



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: CL10 Numeración del 10701 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 CL10 15988
FECHA Y HORA FACTURA: 2026-04-24 11:56:17
FECHA VENCIMIENTO FACTURA: 2026-04-24

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: 4238757
Género: Masculino
Dirección: MANZANA N CASA 3
Aseguradora: REGIONAL DE
ASEGURAMIENTO EN SALUD N. 3

Nombre Completo: CRISPINIANO GOMEZ SEPULVEDA
Fecha de Nacimiento: 1971-06-04 Edad: 54
Ciudad: Pereira - RISARALDA Teléfono(s): 60603116510
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: 2026-04-22 | Autorizaciones: 11500771 | Autorizaciones: 11500771 | Autorizaciones: 11500771

Elaborado por:

FECHA Y HORA VALIDACIÓN DIAN: 2026-04-24 11:56:40-05:00

Representación Impresa de la Factura electrónica:

Firma Electrónica:

OLw9yOhyt3GfUekGKfwt2LAnd9dv0e9lEhVKmdBlf3Tm6T/zlvnbUIBjy0GnWleY0l+FX+u8vhZIDPWJseL7Z4Q33mZ7zt8L93x/LBkea4Q7b5O
xBQw5RmZsr0rgiFVTe7ZvIKkvELND3/GMzAZcp+Oah3S061WV79N0m502g+edVb8NRGY8+pgD4Gmd6lJl6/PF0URS+x91fA1MvG1pf6Es
BWpMMW8rj+XC1LI/jS2vlo09pALibXfhUqETJg5/yv0nyEgR9byK3FD/HdkRQ/21GwYNcoNla1z3uUZvY/Fyswjbw3dYoh8gM7L82z0H7vJnTH
aqJpmp8CX4rjvaA==

CUFE:

df92acf15f7e99c6729388bef2e94
d7d0477fe9af6d1bf7aa6f411b42d
707ea0c76c4f04f194c83abb82ac
04434491ae



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



DIRECCIÓN DE SANIDAD



AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS EN SALUD

Número de Autorización: 11500771 Fecha y Hora de Elaboración (Dia/Mes/Año): 22/1/2026 08:51:10

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	CRISPINIANO GOMEZ SEPULVEDA	Identificación Paciente	4238757
Departamento	RISARALDA	Municipio	PEREIRA
Dirección	MZ N CS 3 B/ EL CARDAL	Teléfono	63462349
Fecha de Nacimiento	4/6/1971		

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 54 AÑOS DE EDAD CON DX N40X VALORADO EL DIA 19/10/2025 EN LA RED PROPIA POR EL DR FRANCISCO VALLEJO, UROLOGO, QUIEN SOLICITA ****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 YURI KARINE GALLEGO HINCAPIE
Registro Médico 14009
Cargo MEDICO GENERAL
Teléfono

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

cc. H. 238.757

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

101

102

103

104

105

1. DATOS DEL USUARIO

- Nombre completo

Crispiniano gomez sepulveda
CC 4238757

2. INFORMACIÓN DEL SERVICIO PRESTADO

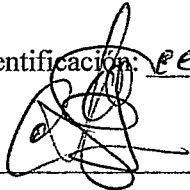

Tipo de Servicio	Fecha de Prestación
ADENOMECTOMIA POR ABLACION DE PROSTATA	22/04/2026

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: Crispiniano Gómez S.

Tipo de identificación: cc. H. 238. X 57

Firma:  Huella: 

Handwritten marks and scribbles in the top right corner.

Vertical text on the left margin.

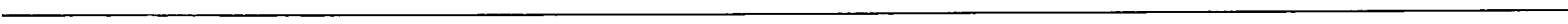
Vertical text on the left margin.

Vertical text on the left margin.

Vertical text on the left margin.

Vertical text on the left margin.

Vertical text on the left margin.





POLICÍA NACIONAL

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

No Orden

2510001663

Fecha de Impresión
2025/10/9 8:41:41a.m

Paciente : CC 4238757 CRISPINIANO GOMEZ SEPULVEDA

No. Historia : 4238757 PF 00

Tipo de Plan : EPS

Plan : PLAN INTEGRAL DE ATENCION

Tipo Vinculación : COTIZANTE

Categoría :C

Fecha de Evolución :2025/10/9 8:31:58a. m.

