CENTRO INTEGRAL DE ATENCION DIAGNOSTICA ESPECIALIZADA IPS S.A.S.

Nit: 900.542.979-5
Direccion: Av 11E # 4-09 Quinta Oriental
telefono: 3017960569
Email: ciade.admon@hotmail.com

A PARTIR DEL AÑO 2020 SOMOS CONTRIBUYENTES DEL REGIMEN ESPECIAL EN MATERIA TRIBUTARIA ZESE (ART. 147 LEY 2010 DE 2019)
A partir del año 2025 somos beneficiarios zese del 50% del impuesto. favor practicar retención en la fuente a título de renta al 50% de la tarifa.

Factura Electronica de Venta No.:

CF 97501

Autorización de Servicio: 2025103842564

Datos de la Entidad

Entidad : DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA
Fecha Elab. : Noviembre 13 de 2025
NIT : 901541137-1 **Telefono Entidad** : 3102133692
Forma de pago : CREDITO
Dirección : AV QUEBRADA SECA 33A 207
Fecha Vencimiento: 12/01/2026

Datos del Usuario

Primer Nombre : ROGELIO **Segundo Nombre** : **Primer Apellido** : OSORIO **Segundo Apellido** :
Documento : CC 18903699 **Edad** : 45 Años **Sexo** : M **Telefono** :
Dirección : NULL

Contrato : 402-DIGSA/DMBUG-2025 **Fecha Inicio** : 22/09/2025 **Fecha Vto** : 30/11/2026
Programa : PROCEDIMIENTO **Tipo de Pago** : Pago por evento **Fecha Ingreso** : 22/10/2025 **Fecha Egreso** : 22/10/2025
Tipo Usuario : Especiales o de Excepción Cotizante **Cobertura** : Cobertura Régimen Especial o Excepción

CODIGO	DESCRIPCION DEL SERVICIO	VLR. UNIDAD	CANT	VLR. TOTAL	VLR. USUARIO	VLR. EMPRESA
903706	VITAMINA D 25 DIHIDROXI	41,983.00	1.00	41,983.00	0.00	41,983.00

SON : CUARENTA Y UN MIL NOVECIENTOS OCHENTA Y TRES PESOS

OBSERVACIONES:

Subtotal	41,983.00
Cuota Mod.	0.00
Total a Pagar	**41,983.00**

Resolución de Facturación N° 18764088201154 Numeración Autorizada Del CF 91438 Hasta CF 500000 Fecha 03/02/2025 Vigencia 12 Meses 03/02/2026

ESTA FACTURA DE VENTA SE ASIMILA EN TODOS SUS LEGALES A UNA LETRA DE CAMBIO, SEGUN ART. 774 DEL C. DE CIO.
NO SE ACEPTAN DEVOLUCIONES DESPUES DE PASADOS 30 DÍAS.
CANCELE ANTES DE FECHA DE VENCIMIENTO.

FIRMA Y SELLO DE RECIBIDO

Cufe: 9c566203af24e4b0af26bc167e827f29abf6d39e3d1da5242925b44020091edb59156a12a071d429feb0a4d693467ed0

FECHA Y HORA ENVIO DIAN : 13/11/2025 08:34:14 p.m.

REPRESENTACION GRAFICA - Impresa por Software-TNS.co NIT. 800.182.856-1

CENTRO INTEGRAL DE ATENCION DIAGNOSTICA ESPECIALIZADA IPS S.A.S.

Nit: 900.542.979-5
Direccion: Av 11E # 4-09 Quinta Oriental
telefono: 3017960569
Email: ciade.admon@hotmail.com

A PARTIR DEL AÑO 2020 SOMOS CONTRIBUYENTES DEL REGIMEN ESPECIAL EN MATERIA TRIBUTARIA ZESE (ART. 147 LEY 2010 DE 2019)
A partir del año 2025 somos beneficiarios zese del 50% del impuesto. favor practicar retención en la fuente a título de renta al 50% de la tarifa.

Factura Electronica de Venta No.:

CF 97502

Autorización de Servicio: 2025103582768

Datos de la Entidad

Entidad : DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA
NIT : 901541137-1 **Telefono Entidad** : 3102133692
Dirección : AV QUEBRADA SECA 33A 207

Fecha Elab. : Noviembre 13 de 2025
Forma de pago : CREDITO
Fecha Vencimiento: 12/01/2026

Datos del Usuario

Primer Nombre : DIANA **Segundo Nombre** : CAROLINA **Primer Apellido** : QUINTERO **Segundo Apellido** : PAREDES
Documento : CC 37270804 **Edad** : 44 Años **Sexo** : F **Telefono** :
Dirección : NULL

Contrato : 402-DIGSA/DMBUG-2025 **Fecha Inicio** : 22/09/2025 **Fecha Vto** : 30/11/2026
Programa : PROCEDIMIENTO **Tipo de Pago** : Pago por evento **Fecha Ingreso** : 10/10/2025 **Fecha Egreso** : 10/10/2025
Tipo Usuario : Especiales o de Excepción Cotizante **Cobertura** : Cobertura Régimen Especial o Excepción

CODIGO	DESCRIPCION DEL SERVICIO	VLR. UNIDAD	CANT	VLR. TOTAL	VLR. USUARIO	VLR. EMPRESA
904921	TIROXINA LIBRE [T4L]	13,106.00	1.00	13,106.00	0.00	13,106.00

SON : TRECE MIL CIENTO SEIS PESOS

OBSERVACIONES:

Subtotal	13,106.00
Cuota Mod.	0.00
Total a Pagar	**13,106.00**

Resolución de Facturación N° 18764088201154 Numeración Autorizada Del CF 91438 Hasta CF 500000 Fecha 03/02/2025 Vigencia 12 Meses 03/02/2026

ESTA FACTURA DE VENTA SE ASIMILA EN TODOS SUS LEGALES A UNA LETRA DE CAMBIO, SEGUN ART. 774 DEL C. DE CIO.
NO SE ACEPTAN DEVOLUCIONES DESPUES DE PASADOS 30 DÍAS.
CANCELE ANTES DE FECHA DE VENCIMIENTO.

FIRMA Y SELLO DE RECIBIDO

Cufe: 5b1dcd6b81913d475bc22fc2a7424c05e3f759327b4350c1ba758097dee1cc2805ce3fbd3cbe5daa59b40d9869c382fb

FECHA Y HORA ENVIO DIAN : 13/11/2025 08:34:26 p.m.

REPRESENTACION GRAFICA - Impresa por Software-TNS.co NIT. 800.182.856-1

CENTRO INTEGRAL DE ATENCION DIAGNOSTICA ESPECIALIZADA IPS S.A.S.

Nit: 900.542.979-5
Direccion: Av 11E # 4-09 Quinta Oriental
telefono: 3017960569
Email: ciade.admon@hotmail.com

A PARTIR DEL AÑO 2020 SOMOS CONTRIBUYENTES DEL REGIMEN ESPECIAL EN MATERIA TRIBUTARIA ZESE (ART. 147 LEY 2010 DE 2019)
A partir del año 2025 somos beneficiarios zese del 50% del impuesto. favor practicar retención en la fuente a título de renta al 50% de la tarifa.

Factura Electronica de Venta No.:

CF 97503

Autorización de Servicio: 2025103652642

Datos de la Entidad

Entidad : DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA
Fecha Elab. : Noviembre 13 de 2025
NIT : 901541137-1 **Telefono Entidad** : 3102133692
Forma de pago : CREDITO
Dirección : AV QUEBRADA SECA 33A 207
Fecha Vencimiento: 12/01/2026

Datos del Usuario

Primer Nombre : YAJANDRA **Segundo Nombre** : MILENA **Primer Apellido** : CHEZ **Segundo Apellido** : SAGRA
Documento : CC 1091656724 **Edad** : 38 Años **Sexo** : F **Telefono** :
Dirección : NULL

Contrato : 402-DIGSA/DMBUG-2025 **Fecha Inicio** : 22/09/2025 **Fecha Vto** : 30/11/2026
Programa : PROCEDIMIENTO **Tipo de Pago** : Pago por evento **Fecha Ingreso** : 22/10/2025 **Fecha Egreso** : 22/10/2025
Tipo Usuario : Especiales o de Excepción Cotizante **Cobertura** : Cobertura Régimen Especial o Excepción

CODIGO	DESCRIPCION DEL SERVICIO	VLR. UNIDAD	CANT	VLR. TOTAL	VLR. USUARIO	VLR. EMPRESA
903847	LIPASA	9,418.00	1.00	9,418.00	0.00	9,418.00

SON : NUEVE MIL CUATROCIENTOS DIECIOCHO PESOS

OBSERVACIONES:

Subtotal	9,418.00
Cuota Mod.	0.00
Total a Pagar	**9,418.00**

Resolución de Facturación N° 18764088201154 Numeración Autorizada Del CF 91438 Hasta CF 500000 Fecha 03/02/2025 Vigencia 12 Meses 03/02/2026

ESTA FACTURA DE VENTA SE ASIMILA EN TODOS SUS LEGALES A UNA LETRA DE CAMBIO, SEGUN ART. 774 DEL C. DE CIO.
NO SE ACEPTAN DEVOLUCIONES DESPUES DE PASADOS 30 DÍAS.
CANCELE ANTES DE FECHA DE VENCIMIENTO.

FIRMA Y SELLO DE RECIBIDO

Cufe: 38ac00963bc707ee32a10ea85b4441569918f0f461f7fedb2937e73a9bc13a5c1624724dea73046557bca654854736ff

FECHA Y HORA ENVIO DIAN : 13/11/2025 08:34:32 p.m.

REPRESENTACION GRAFICA - Impresa por Software-TNS.co NIT. 800.182.856-1

CENTRO INTEGRAL DE ATENCION DIAGNOSTICA ESPECIALIZADA IPS S.A.S.

Nit: 900.542.979-5
Direccion: Av 11E # 4-09 Quinta Oriental
telefono: 3017960569
Email: ciade.admon@hotmail.com

A PARTIR DEL AÑO 2020 SOMOS CONTRIBUYENTES DEL REGIMEN ESPECIAL EN MATERIA TRIBUTARIA ZESE (ART. 147 LEY 2010 DE 2019)
A partir del año 2025 somos beneficiarios zese del 50% del impuesto. favor practicar retención en la fuente a título de renta al 50% de la tarifa.

Factura Electronica de Venta No.:

CF 97504

Autorización de Servicio: 2025103814379

Datos de la Entidad

Entidad : DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA
Fecha Elab. : Noviembre 13 de 2025
NIT : 901541137-1 **Telefono Entidad** : 3102133692
Forma de pago : CREDITO
Dirección : AV QUEBRADA SECA 33A 207
Fecha Vencimiento: 12/01/2026

Datos del Usuario

Primer Nombre : YANINA **Segundo Nombre** : ANDREA **Primer Apellido** : JAIME **Segundo Apellido** : MARTINEZ
Documento : CC 1091668662 **Edad** : 33 Años **Sexo** : F **Telefono** : 1
Dirección : NULL

Contrato : 402-DIGSA/DMBUG-2025 **Fecha Inicio** : 22/09/2025 **Fecha Vto** : 30/11/2026
Programa : PROCEDIMIENTO **Tipo de Pago** : Pago por evento **Fecha Ingreso** : 22/10/2025 **Fecha Egreso** : 22/10/2025
Tipo Usuario : Especiales o de Excepción Cotizante **Cobertura** : Cobertura Régimen Especial o Excepción

CODIGO	DESCRIPCION DEL SERVICIO	VLR. UNIDAD	CANT	VLR. TOTAL	VLR. USUARIO	VLR. EMPRESA
902045	TIEMPO DE PROTROMBINA [PT]	7,325.00	1.00	7,325.00	0.00	7,325.00
902049	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL [PTT]	7,985.00	1.00	7,985.00	0.00	7,985.00

SON : QUINCE MIL TRESCIENTOS DIEZ PESOS

OBSERVACIONES:

Subtotal	15,310.00
Cuota Mod.	0.00
Total a Pagar	**15,310.00**

Resolución de Facturación N° 18764088201154 Numeración Autorizada Del CF 91438 Hasta CF 500000 Fecha 03/02/2025 Vigencia 12 Meses 03/02/2026

ESTA FACTURA DE VENTA SE ASIMILA EN TODOS SUS LEGALES A UNA LETRA DE CAMBIO, SEGUN ART. 774 DEL C. DE CIO.
NO SE ACEPTAN DEVOLUCIONES DESPUES DE PASADOS 30 DÍAS.
CANCELE ANTES DE FECHA DE VENCIMIENTO.

FIRMA Y SELLO DE RECIBIDO

Cufe: f12dae25afb9baa5f1d71d6b470a5d64613b9bc31f2c578fab7387f8ea1c85bf8fe56e954d8701d659c7a3616e7d9fbc

FECHA Y HORA ENVIO DIAN : 13/11/2025 08:34:20 p.m.

REPRESENTACION GRAFICA - Impresa por Software-TNS.co NIT. 800.182.856-1

CENTRO INTEGRAL DE ATENCION DIAGNOSTICA ESPECIALIZADA IPS S.A.S.

Nit: 900.542.979-5
Direccion: Av 11E # 4-09 Quinta Oriental
telefono: 3017960569
Email: ciade.admon@hotmail.com

A PARTIR DEL AÑO 2020 SOMOS CONTRIBUYENTES DEL REGIMEN ESPECIAL EN MATERIA TRIBUTARIA ZESE (ART. 147 LEY 2010 DE 2019)
A partir del año 2025 somos beneficiarios zese del 50% del impuesto. favor practicar retención en la fuente a título de renta al 50% de la tarifa.

