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.
SOMOS AGENTES RETENEDORES DE ICA SEGÚN EL ART 175 DEL ACUERDO 035 DEL 29/10/2025 DE CUCUTA

Factura Electronica de Venta No.:

CF 100509

Autorización de Servicio: 202602208155

Datos de la Entidad

Entidad : DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA
Fecha Elab. : Marzo 11 de 2026
NIT : 901541137-1 **Telefono Entidad** : 3102133692
Forma de pago : CREDITO
Dirección : AV QUEBRADA SECA 33A 207
Fecha Vencimiento: 10/05/2026

Datos del Usuario

Primer Nombre : DARCY **Segundo Nombre** : DAILETH **Primer Apellido** : DUARTE **Segundo Apellido** : PEREZ
Documento : TI 1091674083 **Edad** : 11 Años **Sexo** : F **Telefono** :
Dirección : NULL

Contrato : 402-DIGSA/DMBUG-2025 **Fecha Inicio** : 22/09/2025 **Fecha Vto** : 30/09/2026
Programa : PROCEDIMIENTO **Tipo de Pago** : Pago por evento **Fecha Ingreso** : 04/02/2026 **Fecha Egreso** : 04/02/2026
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
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° 18764105477562 Numeración Autorizada Del CF 99517 Hasta CF 500000 Fecha 04/02/2026 Vigencia 12 Meses 04/02/2027

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: 995f348427e1850395eb02ff6d3dd2fb85d8dc368b08099056a3f1d27e0965df48937d72d9a3ba90682079cf52ccab66

FECHA Y HORA ENVIO DIAN : 11/03/2026 11:16:51 a.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.
SOMOS AGENTES RETENEDORES DE ICA SEGÚN EL ART 175 DEL ACUERDO 035 DEL 29/10/2025 DE CUCUTA

Factura Electronica de Venta No.:

CF 100510

Autorización de Servicio: 202602203638

Datos de la Entidad

Entidad : DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA
Fecha Elab. : Marzo 11 de 2026
NIT : 901541137-1 **Telefono Entidad** : 3102133692
Forma de pago : CREDITO
Dirección : AV QUEBRADA SECA 33A 207
Fecha Vencimiento: 10/05/2026

Datos del Usuario

Primer Nombre : WILMER **Segundo Nombre** : **Primer Apellido** : MORENO **Segundo Apellido** : CHALA
Documento : CC 1077463277 **Edad** : 31 Años **Sexo** : M **Telefono** :
Dirección : NULL

Contrato : 402-DIGSA/DMBUG-2025 **Fecha Inicio** : 22/09/2025 **Fecha Vto** : 30/09/2026
Programa : PROCEDIMIENTO DIAGNOSTICO **Tipo de Pago** : Pago por evento **Fecha Ingreso** : 17/02/2026 **Fecha Egreso** : 17/02/2026
Tipo Usuario : Subsidiado **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
903805	AMILASA	9,595.00	1.00	9,595.00	0.00	9,595.00

SON : CINCUENTA Y UN MIL QUINIENTOS SETENTA Y OCHO PESOS

OBSERVACIONES:

Subtotal	51,578.00
Cuota Mod.	0.00
Total a Pagar	**51,578.00**

Resolución de Facturación N° 18764105477562 Numeración Autorizada Del CF 99517 Hasta CF 500000 Fecha 04/02/2026 Vigencia 12 Meses 04/02/2027

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: dd304b9fd7417e2774702f036c8331f1aefdd14c149942919860dac84d6fde53dd73c936cf0e3af48230a60e98b3bc1c

FECHA Y HORA ENVIO DIAN : 11/03/2026 11:16:59 a.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.
SOMOS AGENTES RETENEDORES DE ICA SEGÚN EL ART 175 DEL ACUERDO 035 DEL 29/10/2025 DE CUCUTA

Factura Electronica de Venta No.:

CF 100511

Autorización de Servicio: 202602233974

Datos de la Entidad

Entidad : DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA
Fecha Elab. : Marzo 11 de 2026
NIT : 901541137-1 **Telefono Entidad** : 3102133692
Forma de pago : CREDITO
Dirección : AV QUEBRADA SECA 33A 207
Fecha Vencimiento: 10/05/2026

Datos del Usuario

Primer Nombre : OMAR **Segundo Nombre** : ANDRES **Primer Apellido** : LOAIZA **Segundo Apellido** : MONTOYA
Documento : CC 1113306710 **Edad** : 35 Años **Sexo** : M **Telefono** :
Dirección :

