



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 27534  
FECHA Y HORA FACTURA: 2026-04-28 12:55:47  
FECHA VENCIMIENTO FACTURA: 2026-04-28

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: 30396936 Nombre Completo: MARIA ESPERANZA GOMEZ NOREÑA  
Género: Femenino Fecha de Nacimiento: 1978-04-13 Edad: 48  
Dirección: cra 36 84b -30 conjunto resid sabana Ciudad: Pereira - RISARALDA Teléfono(s): 0  
Aseguradora: REGIONAL DE Plan: Especial o Excepcion cotizante Cuidador:  
ASEGURAMIENTO EN SALUD N. 3

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

Valor total factura 225.159

Valor pagado por el usuario 0

Valor total a pagar por la entidad 225159

OBSERVACIONES: Fecha de la atención: 2026-04-24 | Autorizaciones: 11606791 | Autorizaciones: 11606791

Elaborado por:

FECHA Y HORA VALIDACIÓN DIAN: 2026-04-28 12:56:13-05:00

Representación Impresa de la Factura electrónica:

Firma Electrónica:  
WhpQsLJCD7eet0lZZr1NgggJXNQbAfulM5Arg6vyHcjS16iN50UwFATHC5mgzXxviXGUWjvnyWpHmD2nY4ABUJkWPaBiowbthps8QAOP/z  
bnvv23i6zo+Hfv8BevQ016Hbsvl16W/tbWILHss+iFGxBR6ECIzSLwvOriz/ma+02PbsKtkfUxv68MquCAfmXG2+3g7TEz1czYnt1sENMdqJBbKi  
IYO9JD4LZWTa0qQ2HbduXnQHhu8PV5J/qXAPq7xf7B6unjrfwpOPRmgsy/EhckSqPT0t0YmEJtEM098sYk8N/i0SPvFVzXW1+SGOU1u8NST  
7fzrkl6kk9ZwHYLnng==

CUFE:

ed031dc95e464e211f6dd6bcd75d  
2b623edd375329141ef9b95c6f1e  
21f09b2f635744dedf9c5f3c9f553c  
ab932a801c



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

151 - ESPRI UNIDAD MEDICA RISARALDA

Número de Autorización 11606791 / Fecha y Hora de Elaboración 2/5/2026 9:34:43 AM

## 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 MARIA ESPERANZA GOMEZ NOREÑA Identificación Paciente CC 30396936  
 Departamento RISARALDA Municipio PEREIRA  
 Dirección CRA 36 CASA 84B30 CR.SABANA AP 901 VIA CONDINA. Teléfono 3117779734  
 Fecha de Nacimiento 4/13/1978

## Servicio(s) Autorizado(s)

Código CUPS	Nombre CUPS	Cantidad
892001	URODINAMIA ESTANDAR	1

Número de Solicitud 1  
 Origen 2602002930  
 Fecha de Solicitud 2026/02/04  
 Origen

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

## Observaciones

PACIENTE DE 46 AÑOS DE EDAD CON DX N809 VALORADO EL DIA 04/02/2026 EN RED PROPIA POR ESPECIALISTA DONDE LE ORDENAN \*\* 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 DIANA MARIA MATURANA CORDOBA  
 Registro Médico 3412  
 Cargo AUXILIAR DE ENFERMERIA

**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:

Maria Esperanza Gómez Noreña

- Tipo y número de documento:

Cedula 30.396.936

### 2. INFORMACIÓN DEL SERVICIO PRESTADO

Tipo de Servicio	Fecha de Prestación
<i>urodinamia</i>	<i>24-04-2026</i>

### 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: Maria Esperanza Gómez N





POLICIA NACIONAL

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

**NÚMERO**  
2602002930

**Fecha de Impresión**  
2026/02/4 9:57:40a. m.

**Paciente :** CC 30396936 MARIA ESPERANZA GOMEZ NORE?A

**No. Historia :** 30396936 PF 00

**Tipo de Plan :** EPS

**Plan :** PLAN INTEGRAL DE ATENCION

**Tipo Vinculación :** BENEFICIARIO

**Categoría :** A

**Fecha de Evolución :** 2026/02/4 9:36:24a. m.

**Edad :** 47 A?os

**Sexo :** Femenino

**UbicaciónNo.** Sin Asignacisn de Cama

**Ámbito :** Ambulatorio

**Servicio Solicitado**

Código	Descripción	Cantidad	Catastrófica	Prioridad
892001B	**URODINAMIA ESTANDAR			NORMAL

