FACTOR

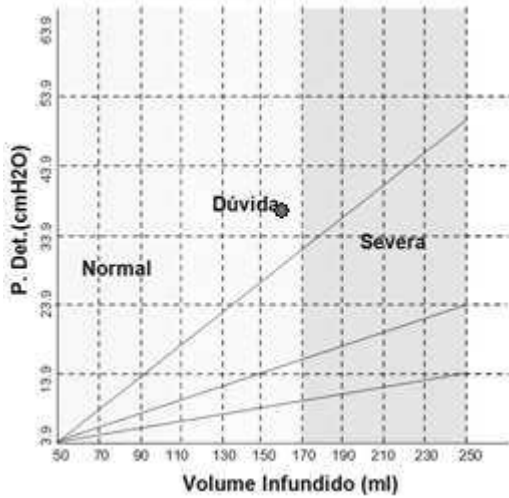


CHESS CLASSIFICATION

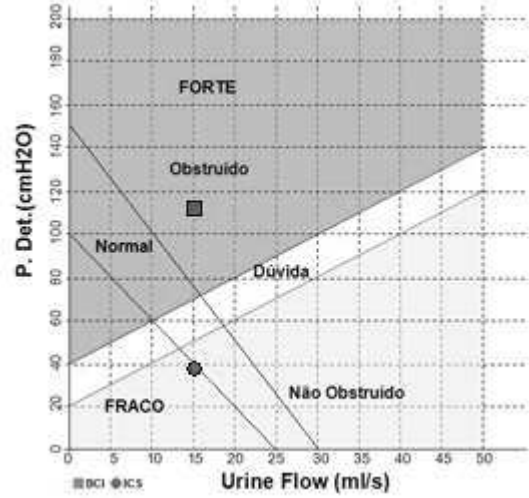




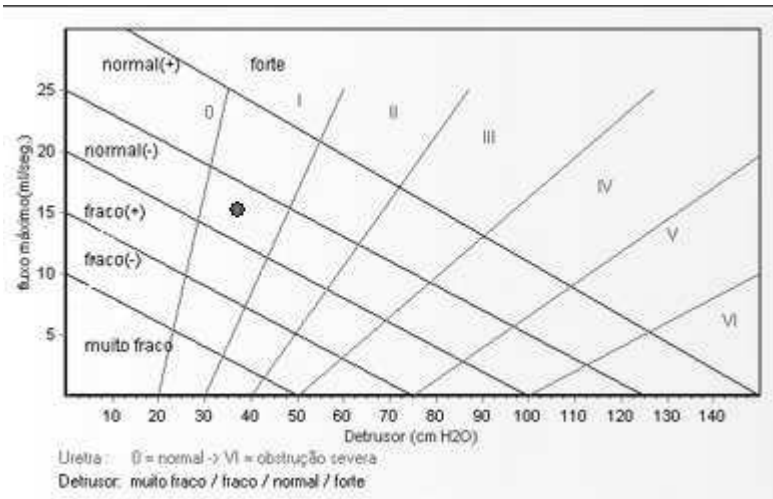
GHONIEM



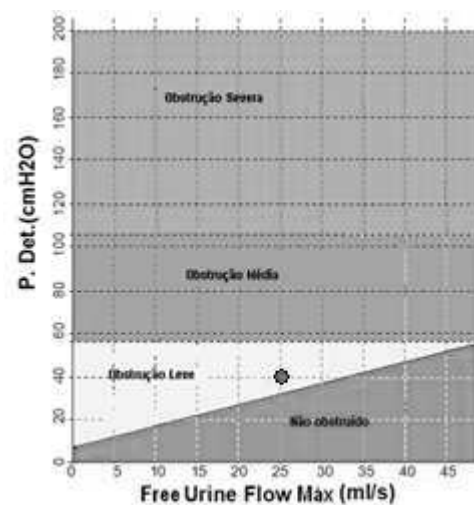
ICS



SHÄFFER



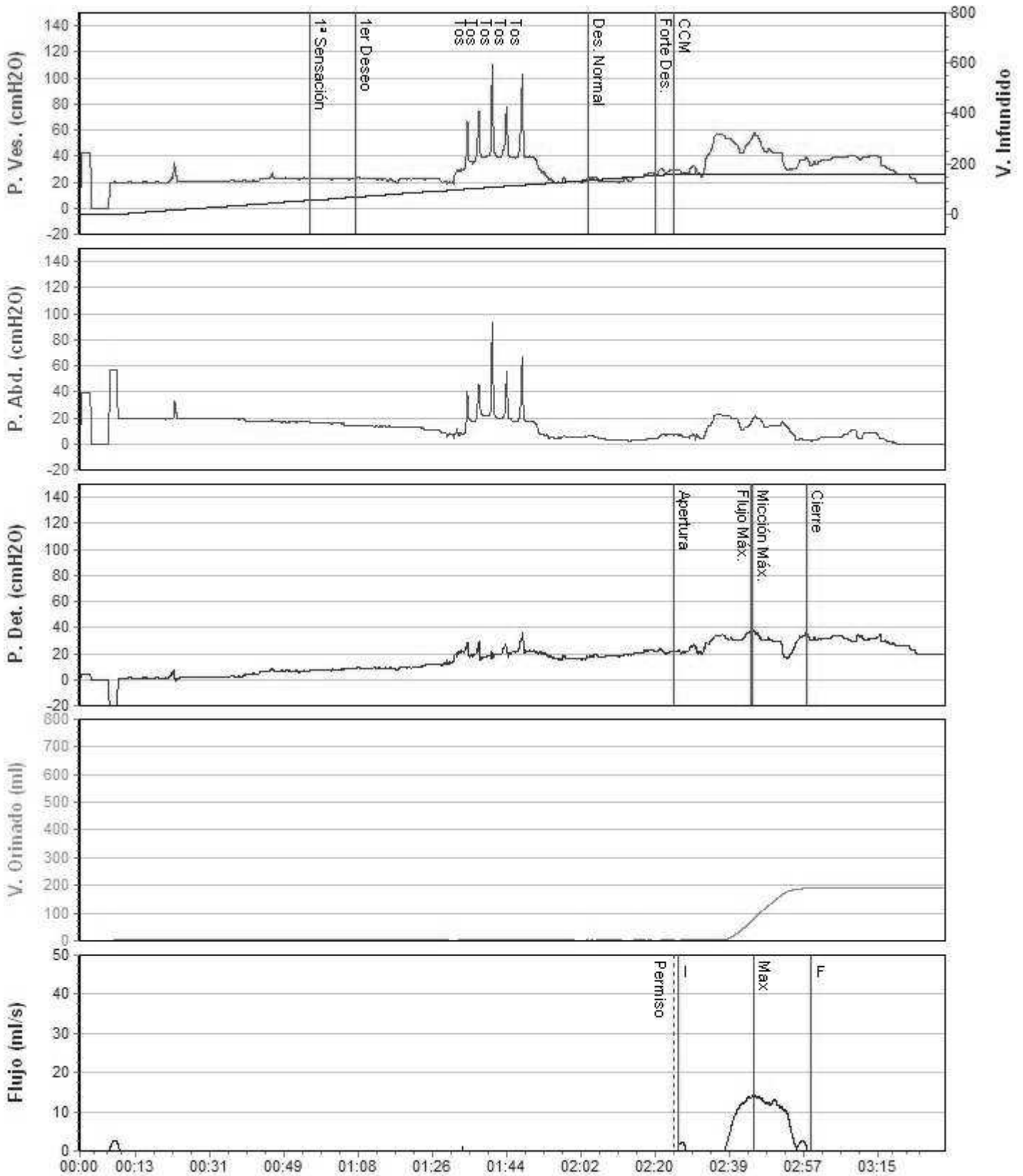
BLAIVAS



Médico Responsable: **DR. CATAÑO**
CRM: 117314



Estudo Urodinámico





CISTOMETRÍA

| Sensación | Volumen en la Vejiga (ml) | P.Ves. (cmH2O) | P.Det. (cmH2O) |
|--------------|---------------------------|----------------|----------------|
| 1ª Sensación | 55 | 23 | 7 |
| 1er Deseo | 68 | 23 | 9 |
| Deseo Normal | 134 | 23 | 17 |
| Fuerte Deseo | 153 | 26 | 22 |
| CCM | 159 | 29 | 23 |

Presión de Pérdida por Hiperactividad Detrusora (DOLPP): 0 cmH2O

Pressão de Perda sob Esforço:

Presión Pérdida por Valsalva (VLPP): Ausente

Pérdida por Test de Tos (CLPP): Ausente

Obs.:



ESTUDIO PRESIÓN X FLUJO

Presión Detrusora en el Flujo Máximo: **37 cmH2O**

Presión Detrusora Máxima: **38 cmH2O**

Flujo Máximo: **15 ml/seg.**

Volumen Orinado: **189 ml**

Presión Detrusora en la Apertura: **23 cmH2O**

Presión Detrusora en el Cierre: **36 cmH2O**

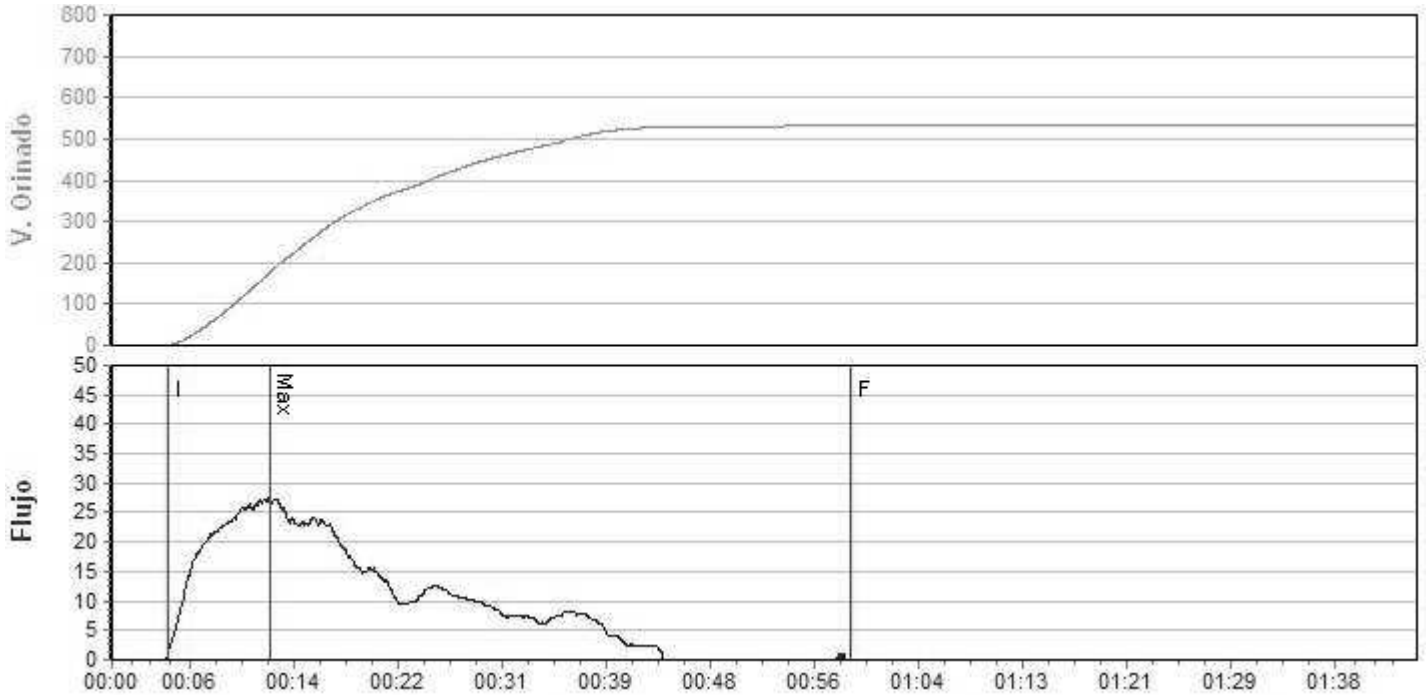
Flujo Medio: **6 ml/seg.**

Residuo Postmiccional: **0 ml**

Médico Responsable: DR. CATAÑO

CRM: 117314

Uroflujometría



Estado: **Realizada.**

Volumen Orinado **531 ml**

Flujo Máximo: **28 ml/seg.**

Duración del Flujo **54,8 seg.**

Tiempo Hasta Flujo Máx.: **8,2 seg.**

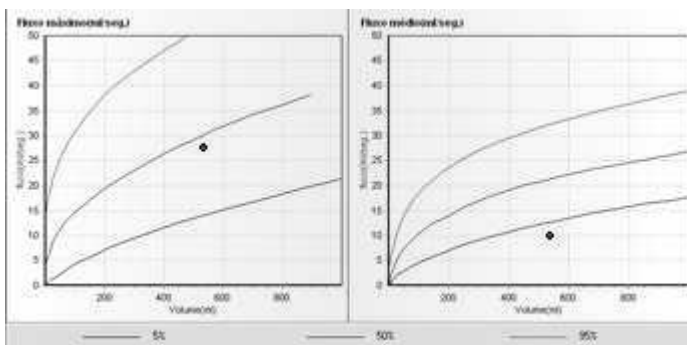
Flujo Medio: **10ml/seg.**

Residuo Postmiccional: **150 ml**

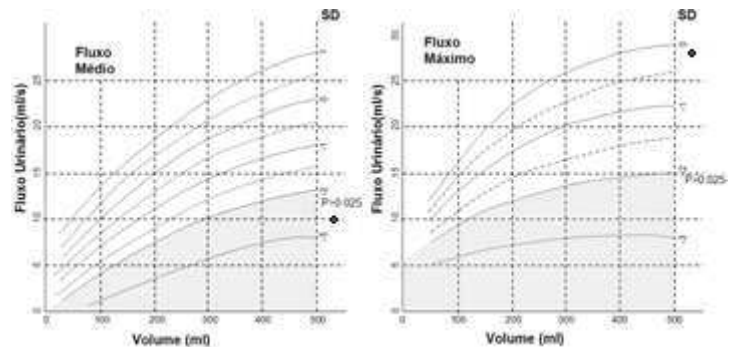
PATRÓN DE LA CURVA DE FLUJO

COMENTARIOS

Haylen



Siroky



Médico Responsable: **DR. CATAÑO**

CRM: 117314