Contrato : 402-DIGSA/DMBUG-2025 **Fecha Inicio** : 22/09/2025 **Fecha Vto** : 30/09/2026
Programa : PROCEDIMIENTO **Tipo de Pago** : Pago por evento **Fecha Ingreso** : 06/02/2026 **Fecha Egreso** : 06/02/2026
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° 18764105477562 Numeración Autorizada Del CF 99517 Hasta CF 500000 Fecha 04/02/2026 Vigencia 12 Meses 04/02/2027

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: 630424452f33284016b5408f030754b42f8707c4aa7c6ea03b11df88ede637e3bdf5082a6f99abc75cfd0c519b106f15

FECHA Y HORA ENVIO DIAN : 11/03/2026 11:17:07 a.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.
SOMOS AGENTES RETENEDORES DE ICA SEGÚN EL ART 175 DEL ACUERDO 035 DEL 29/10/2025 DE CUCUTA

Factura Electronica de Venta No.:

CF 100512

Autorización de Servicio: 202602312766

Datos de la Entidad

Entidad : DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA
Fecha Elab. : Marzo 11 de 2026
NIT : 901541137-1 **Telefono Entidad** : 3102133692
Forma de pago : CREDITO
Dirección : AV QUEBRADA SECA 33A 207
Fecha Vencimiento: 10/05/2026

Datos del Usuario

Primer Nombre : FERNANDO **Segundo Nombre** : ANTONIO **Primer Apellido** : DIAZ **Segundo Apellido** : MUÑETON
Documento : CC 93436515 **Edad** : 50 Años **Sexo** : M **Telefono** :
Dirección :

Contrato : 402-DIGSA/DMBUG-2025 **Fecha Inicio** : 22/09/2025 **Fecha Vto** : 30/09/2026
Programa : PROCEDIMIENTO **Tipo de Pago** : Pago por evento **Fecha Ingreso** : 17/02/2026 **Fecha Egreso** : 17/02/2026
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
903426	HEMOGLOBINA GLICOSILADA AUTOMATIZADA	16,044.00	1.00	16,044.00	0.00	16,044.00
907107	UROBILINÓGENO EN ORINA PARCIAL	10,164.00	1.00	10,164.00	0.00	10,164.00

SON : VEINTISEIS MIL DOSCIENTOS OCHO PESOS

OBSERVACIONES:

Subtotal	26,208.00
Cuota Mod.	0.00
Total a Pagar	**26,208.00**

Resolución de Facturación N° 18764105477562 Numeración Autorizada Del CF 99517 Hasta CF 500000 Fecha 04/02/2026 Vigencia 12 Meses 04/02/2027

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: 5eb929bae77759daf7f6995d7da2f847a512865b7dd718bab0de241ced33c1a09de79fee8eba64fd8ecad5d6bfb39d27

FECHA Y HORA ENVIO DIAN : 11/03/2026 11:17:15 a.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.
SOMOS AGENTES RETENEDORES DE ICA SEGÚN EL ART 175 DEL ACUERDO 035 DEL 29/10/2025 DE CUCUTA

Factura Electronica de Venta No.:

CF 100513

Autorización de Servicio: 2025124574681

Datos de la Entidad

Entidad : DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA
Fecha Elab. : Marzo 11 de 2026
NIT : 901541137-1 **Telefono Entidad** : 3102133692
Forma de pago : CREDITO
Dirección : AV QUEBRADA SECA 33A 207
Fecha Vencimiento: 10/05/2026

Datos del Usuario

Primer Nombre : HARLISON **Segundo Nombre** : **Primer Apellido** : ARRIETA **Segundo Apellido** : ORTIZ
Documento : TI 1092183143 **Edad** : 14 Años **Sexo** : M **Telefono** :
Dirección :

Contrato : 402-DIGSA/DMBUG-2025 **Fecha Inicio** : 22/09/2025 **Fecha Vto** : 30/09/2026
Programa : PROCEDIMIENTO **Tipo de Pago** : Pago por evento **Fecha Ingreso** : 23/01/2026 **Fecha Egreso** : 23/01/2026
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
908873	MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS IDENTIFICACION POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECIFICO)	157,127.00	1.00	157,127.00	0.00	157,127.00

SON : CIENTO CINCUENTA Y SIETE MIL CIENTO VEINTISIETE PESOS

OBSERVACIONES:

Subtotal	157,127.00
Cuota Mod.	0.00
Total a Pagar	**157,127.00**

Resolución de Facturación N° 18764105477562 Numeración Autorizada Del CF 99517 Hasta CF 500000 Fecha 04/02/2026 Vigencia 12 Meses 04/02/2027