**Datos Clínicos de Importancia**

INCONTINENCIA URLANRIA DE PEQ ESFUERZOS

**Diagnóstico:** N809 ENDOMETRIOSIS NO ESPECIFICADA

*Blanca Luz Jaimes Lanziano*  
**GINECOLOGA**  
 SPI/Brasil  
 C.C. 49.785.238  
 R.M. 957/2002

**D. 2026-59305**

**ORDENADO POR**

2003

JAIMES LANZZIANO BLANCA LUZ

**Firma:**

C:\NPS\Reportes\AtmRP001.rpt

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

PHYSICS DEPARTMENT

PHYSICS 309

PROBLEM SET 1

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

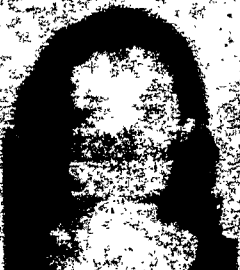

REPUBLICA DE COLOMBIA  
 IDENTIFICACION PERSONAL  
 Cedula de Ciudadania

NUMERO 30.396.336

GOMEZ NORENA

APELLIDOS MARIA ESPERANZA

Nombre Esperanza Gomez N.

FECHA DE NACIMIENTO 13-ABR-1978

MANIZALES (CALDAS)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.63 0+ F


ESTATURA G.S. RH SEXO

05-JUL-1990 MANIZALES

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADO NACIONAL  
 CARLOS ENRIQUE GARCIA TORRES

VINCE DE RECHO



A-0900100-00127586-F-0030396336-20081113 0005922044A t 4495018466

5  
6

7  
8  
9  
10  
11  
12  
13  
14  
15  
16  
17  
18  
19  
20  
21  
22  
23  
24  
25  
26  
27  
28  
29  
30  
31  
32  
33  
34  
35  
36  
37  
38  
39  
40  
41  
42  
43  
44  
45  
46  
47  
48  
49  
50  
51  
52  
53  
54  
55  
56  
57  
58  
59  
60  
61  
62  
63  
64  
65  
66  
67  
68  
69  
70  
71  
72  
73  
74  
75  
76  
77  
78  
79  
80  
81  
82  
83  
84  
85  
86  
87  
88  
89  
90  
91  
92  
93  
94  
95  
96  
97  
98  
99  
100

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL  
POLICIA NACIONAL

CC 30396936 CASUR

Documento de identificación

GÓMEZ NOREÑA  
Apellidos

MARIA ESPERANZA  
Nombres

CONYUGE  
Parentesco con Titular

PERMANENTE CC 15916793  
Fecha de Vencimiento Titular

NIVEL EJECUTIVO (R)  
Categoría de Titular

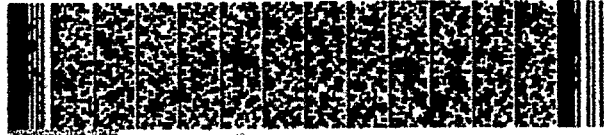


13-ABR-1978 304434093  
Fecha de nacimiento Número de carné

O + F  
GS.Rh Sexo

VALIDO PARA ACCEDER A LOS  
SERVICIOS A QUE TENGA DERECHO

INDICE DERECHO



Vertical line of text on the left margin.

Vertical line of text on the left margin.

Vertical line of text on the left margin.

Vertical line of text on the left margin.

Small cluster of characters.

Small cluster of characters.

Small cluster of characters.

Small cluster of characters.