Factura Electronica de Venta No.:

CF 97505

Autorización de Servicio: 2025103705750

Datos de la Entidad

Entidad : DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA
NIT : 901541137-1 **Telefono Entidad** : 3102133692
Dirección : AV QUEBRADA SECA 33A 207

Fecha Elab. : Noviembre 13 de 2025
Forma de pago : CREDITO
Fecha Vencimiento: 12/01/2026

Datos del Usuario

Primer Nombre : MARIA **Segundo Nombre** : LUCIA **Primer Apellido** : NEGRETE **Segundo Apellido** : RAMIREZ
Documento : TI 1092734366 **Edad** : 17 Años **Sexo** : F **Telefono** :
Dirección :

Contrato : 402-DIGSA/DMBUG-2025 **Fecha Inicio** : 22/09/2025 **Fecha Vto** : 30/11/2026
Programa : PROCEDIMIENTO **Tipo de Pago** : Pago por evento **Fecha Ingreso** : 10/10/2025 **Fecha Egreso** : 10/10/2025
Tipo Usuario : Especiales o de Excepción Beneficiario **Cobertura** : Cobertura Régimen Especial o Excepción

CODIGO	DESCRIPCION DEL SERVICIO	VLR. UNIDAD	CANT	VLR. TOTAL	VLR. USUARIO	VLR. EMPRESA
903427	HEMOGLOBINA GLICOSILADA MANUAL O SEMIAUTOMATIZADA	14,675.00	1.00	14,675.00	0.00	14,675.00

SON : CATORCE MIL SEISCIENTOS SETENTA Y CINCO PESOS

OBSERVACIONES:

Subtotal	14,675.00
Cuota Mod.	0.00
Total a Pagar	**14,675.00**

Resolución de Facturación N° 18764088201154 Numeración Autorizada Del CF 91438 Hasta CF 500000 Fecha 03/02/2025 Vigencia 12 Meses 03/02/2026

ESTA FACTURA DE VENTA SE ASIMILA EN TODOS SUS LEGALES A UNA LETRA DE CAMBIO, SEGUN ART. 774 DEL C. DE CIO.
NO SE ACEPTAN DEVOLUCIONES DESPUES DE PASADOS 30 DÍAS.
CANCELE ANTES DE FECHA DE VENCIMIENTO.

FIRMA Y SELLO DE RECIBIDO

Cufe: 8c1ce9c9834e7a7b9957621d91168c4a480efb4e5fef7892929e5a16e5c61478e365bf8dad29a8f1e8cda1c7fb9b09dc

FECHA Y HORA ENVIO DIAN : 13/11/2025 08:34:43 p.m.

REPRESENTACION GRAFICA - Impresa por Software-TNS.co NIT. 800.182.856-1

CENTRO INTEGRAL DE ATENCION DIAGNOSTICA ESPECIALIZADA IPS S.A.S.

Nit: 900.542.979-5
Direccion: Av 11E # 4-09 Quinta Oriental
telefono: 3017960569
Email: ciade.admon@hotmail.com

A PARTIR DEL AÑO 2020 SOMOS CONTRIBUYENTES DEL REGIMEN ESPECIAL EN MATERIA TRIBUTARIA ZESE (ART. 147 LEY 2010 DE 2019)
A partir del año 2025 somos beneficiarios zese del 50% del impuesto. favor practicar retención en la fuente a título de renta al 50% de la tarifa.

Factura Electronica de Venta No.:

CF 97506

Autorización de Servicio: 2025103847335

Datos de la Entidad

Entidad : DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA
NIT : 901541137-1 **Telefono Entidad** : 3102133692
Dirección : AV QUEBRADA SECA 33A 207

Fecha Elab. : Noviembre 13 de 2025
Forma de pago : CREDITO
Fecha Vencimiento: 12/01/2026

Datos del Usuario

Primer Nombre : JOSE **Segundo Nombre** : ESNEIDER **Primer Apellido** : CASAS **Segundo Apellido** : RIOS
Documento : CC 80765939 **Edad** : 41 Años **Sexo** : M **Telefono** :
Dirección :

Contrato : 402-DIGSA/DMBUG-2025 **Fecha Inicio** : 22/09/2025 **Fecha Vto** : 30/11/2026
Programa : PROCEDIMIENTO DIAGNOSTICO **Tipo de Pago** : Pago por evento **Fecha Ingreso** : 22/10/2025 **Fecha Egreso** : 22/10/2025
Tipo Usuario : Especiales o de Excepción Cotizante **Cobertura** : Cobertura Régimen Especial o Excepción

CODIGO	DESCRIPCION DEL SERVICIO	VLR. UNIDAD	CANT	VLR. TOTAL	VLR. USUARIO	VLR. EMPRESA
904902	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES [TSH]	16,410.00	1.00	16,410.00	0.00	16,410.00
904921	TIROXINA LIBRE [T4L]	13,106.00	1.00	13,106.00	0.00	13,106.00

SON : VEINTINUEVE MIL QUINIENTOS DIECISEIS PESOS

OBSERVACIONES:

Subtotal	29,516.00
Cuota Mod.	0.00
Total a Pagar	**29,516.00**

Resolución de Facturación N° 18764088201154 Numeración Autorizada Del CF 91438 Hasta CF 500000 Fecha 03/02/2025 Vigencia 12 Meses 03/02/2026

ESTA FACTURA DE VENTA SE ASIMILA EN TODOS SUS LEGALES A UNA LETRA DE CAMBIO, SEGUN ART. 774 DEL C. DE CIO.
NO SE ACEPTAN DEVOLUCIONES DESPUES DE PASADOS 30 DÍAS.
CANCELE ANTES DE FECHA DE VENCIMIENTO.

FIRMA Y SELLO DE RECIBIDO

Cufe: c1d7acbcf35ed76df7c1b952a2e1318e86713730d8263ea3d0a1e89367d99db524969032e00d1882380ba3def69ef889

FECHA Y HORA ENVIO DIAN : 13/11/2025 08:34:49 p.m.

REPRESENTACION GRAFICA - Impresa por Software-TNS.co NIT. 800.182.856-1

CENTRO INTEGRAL DE ATENCION DIAGNOSTICA ESPECIALIZADA IPS S.A.S.

Nit: 900.542.979-5
Direccion: Av 11E # 4-09 Quinta Oriental
telefono: 3017960569
Email: ciade.admon@hotmail.com

A PARTIR DEL AÑO 2020 SOMOS CONTRIBUYENTES DEL REGIMEN ESPECIAL EN MATERIA TRIBUTARIA ZESE (ART. 147 LEY 2010 DE 2019)
A partir del año 2025 somos beneficiarios zese del 50% del impuesto. favor practicar retención en la fuente a título de renta al 50% de la tarifa.

Factura Electronica de Venta No.:

CF 97507

Autorización de Servicio: 2025103740326

Datos de la Entidad

Entidad : DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA
Fecha Elab. : Noviembre 13 de 2025
NIT : 901541137-1 **Telefono Entidad** : 3102133692
Forma de pago : CREDITO
Dirección : AV QUEBRADA SECA 33A 207
Fecha Vencimiento: 12/01/2026

Datos del Usuario

Primer Nombre : MAXIMILIANO **Segundo Nombre** : **Primer Apellido** : VEGA **Segundo Apellido** : CARVAJALINO
Documento : RC 1092192223 **Edad** : 5 Años **Sexo** : M **Telefono** :
Dirección : NULL

Contrato : 402-DIGSA/DMBUG-2025 **Fecha Inicio** : 22/09/2025 **Fecha Vto** : 30/11/2026
Programa : PROCEDIMIENTO **Tipo de Pago** : Pago por evento **Fecha Ingreso** : 20/10/2025 **Fecha Egreso** : 20/10/2025
Tipo Usuario : Especiales o de Excepción Beneficiario **Cobertura** : Cobertura Régimen Especial o Excepción

CODIGO	DESCRIPCION DEL SERVICIO	VLR. UNIDAD	CANT	VLR. TOTAL	VLR. USUARIO	VLR. EMPRESA
908338	AMINOACIDOS CUANTITATIVOS	141,749.00	1.00	141,749.00	0.00	141,749.00

SON : CIENTO CUARENTA Y UN MIL SETECIENTOS CUARENTA Y NUEVE PESOS

OBSERVACIONES:

Subtotal	141,749.00
Cuota Mod.	0.00
Total a Pagar	**141,749.00**

Resolución de Facturación N° 18764088201154 Numeración Autorizada Del CF 91438 Hasta CF 500000 Fecha 03/02/2025 Vigencia 12 Meses 03/02/2026

ESTA FACTURA DE VENTA SE ASIMILA EN TODOS SUS LEGALES A UNA LETRA DE CAMBIO, SEGUN ART. 774 DEL C. DE CIO. NO SE ACEPTAN DEVOLUCIONES DESPUES DE PASADOS 30 DÍAS. CANCELE ANTES DE FECHA DE VENCIMIENTO.

FIRMA Y SELLO DE RECIBIDO

Cufe: 448d673ed8bd1ae687e0ebad31d64b191218053843503ba425cabc73a12104813e3b0864722dba3cfaca72b4647f0dfe

FECHA Y HORA ENVIO DIAN : 13/11/2025 08:34:38 p.m.

REPRESENTACION GRAFICA - Impresa por Software-TNS.co NIT. 800.182.856-1

CENTRO INTEGRAL DE ATENCION DIAGNOSTICA ESPECIALIZADA IPS S.A.S.

Nit: 900.542.979-5
Direccion: Av 11E # 4-09 Quinta Oriental
telefono: 3017960569
Email: ciade.admon@hotmail.com

A PARTIR DEL AÑO 2020 SOMOS CONTRIBUYENTES DEL REGIMEN ESPECIAL EN MATERIA TRIBUTARIA ZESE (ART. 147 LEY 2010 DE 2019)
A partir del año 2025 somos beneficiarios zese del 50% del impuesto. favor practicar retención en la fuente a título de renta al 50% de la tarifa.

Factura Electronica de Venta No.:

CF 97508

Autorización de Servicio: 2025103840274

Datos de la Entidad

Entidad : DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA
NIT : 901541137-1 **Telefono Entidad** : 3102133692
Dirección : AV QUEBRADA SECA 33A 207

Fecha Elab. : Noviembre 13 de 2025
Forma de pago : CREDITO
Fecha Vencimiento: 12/01/2026

Datos del Usuario

Primer Nombre : LUIS **Segundo Nombre** : FERNANDO **Primer Apellido** : RICO **Segundo Apellido** : SANCHEZ
Documento : CC 1093754600 **Edad** : 35 Años **Sexo** : M **Telefono** :
Dirección : NULL

Contrato : 402-DIGSA/DMBUG-2025 **Fecha Inicio** : 22/09/2025 **Fecha Vto** : 30/11/2026
Programa : PROCEDIMIENTO **Tipo de Pago** : Pago por evento **Fecha Ingreso** : 23/10/2025 **Fecha Egreso** : 23/10/2025
Tipo Usuario : Especiales o de Excepción Cotizante **Cobertura** : Cobertura Régimen Especial o Excepción

CODIGO	DESCRIPCION DEL SERVICIO	VLR. UNIDAD	CANT	VLR. TOTAL	VLR. USUARIO	VLR. EMPRESA
901235	UROCULTIVO [ANTIBIOGRAMA DE DISCO]	30,162.00	1.00	30,162.00	0.00	30,162.00
902045	TIEMPO DE PROTROMBINA [PT]	7,325.00	1.00	7,325.00	0.00	7,325.00
902049	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL [PTT]	7,985.00	1.00	7,985.00	0.00	7,985.00

SON : CUARENTA Y CINCO MIL CUATROCIENTOS SETENTA Y DOS PESOS

OBSERVACIONES:

Subtotal	45,472.00
Cuota Mod.	0.00
Total a Pagar	**45,472.00**

Resolución de Facturación N° 18764088201154 Numeración Autorizada Del CF 91438 Hasta CF 500000 Fecha 03/02/2025 Vigencia 12 Meses 03/02/2026

ESTA FACTURA DE VENTA SE ASIMILA EN TODOS SUS LEGALES A UNA LETRA DE CAMBIO, SEGUN ART. 774 DEL C. DE CIO.
NO SE ACEPTAN DEVOLUCIONES DESPUES DE PASADOS 30 DÍAS.
CANCELE ANTES DE FECHA DE VENCIMIENTO.

FIRMA Y SELLO DE RECIBIDO

Cufe: d3379afb360a69650b2cddd6a852a8bc560ddfbd39d648f861fb46383c060c5de023643b1038bbcba4510b7e5d3cde3a

FECHA Y HORA ENVIO DIAN : 13/11/2025 08:34:55 p.m.

REPRESENTACION GRAFICA - Impresa por Software-TNS.co NIT. 800.182.856-1

CENTRO INTEGRAL DE ATENCION DIAGNOSTICA ESPECIALIZADA IPS S.A.S.

Nit: 900.542.979-5
Direccion: Av 11E # 4-09 Quinta Oriental
telefono: 3017960569
Email: ciade.admon@hotmail.com

A PARTIR DEL AÑO 2020 SOMOS CONTRIBUYENTES DEL REGIMEN ESPECIAL EN MATERIA TRIBUTARIA ZESE (ART. 147 LEY 2010 DE 2019)
A partir del año 2025 somos beneficiarios zese del 50% del impuesto. favor practicar retención en la fuente a título de renta al 50% de la tarifa.

Factura Electronica de Venta No.:

CF 97509

Autorización de Servicio: 2025103699580

Datos de la Entidad

Entidad : DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA
Fecha Elab. : Noviembre 13 de 2025
NIT : 901541137-1 **Telefono Entidad** : 3102133692
Forma de pago : CREDITO
Dirección : AV QUEBRADA SECA 33A 207
Fecha Vencimiento: 12/01/2026

Datos del Usuario

Primer Nombre : ANA **Segundo Nombre** : DINEY **Primer Apellido** : ORTEGA **Segundo Apellido** : DE DUARTE
Documento : CC 37310144 **Edad** : 67 Años **Sexo** : F **Telefono** : 3216612603
Dirección : VL LAS LISCAS

Contrato : 402-DIGSA/DMBUG-2025 **Fecha Inicio** : 22/09/2025 **Fecha Vto** : 30/11/2026
Programa : PROCEDIMIENTO **Tipo de Pago** : Pago por evento **Fecha Ingreso** : 10/10/2025 **Fecha Egreso** : 10/10/2025
Tipo Usuario : Especiales o de Excepción Cotizante **Cobertura** : Cobertura Régimen Especial o Excepción

CODIGO	DESCRIPCION DEL SERVICIO	VLR. UNIDAD	CANT	VLR. TOTAL	VLR. USUARIO	VLR. EMPRESA
902045	TIEMPO DE PROTROMBINA [PT]	7,325.00	1.00	7,325.00	0.00	7,325.00
902049	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL [PTT]	7,985.00	1.00	7,985.00	0.00	7,985.00

SON : QUINCE MIL TRESCIENTOS DIEZ PESOS

OBSERVACIONES:

Subtotal	15,310.00
Cuota Mod.	0.00
Total a Pagar	**15,310.00**

Resolución de Facturación N° 18764088201154 Numeración Autorizada Del CF 91438 Hasta CF 500000 Fecha 03/02/2025 Vigencia 12 Meses 03/02/2026

ESTA FACTURA DE VENTA SE ASIMILA EN TODOS SUS LEGALES A UNA LETRA DE CAMBIO, SEGUN ART. 774 DEL C. DE CIO.
NO SE ACEPTAN DEVOLUCIONES DESPUES DE PASADOS 30 DÍAS.
CANCELE ANTES DE FECHA DE VENCIMIENTO.