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: cbfadd8882f28db0317467f7fd1e7788143fbe108e4f794aac2e22b0db932677f549951e3dfe15315c2cfef8fd16ea73

FECHA Y HORA ENVIO DIAN : 11/03/2026 11:17:25 a.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.
SOMOS AGENTES RETENEDORES DE ICA SEGÚN EL ART 175 DEL ACUERDO 035 DEL 29/10/2025 DE CUCUTA

Factura Electronica de Venta No.:

CF 100514

Autorización de Servicio: 2025124603580

Datos de la Entidad

Entidad : DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA
Fecha Elab. : Marzo 11 de 2026
NIT : 901541137-1 **Telefono Entidad** : 3102133692
Forma de pago : CREDITO
Dirección : AV QUEBRADA SECA 33A 207
Fecha Vencimiento: 10/05/2026

Datos del Usuario

Primer Nombre : IVETTE **Segundo Nombre** : JASNEIDH **Primer Apellido** : MONOSALVA **Segundo Apellido** : PRADA
Documento : CC 1093780583 **Edad** : 30 Años **Sexo** : F **Telefono** :
Dirección :

Contrato : 402-DIGSA/DMBUG-2025 **Fecha Inicio** : 22/09/2025 **Fecha Vto** : 30/09/2026
Programa : PROCEDIMIENTO **Tipo de Pago** : Pago por evento **Fecha Ingreso** : 04/02/2026 **Fecha Egreso** : 04/02/2026
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
903402	ALDOLASA	11,803.00	1.00	11,803.00	0.00	11,803.00
906806	COMPLEMENTO C1Q INHIBIDOR	42,326.00	1.00	42,326.00	0.00	42,326.00
906906	COMPLEMENTO SERICO C3 CUANTITATIVO POR NEFELOMETRIA	18,425.00	1.00	18,425.00	0.00	18,425.00
906908	COMPLEMENTO SERICO C4 CUANTITATIVO POR NEFELOMETRIA	18,425.00	1.00	18,425.00	0.00	18,425.00

SON : NOVENTA MIL NOVECIENTOS SETENTA Y NUEVE PESOS

OBSERVACIONES:

Subtotal	90,979.00
Cuota Mod.	0.00
Total a Pagar	**90,979.00**

Resolución de Facturación N° 18764105477562 Numeración Autorizada Del CF 99517 Hasta CF 500000 Fecha 04/02/2026 Vigencia 12 Meses 04/02/2027

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: 510777761313367f1ef79e6807715a6eba082dea89ffbd26dd7baa53c02ac7abd2f95d20d23eb2471f34618e514f95cd

FECHA Y HORA ENVIO DIAN : 11/03/2026 11:17:36 a.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.
SOMOS AGENTES RETENEDORES DE ICA SEGÚN EL ART 175 DEL ACUERDO 035 DEL 29/10/2025 DE CUCUTA

Factura Electronica de Venta No.:

CF 100515

Autorización de Servicio: 2025124582282

Datos de la Entidad

Entidad : DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA
Fecha Elab. : Marzo 11 de 2026
NIT : 901541137-1 **Telefono Entidad** : 3102133692
Forma de pago : CREDITO
Dirección : AV QUEBRADA SECA 33A 207
Fecha Vencimiento: 10/05/2026

Datos del Usuario

Primer Nombre : SEBASTIAN **Segundo Nombre** : **Primer Apellido** : NIÑO **Segundo Apellido** : QUINTERO
Documento : TI 1091674096 **Edad** : 12 Años **Sexo** : M **Telefono** :
Dirección :

Contrato : 402-DIGSA/DMBUG-2025 **Fecha Inicio** : 22/09/2025 **Fecha Vto** : 30/09/2026
Programa : PROCEDIMIENTO **Tipo de Pago** : Pago por evento **Fecha Ingreso** : 04/02/2026 **Fecha Egreso** : 04/02/2026
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° 18764105477562 Numeración Autorizada Del CF 99517 Hasta CF 500000 Fecha 04/02/2026 Vigencia 12 Meses 04/02/2027

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: 82e3ec674363730afefb2dadc93b66e23cd0af291897794f8796a347f31babb057d7dd5db74e8e8dea3eeed4cc6e6cec

FECHA Y HORA ENVIO DIAN : 11/03/2026 11:17:45 a.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.
SOMOS AGENTES RETENEDORES DE ICA SEGÚN EL ART 175 DEL ACUERDO 035 DEL 29/10/2025 DE CUCUTA