**ANAMNESE**
**Queja Principal:** DISFUNCION NEUROMUSCULAR DE LA VEJIGA

**UROFLUJOMETRÍA**

 Estado: **Realizada.**

 Volumen Orinado **533 ml**

 Flujo Máximo: **32 ml/seg.**

 Duración del Flujo **68,3 seg.**

 Tiempo Hasta Flujo Máx.: **33,7 seg.**

 Flujo Medio: **8ml/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	100	28	28
1er Deseo	161	29	33
Deseo Normal	192	30	29
Fuerte Deseo	334	30	33
CCM	340	31	33

**Contracciones del Detrusor:**

obs.:

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

obs.:

**Sensibilidad:** Normal

**Complacencia:** 10 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: **45 cmH2O**

 Presión Detrusora en la Apertura: **51 cmH2O**

 Presión Detrusora Máxima: **71 cmH2O**

 Presión Detrusora en el Cierre: **43cmH2O**

Flujo Máximo:

Flujo Medio:

**20 ml/seg.**

Volumen Orinado: **363 ml**

**7 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 533ml – Qmax 32ml/seg – RPM 150ml

Curva intermitente

#### 2. CISTOMETRÍA:

Vejiga de capacidad aumentada (683ml) – 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

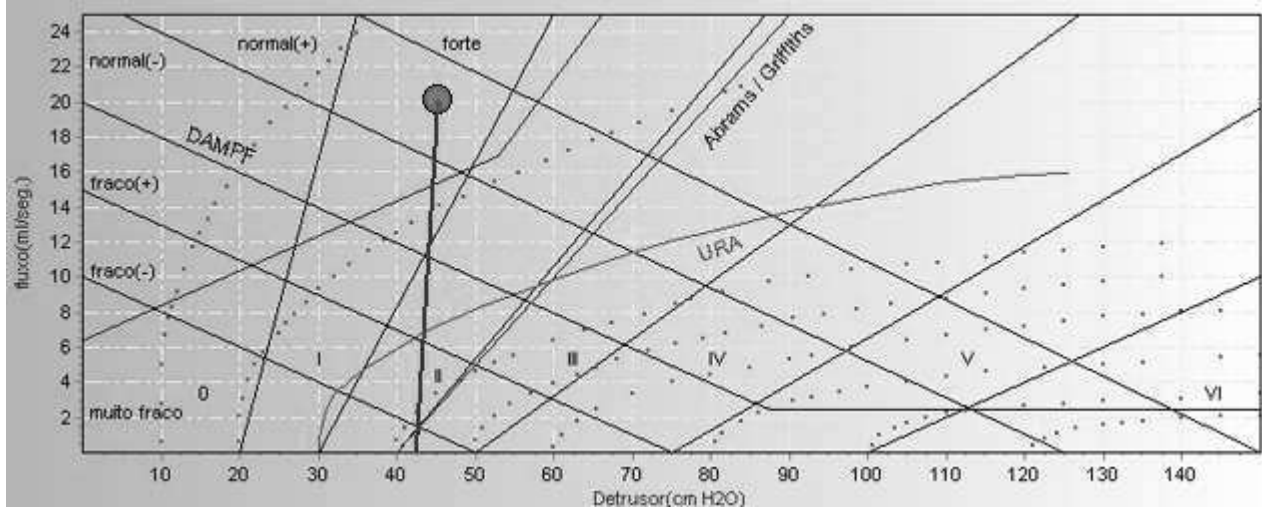
Flujo miccional normal – Micción compensada – Detrusor estable – No se evidencia incontinencia urinaria en el presente estudio