FIRMA Y SELLO DE RECIBIDO

Cufe: 4be9f6496e48adb4f49a81e858218962d1a93073034d559b368008e0d8481ee0d824851dcba4d5d23bdb7540f8fbfdef

FECHA Y HORA ENVIO DIAN : 13/11/2025 08:35:01 p.m.

REPRESENTACION GRAFICA - Impresa por Software-TNS.co NIT. 800.182.856-1

CENTRO INTEGRAL DE ATENCION DIAGNOSTICA ESPECIALIZADA IPS S.A.S.

Nit: 900.542.979-5
Direccion: Av 11E # 4-09 Quinta Oriental
telefono: 3017960569
Email: ciade.admon@hotmail.com

A PARTIR DEL AÑO 2020 SOMOS CONTRIBUYENTES DEL REGIMEN ESPECIAL EN MATERIA TRIBUTARIA ZESE (ART. 147 LEY 2010 DE 2019)
A partir del año 2025 somos beneficiarios zese del 50% del impuesto. favor practicar retención en la fuente a título de renta al 50% de la tarifa.

Factura Electronica de Venta No.:

CF 97510

Autorización de Servicio: 2025103699523

Datos de la Entidad

Entidad : DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA
Fecha Elab. : Noviembre 13 de 2025
NIT : 901541137-1 **Telefono Entidad** : 3102133692
Forma de pago : CREDITO
Dirección : AV QUEBRADA SECA 33A 207
Fecha Vencimiento: 12/01/2026

Datos del Usuario

Primer Nombre : CAROLINA **Segundo Nombre** : **Primer Apellido** : PALLARES **Segundo Apellido** : CARRASCAL
Documento : CC 37331957 **Edad** : 48 Años **Sexo** : F **Telefono** : 3115056780
Dirección :

Contrato : 402-DIGSA/DMBUG-2025 **Fecha Inicio** : 22/09/2025 **Fecha Vto** : 30/11/2026
Programa : PROCEDIMIENTO **Tipo de Pago** : Pago por evento **Fecha Ingreso** : 15/10/2025 **Fecha Egreso** : 15/10/2025
Tipo Usuario : Especiales o de Excepción Beneficiario **Cobertura** : Cobertura Régimen Especial o Excepción

CODIGO	DESCRIPCION DEL SERVICIO	VLR. UNIDAD	CANT	VLR. TOTAL	VLR. USUARIO	VLR. EMPRESA
903864	SODIO	5,679.00	1.00	5,679.00	0.00	5,679.00

SON : CINCO MIL SEISCIENTOS SETENTA Y NUEVE PESOS

OBSERVACIONES:

Subtotal	5,679.00
Cuota Mod.	0.00
Total a Pagar	**5,679.00**

Resolución de Facturación N° 18764088201154 Numeración Autorizada Del CF 91438 Hasta CF 500000 Fecha 03/02/2025 Vigencia 12 Meses 03/02/2026

ESTA FACTURA DE VENTA SE ASIMILA EN TODOS SUS LEGALES A UNA LETRA DE CAMBIO, SEGUN ART. 774 DEL C. DE CIO.
NO SE ACEPTAN DEVOLUCIONES DESPUES DE PASADOS 30 DÍAS.
CANCELE ANTES DE FECHA DE VENCIMIENTO.

FIRMA Y SELLO DE RECIBIDO

Cufe: 58199fe509f0ae35de6a796ce9ea2388394b7a2fc6fa09a0c82763850c0c82b13d0b6a85eb8c100eb75fcdbd89bc2bbb

FECHA Y HORA ENVIO DIAN : 13/11/2025 08:35:07 p.m.

REPRESENTACION GRAFICA - Impresa por Software-TNS.co NIT. 800.182.856-1

CENTRO INTEGRAL DE ATENCION DIAGNOSTICA ESPECIALIZADA IPS S.A.S.

Nit: 900.542.979-5
Direccion: Av 11E # 4-09 Quinta Oriental
telefono: 3017960569
Email: ciade.admon@hotmail.com

A PARTIR DEL AÑO 2020 SOMOS CONTRIBUYENTES DEL REGIMEN ESPECIAL EN MATERIA TRIBUTARIA ZESE (ART. 147 LEY 2010 DE 2019)
A partir del año 2025 somos beneficiarios zese del 50% del impuesto. favor practicar retención en la fuente a título de renta al 50% de la tarifa.

Factura Electronica de Venta No.:

CF 97511

Autorización de Servicio: 2025103783368

Datos de la Entidad

Entidad : DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA
Fecha Elab. : Noviembre 13 de 2025
NIT : 901541137-1 **Telefono Entidad** : 3102133692
Forma de pago : CREDITO
Dirección : AV QUEBRADA SECA 33A 207
Fecha Vencimiento: 12/01/2026

Datos del Usuario

Primer Nombre : JHONATAN **Segundo Nombre** : **Primer Apellido** : GUAUQUE **Segundo Apellido** : RODRIGUEZ
Documento : CC 1012442792 **Edad** : 28 Años **Sexo** : M **Telefono** :
Dirección : NULL

Contrato : 402-DIGSA/DMBUG-2025 **Fecha Inicio** : 22/09/2025 **Fecha Vto** : 30/11/2026
Programa : PROCEDIMIENTO **Tipo de Pago** : Pago por evento **Fecha Ingreso** : 21/10/2025 **Fecha Egreso** : 21/10/2025
Tipo Usuario : Especiales o de Excepción Cotizante **Cobertura** : Cobertura Régimen Especial o Excepción

CODIGO	DESCRIPCION DEL SERVICIO	VLR. UNIDAD	CANT	VLR. TOTAL	VLR. USUARIO	VLR. EMPRESA
904921	TIROXINA LIBRE [T4L]	13,106.00	1.00	13,106.00	0.00	13,106.00
904925	TRIYODOTIRONINA TOTAL [T3]	14,224.00	1.00	14,224.00	0.00	14,224.00
906458	TIROIDEOS MICROSOMALES ANTICUERPOS POR EIA	24,980.00	1.00	24,980.00	0.00	24,980.00
906463	TIROIDEOS TIROGLOBULINICOS ANTICUERPOS POR EIA	28,209.00	1.00	28,209.00	0.00	28,209.00

SON : OCHENTA MIL QUINIENTOS DIECINUEVE PESOS

OBSERVACIONES:

Subtotal	80,519.00
Cuota Mod.	0.00
Total a Pagar	**80,519.00**

Resolución de Facturación N° 18764088201154 Numeración Autorizada Del CF 91438 Hasta CF 500000 Fecha 03/02/2025 Vigencia 12 Meses 03/02/2026

ESTA FACTURA DE VENTA SE ASIMILA EN TODOS SUS LEGALES A UNA LETRA DE CAMBIO, SEGUN ART. 774 DEL C. DE CIO.
NO SE ACEPTAN DEVOLUCIONES DESPUES DE PASADOS 30 DÍAS.
CANCELE ANTES DE FECHA DE VENCIMIENTO.

FIRMA Y SELLO DE RECIBIDO

Cufe: 8996f4321807e66fa345860b5064820d20c43c28bfb2ef99a134344c356c67f65934f5d6ed46f7ae8f6910d01e006088

FECHA Y HORA ENVIO DIAN : 13/11/2025 08:35:13 p.m.

REPRESENTACION GRAFICA - Impresa por Software-TNS.co NIT. 800.182.856-1

CENTRO INTEGRAL DE ATENCION DIAGNOSTICA ESPECIALIZADA IPS S.A.S.

Nit: 900.542.979-5
Direccion: Av 11E # 4-09 Quinta Oriental
telefono: 3017960569
Email: ciade.admon@hotmail.com

A PARTIR DEL AÑO 2020 SOMOS CONTRIBUYENTES DEL REGIMEN ESPECIAL EN MATERIA TRIBUTARIA ZESE (ART. 147 LEY 2010 DE 2019)
A partir del año 2025 somos beneficiarios zese del 50% del impuesto. favor practicar retención en la fuente a título de renta al 50% de la tarifa.

Factura Electronica de Venta No.:

CF 97512

Autorización de Servicio: 2025103601565

Datos de la Entidad

Entidad : DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA
NIT : 901541137-1 **Telefono Entidad** : 3102133692
Dirección : AV QUEBRADA SECA 33A 207

Fecha Elab. : Noviembre 13 de 2025
Forma de pago : CREDITO
Fecha Vencimiento: 12/01/2026

Datos del Usuario

Primer Nombre : KALIL **Segundo Nombre** : ALI **Primer Apellido** : PEREZ **Segundo Apellido** : CEPEDES
Documento : CC 88269644 **Edad** : 41 Años **Sexo** : F **Telefono** :
Dirección : NULL

Contrato : 402-DIGSA/DMBUG-2025 **Fecha Inicio** : 22/09/2025 **Fecha Vto** : 30/11/2026
Programa : PROCEDIMIENTO **Tipo de Pago** : Pago por evento **Fecha Ingreso** : 03/10/2025 **Fecha Egreso** : 03/10/2025
Tipo Usuario : Especiales o de Excepción Cotizante **Cobertura** : Cobertura Régimen Especial o Excepción

CODIGO	DESCRIPCION DEL SERVICIO	VLR. UNIDAD	CANT	VLR. TOTAL	VLR. USUARIO	VLR. EMPRESA
903817	COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD [LDL] INMUNOLOGICO DIRECTO	6,562.00	1.00	6,562.00	0.00	6,562.00

SON : SEIS MIL QUINIENTOS SESENTA Y DOS PESOS

OBSERVACIONES:

Subtotal	6,562.00
Cuota Mod.	0.00
Total a Pagar	**6,562.00**

Resolución de Facturación N° 18764088201154 Numeración Autorizada Del CF 91438 Hasta CF 500000 Fecha 03/02/2025 Vigencia 12 Meses 03/02/2026

ESTA FACTURA DE VENTA SE ASIMILA EN TODOS SUS LEGALES A UNA LETRA DE CAMBIO, SEGUN ART. 774 DEL C. DE CIO.
NO SE ACEPTAN DEVOLUCIONES DESPUES DE PASADOS 30 DÍAS.
CANCELE ANTES DE FECHA DE VENCIMIENTO.

FIRMA Y SELLO DE RECIBIDO

Cufe: efebbe10f557bfa0298b2058a6de042c1fc457ad18c19c901436c688f6fcaff0503debf4fa489c663bede61f3961f905

FECHA Y HORA ENVIO DIAN : 13/11/2025 08:35:20 p.m.

REPRESENTACION GRAFICA - Impresa por Software-TNS.co NIT. 800.182.856-1

CENTRO INTEGRAL DE ATENCION DIAGNOSTICA ESPECIALIZADA IPS S.A.S.

Nit: 900.542.979-5
Direccion: Av 11E # 4-09 Quinta Oriental
telefono: 3017960569
Email: ciade.admon@hotmail.com

A PARTIR DEL AÑO 2020 SOMOS CONTRIBUYENTES DEL REGIMEN ESPECIAL EN MATERIA TRIBUTARIA ZESE (ART. 147 LEY 2010 DE 2019)
A partir del año 2025 somos beneficiarios zese del 50% del impuesto. favor practicar retención en la fuente a título de renta al 50% de la tarifa.

Factura Electronica de Venta No.:

CF 97513

Autorización de Servicio: 2025103841897

Datos de la Entidad

Entidad : DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA
Fecha Elab. : Noviembre 13 de 2025
NIT : 901541137-1 **Telefono Entidad** : 3102133692
Forma de pago : CREDITO
Dirección : AV QUEBRADA SECA 33A 207
Fecha Vencimiento: 12/01/2026

Datos del Usuario

Primer Nombre : WILMER **Segundo Nombre** : **Primer Apellido** : PINEDA **Segundo Apellido** : VEGA
Documento : CC 13363225 **Edad** : 64 Años **Sexo** : M **Telefono** :
Dirección : NULL

Contrato : 402-DIGSA/DMBUG-2025 **Fecha Inicio** : 22/09/2025 **Fecha Vto** : 30/11/2026
Programa : PROCEDIMIENTO **Tipo de Pago** : Pago por evento **Fecha Ingreso** : 29/10/2025 **Fecha Egreso** : 29/10/2025
Tipo Usuario : Especiales o de Excepción Cotizante **Cobertura** : Cobertura Régimen Especial o Excepción

CODIGO	DESCRIPCION DEL SERVICIO	VLR. UNIDAD	CANT	VLR. TOTAL	VLR. USUARIO	VLR. EMPRESA
903706	VITAMINA D 25 DIHIDROXI	41,983.00	1.00	41,983.00	0.00	41,983.00

SON : CUARENTA Y UN MIL NOVECIENTOS OCHENTA Y TRES PESOS

OBSERVACIONES:

Subtotal	41,983.00
Cuota Mod.	0.00
Total a Pagar	**41,983.00**

Resolución de Facturación N° 18764088201154 Numeración Autorizada Del CF 91438 Hasta CF 500000 Fecha 03/02/2025 Vigencia 12 Meses 03/02/2026

ESTA FACTURA DE VENTA SE ASIMILA EN TODOS SUS LEGALES A UNA LETRA DE CAMBIO, SEGUN ART. 774 DEL C. DE CIO. NO SE ACEPTAN DEVOLUCIONES DESPUES DE PASADOS 30 DÍAS. CANCELE ANTES DE FECHA DE VENCIMIENTO.

FIRMA Y SELLO DE RECIBIDO

Cufe: ea93bacd02ada0792ad80e66d6cd68486cec16694f78018fa388d3abc644dae290cb534f373475119baf0e6ed97f1fb5

FECHA Y HORA ENVIO DIAN : 13/11/2025 08:35:32 p.m.

REPRESENTACION GRAFICA - Impresa por Software-TNS.co NIT. 800.182.856-1

CENTRO INTEGRAL DE ATENCION DIAGNOSTICA ESPECIALIZADA IPS S.A.S.

Nit: 900.542.979-5
Direccion: Av 11E # 4-09 Quinta Oriental
telefono: 3017960569
Email: ciade.admon@hotmail.com

A PARTIR DEL AÑO 2020 SOMOS CONTRIBUYENTES DEL REGIMEN ESPECIAL EN MATERIA TRIBUTARIA ZESE (ART. 147 LEY 2010 DE 2019)
A partir del año 2025 somos beneficiarios zese del 50% del impuesto. favor practicar retención en la fuente a título de renta al 50% de la tarifa.