Edad : 54 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	NO APLICA	UNICA VIA	NO	NORMAL

Fecha Cirugía : 2025/10/20

Hora : 07:00

Reintervención NO

Ambito HOSPITALARIO

Junta Quirúrgica

Tipo de Solicitud ELECTIVA

Tipo de Anestesia LOCAL PURA

LUGAR DE REALIZACION

Tipo de Sala QUIROFANO

Centro Medico ESPRI UNIDAD MEDICA RISARALDA

Observaciones

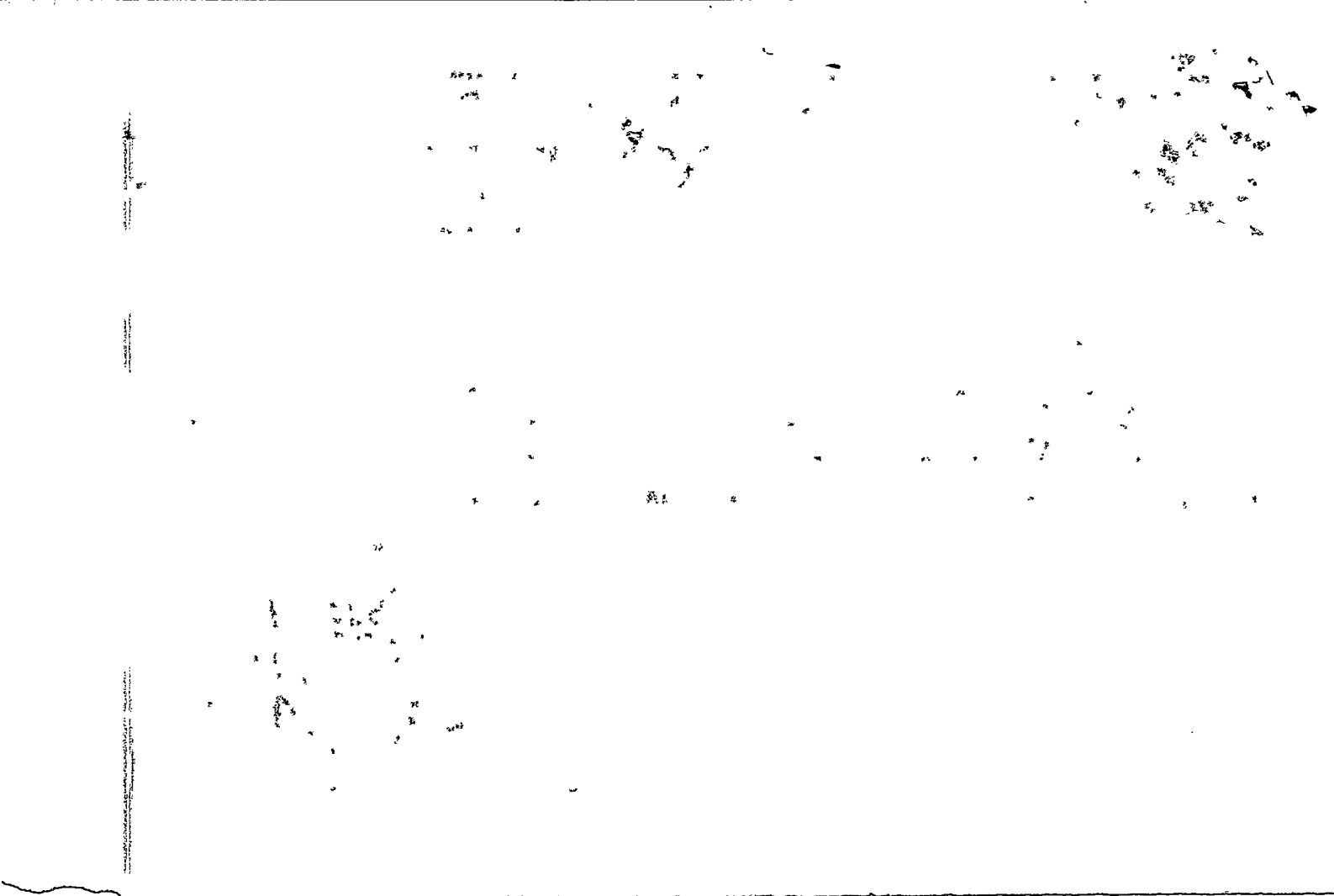
ORDENADO POR

c:\ips\Reportes\QrfrP002.rpt

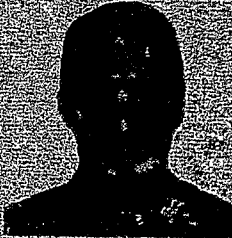
D. 2025-463104

Firma:

Francisco Patricio
R.M. 7072-92
C.C. 10.126.091



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
4238757
NUMERO
GOMEZ SEPULVEDA
Apellidos
CRISPINIANO
Nombre
Crispiniano Gomez S
[Signature]



MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICIA NACIONAL
CC4238757
Documento de Identificación
GOMEZ SEPULVEDA
Apellidos
CRISPINIANO
Nombre
PERMANENTE
Fecha de Vencimiento
INTENDENTE (R)
Grado del Titular

CASUR





Calculaser S.A.

CALCULASER
Nit. 816002451

NOTA DE CIRUGIA

Fecha: 22/04/2026

Convenio: REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N. 3

Identificación: Cédula de Ciudadanía 4238757

Nombre: CRISPINIANO GOMEZ SEPULVEDA

Género: Masculino

Edad: 54 años

Autor: Francisco Jose Vallejo Chujfi · Urologia · RM 10126091 | **Fecha y hora:** 2026-04-22 15:19

DIAGNOSTICO PRE-QUIRÚRGICO: N40X - HIPERPLASIA DE LA PROSTATA | **DIAGNOSTICO POST-QUIRÚRGICO:** N40X - HIPERPLASIA DE LA PROSTATA | **PROCEDIMIENTO:** ADENOMECTOMIA POR ABLACION DE PROSTATA | **NOTA:** Urocultivo negativo // Profilaxis cefazolina 2gr Pausa de seguridad bajo anestesia raquídea, posición de litotomía asepsia y antisepsia del campo operatorio se realiza con resectoscopio bipolar 26 fr y asa de Hartmann. Enucleación del adenoma técnica en bloque con liberación temprana del esfínter. Hemostasia morcelación con morcelador oscilante storz. Se deja sonda foley 22 x 30 cc de tres vías. No complicaciones. Sangrado no Patología si Sonda si | **HALLAZGOS:** hpb trilobular

Francisco Jose Vallejo Chujfi
RM 10126091
Urologia

Esta información es fiel copia de la Historia Clínica



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

FECHA: 22-04-2026. HORA: 10:00 am.
 NOMBRE: Crispiniano Gómez Sepúlveda IDENTIFICACION: H.238.X57
 EDAD: 53 PESO: 67. ESTATURA: 1.74.
 EPS: SONIDAD PONAL. GRUPO SANGUINEO: O+

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
13. HA CONSUMIDO ASPIRINA, ASA O ALGUN ANTICOAGULANTE EN LA ULTIMA SEMANA?		X
CUALES:		X
CUALES?		X
15. ¿CONSUME ALGUNA SUSTANCIA PSICOACTIVA (CANNABIS, COCAINA, OPIACEOS, OTRAS)?		X
16. ¿PRESENTA ALERGIAS A MEDICAMENTOS O ALGUNA OTRA SUSTANCIA COMO: ALIMENTOS, YODO, ESPARADRAPO ETC?.		X
17. HA TENIDO ANESTESIAS PREVIAS?		X
CUAL TIPO DE ANESTESIA?		X
EN QUE FECHA?		X
18. HA TENIDO COMPLICACIONES ANESTESICAS?		X
19. ESTA EMBARAZADA?		X
20. OTRAS ENFERMEDADES IMPORTANTES?		X
CUAL (ES)? <u>sacroelitis bilateral</u>		
21. ¿USA PRÓTESIS DENTAL, EXTENSIONES DE CABELLO, LENTES DE CONTACTO, PIERCINGS O DE OTRO TIPO? ¿CUÁLES?		
22. ¿TIENE ALGUN DIENTE FLOJO?		X
23. ¿TIENE ALGUNA OBJECCIÓN CON LA TRANSFUSIÓN DE SANGRE DE URGENCIA?		X

FIRMA DEL PACIENTE:

USO EXCLUSIVO DEL MEDICO ANESTESIOLOGO EXAMEN FISICO DE INGRESO

TA 108/70 FC 87 SAO2 92 ASA 2

	SI	NO
VIA AEREA DIFICIL		X
RS CARDIACOS ARRITMICOS		X

	SI	NO
ALTERACION VENTILACION INSUFICIENCIA VENOSA IMPORTANTE		X

COMENTARIOS:

ANESTESIOLOGO:

NOMBRE: Gasparino Gomer Sepulveda CEDULA: 4238752
 DIAGNOSTICO: Hipertension pulmonar FECHA: 27/04/2018
 PROCEDIMIENTO: abdominal
 ANESTESIOLOGO: J. Hernandez CIRUJANO: Dr. Vallejo
 AYUDANTE:

AYUNO: SI NO ELECTIVO: URGENCIA: VIA AEREA

RESPIRACION: E A C MF ML TOT

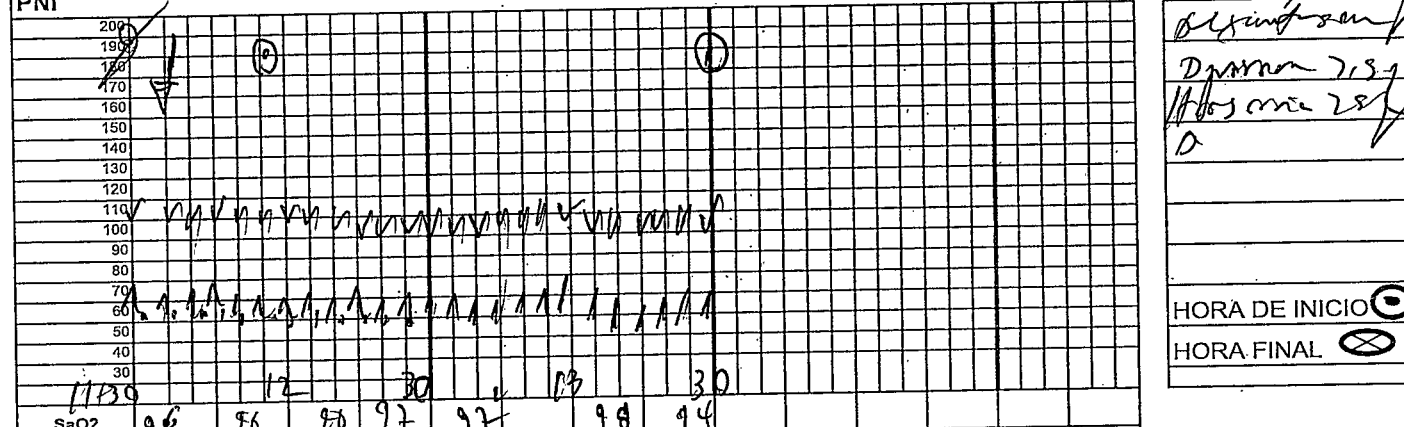
MEDIAS ANTIEMBOlicas: SI

ETCO₂: _____ MEDICAMENTOS

EKG: NS

POSICION: prone

TEMPERATURA: 38, 37, 36, 35



MEDICAMENTOS

Morfina 2mg
Diprivan 0.25g
Pentamida 25mg
Atropina 1mg
Midazolam 2mg
O

HORA DE INICIO:
 HORA FINAL:

AGENTES

A. RAQUIDEA

AGUJA N° _____
 ESPACIO _____
 VOLUMEN _____
 POSICION _____
 ALTURA _____

LEV: 590 590

SANGRADO: _____

DIURESIS: _____

ADMINISTRADOS: _____
 ELIMINADOS: _____
 OTROS: _____
 BALANCE: _____

RECUPERACION: SI NO

DOLOR NAUSEA VOMITO DISNEA OTROS

MEDICAMENTOS: [Handwritten]

DATOS DEL EGRESO Y HORA:

ALERTA: TA: 107/64

SOMNOLIENTO: FC: 79x'

ALDRETE: 10/10 SaO₂: 95%

COMENTARIOS: _____

FIRMA Y NOMBRE COMPLETO MEDICO ANESTESIOLOGO: [Signature]

LEV: líquidos endovenosos TA: presión arterial FC: frecuencia cardíaca SaO₂: pulsoximetría E: espontánea A: asistida C: controlada
 PNI: presión no invasiva EKG: electrocardiografía ML: máscara laríngea MF: máscara facial TOT: tubo endotraqueal ETCO₂: capnografía
 Intubacion o espinal Intubacion extubacion