**Médico Responsable: DR. CATAÑO**

**CRM: 117314**



## COMBINADO



Qmáx: 20,00

Pdetmin(Q): 42

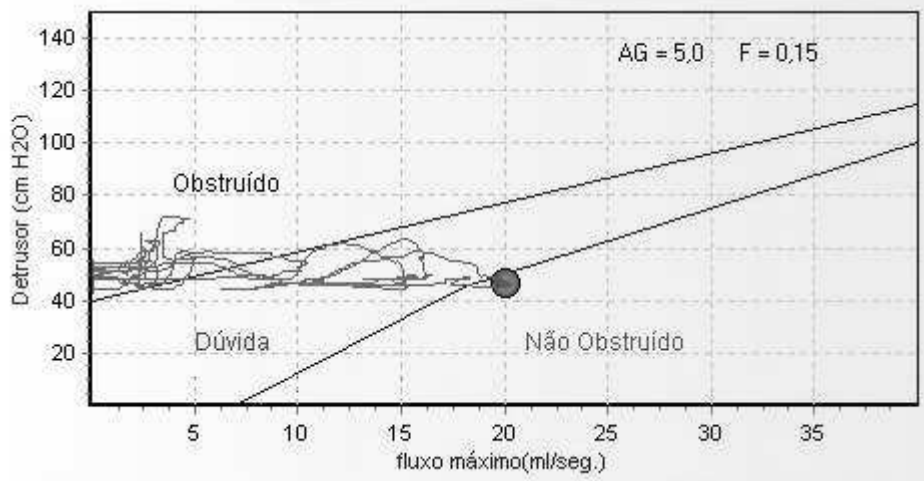
F: 0,15

Pdet(Qmáx): 45

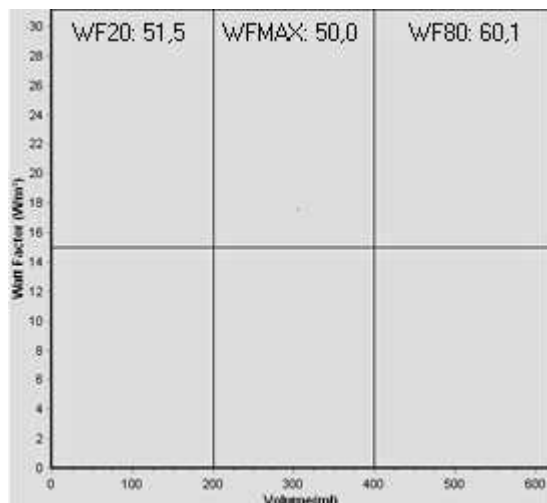
AG: 5,00



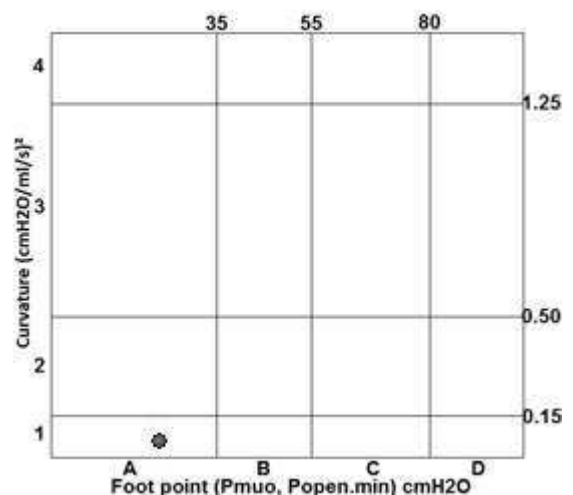