Factura Electronica de Venta No.:

CF 97514

Autorización de Servicio: 2025103918669

Datos de la Entidad

Entidad : DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA
Fecha Elab. : Noviembre 13 de 2025
NIT : 901541137-1 **Telefono Entidad** : 3102133692
Forma de pago : CREDITO
Dirección : AV QUEBRADA SECA 33A 207
Fecha Vencimiento: 12/01/2026

Datos del Usuario

Primer Nombre : WILLIAN **Segundo Nombre** : ALEXANDER **Primer Apellido** : GORDILLO **Segundo Apellido** : LADINO
Documento : CC 1076655439 **Edad** : 34 Años **Sexo** : M **Telefono** :
Dirección :

Contrato : 402-DIGSA/DMBUG-2025 **Fecha Inicio** : 22/09/2025 **Fecha Vto** : 30/11/2026
Programa : PROCEDIMIENTO **Tipo de Pago** : Pago por evento **Fecha Ingreso** : 29/10/2025 **Fecha Egreso** : 29/10/2025
Tipo Usuario : Especiales o de Excepción Cotizante **Cobertura** : Cobertura Régimen Especial o Excepción

CODIGO	DESCRIPCION DEL SERVICIO	VLR. UNIDAD	CANT	VLR. TOTAL	VLR. USUARIO	VLR. EMPRESA
902045	TIEMPO DE PROTROMBINA [PT]	7,325.00	1.00	7,325.00	0.00	7,325.00
902049	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL [PTT]	7,985.00	1.00	7,985.00	0.00	7,985.00

SON : QUINCE MIL TRESCIENTOS DIEZ PESOS

OBSERVACIONES:

Subtotal	15,310.00
Cuota Mod.	0.00
Total a Pagar	**15,310.00**

Resolución de Facturación N° 18764088201154 Numeración Autorizada Del CF 91438 Hasta CF 500000 Fecha 03/02/2025 Vigencia 12 Meses 03/02/2026

ESTA FACTURA DE VENTA SE ASIMILA EN TODOS SUS LEGALES A UNA LETRA DE CAMBIO, SEGUN ART. 774 DEL C. DE CIO.
NO SE ACEPTAN DEVOLUCIONES DESPUES DE PASADOS 30 DÍAS.
CANCELE ANTES DE FECHA DE VENCIMIENTO.

FIRMA Y SELLO DE RECIBIDO

Cufe: 4376ce74069d1f13a54a80217a9a4385c6e1ca38548a4cb80a720fc4615466fea9148b1fb175d3314b6e350ddc414412

FECHA Y HORA ENVIO DIAN : 13/11/2025 08:35:26 p.m.

REPRESENTACION GRAFICA - Impresa por Software-TNS.co NIT. 800.182.856-1

CENTRO INTEGRAL DE ATENCION DIAGNOSTICA ESPECIALIZADA IPS S.A.S.

Nit: 900.542.979-5
Direccion: Av 11E # 4-09 Quinta Oriental
telefono: 3017960569
Email: ciade.admon@hotmail.com

A PARTIR DEL AÑO 2020 SOMOS CONTRIBUYENTES DEL REGIMEN ESPECIAL EN MATERIA TRIBUTARIA ZESE (ART. 147 LEY 2010 DE 2019)
A partir del año 2025 somos beneficiarios zese del 50% del impuesto. favor practicar retención en la fuente a título de renta al 50% de la tarifa.

Factura Electronica de Venta No.:

CF 97515

Autorización de Servicio: 2025103722550

Datos de la Entidad

Entidad : DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA
NIT : 901541137-1 **Telefono Entidad** : 3102133692
Dirección : AV QUEBRADA SECA 33A 207

Fecha Elab. : Noviembre 13 de 2025
Forma de pago : CREDITO
Fecha Vencimiento: 12/01/2026

Datos del Usuario

Primer Nombre : GILBERTO **Segundo Nombre** : **Primer Apellido** : BARAJAS **Segundo Apellido** : SUAREZ
Documento : CC 91017971 **Edad** : 42 Años **Sexo** : M **Telefono** :
Dirección :

Contrato : 402-DIGSA/DMBUG-2025 **Fecha Inicio** : 22/09/2025 **Fecha Vto** : 30/11/2026
Programa : PROCEDIMIENTO DIAGNOSTICO **Tipo de Pago** : Pago por evento **Fecha Ingreso** : 11/10/2025 **Fecha Egreso** : 11/10/2025
Tipo Usuario : Especiales o de Excepción Cotizante **Cobertura** : Cobertura Régimen Especial o Excepción

CODIGO	DESCRIPCION DEL SERVICIO	VLR. UNIDAD	CANT	VLR. TOTAL	VLR. USUARIO	VLR. EMPRESA
903807	ASPIRADO GASTRICO [EXAMEN FISICO Y CITOQUIMICO CON RECUENTO DE POLIMORFO NUCLEARES]	30,554.00	1.00	30,554.00	0.00	30,554.00
903847	LIPASA	9,418.00	1.00	9,418.00	0.00	9,418.00

SON : TREINTA Y NUEVE MIL NOVECIENTOS SETENTA Y DOS PESOS

OBSERVACIONES:

Subtotal	39,972.00
Cuota Mod.	0.00
Total a Pagar	**39,972.00**

Resolución de Facturación N° 18764088201154 Numeración Autorizada Del CF 91438 Hasta CF 500000 Fecha 03/02/2025 Vigencia 12 Meses 03/02/2026

ESTA FACTURA DE VENTA SE ASIMILA EN TODOS SUS LEGALES A UNA LETRA DE CAMBIO, SEGUN ART. 774 DEL C. DE CIO.
NO SE ACEPTAN DEVOLUCIONES DESPUES DE PASADOS 30 DÍAS.
CANCELE ANTES DE FECHA DE VENCIMIENTO.

FIRMA Y SELLO DE RECIBIDO

Cufe: 53c38f60f585800a719fe9f751f5c1df1e950928c82696c3a3fdd7f891ad5952181264d35312180d3dd514f17eda7726

FECHA Y HORA ENVIO DIAN : 13/11/2025 08:35:45 p.m.

REPRESENTACION GRAFICA - Impresa por Software-TNS.co NIT. 800.182.856-1

CENTRO INTEGRAL DE ATENCION DIAGNOSTICA ESPECIALIZADA IPS S.A.S.

Nit: 900.542.979-5
Direccion: Av 11E # 4-09 Quinta Oriental
telefono: 3017960569
Email: ciade.admon@hotmail.com

A PARTIR DEL AÑO 2020 SOMOS CONTRIBUYENTES DEL REGIMEN ESPECIAL EN MATERIA TRIBUTARIA ZESE (ART. 147 LEY 2010 DE 2019)
A partir del año 2025 somos beneficiarios zese del 50% del impuesto. favor practicar retención en la fuente a título de renta al 50% de la tarifa.

Factura Electronica de Venta No.:

CF 97516

Autorización de Servicio: 2025103716620

Datos de la Entidad

Entidad : DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA
Fecha Elab. : Noviembre 13 de 2025
NIT : 901541137-1 **Telefono Entidad** : 3102133692
Forma de pago : CREDITO
Dirección : AV QUEBRADA SECA 33A 207
Fecha Vencimiento: 12/01/2026

Datos del Usuario

Primer Nombre : ADHARA **Segundo Nombre** : ANTONIA **Primer Apellido** : FRANCO **Segundo Apellido** : VALENCIA
Documento : RC 1105842047 **Edad** : 4 Años **Sexo** : F **Telefono** :
Dirección :

Contrato : 402-DIGSA/DMBUG-2025 **Fecha Inicio** : 22/09/2025 **Fecha Vto** : 30/11/2026
Programa : PROCEDIMIENTO **Tipo de Pago** : Pago por evento **Fecha Ingreso** : 15/10/2025 **Fecha Egreso** : 15/10/2025
Tipo Usuario : Especiales o de Excepción Beneficiario **Cobertura** : Cobertura Régimen Especial o Excepción

CODIGO	DESCRIPCION DEL SERVICIO	VLR. UNIDAD	CANT	VLR. TOTAL	VLR. USUARIO	VLR. EMPRESA
902045	TIEMPO DE PROTROMBINA [PT]	7,325.00	1.00	7,325.00	0.00	7,325.00
902049	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL [PTT]	7,985.00	1.00	7,985.00	0.00	7,985.00

SON : QUINCE MIL TRESCIENTOS DIEZ PESOS

OBSERVACIONES:

Subtotal	15,310.00
Cuota Mod.	0.00
Total a Pagar	**15,310.00**

Resolución de Facturación N° 18764088201154 Numeración Autorizada Del CF 91438 Hasta CF 500000 Fecha 03/02/2025 Vigencia 12 Meses 03/02/2026

ESTA FACTURA DE VENTA SE ASIMILA EN TODOS SUS LEGALES A UNA LETRA DE CAMBIO, SEGUN ART. 774 DEL C. DE CIO.
NO SE ACEPTAN DEVOLUCIONES DESPUES DE PASADOS 30 DÍAS.
CANCELE ANTES DE FECHA DE VENCIMIENTO.

FIRMA Y SELLO DE RECIBIDO

Cufe: 440690e30b58c9dda782cc4c6ef4d8bd2052649d415cf05ebf6b14459e3bfa335d580549d576062ff87f1935c6841c3d

FECHA Y HORA ENVIO DIAN : 13/11/2025 08:35:51 p.m.

REPRESENTACION GRAFICA - Impresa por Software-TNS.co NIT. 800.182.856-1

CENTRO INTEGRAL DE ATENCION DIAGNOSTICA ESPECIALIZADA IPS S.A.S.

Nit: 900.542.979-5
Direccion: Av 11E # 4-09 Quinta Oriental
telefono: 3017960569
Email: ciade.admon@hotmail.com

A PARTIR DEL AÑO 2020 SOMOS CONTRIBUYENTES DEL REGIMEN ESPECIAL EN MATERIA TRIBUTARIA ZESE (ART. 147 LEY 2010 DE 2019)
A partir del año 2025 somos beneficiarios zese del 50% del impuesto. favor practicar retención en la fuente a título de renta al 50% de la tarifa.

Factura Electronica de Venta No.:

CF 97517

Autorización de Servicio: 2025103842075

Datos de la Entidad

Entidad : DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA
Fecha Elab. : Noviembre 13 de 2025
NIT : 901541137-1 **Telefono Entidad** : 3102133692
Forma de pago : CREDITO
Dirección : AV QUEBRADA SECA 33A 207
Fecha Vencimiento: 12/01/2026

Datos del Usuario

Primer Nombre : NANCY **Segundo Nombre** : YANITZA **Primer Apellido** : SABBAGH **Segundo Apellido** :
Documento : CC 37324659 **Edad** : 54 Años **Sexo** : F **Telefono** :
Dirección : NULL

Contrato : 402-DIGSA/DMBUG-2025 **Fecha Inicio** : 22/09/2025 **Fecha Vto** : 30/11/2026
Programa : PROCEDIMIENTO **Tipo de Pago** : Pago por evento **Fecha Ingreso** : 27/10/2025 **Fecha Egreso** : 27/10/2025
Tipo Usuario : Especiales o de Excepción Cotizante **Cobertura** : Cobertura Régimen Especial o Excepción

CODIGO	DESCRIPCION DEL SERVICIO	VLR. UNIDAD	CANT	VLR. TOTAL	VLR. USUARIO	VLR. EMPRESA
903706	VITAMINA D 25 DIHIDROXI	41,983.00	1.00	41,983.00	0.00	41,983.00

SON : CUARENTA Y UN MIL NOVECIENTOS OCHENTA Y TRES PESOS

OBSERVACIONES:

Subtotal	41,983.00
Cuota Mod.	0.00
Total a Pagar	**41,983.00**

Resolución de Facturación N° 18764088201154 Numeración Autorizada Del CF 91438 Hasta CF 500000 Fecha 03/02/2025 Vigencia 12 Meses 03/02/2026

ESTA FACTURA DE VENTA SE ASIMILA EN TODOS SUS LEGALES A UNA LETRA DE CAMBIO, SEGUN ART. 774 DEL C. DE CIO.
NO SE ACEPTAN DEVOLUCIONES DESPUES DE PASADOS 30 DÍAS.
CANCELE ANTES DE FECHA DE VENCIMIENTO.

FIRMA Y SELLO DE RECIBIDO

Cufe: 78535f958d2707d9d428f502ff4ea0ee4d56964d56cf499b15af719ae0049e47e0cd5373f3f6c683e2823e5cbeba6b9d

FECHA Y HORA ENVIO DIAN : 13/11/2025 08:36:03 p.m.

REPRESENTACION GRAFICA - Impresa por Software-TNS.co NIT. 800.182.856-1

CENTRO INTEGRAL DE ATENCION DIAGNOSTICA ESPECIALIZADA IPS S.A.S.

Nit: 900.542.979-5
Direccion: Av 11E # 4-09 Quinta Oriental
telefono: 3017960569
Email: ciade.admon@hotmail.com

A PARTIR DEL AÑO 2020 SOMOS CONTRIBUYENTES DEL REGIMEN ESPECIAL EN MATERIA TRIBUTARIA ZESE (ART. 147 LEY 2010 DE 2019)
A partir del año 2025 somos beneficiarios zese del 50% del impuesto. favor practicar retención en la fuente a título de renta al 50% de la tarifa.

Factura Electronica de Venta No.:

CF 97518

Autorización de Servicio: 2025103522940

Datos de la Entidad

Entidad : DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA
NIT : 901541137-1 **Telefono Entidad** : 3102133692
Dirección : AV QUEBRADA SECA 33A 207

Fecha Elab. : Noviembre 13 de 2025
Forma de pago : CREDITO
Fecha Vencimiento: 12/01/2026

Datos del Usuario

Primer Nombre : YEIMITH **Segundo Nombre** : ALEXANDRA **Primer Apellido** : SANCHEZ **Segundo Apellido** : RAMOS
Documento : CC 1118288078 **Edad** : 37 Años **Sexo** : F **Telefono** :
Dirección :

Contrato : 402-DIGSA/DMBUG-2025 **Fecha Inicio** : 22/09/2025 **Fecha Vto** : 30/11/2026
Programa : PROCEDIMIENTO **Tipo de Pago** : Pago por evento **Fecha Ingreso** : 01/10/2025 **Fecha Egreso** : 01/10/2025
Tipo Usuario : Especiales o de Excepción Cotizante **Cobertura** : Cobertura Régimen Especial o Excepción

CODIGO	DESCRIPCION DEL SERVICIO	VLR. UNIDAD	CANT	VLR. TOTAL	VLR. USUARIO	VLR. EMPRESA
904105	HORMONA FOLICULO ESTIMULANTE [FSH]	19,959.00	1.00	19,959.00	0.00	19,959.00
904107	HORMONA LUTEINIZANTE [LH]	20,447.00	1.00	20,447.00	0.00	20,447.00
904511	HORMONA ANTIMULLERIANA	104,856.00	1.00	104,856.00	0.00	104,856.00

SON : CIENTO CUARENTA Y CINCO MIL DOSCIENTOS SESENTA Y DOS PESOS

OBSERVACIONES:

Subtotal	145,262.00
Cuota Mod.	0.00
Total a Pagar	**145,262.00**

Resolución de Facturación N° 18764088201154 Numeración Autorizada Del CF 91438 Hasta CF 500000 Fecha 03/02/2025 Vigencia 12 Meses 03/02/2026

ESTA FACTURA DE VENTA SE ASIMILA EN TODOS SUS LEGALES A UNA LETRA DE CAMBIO, SEGUN ART. 774 DEL C. DE CIO.
NO SE ACEPTAN DEVOLUCIONES DESPUES DE PASADOS 30 DÍAS.
CANCELE ANTES DE FECHA DE VENCIMIENTO.

