



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 15989
FECHA Y HORA FACTURA: 2026-04-24 12:04:42
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: 10003245
Género: Masculino
Dirección: VEREDA CANCELES FINCA LA CARMELITA
Aseguradora: REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N. 3
Nombre Completo: EDISON DUQUE VALENCIA
Fecha de Nacimiento: 1977-08-07
Edad: 48
Ciudad: Pereira - RISARALDA
Plan: Especial o Excepcion cotizante
Teléfono(s): 00
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: 11716783 | Autorizaciones: 11716783

Elaborado por:

FECHA Y HORA VALIDACIÓN DIAN: 2026-04-24 12:07:12-05:00

Representación Impresa de la Factura electrónica:

Firma Electrónica:

ktJrrX0XYoWOp7pk1fcTKSfZ3brL5sUwAGEiPt5MfdZkt8YlqS16zkoL973OBF6Ap1dKpQvDU1sEQSFPsSdNM0P+mNo6GDr5CW8dDaffECeBoat1Cn9K66dz3+NuHmnLT94JWGo3RR0R7bXFBs0ZzKgnZVYctFpwtubN/YX++qPh3RRA/IJqYfsYLAx4ZjaP5vc8+E2SjzAKd+ewX3hFQuYHuc1gy9G08/E7vNj+hOoxP7jyfnZgCPp1l1LpVNAAtRGz6tK2D26aSyE1zcCMYUVVINRjsVww8mpTVeUezgeGOUR9S2+X/sO0upMW35cxpZqZiEdJBGnC1RbARy21g==

CUFE:

be2d3397387acac1b3d03381b2b81bfe40c51ea4d191c480d9b119ca8e2290d72f3896f226fe2d40adfa
c523a7b79615



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

FORMATO DE AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS



DIRECCIÓN DE SANIDAD



AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS EN SALUD

151 - ESPRI UNIDAD MEDICA RISARALDA

Número de Autorización 11716783 Fecha y Hora de Elaboración 2/20/2026 4:48:38 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	EDISON DUQUE VALENCIA	Identificación Paciente	CC 10003245
Departamento	RISARALDA	Municipio	PEREIRA
Dirección	GUARNE SECTOR LA CABAÑA LOCALIDAD 318	Teléfono	3202217857
Fecha de Nacimiento	8/7/1977		

Servicio(s) Autorizado(s)

Código CUPS	Nombre CUPS	Cantidad
602005	ADENOMECTOMIA POR ABLACION DE PROSTATA	1

I

Número de Solicitud 2602003836

Origen

Fecha de Solicitud Origen 2026/02/19

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

Observaciones

PACIENTE CON DIAGNOSTICO N40X VALORADO EL 19/02/2026 EN RED PROPIA DONDE SOLICITAN ADENOMECTOMIA POR ABLACION DE PROSTATA. ORDEN SUJETA A AUDITORIA MEDICA

Esta Autorización tiene respaldo presupuestal mediante el Contrato 086-7-200157-25.

Datos Funcionario que Autoriza el Servicio

Nombre	PASTOR ALBERTO OSORIO ACEVEDO
Registro Médico	018709
Cargo	MEDICO GENERAL

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

[Handwritten Signature]

CC 10 003245.



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:

EDISON DUQUE VALENCIA

Tipo y número de documento:

CC 10003245

2. INFORMACIÓN DEL SERVICIO PRESTADO

Tipo de Servicio	Fecha de Prestación
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: Edison Duque

Tipo de identificación: CC. 10003245

Firma: [Firma] Huella: [Huella]



POLICIA NACIONAL

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

No Orden
2602003836
Fecha de Impresión
2026/02/19 7:09:18a. I

Paciente : CC 10003245 EDISON DUQUE VALENCIA No. Historia : 10003245 PF 00

Tipo de Plan : EPS

Plan : PLAN INTEGRAL DE ATENCION

Tipo Vinculación : COTIZANTE

Categoría : C

Fecha de Evolución : 2026/02/19 7:02:13a. m.