## ABRAMS-GRIFFITHS



## WATT FACTOR

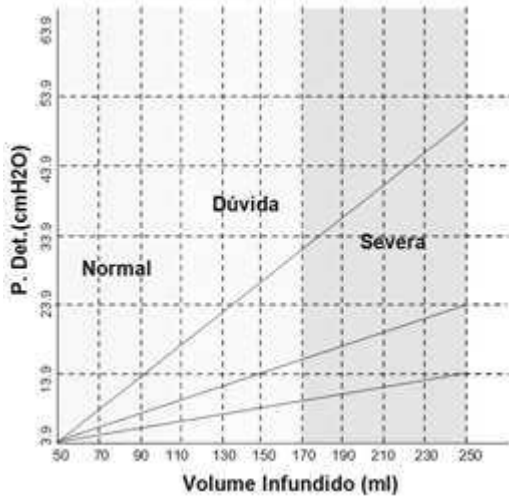


## CHESS CLASSIFICATION

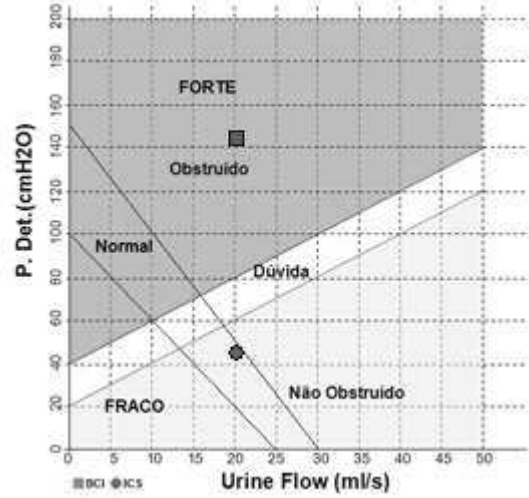




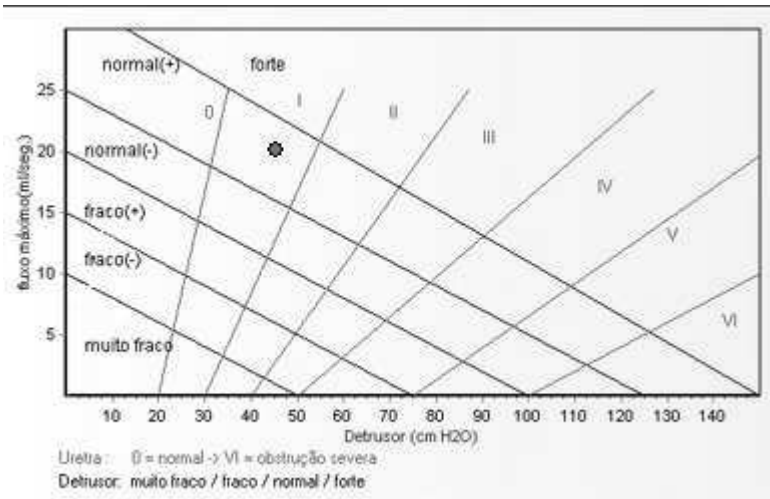
**GHONIEM**



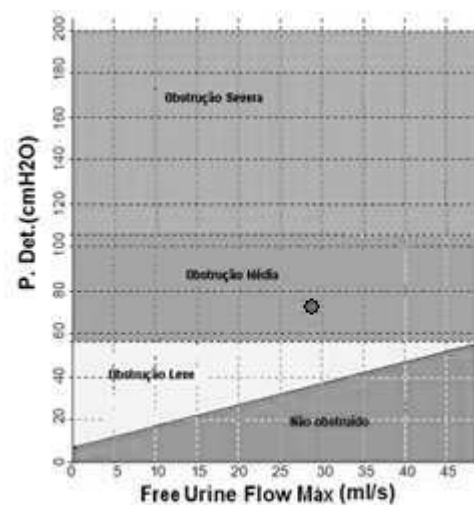
**ICS**



**SHÄFFER**



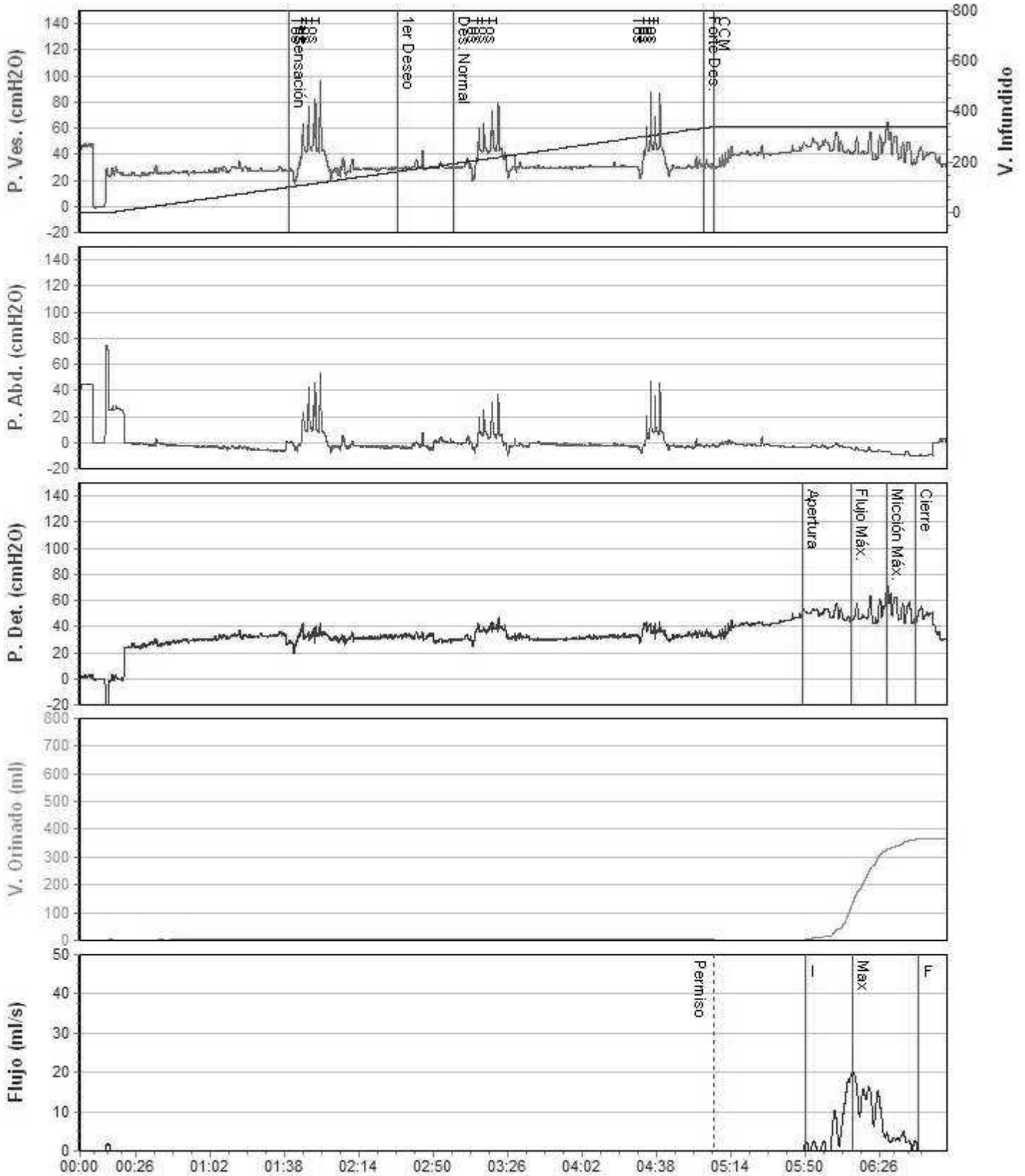
**BLAIVAS**



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



**Estudo Urodinámico**





## CISTOMETRÍA

Sensación	Volumen en la Vejiga (ml)	P.Ves. (cmH2O)	P.Det. (cmH2O)
1ª Sensación	100	28	28
1er Deseo	161	29	33
Deseo Normal	192	30	29
Fuerte Deseo	334	30	33
CCM	340	31	33