FIRMA Y SELLO DE RECIBIDO

Cufe: 999d54cfe4823217e3136e2eef422ef055955219f59d46425448318616310d356dfec407d2cfe7e1c74903abb8a0458a

FECHA Y HORA ENVIO DIAN : 13/11/2025 08:35:57 p.m.

REPRESENTACION GRAFICA - Impresa por Software-TNS.co NIT. 800.182.856-1

CENTRO INTEGRAL DE ATENCION DIAGNOSTICA ESPECIALIZADA IPS S.A.S.

Nit: 900.542.979-5
Direccion: Av 11E # 4-09 Quinta Oriental
telefono: 3017960569
Email: ciade.admon@hotmail.com

A PARTIR DEL AÑO 2020 SOMOS CONTRIBUYENTES DEL REGIMEN ESPECIAL EN MATERIA TRIBUTARIA ZESE (ART. 147 LEY 2010 DE 2019)
A partir del año 2025 somos beneficiarios zese del 50% del impuesto. favor practicar retención en la fuente a título de renta al 50% de la tarifa.

Factura Electronica de Venta No.:

CF 97519

Autorización de Servicio: 2025103699074

Datos de la Entidad

Entidad : DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA
Fecha Elab. : Noviembre 13 de 2025
NIT : 901541137-1 **Telefono Entidad** : 3102133692
Forma de pago : CREDITO
Dirección : AV QUEBRADA SECA 33A 207
Fecha Vencimiento: 12/01/2026

Datos del Usuario

Primer Nombre : SINDI **Segundo Nombre** : PAOLA **Primer Apellido** : ROMERO **Segundo Apellido** : GAONA
Documento : CC 1067032948 **Edad** : 36 Años **Sexo** : F **Telefono** : 1
Dirección : NULL

Contrato : 402-DIGSA/DMBUG-2025 **Fecha Inicio** : 22/09/2025 **Fecha Vto** : 30/11/2026
Programa : PROCEDIMIENTO **Tipo de Pago** : Pago por evento **Fecha Ingreso** : 10/10/2025 **Fecha Egreso** : 10/10/2025
Tipo Usuario : Especiales o de Excepción Beneficiario **Cobertura** : Cobertura Régimen Especial o Excepción

CODIGO	DESCRIPCION DEL SERVICIO	VLR. UNIDAD	CANT	VLR. TOTAL	VLR. USUARIO	VLR. EMPRESA
904922	TIROXINA TOTAL [T4]	17,527.00	1.00	17,527.00	0.00	17,527.00
904925	TRIYODOTIRONINA TOTAL [T3]	20,242.00	1.00	20,242.00	0.00	20,242.00
906131	TRIPANOSOMA CRUZY [CHAGAS] ANTICUERPOS POR EIA * &	26,063.00	1.00	26,063.00	0.00	26,063.00

SON : SESENTA Y TRES MIL OCHOCIENTOS TREINTA Y DOS PESOS

OBSERVACIONES:

Subtotal	63,832.00
Cuota Mod.	0.00
Total a Pagar	**63,832.00**

Resolución de Facturación N° 18764088201154 Numeración Autorizada Del CF 91438 Hasta CF 500000 Fecha 03/02/2025 Vigencia 12 Meses 03/02/2026

ESTA FACTURA DE VENTA SE ASIMILA EN TODOS SUS LEGALES A UNA LETRA DE CAMBIO, SEGUN ART. 774 DEL C. DE CIO.
NO SE ACEPTAN DEVOLUCIONES DESPUES DE PASADOS 30 DÍAS.
CANCELE ANTES DE FECHA DE VENCIMIENTO.

FIRMA Y SELLO DE RECIBIDO

Cufe: 4882786209033d87dfeb19ad09bd5093754d9dca2b651463366a7ddd6c94ba7a31f24cdccf840b58ffdc777e2df213fa

FECHA Y HORA ENVIO DIAN : 13/11/2025 08:35:39 p.m.

REPRESENTACION GRAFICA - Impresa por Software-TNS.co NIT. 800.182.856-1

CENTRO INTEGRAL DE ATENCION DIAGNOSTICA ESPECIALIZADA IPS S.A.S.

Nit: 900.542.979-5
Direccion: Av 11E # 4-09 Quinta Oriental
telefono: 3017960569
Email: ciade.admon@hotmail.com

A PARTIR DEL AÑO 2020 SOMOS CONTRIBUYENTES DEL REGIMEN ESPECIAL EN MATERIA TRIBUTARIA ZESE (ART. 147 LEY 2010 DE 2019)
A partir del año 2025 somos beneficiarios zese del 50% del impuesto. favor practicar retención en la fuente a título de renta al 50% de la tarifa.

Factura Electronica de Venta No.:

CF 97520

Autorización de Servicio: 2025103605593

Datos de la Entidad

Entidad : DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA
Fecha Elab. : Noviembre 13 de 2025
NIT : 901541137-1 **Telefono Entidad** : 3102133692
Forma de pago : CREDITO
Dirección : AV QUEBRADA SECA 33A 207
Fecha Vencimiento: 12/01/2026

Datos del Usuario

Primer Nombre : YUDY **Segundo Nombre** : ALEYDA **Primer Apellido** : VELANDIA **Segundo Apellido** : ARCINIEGAS
Documento : CC 30504403 **Edad** : 54 Años **Sexo** : F **Telefono** :
Dirección :

Contrato : 402-DIGSA/DMBUG-2025 **Fecha Inicio** : 22/09/2025 **Fecha Vto** : 30/11/2026
Programa : PROCEDIMIENTO **Tipo de Pago** : Pago por evento **Fecha Ingreso** : 03/10/2025 **Fecha Egreso** : 03/10/2025
Tipo Usuario : Especiales o de Excepción Cotizante **Cobertura** : Cobertura Régimen Especial o Excepción

CODIGO	DESCRIPCION DEL SERVICIO	VLR. UNIDAD	CANT	VLR. TOTAL	VLR. USUARIO	VLR. EMPRESA
902045	TIEMPO DE PROTROMBINA [PT]	7,325.00	1.00	7,325.00	0.00	7,325.00
902049	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL [PTT]	7,985.00	1.00	7,985.00	0.00	7,985.00

SON : QUINCE MIL TRESCIENTOS DIEZ PESOS

OBSERVACIONES:

Subtotal	15,310.00
Cuota Mod.	0.00
Total a Pagar	**15,310.00**

Resolución de Facturación N° 18764088201154 Numeración Autorizada Del CF 91438 Hasta CF 500000 Fecha 03/02/2025 Vigencia 12 Meses 03/02/2026

ESTA FACTURA DE VENTA SE ASIMILA EN TODOS SUS LEGALES A UNA LETRA DE CAMBIO, SEGUN ART. 774 DEL C. DE CIO.
NO SE ACEPTAN DEVOLUCIONES DESPUES DE PASADOS 30 DÍAS.
CANCELE ANTES DE FECHA DE VENCIMIENTO.

FIRMA Y SELLO DE RECIBIDO

Cufe: 8c9a73b9ccc953c60a7a6717ab0433dd06b04d3b3dd9752c9b59aeb3fd480a2e4906b9b4e67751cd5fd0973374c45dd7

FECHA Y HORA ENVIO DIAN : 13/11/2025 08:36:15 p.m.

REPRESENTACION GRAFICA - Impresa por Software-TNS.co NIT. 800.182.856-1

CENTRO INTEGRAL DE ATENCION DIAGNOSTICA ESPECIALIZADA IPS S.A.S.

Nit: 900.542.979-5
Direccion: Av 11E # 4-09 Quinta Oriental
telefono: 3017960569
Email: ciade.admon@hotmail.com

A PARTIR DEL AÑO 2020 SOMOS CONTRIBUYENTES DEL REGIMEN ESPECIAL EN MATERIA TRIBUTARIA ZESE (ART. 147 LEY 2010 DE 2019)
A partir del año 2025 somos beneficiarios zese del 50% del impuesto. favor practicar retención en la fuente a título de renta al 50% de la tarifa.

Factura Electronica de Venta No.:

CF 97521

Autorización de Servicio: 2025103620715

Datos de la Entidad

Entidad : DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA
Fecha Elab. : Noviembre 13 de 2025
NIT : 901541137-1 **Telefono Entidad** : 3102133692
Forma de pago : CREDITO
Dirección : AV QUEBRADA SECA 33A 207
Fecha Vencimiento: 12/01/2026

Datos del Usuario

Primer Nombre : ANGELA **Segundo Nombre** : MARLLUR **Primer Apellido** : CORONEL **Segundo Apellido** : QUINTERO
Documento : CC 1091670851 **Edad** : 31 Años **Sexo** : F **Telefono** :
Dirección : NULL

Contrato : 402-DIGSA/DMBUG-2025 **Fecha Inicio** : 22/09/2025 **Fecha Vto** : 30/11/2026
Programa : PROCEDIMIENTO **Tipo de Pago** : Pago por evento **Fecha Ingreso** : 06/10/2025 **Fecha Egreso** : 06/10/2025
Tipo Usuario : Especiales o de Excepción Cotizante **Cobertura** : Cobertura Régimen Especial o Excepción

CODIGO	DESCRIPCION DEL SERVICIO	VLR. UNIDAD	CANT	VLR. TOTAL	VLR. USUARIO	VLR. EMPRESA
901107	COLORACION GRAM Y LECTURA PARA CUALQUIER MUESTRA *	5,709.00	1.00	5,709.00	0.00	5,709.00
901236	UROCULTIVO [ANTIOGRAMA MIC AUTOMATICO]	35,676.00	1.00	35,676.00	0.00	35,676.00
902045	TIEMPO DE PROTROMBINA [PT]	7,325.00	1.00	7,325.00	0.00	7,325.00
902049	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL [PTT]	7,985.00	1.00	7,985.00	0.00	7,985.00

SON : CINCUENTA Y SEIS MIL SEISCIENTOS NOVENTA Y CINCO PESOS

OBSERVACIONES:

Subtotal	56,695.00
Cuota Mod.	0.00
Total a Pagar	**56,695.00**

Resolución de Facturación N° 18764088201154 Numeración Autorizada Del CF 91438 Hasta CF 500000 Fecha 03/02/2025 Vigencia 12 Meses 03/02/2026

ESTA FACTURA DE VENTA SE ASIMILA EN TODOS SUS LEGALES A UNA LETRA DE CAMBIO, SEGUN ART. 774 DEL C. DE CIO.
NO SE ACEPTAN DEVOLUCIONES DESPUES DE PASADOS 30 DÍAS.
CANCELE ANTES DE FECHA DE VENCIMIENTO.

FIRMA Y SELLO DE RECIBIDO

Cufe: 5ec256696be2614367e430b67a7c48babec1234727ce0becdea57f540cfe5b03a21efc65aba62c51b1684445fabedd1a

FECHA Y HORA ENVIO DIAN : 13/11/2025 08:36:21 p.m.

REPRESENTACION GRAFICA - Impresa por Software-TNS.co NIT. 800.182.856-1

CENTRO INTEGRAL DE ATENCION DIAGNOSTICA ESPECIALIZADA IPS S.A.S.

Nit: 900.542.979-5
Direccion: Av 11E # 4-09 Quinta Oriental
telefono: 3017960569
Email: ciade.admon@hotmail.com

A PARTIR DEL AÑO 2020 SOMOS CONTRIBUYENTES DEL REGIMEN ESPECIAL EN MATERIA TRIBUTARIA ZESE (ART. 147 LEY 2010 DE 2019)
A partir del año 2025 somos beneficiarios zese del 50% del impuesto. favor practicar retención en la fuente a título de renta al 50% de la tarifa.

Factura Electronica de Venta No.:

CF 97524

Autorización de Servicio: 2025103840885

Datos de la Entidad

Entidad : DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA
NIT : 901541137-1 **Telefono Entidad** : 3102133692
Dirección : AV QUEBRADA SECA 33A 207

Fecha Elab. : Noviembre 13 de 2025
Forma de pago : CREDITO
Fecha Vencimiento: 12/01/2026

Datos del Usuario

Primer Nombre : CESAR **Segundo Nombre** : ALEXIS **Primer Apellido** : MUÑOZ **Segundo Apellido** : GALINDEZ
Documento : CC 1060874323 **Edad** : 33 Años **Sexo** : M **Telefono** :
Dirección :

Contrato : 402-DIGSA/DMBUG-2025 **Fecha Inicio** : 22/09/2025 **Fecha Vto** : 30/11/2026
Programa : PROCEDIMIENTO **Tipo de Pago** : Pago por evento **Fecha Ingreso** : 27/10/2025 **Fecha Egreso** : 27/10/2025
Tipo Usuario : Especiales o de Excepción Cotizante **Cobertura** : Cobertura Régimen Especial o Excepción

CODIGO	DESCRIPCION DEL SERVICIO	VLR. UNIDAD	CANT	VLR. TOTAL	VLR. USUARIO	VLR. EMPRESA
903005	CALCULO RENAL ANALISIS FISICO-QUIMICO CUANTITATIVO	28,908.00	1.00	28,908.00	0.00	28,908.00

SON : VEINTIOCHO MIL NOVECIENTOS OCHO PESOS

OBSERVACIONES:

Subtotal	28,908.00
Cuota Mod.	0.00
Total a Pagar	**28,908.00**

Resolución de Facturación N° 18764088201154 Numeración Autorizada Del CF 91438 Hasta CF 500000 Fecha 03/02/2025 Vigencia 12 Meses 03/02/2026

ESTA FACTURA DE VENTA SE ASIMILA EN TODOS SUS LEGALES A UNA LETRA DE CAMBIO, SEGUN ART. 774 DEL C. DE CIO.
NO SE ACEPTAN DEVOLUCIONES DESPUES DE PASADOS 30 DÍAS.
CANCELE ANTES DE FECHA DE VENCIMIENTO.