Edad : 48 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 : 2026/03/30

Hora : 07:00

Reintervención NO

Ámbito HOSPITALARIO

Junta Quirúrgica

Tipo de Solicitud ELECTIVA

Tipo de Anestesia REGIONAL CAUDAL

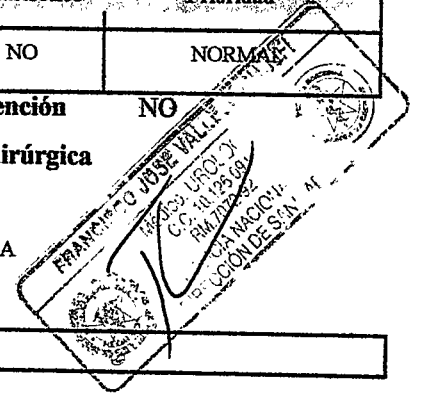
LUGAR DE REALIZACION

Tipo de Sala QUIROFANO

Centro Medico ESPRI UNIDAD MEDICA RISARALDA

Observaciones

R. 2026-88865



ORDENADO POR

Firma:

c:\ips\Reportes\QrfRP002.rpt

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **10.003.245**

DUQUE VALENCIA

APELLIDOS
EDISON

NOMBRES

16 JUL 1985

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **07-AGO-1977**

PEREIRA
(RISARALDA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.77 ESTATURA **O+** G.S. RH **M** SEXO

06-SEP-1985 PEREIRA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÉGA



A-2900150-00806059;M-0010003245-20160329 0049091285A 1 1613837296

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICIA NACIONAL

CC 2005228
Documento de identificación

DUQUEVALENCIA
Apellidos

EDISON
Nombre

07-AGO-1977
Fecha de nacimiento

M +
Grado del titular



07-AGO-1977
Fecha de nacimiento

000516574
Número de carne

O +
GS.Rh

M
Sexo

VALIDO PARA ACCEDER A LOS
SERVICIOS A QUE TENGA DERECHO

INDICE DERECHO



POLICIA NACIONAL

00052442022001624224



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 10003245

Nombre: EDISON DUQUE VALENCIA

Género: Masculino

Edad: 48 años

Autor: Francisco Jose Vallejo Chujfi · Urologia · RM 10126091 | **Fecha y hora:** 2026-04-22 16:05

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 regional posicion de litotomia asepsia y antisepsia del campo operatorio se realiza con resectoscopio storz bipolar 26 fr y asa de Hartmann enucleacion en bloque tecnica del champiñon. Se hace morcelacion mecanica con bipolar. Se extraen fragmentos y hemostasia. Se deja sonda foley 3 vias. sangrado no complicaciones no patologia 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 Gestión Asistencial,
 Aplicable a: Proceso de Gestión Asistencial
VALORACION DE RIESGO ANESTESICO

FECHA: _____ HORA: _____
 NOMBRE : Edison Puga Valencia IDENTIFICACION: 10003245
 EDAD: 48 PESO: 76 ESTATURA: 187
 EPS: Polisa 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?		
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?	<i>General</i>	
EN QUE FECHA?	<i>20102025</i>	
18. HA TENIDO COMPLICACIONES ANESTESICAS?		X
19. ESTA EMBARAZADA?		
20. OTRAS ENFERMEDADES IMPORTANTES?		
CUAL (ES)?	<i>Lx Hernia cervical. Hernias discales cervical y lumbar</i>	
21. ¿USA PRÓTESIS DENTAL, EXTENSIONES DE CABELLO, LENTES DE CONTACTO, PIERCINGS O DE OTRO TIPO? ¿CUÁLES?		X
22. ¿TIENE ALGUN DIENTE FLOJO?		X
23. ¿TIENE ALGUNA OBJECIÓN CON LA TRANSFUSIÓN DE SANGRE DE URGENCIA?		X

FIRMA DEL PACIENTE: _____

USO EXCLUSIVO DEL MEDICO ANESTESIOLOGO EXAMEN FISICO DE INGRESO

TA 2455 FC 49 SAO2 97 ASA I

	SI	NO
VIA AEREA DIFICIL		X
RS CARDIACOS ARRITMICOS		X

	SI	NO
ALTERACION VENTILACION INSUFICIENCIA VENOSA IMPORTANTE		X

COMENTARIOS: _____

ANESTESIOLOGO: _____