**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: 45 cmH2O**

**Presión Detrusora Máxima: 71 cmH2O**

**Flujo Máximo: 20 ml/seg.**

**Volumen Orinado: 363 ml**

**Presión Detrusora en la Apertura: 51 cmH2O**

**Presión Detrusora en el Cierre: 43 cmH2O**

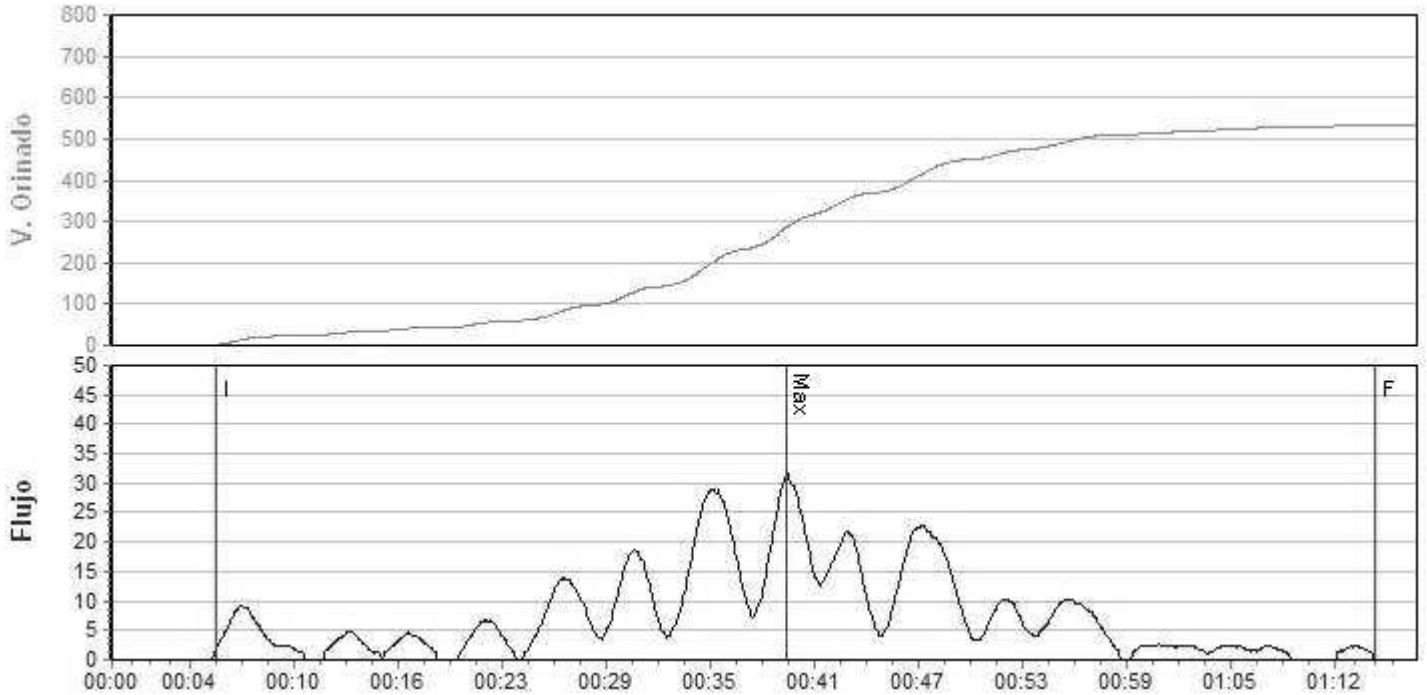
**Flujo Medio: 7 ml/seg.**

**Residuo Postmiccional: 0 ml**

**Médico Responsable: DR. CATAÑO**

**CRM: 117314**

## Uroflujometría



Estado: **Realizada.**

Volumen Orinado **533 ml**

Flujo Máximo: **32 ml/seg.**

Duración del Flujo **68,3 seg.**

Tiempo Hasta Flujo Máx.: **33,7 seg.**

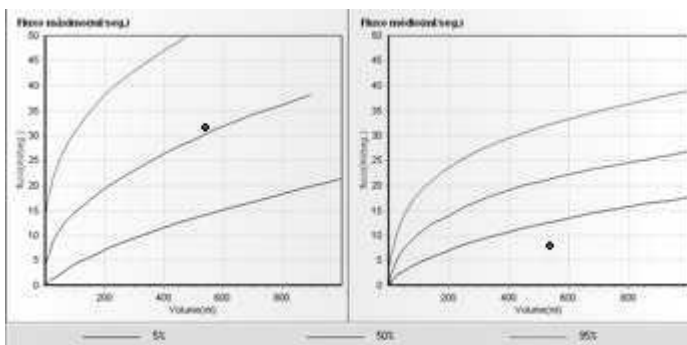
Flujo Medio: **8ml/seg.**

Residuo Postmiccional: **150 ml**

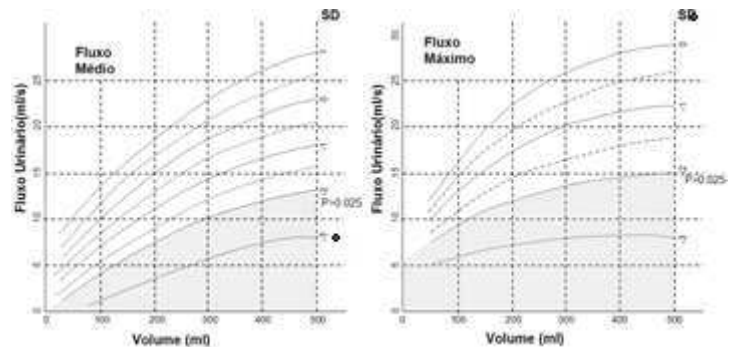
## PATRÓN DE LA CURVA DE FLUJO

## COMENTARIOS

### Haylen



### Siroky



Médico Responsable: **DR. CATAÑO**

CRM: 117314