FIRMA Y SELLO DE RECIBIDO

Cufe: 60e9ebfec3453bd4ac40368f7d83107b13589ab2d3930d138e097e2b20a22c908f5f2050839fbee269ef317d475b31b6

FECHA Y HORA ENVIO DIAN : 13/11/2025 08:36:33 p.m.

REPRESENTACION GRAFICA - Impresa por Software-TNS.co NIT. 800.182.856-1

CENTRO INTEGRAL DE ATENCION DIAGNOSTICA ESPECIALIZADA IPS S.A.S.

Nit: 900.542.979-5
Direccion: Av 11E # 4-09 Quinta Oriental
telefono: 3017960569
Email: ciade.admon@hotmail.com

A PARTIR DEL AÑO 2020 SOMOS CONTRIBUYENTES DEL REGIMEN ESPECIAL EN MATERIA TRIBUTARIA ZESE (ART. 147 LEY 2010 DE 2019)
A partir del año 2025 somos beneficiarios zese del 50% del impuesto. favor practicar retención en la fuente a título de renta al 50% de la tarifa.

Factura Electronica de Venta No.:

CF 97525

Autorización de Servicio: 2025103519042

Datos de la Entidad

Entidad : DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA
NIT : 901541137-1 **Telefono Entidad** : 3102133692
Dirección : AV QUEBRADA SECA 33A 207

Fecha Elab. : Noviembre 13 de 2025
Forma de pago : CREDITO
Fecha Vencimiento: 12/01/2026

Datos del Usuario

Primer Nombre : SANDRA **Segundo Nombre** : JOHANNA **Primer Apellido** : ACOSTA **Segundo Apellido** : GONZALEZ
Documento : CC 52911934 **Edad** : 43 Años **Sexo** : F **Telefono** :
Dirección :

Contrato : 402-DIGSA/DMBUG-2025 **Fecha Inicio** : 22/09/2025 **Fecha Vto** : 30/11/2026
Programa : PROCEDIMIENTO **Tipo de Pago** : Pago por evento **Fecha Ingreso** : 02/10/2025 **Fecha Egreso** : 02/10/2025
Tipo Usuario : Especiales o de Excepción Cotizante **Cobertura** : Cobertura Régimen Especial o Excepción

CODIGO	DESCRIPCION DEL SERVICIO	VLR. UNIDAD	CANT	VLR. TOTAL	VLR. USUARIO	VLR. EMPRESA
908890	DETECCION VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECIFICO)	78,204.00	1.00	78,204.00	0.00	78,204.00

SON : SETENTA Y OCHO MIL DOSCIENTOS CUATRO PESOS

OBSERVACIONES:

Subtotal	78,204.00
Cuota Mod.	0.00
Total a Pagar	**78,204.00**

Resolución de Facturación N° 18764088201154 Numeración Autorizada Del CF 91438 Hasta CF 500000 Fecha 03/02/2025 Vigencia 12 Meses 03/02/2026

ESTA FACTURA DE VENTA SE ASIMILA EN TODOS SUS LEGALES A UNA LETRA DE CAMBIO, SEGUN ART. 774 DEL C. DE CIO.
NO SE ACEPTAN DEVOLUCIONES DESPUES DE PASADOS 30 DÍAS.
CANCELE ANTES DE FECHA DE VENCIMIENTO.

FIRMA Y SELLO DE RECIBIDO

Cufe: 4a6d75d1c37bae8b9536cfa6e5dd2857af3af05fdca6103bfa4917aa96c020d750a5901554586004ef7150ac182c8689

FECHA Y HORA ENVIO DIAN : 13/11/2025 08:36:39 p.m.

REPRESENTACION GRAFICA - Impresa por Software-TNS.co NIT. 800.182.856-1

CENTRO INTEGRAL DE ATENCION DIAGNOSTICA ESPECIALIZADA IPS S.A.S.

Nit: 900.542.979-5
Direccion: Av 11E # 4-09 Quinta Oriental
telefono: 3017960569
Email: ciade.admon@hotmail.com

A PARTIR DEL AÑO 2020 SOMOS CONTRIBUYENTES DEL REGIMEN ESPECIAL EN MATERIA TRIBUTARIA ZESE (ART. 147 LEY 2010 DE 2019)
A partir del año 2025 somos beneficiarios zese del 50% del impuesto. favor practicar retención en la fuente a título de renta al 50% de la tarifa.

Factura Electronica de Venta No.:

CF 97526

Autorización de Servicio: 2025103606847

Datos de la Entidad

Entidad : DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA
NIT : 901541137-1 **Telefono Entidad** : 3102133692
Dirección : AV QUEBRADA SECA 33A 207

Fecha Elab. : Noviembre 13 de 2025
Forma de pago : CREDITO
Fecha Vencimiento: 12/01/2026

Datos del Usuario

Primer Nombre : YAMILE **Segundo Nombre** : **Primer Apellido** : VASQUEZ **Segundo Apellido** : CASTRILLON
Documento : CC 1012404361 **Edad** : 32 Años **Sexo** : F **Telefono** :
Dirección : NULL

Contrato : 402-DIGSA/DMBUG-2025 **Fecha Inicio** : 22/09/2025 **Fecha Vto** : 30/11/2026
Programa : PROCEDIMIENTO **Tipo de Pago** : Pago por evento **Fecha Ingreso** : 07/10/2025 **Fecha Egreso** : 07/10/2025
Tipo Usuario : Especiales o de Excepción Cotizante **Cobertura** : Cobertura Régimen Especial o Excepción

CODIGO	DESCRIPCION DEL SERVICIO	VLR. UNIDAD	CANT	VLR. TOTAL	VLR. USUARIO	VLR. EMPRESA
908890	DETECCION VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECIFICO)	78,204.00	1.00	78,204.00	0.00	78,204.00

SON : SETENTA Y OCHO MIL DOSCIENTOS CUATRO PESOS

OBSERVACIONES:

Subtotal	78,204.00
Cuota Mod.	0.00
Total a Pagar	**78,204.00**

Resolución de Facturación N° 18764088201154 Numeración Autorizada Del CF 91438 Hasta CF 500000 Fecha 03/02/2025 Vigencia 12 Meses 03/02/2026

ESTA FACTURA DE VENTA SE ASIMILA EN TODOS SUS LEGALES A UNA LETRA DE CAMBIO, SEGUN ART. 774 DEL C. DE CIO.
NO SE ACEPTAN DEVOLUCIONES DESPUES DE PASADOS 30 DÍAS.
CANCELE ANTES DE FECHA DE VENCIMIENTO.

FIRMA Y SELLO DE RECIBIDO

Cufe: beaf0e797d0950e3c6b248b95d6ca027b8e1e6df043b36a7fb7494034fd303e68a19b6608e2c1e50cfe9afa6afffa5b9

FECHA Y HORA ENVIO DIAN : 13/11/2025 08:36:46 p.m.

REPRESENTACION GRAFICA - Impresa por Software-TNS.co NIT. 800.182.856-1

CENTRO INTEGRAL DE ATENCION DIAGNOSTICA ESPECIALIZADA IPS S.A.S.

Nit: 900.542.979-5
Direccion: Av 11E # 4-09 Quinta Oriental
telefono: 3017960569
Email: ciade.admon@hotmail.com

A PARTIR DEL AÑO 2020 SOMOS CONTRIBUYENTES DEL REGIMEN ESPECIAL EN MATERIA TRIBUTARIA ZESE (ART. 147 LEY 2010 DE 2019)
A partir del año 2025 somos beneficiarios zese del 50% del impuesto. favor practicar retención en la fuente a título de renta al 50% de la tarifa.

Factura Electronica de Venta No.:

CF 97527

Autorización de Servicio: 2025103840208

Datos de la Entidad

Entidad : DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA
Fecha Elab. : Noviembre 13 de 2025
NIT : 901541137-1 **Telefono Entidad** : 3102133692
Forma de pago : CREDITO
Dirección : AV QUEBRADA SECA 33A 207
Fecha Vencimiento: 12/01/2026

Datos del Usuario

Primer Nombre : MARIO **Segundo Nombre** : **Primer Apellido** : ARENAS **Segundo Apellido** : ORTIZ
Documento : CC 88142604 **Edad** : 57 Años **Sexo** : M **Telefono** :
Dirección : NULL

Contrato : 402-DIGSA/DMBUG-2025 **Fecha Inicio** : 22/09/2025 **Fecha Vto** : 30/11/2026
Programa : PROCEDIMIENTO **Tipo de Pago** : Pago por evento **Fecha Ingreso** : 24/10/2025 **Fecha Egreso** : 24/10/2025
Tipo Usuario : Especiales o de Excepción Cotizante **Cobertura** : Cobertura Régimen Especial o Excepción

CODIGO	DESCRIPCION DEL SERVICIO	VLR. UNIDAD	CANT	VLR. TOTAL	VLR. USUARIO	VLR. EMPRESA
903028	MICROALBUMINURIA POR RIA	18,742.00	1.00	18,742.00	0.00	18,742.00
903810	CALCIO POR COLORIMETRIA *	2,702.00	1.00	2,702.00	0.00	2,702.00

SON : VEINTIUN MIL CUATROCIENTOS CUARENTA Y CUATRO PESOS

OBSERVACIONES:

Subtotal	21,444.00
Cuota Mod.	0.00
Total a Pagar	**21,444.00**

Resolución de Facturación N° 18764088201154 Numeración Autorizada Del CF 91438 Hasta CF 500000 Fecha 03/02/2025 Vigencia 12 Meses 03/02/2026

ESTA FACTURA DE VENTA SE ASIMILA EN TODOS SUS LEGALES A UNA LETRA DE CAMBIO, SEGUN ART. 774 DEL C. DE CIO.
NO SE ACEPTAN DEVOLUCIONES DESPUES DE PASADOS 30 DÍAS.
CANCELE ANTES DE FECHA DE VENCIMIENTO.

FIRMA Y SELLO DE RECIBIDO

Cufe: 06d6a50b3985836d1318fc5d9ceea3cf2313ddb17fad8def9400b5eebc383beaacd759dd0bf340921cf4cad3ae617ceb

FECHA Y HORA ENVIO DIAN : 13/11/2025 08:36:52 p.m.

REPRESENTACION GRAFICA - Impresa por Software-TNS.co NIT. 800.182.856-1

CENTRO INTEGRAL DE ATENCION DIAGNOSTICA ESPECIALIZADA IPS S.A.S.

Nit: 900.542.979-5
Direccion: Av 11E # 4-09 Quinta Oriental
telefono: 3017960569
Email: ciade.admon@hotmail.com

A PARTIR DEL AÑO 2020 SOMOS CONTRIBUYENTES DEL REGIMEN ESPECIAL EN MATERIA TRIBUTARIA ZESE (ART. 147 LEY 2010 DE 2019)
A partir del año 2025 somos beneficiarios zese del 50% del impuesto. favor practicar retención en la fuente a título de renta al 50% de la tarifa.

Factura Electronica de Venta No.:

CF 97528

Autorización de Servicio: 2025103763473

Datos de la Entidad

Entidad : DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA
Fecha Elab. : Noviembre 13 de 2025
NIT : 901541137-1 **Telefono Entidad** : 3102133692
Forma de pago : CREDITO
Dirección : AV QUEBRADA SECA 33A 207
Fecha Vencimiento: 12/01/2026

Datos del Usuario

Primer Nombre : LINDA **Segundo Nombre** : NICOLLE **Primer Apellido** : CASTRO **Segundo Apellido** : OJEDA
Documento : TI 1091473384 **Edad** : 9 Años **Sexo** : F **Telefono** :
Dirección : NULL

Contrato : 402-DIGSA/DMBUG-2025 **Fecha Inicio** : 22/09/2025 **Fecha Vto** : 30/11/2026
Programa : PROCEDIMIENTO **Tipo de Pago** : Pago por evento **Fecha Ingreso** : 25/10/2025 **Fecha Egreso** : 25/10/2025
Tipo Usuario : Especiales o de Excepción Beneficiario **Cobertura** : Cobertura Régimen Especial o Excepción

CODIGO	DESCRIPCION DEL SERVICIO	VLR. UNIDAD	CANT	VLR. TOTAL	VLR. USUARIO	VLR. EMPRESA
906477	TRANSGLUTAMINASA ANTICUERPOS IG A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	74,151.00	1.00	74,151.00	0.00	74,151.00
907006	GRASAS NEUTRAS EN HECES [SUDAN III]	8,392.00	1.00	8,392.00	0.00	8,392.00

SON : OCHENTA Y DOS MIL QUINIENTOS CUARENTA Y TRES PESOS

OBSERVACIONES:

Subtotal	82,543.00
Cuota Mod.	0.00
Total a Pagar	**82,543.00**

Resolución de Facturación N° 18764088201154 Numeración Autorizada Del CF 91438 Hasta CF 500000 Fecha 03/02/2025 Vigencia 12 Meses 03/02/2026

ESTA FACTURA DE VENTA SE ASIMILA EN TODOS SUS LEGALES A UNA LETRA DE CAMBIO, SEGUN ART. 774 DEL C. DE CIO.
NO SE ACEPTAN DEVOLUCIONES DESPUES DE PASADOS 30 DÍAS.
CANCELE ANTES DE FECHA DE VENCIMIENTO.

FIRMA Y SELLO DE RECIBIDO

Cufe: 5ac92c6006ebedaabb5a5f73a27932fda011cd0e054d100bf09aaa36f3044b4230f69257d8e7255c3d83f37797fff4b1

FECHA Y HORA ENVIO DIAN : 13/11/2025 08:36:59 p.m.

REPRESENTACION GRAFICA - Impresa por Software-TNS.co NIT. 800.182.856-1

CENTRO INTEGRAL DE ATENCION DIAGNOSTICA ESPECIALIZADA IPS S.A.S.

Nit: 900.542.979-5
Direccion: Av 11E # 4-09 Quinta Oriental
telefono: 3017960569
Email: ciade.admon@hotmail.com

A PARTIR DEL AÑO 2020 SOMOS CONTRIBUYENTES DEL REGIMEN ESPECIAL EN MATERIA TRIBUTARIA ZESE (ART. 147 LEY 2010 DE 2019)
A partir del año 2025 somos beneficiarios zese del 50% del impuesto. favor practicar retención en la fuente a título de renta al 50% de la tarifa.

Factura Electronica de Venta No.:

CF 97529

Autorización de Servicio: 2025103589917

Datos de la Entidad

Entidad : DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA
NIT : 901541137-1 **Telefono Entidad** : 3102133692
Dirección : AV QUEBRADA SECA 33A 207

Fecha Elab. : Noviembre 13 de 2025
Forma de pago : CREDITO
Fecha Vencimiento: 12/01/2026

Datos del Usuario

Primer Nombre : SANDRA **Segundo Nombre** : YINETH **Primer Apellido** : RESTREPO **Segundo Apellido** : TRUJILLO
Documento : CC 1083881737 **Edad** : 36 Años **Sexo** : F **Telefono** :
Dirección : NULL

Contrato : 402-DIGSA/DMBUG-2025 **Fecha Inicio** : 22/09/2025 **Fecha Vto** : 30/11/2026
Programa : PROCEDIMIENTO **Tipo de Pago** : Pago por evento **Fecha Ingreso** : 08/10/2025 **Fecha Egreso** : 08/10/2025
Tipo Usuario : Especiales o de Excepción Cotizante **Cobertura** : Cobertura Régimen Especial o Excepción

CODIGO	DESCRIPCION DEL SERVICIO	VLR. UNIDAD	CANT	VLR. TOTAL	VLR. USUARIO	VLR. EMPRESA
904924	TRIYODOTIRONINA LIBRE [T3L]	16,220.00	1.00	16,220.00	0.00	16,220.00

SON : DIECISEIS MIL DOSCIENTOS VEINTE PESOS

OBSERVACIONES:

Subtotal	16,220.00
Cuota Mod.	0.00
Total a Pagar	**16,220.00**

Resolución de Facturación N° 18764088201154 Numeración Autorizada Del CF 91438 Hasta CF 500000 Fecha 03/02/2025 Vigencia 12 Meses 03/02/2026

ESTA FACTURA DE VENTA SE ASIMILA EN TODOS SUS LEGALES A UNA LETRA DE CAMBIO, SEGUN ART. 774 DEL C. DE CIO.
NO SE ACEPTAN DEVOLUCIONES DESPUES DE PASADOS 30 DÍAS.
CANCELE ANTES DE FECHA DE VENCIMIENTO.

FIRMA Y SELLO DE RECIBIDO

Cufe: b7a79c60028ff66816aea58f8941352f5c34236d70942dc674f8409bd0e02857eccaf775763b96593d0acd779a2a4fda

FECHA Y HORA ENVIO DIAN : 13/11/2025 08:37:05 p.m.

REPRESENTACION GRAFICA - Impresa por Software-TNS.co NIT. 800.182.856-1

CENTRO INTEGRAL DE ATENCION DIAGNOSTICA ESPECIALIZADA IPS S.A.S.

Nit: 900.542.979-5
Direccion: Av 11E # 4-09 Quinta Oriental
telefono: 3017960569
Email: ciade.admon@hotmail.com

A PARTIR DEL AÑO 2020 SOMOS CONTRIBUYENTES DEL REGIMEN ESPECIAL EN MATERIA TRIBUTARIA ZESE (ART. 147 LEY 2010 DE 2019)
A partir del año 2025 somos beneficiarios zese del 50% del impuesto. favor practicar retención en la fuente a título de renta al 50% de la tarifa.

Factura Electronica de Venta No.:

CF 97530

Autorización de Servicio: 2025103815189

Datos de la Entidad

Entidad : DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA
Fecha Elab. : Noviembre 13 de 2025
NIT : 901541137-1 **Telefono Entidad** : 3102133692
Forma de pago : CREDITO
Dirección : AV QUEBRADA SECA 33A 207
Fecha Vencimiento: 12/01/2026

Datos del Usuario

Primer Nombre : EMMA **Segundo Nombre** : CELESTE **Primer Apellido** : GALVAN **Segundo Apellido** : PALACIO
Documento : RC 1092743918 **Edad** : 3 Años **Sexo** : F **Telefono** :
Dirección : NULL

Contrato : 402-DIGSA/DMBUG-2025 **Fecha Inicio** : 22/09/2025 **Fecha Vto** : 30/11/2026
Programa : PROCEDIMIENTO **Tipo de Pago** : Pago por evento **Fecha Ingreso** : 23/10/2025 **Fecha Egreso** : 23/10/2025
Tipo Usuario : Especiales o de Excepción Beneficiario **Cobertura** : Cobertura Régimen Especial o Excepción

CODIGO	DESCRIPCION DEL SERVICIO	VLR. UNIDAD	CANT	VLR. TOTAL	VLR. USUARIO	VLR. EMPRESA
903873	CALCIO EN ORINA PARCIAL	5,719.00	1.00	5,719.00	0.00	5,719.00

SON : CINCO MIL SETECIENTOS DIECINUEVE PESOS

OBSERVACIONES:

Subtotal	5,719.00
Cuota Mod.	0.00
Total a Pagar	**5,719.00**

Resolución de Facturación N° 18764088201154 Numeración Autorizada Del CF 91438 Hasta CF 500000 Fecha 03/02/2025 Vigencia 12 Meses 03/02/2026

ESTA FACTURA DE VENTA SE ASIMILA EN TODOS SUS LEGALES A UNA LETRA DE CAMBIO, SEGUN ART. 774 DEL C. DE CIO.
NO SE ACEPTAN DEVOLUCIONES DESPUES DE PASADOS 30 DÍAS.
CANCELE ANTES DE FECHA DE VENCIMIENTO.

FIRMA Y SELLO DE RECIBIDO

Cufe: 35a7071b0b0d7ef3253866aa73c56e4f5bd6e328d28d2fd4e21547bb342c6dc510f5d1d2f2a822aefb804edac29b75cc

FECHA Y HORA ENVIO DIAN : 13/11/2025 08:37:11 p.m.

REPRESENTACION GRAFICA - Impresa por Software-TNS.co NIT. 800.182.856-1

CENTRO INTEGRAL DE ATENCION DIAGNOSTICA ESPECIALIZADA IPS S.A.S.

Nit: 900.542.979-5
Direccion: Av 11E # 4-09 Quinta Oriental
telefono: 3017960569
Email: ciade.admon@hotmail.com

A PARTIR DEL AÑO 2020 SOMOS CONTRIBUYENTES DEL REGIMEN ESPECIAL EN MATERIA TRIBUTARIA ZESE (ART. 147 LEY 2010 DE 2019)
A partir del año 2025 somos beneficiarios zese del 50% del impuesto. favor practicar retención en la fuente a título de renta al 50% de la tarifa.

Factura Electronica de Venta No.:

CF 97531

Autorización de Servicio: 2025093560312

Datos de la Entidad

Entidad : DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA
Fecha Elab. : Noviembre 13 de 2025
NIT : 901541137-1 **Telefono Entidad** : 3102133692
Forma de pago : CREDITO
Dirección : AV QUEBRADA SECA 33A 207
Fecha Vencimiento: 12/01/2026

Datos del Usuario

Primer Nombre : YASMIN **Segundo Nombre** : ZULET **Primer Apellido** : VEGA **Segundo Apellido** : GUERRERO
Documento : CC 37328972 **Edad** : 51 Años **Sexo** : F **Telefono** :
Dirección :

Contrato : 402-DIGSA/DMBUG-2025 **Fecha Inicio** : 22/09/2025 **Fecha Vto** : 30/11/2026
Programa : PROCEDIMIENTO **Tipo de Pago** : Pago por evento **Fecha Ingreso** : 21/10/2025 **Fecha Egreso** : 21/10/2025
Tipo Usuario : Especiales o de Excepción Cotizante **Cobertura** : Cobertura Régimen Especial o Excepción

CODIGO	DESCRIPCION DEL SERVICIO	VLR. UNIDAD	CANT	VLR. TOTAL	VLR. USUARIO	VLR. EMPRESA
901236	UROCULTIVO [ANTIOGRAMA MIC AUTOMATICO]	35,676.00	1.00	35,676.00	0.00	35,676.00

SON : TREINTA Y CINCO MIL SEISCIENTOS SETENTA Y SEIS PESOS

OBSERVACIONES:

Subtotal	35,676.00
Cuota Mod.	0.00
Total a Pagar	**35,676.00**

Resolución de Facturación N° 18764088201154 Numeración Autorizada Del CF 91438 Hasta CF 500000 Fecha 03/02/2025 Vigencia 12 Meses 03/02/2026

ESTA FACTURA DE VENTA SE ASIMILA EN TODOS SUS LEGALES A UNA LETRA DE CAMBIO, SEGUN ART. 774 DEL C. DE CIO.
NO SE ACEPTAN DEVOLUCIONES DESPUES DE PASADOS 30 DÍAS.
CANCELE ANTES DE FECHA DE VENCIMIENTO.

FIRMA Y SELLO DE RECIBIDO

Cufe: 7bc15f595f6485e4cdd50aee705d6d02a35147979f13726f2bf4f9440a58dac854456959aa5440d0b5c2132db1324270

FECHA Y HORA ENVIO DIAN : 13/11/2025 08:37:16 p.m.

REPRESENTACION GRAFICA - Impresa por Software-TNS.co NIT. 800.182.856-1

CENTRO INTEGRAL DE ATENCION DIAGNOSTICA ESPECIALIZADA IPS S.A.S.

Nit: 900.542.979-5
Direccion: Av 11E # 4-09 Quinta Oriental
telefono: 3017960569
Email: ciade.admon@hotmail.com

A PARTIR DEL AÑO 2020 SOMOS CONTRIBUYENTES DEL REGIMEN ESPECIAL EN MATERIA TRIBUTARIA ZESE (ART. 147 LEY 2010 DE 2019)
A partir del año 2025 somos beneficiarios zese del 50% del impuesto. favor practicar retención en la fuente a título de renta al 50% de la tarifa.

Factura Electronica de Venta No.:

CF 97532

Autorización de Servicio: 2025103888835

Datos de la Entidad

Entidad : DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA
NIT : 901541137-1 **Telefono Entidad** : 3102133692
Dirección : AV QUEBRADA SECA 33A 207

Fecha Elab. : Noviembre 13 de 2025
Forma de pago : CREDITO
Fecha Vencimiento: 12/01/2026

Datos del Usuario

Primer Nombre : JUAN **Segundo Nombre** : MANUEL **Primer Apellido** : CASAS **Segundo Apellido** : VASQUEZ
Documento : TI 1035770705 **Edad** : 16 Años **Sexo** : M **Telefono** :
Dirección :

Contrato : 402-DIGSA/DMBUG-2025 **Fecha Inicio** : 22/09/2025 **Fecha Vto** : 30/11/2026
Programa : PROCEDIMIENTO **Tipo de Pago** : Pago por evento **Fecha Ingreso** : 24/10/2025 **Fecha Egreso** : 24/10/2025
Tipo Usuario : Especiales o de Excepción Beneficiario **Cobertura** : Cobertura Régimen Especial o Excepción

CODIGO	DESCRIPCION DEL SERVICIO	VLR. UNIDAD	CANT	VLR. TOTAL	VLR. USUARIO	VLR. EMPRESA
902045	TIEMPO DE PROTROMBINA [PT]	7,325.00	1.00	7,325.00	0.00	7,325.00
902049	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL [PTT]	7,985.00	1.00	7,985.00	0.00	7,985.00

SON : QUINCE MIL TRESCIENTOS DIEZ PESOS

OBSERVACIONES:

Subtotal	15,310.00
Cuota Mod.	0.00
Total a Pagar	**15,310.00**

Resolución de Facturación N° 18764088201154 Numeración Autorizada Del CF 91438 Hasta CF 500000 Fecha 03/02/2025 Vigencia 12 Meses 03/02/2026

ESTA FACTURA DE VENTA SE ASIMILA EN TODOS SUS LEGALES A UNA LETRA DE CAMBIO, SEGUN ART. 774 DEL C. DE CIO.
NO SE ACEPTAN DEVOLUCIONES DESPUES DE PASADOS 30 DÍAS.
CANCELE ANTES DE FECHA DE VENCIMIENTO.

FIRMA Y SELLO DE RECIBIDO

Cufe: 04c4152f2a9b742dbb0b8ada7f1ed796af21b2e4fb3c9abe079832983348125d87b80c62875681e97a086b6fed7dda86

FECHA Y HORA ENVIO DIAN : 13/11/2025 08:37:22 p.m.

REPRESENTACION GRAFICA - Impresa por Software-TNS.co NIT. 800.182.856-1

CENTRO INTEGRAL DE ATENCION DIAGNOSTICA ESPECIALIZADA IPS S.A.S.

Nit: 900.542.979-5
Direccion: Av 11E # 4-09 Quinta Oriental
telefono: 3017960569
Email: ciade.admon@hotmail.com

A PARTIR DEL AÑO 2020 SOMOS CONTRIBUYENTES DEL REGIMEN ESPECIAL EN MATERIA TRIBUTARIA ZESE (ART. 147 LEY 2010 DE 2019)
A partir del año 2025 somos beneficiarios zese del 50% del impuesto. favor practicar retención en la fuente a título de renta al 50% de la tarifa.

Factura Electronica de Venta No.:

CF 97533

Autorización de Servicio: 2025103741006

Datos de la Entidad

Entidad : DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA
Fecha Elab. : Noviembre 13 de 2025
NIT : 901541137-1 **Telefono Entidad** : 3102133692
Forma de pago : CREDITO
Dirección : AV QUEBRADA SECA 33A 207
Fecha Vencimiento: 12/01/2026

Datos del Usuario

Primer Nombre : FRANCISCO **Segundo Nombre** : JAVIER **Primer Apellido** : ROSERO **Segundo Apellido** : SALAZAR
Documento : CC 1085245984 **Edad** : 40 Años **Sexo** : M **Telefono** :
Dirección :

Contrato : 402-DIGSA/DMBUG-2025 **Fecha Inicio** : 22/09/2025 **Fecha Vto** : 30/11/2026
Programa : PROCEDIMIENTO **Tipo de Pago** : Pago por evento **Fecha Ingreso** : 24/10/2025 **Fecha Egreso** : 24/10/2025
Tipo Usuario : Especiales o de Excepción Cotizante **Cobertura** : Cobertura Régimen Especial o Excepción

CODIGO	DESCRIPCION DEL SERVICIO	VLR. UNIDAD	CANT	VLR. TOTAL	VLR. USUARIO	VLR. EMPRESA
903043	PRUEBA DE ALIENTO [13 C UREA] PARA HELICOBACTER PILORY	186,592.00	1.00	186,592.00	0.00	186,592.00

SON : CIENTO OCHENTA Y SEIS MIL QUINIENTOS NOVENTA Y DOS PESOS

OBSERVACIONES:

Subtotal	186,592.00
Cuota Mod.	0.00
Total a Pagar	**186,592.00**

Resolución de Facturación N° 18764088201154 Numeración Autorizada Del CF 91438 Hasta CF 500000 Fecha 03/02/2025 Vigencia 12 Meses 03/02/2026

ESTA FACTURA DE VENTA SE ASIMILA EN TODOS SUS LEGALES A UNA LETRA DE CAMBIO, SEGUN ART. 774 DEL C. DE CIO.
NO SE ACEPTAN DEVOLUCIONES DESPUES DE PASADOS 30 DÍAS.
CANCELE ANTES DE FECHA DE VENCIMIENTO.

FIRMA Y SELLO DE RECIBIDO

Cufe: 1f676ecb1e63e278b4931a3c25d312aa5b0620abf8ee7a9d7ac96609baed90afc71aba33ba6261f08d68064ad631a6e7

FECHA Y HORA ENVIO DIAN : 13/11/2025 08:37:28 p.m.

REPRESENTACION GRAFICA - Impresa por Software-TNS.co NIT. 800.182.856-1

CENTRO INTEGRAL DE ATENCION DIAGNOSTICA ESPECIALIZADA IPS S.A.S.

Nit: 900.542.979-5
Direccion: Av 11E # 4-09 Quinta Oriental
telefono: 3017960569
Email: ciade.admon@hotmail.com

A PARTIR DEL AÑO 2020 SOMOS CONTRIBUYENTES DEL REGIMEN ESPECIAL EN MATERIA TRIBUTARIA ZESE (ART. 147 LEY 2010 DE 2019)
A partir del año 2025 somos beneficiarios zese del 50% del impuesto. favor practicar retención en la fuente a título de renta al 50% de la tarifa.

Factura Electronica de Venta No.:

CF 97534

Autorización de Servicio: 2025103677001

Datos de la Entidad

Entidad : DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA
NIT : 901541137-1 **Telefono Entidad** : 3102133692
Dirección : AV QUEBRADA SECA 33A 207

Fecha Elab. : Noviembre 13 de 2025
Forma de pago : CREDITO
Fecha Vencimiento: 12/01/2026

Datos del Usuario

Primer Nombre : JUAN **Segundo Nombre** : CARLOS **Primer Apellido** : ORTIZ **Segundo Apellido** : ECHEVERRI
Documento : CC 1192727872 **Edad** : 23 Años **Sexo** : M **Telefono** :
Dirección :

Contrato : 402-DIGSA/DMBUG-2025 **Fecha Inicio** : 22/09/2025 **Fecha Vto** : 30/11/2026
Programa : PROCEDIMIENTO **Tipo de Pago** : Pago por evento **Fecha Ingreso** : 14/10/2025 **Fecha Egreso** : 14/10/2025
Tipo Usuario : Especiales o de Excepción Cotizante **Cobertura** : Cobertura Régimen Especial o Excepción

CODIGO	DESCRIPCION DEL SERVICIO	VLR. UNIDAD	CANT	VLR. TOTAL	VLR. USUARIO	VLR. EMPRESA
903895	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	4,616.00	1.00	4,616.00	0.00	4,616.00

SON : CUATRO MIL SEISCIENTOS DIECISEIS PESOS

OBSERVACIONES:

Subtotal	4,616.00
Cuota Mod.	0.00
Total a Pagar	**4,616.00**

Resolución de Facturación N° 18764088201154 Numeración Autorizada Del CF 91438 Hasta CF 500000 Fecha 03/02/2025 Vigencia 12 Meses 03/02/2026

ESTA FACTURA DE VENTA SE ASIMILA EN TODOS SUS LEGALES A UNA LETRA DE CAMBIO, SEGUN ART. 774 DEL C. DE CIO.
NO SE ACEPTAN DEVOLUCIONES DESPUES DE PASADOS 30 DÍAS.
CANCELE ANTES DE FECHA DE VENCIMIENTO.

FIRMA Y SELLO DE RECIBIDO

Cufe: 759810531e998b74c76b969457d08dbda6036f3f1b61e2a8bed4a99a62c1cc8ae17590ae820196c478658395f5be5f51

FECHA Y HORA ENVIO DIAN : 13/11/2025 08:37:34 p.m.

REPRESENTACION GRAFICA - Impresa por Software-TNS.co NIT. 800.182.856-1

CENTRO INTEGRAL DE ATENCION DIAGNOSTICA ESPECIALIZADA IPS S.A.S.

Nit: 900.542.979-5
Direccion: Av 11E # 4-09 Quinta Oriental
telefono: 3017960569
Email: ciade.admon@hotmail.com

A PARTIR DEL AÑO 2020 SOMOS CONTRIBUYENTES DEL REGIMEN ESPECIAL EN MATERIA TRIBUTARIA ZESE (ART. 147 LEY 2010 DE 2019)
A partir del año 2025 somos beneficiarios zese del 50% del impuesto. favor practicar retención en la fuente a título de renta al 50% de la tarifa.

Factura Electronica de Venta No.:

CF 97535

Autorización de Servicio: 2025093521105

Datos de la Entidad

Entidad : DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA
NIT : 901541137-1 **Telefono Entidad** : 3102133692
Dirección : AV QUEBRADA SECA 33A 207

Fecha Elab. : Noviembre 13 de 2025
Forma de pago : CREDITO
Fecha Vencimiento: 12/01/2026

Datos del Usuario

Primer Nombre : MIGUEL **Segundo Nombre** : ANGEL **Primer Apellido** : CASELLES **Segundo Apellido** : LUNA
Documento : TI 1091668838 **Edad** : 14 Años **Sexo** : M **Telefono** :
Dirección :

Contrato : 402-DIGSA/DMBUG-2025 **Fecha Inicio** : 22/09/2025 **Fecha Vto** : 30/11/2026
Programa : PROCEDIMIENTO **Tipo de Pago** : Pago por evento **Fecha Ingreso** : 21/10/2025 **Fecha Egreso** : 21/10/2025
Tipo Usuario : Especiales o de Excepción Beneficiario **Cobertura** : Cobertura Régimen Especial o Excepción

CODIGO	DESCRIPCION DEL SERVICIO	VLR. UNIDAD	CANT	VLR. TOTAL	VLR. USUARIO	VLR. EMPRESA
903105	ACIDO FOLICO [FOLATOS] EN SUERO	19,267.00	1.00	19,267.00	0.00	19,267.00
903703	VITAMINA B 12	24,593.00	1.00	24,593.00	0.00	24,593.00
903706	VITAMINA D 25 DIHIDROXI	41,983.00	1.00	41,983.00	0.00	41,983.00

SON : OCHENTA Y CINCO MIL OCHOCIENTOS CUARENTA Y TRES PESOS

OBSERVACIONES:

Subtotal	85,843.00
Cuota Mod.	0.00
Total a Pagar	**85,843.00**

Resolución de Facturación N° 18764088201154 Numeración Autorizada Del CF 91438 Hasta CF 500000 Fecha 03/02/2025 Vigencia 12 Meses 03/02/2026

ESTA FACTURA DE VENTA SE ASIMILA EN TODOS SUS LEGALES A UNA LETRA DE CAMBIO, SEGUN ART. 774 DEL C. DE CIO.
NO SE ACEPTAN DEVOLUCIONES DESPUES DE PASADOS 30 DÍAS.
CANCELE ANTES DE FECHA DE VENCIMIENTO.

FIRMA Y SELLO DE RECIBIDO

Cufe: 28ff8c0bc7662e2033a686da9879a017cbd89211a110aeb9eb6908f124a4e311a3a6d6dcdf21e389f3ebeb22d481920c

FECHA Y HORA ENVIO DIAN : 13/11/2025 08:37:40 p.m.

REPRESENTACION GRAFICA - Impresa por Software-TNS.co NIT. 800.182.856-1

CENTRO INTEGRAL DE ATENCION DIAGNOSTICA ESPECIALIZADA IPS S.A.S.

Nit: 900.542.979-5
Direccion: Av 11E # 4-09 Quinta Oriental
telefono: 3017960569
Email: ciade.admon@hotmail.com

A PARTIR DEL AÑO 2020 SOMOS CONTRIBUYENTES DEL REGIMEN ESPECIAL EN MATERIA TRIBUTARIA ZESE (ART. 147 LEY 2010 DE 2019)
A partir del año 2025 somos beneficiarios zese del 50% del impuesto. favor practicar retención en la fuente a título de renta al 50% de la tarifa.

Factura Electronica de Venta No.:

CF 97536

Autorización de Servicio: 2025103814035

Datos de la Entidad

Entidad : DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA
NIT : 901541137-1 **Telefono Entidad** : 3102133692
Dirección : AV QUEBRADA SECA 33A 207

Fecha Elab. : Noviembre 13 de 2025
Forma de pago : CREDITO
Fecha Vencimiento: 13/12/2025

Datos del Usuario

Primer Nombre : CARLOS **Segundo Nombre** : ANDRES **Primer Apellido** : RODRIGUEZ **Segundo Apellido** : QUINTERO
Documento : CC 1105788238 **Edad** : 26 Años **Sexo** : M **Telefono** :
Dirección :

Contrato : 402-DIGSA/DMBUG-2025 **Fecha Inicio** : 22/09/2025 **Fecha Vto** : 30/11/2026
Programa : PROCEDIMIENTO **Tipo de Pago** : Pago por evento **Fecha Ingreso** : 20/10/2025 **Fecha Egreso** : 20/10/2025
Tipo Usuario : Especiales o de Excepción Cotizante **Cobertura** : Cobertura Régimen Especial o Excepción

CODIGO	DESCRIPCION DEL SERVICIO	VLR. UNIDAD	CANT	VLR. TOTAL	VLR. USUARIO	VLR. EMPRESA
902045	TIEMPO DE PROTROMBINA [PT]	7,325.00	1.00	7,325.00	0.00	7,325.00
902049	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL [PTT]	7,985.00	1.00	7,985.00	0.00	7,985.00
907201	ESPERMOGRAMA BASICO	18,777.00	1.00	18,777.00	0.00	18,777.00

SON : TREINTA Y CUATRO MIL OCHENTA Y SIETE PESOS

OBSERVACIONES:

Subtotal	34,087.00
Cuota Mod.	0.00
Total a Pagar	**34,087.00**

Resolución de Facturación N° 18764088201154 Numeración Autorizada Del CF 91438 Hasta CF 500000 Fecha 03/02/2025 Vigencia 12 Meses 03/02/2026

ESTA FACTURA DE VENTA SE ASIMILA EN TODOS SUS LEGALES A UNA LETRA DE CAMBIO, SEGUN ART. 774 DEL C. DE CIO.
NO SE ACEPTAN DEVOLUCIONES DESPUES DE PASADOS 30 DÍAS.
CANCELE ANTES DE FECHA DE VENCIMIENTO.

FIRMA Y SELLO DE RECIBIDO

Cufe: a7fab9339ad327cbc7eaf9b034d9089099eadcfbf3bddaa5280a67e3d767a64b8fe0a05e044fd10f2f98dd1d5232c9cd

FECHA Y HORA ENVIO DIAN : 13/11/2025 08:37:46 p.m.

REPRESENTACION GRAFICA - Impresa por Software-TNS.co NIT. 800.182.856-1

CENTRO INTEGRAL DE ATENCION DIAGNOSTICA ESPECIALIZADA IPS S.A.S.

Nit: 900.542.979-5
Direccion: Av 11E # 4-09 Quinta Oriental
telefono: 3017960569
Email: ciade.admon@hotmail.com

A PARTIR DEL AÑO 2020 SOMOS CONTRIBUYENTES DEL REGIMEN ESPECIAL EN MATERIA TRIBUTARIA ZESE (ART. 147 LEY 2010 DE 2019)
A partir del año 2025 somos beneficiarios zese del 50% del impuesto. favor practicar retención en la fuente a título de renta al 50% de la tarifa.

Factura Electronica de Venta No.:

CF 97580

Autorización de Servicio: 2025103922314

Datos de la Entidad

Entidad : DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA
NIT : 901541137-1 **Telefono Entidad** : 3102133692
Dirección : AV QUEBRADA SECA 33A 207

Fecha Elab. : Noviembre 14 de 2025
Forma de pago : CREDITO
Fecha Vencimiento: 13/01/2026

Datos del Usuario

Primer Nombre : TRIANA **Segundo Nombre** : **Primer Apellido** : FERNANDO **Segundo Apellido** :
Documento : CC 1106738514 **Edad** : 40 Años **Sexo** : F **Telefono** :
Dirección :

Contrato : 402-DIGSA/DMBUG-2025 **Fecha Inicio** : 22/09/2025 **Fecha Vto** : 30/11/2026
Programa : PROCEDIMIENTO **Tipo de Pago** : Pago por evento **Fecha Ingreso** : 29/10/2025 **Fecha Egreso** : 29/10/2025
Tipo Usuario : Especiales o de Excepción Beneficiario **Cobertura** : Cobertura Régimen Especial o Excepción

CODIGO	DESCRIPCION DEL SERVICIO	VLR. UNIDAD	CANT	VLR. TOTAL	VLR. USUARIO	VLR. EMPRESA
902045	TIEMPO DE PROTROMBINA [PT]	7,325.00	1.00	7,325.00	0.00	7,325.00
902049	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL [PTT]	7,985.00	1.00	7,985.00	0.00	7,985.00

SON : QUINCE MIL TRESCIENTOS DIEZ PESOS

OBSERVACIONES:

Subtotal	15,310.00
Cuota Mod.	0.00
Total a Pagar	**15,310.00**

Resolución de Facturación N° 18764088201154 Numeración Autorizada Del CF 91438 Hasta CF 500000 Fecha 03/02/2025 Vigencia 12 Meses 03/02/2026

ESTA FACTURA DE VENTA SE ASIMILA EN TODOS SUS LEGALES A UNA LETRA DE CAMBIO, SEGUN ART. 774 DEL C. DE CIO.
NO SE ACEPTAN DEVOLUCIONES DESPUES DE PASADOS 30 DÍAS.
CANCELE ANTES DE FECHA DE VENCIMIENTO.

FIRMA Y SELLO DE RECIBIDO

Cufe: 3c2349242fd5a815b6d11384cf795ed993ddbaa066bfd884e05aa6583a638fd2592b2e5fbeafd7c8034e0939d9bacd9c

FECHA Y HORA ENVIO DIAN : 14/11/2025 10:21:32 a.m.

REPRESENTACION GRAFICA - Impresa por Software-TNS.co NIT. 800.182.856-1