Factura Electronica de Venta No.:

CF 100516

Autorización de Servicio: 202602386562

Datos de la Entidad

Entidad : DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA
Fecha Elab. : Marzo 11 de 2026
NIT : 901541137-1 **Telefono Entidad** : 3102133692
Forma de pago : CREDITO
Dirección : AV QUEBRADA SECA 33A 207
Fecha Vencimiento: 10/05/2026

Datos del Usuario

Primer Nombre : JOSE **Segundo Nombre** : ARTURO **Primer Apellido** : PEJENDINO **Segundo Apellido** : DIAZ
Documento : CC 98384573 **Edad** : 53 Años **Sexo** : M **Telefono** :
Dirección :

Contrato : 402-DIGSA/DMBUG-2025 **Fecha Inicio** : 22/09/2025 **Fecha Vto** : 30/09/2026
Programa : PROCEDIMIENTO **Tipo de Pago** : Pago por evento **Fecha Ingreso** : 17/02/2026 **Fecha Egreso** : 17/02/2026
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
903809	BILIRRUBINAS TOTAL Y DIRECTA	5,679.00	1.00	5,679.00	0.00	5,679.00
903833	FOSFATASA ALCALINA	4,101.00	1.00	4,101.00	0.00	4,101.00
903866	TRANSAMINASA GLUTAMICOPIRUVICA O ALANINO AMINO TRANSFERASA [TGP-ALT] *	4,309.00	1.00	4,309.00	0.00	4,309.00
903867	TRANSAMINASA GLUTAMICO OXALACETICA O ASPARTATO AMINO TRANSFERASA [TGO-AST]	4,309.00	1.00	4,309.00	0.00	4,309.00

SON : DIECIOCHO MIL TRESCIENTOS NOVENTA Y OCHO PESOS

OBSERVACIONES:

Subtotal	18,398.00
Cuota Mod.	0.00
Total a Pagar	**18,398.00**

Resolución de Facturación N° 18764105477562 Numeración Autorizada Del CF 99517 Hasta CF 500000 Fecha 04/02/2026 Vigencia 12 Meses 04/02/2027

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: 63858903ccee9e52502c8f9d5bfef47472ca0b693c427cb7c90194ce96ca83787c464203abfe4142ccd20d2b5fb8c553

FECHA Y HORA ENVIO DIAN : 11/03/2026 11:17:54 a.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.
SOMOS AGENTES RETENEDORES DE ICA SEGÚN EL ART 175 DEL ACUERDO 035 DEL 29/10/2025 DE CUCUTA

Factura Electronica de Venta No.:

CF 100517

Autorización de Servicio: 2025103827119

Datos de la Entidad

Entidad : DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA
Fecha Elab. : Marzo 11 de 2026
NIT : 901541137-1 **Telefono Entidad** : 3102133692
Forma de pago : CREDITO
Dirección : AV QUEBRADA SECA 33A 207
Fecha Vencimiento: 10/05/2026

Datos del Usuario

Primer Nombre : DIEGO **Segundo Nombre** : MAURICIO **Primer Apellido** : OSSPITIA **Segundo Apellido** : ARANZAZU
Documento : CC 1006323518 **Edad** : 34 Años **Sexo** : M **Telefono** :
Dirección :

Contrato : 402-DIGSA/DMBUG-2025 **Fecha Inicio** : 22/09/2025 **Fecha Vto** : 30/09/2026
Programa : PROCEDIMIENTO **Tipo de Pago** : Pago por evento **Fecha Ingreso** : 23/02/2026 **Fecha Egreso** : 23/02/2026
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° 18764105477562 Numeración Autorizada Del CF 99517 Hasta CF 500000 Fecha 04/02/2026 Vigencia 12 Meses 04/02/2027

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: 07b7c4a8a2e8024c62ab352dfce9b68008570cdb2d45a6e2cb60706b4d448211ac2bca273733268618ba55846ad4d2d2

FECHA Y HORA ENVIO DIAN : 11/03/2026 11:18:04 a.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.
SOMOS AGENTES RETENEDORES DE ICA SEGÚN EL ART 175 DEL ACUERDO 035 DEL 29/10/2025 DE CUCUTA

Factura Electronica de Venta No.:

CF 100518

Autorización de Servicio: 202602331926

Datos de la Entidad

Entidad : DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA
Fecha Elab. : Marzo 11 de 2026
NIT : 901541137-1 **Telefono Entidad** : 3102133692
Forma de pago : CREDITO
Dirección : AV QUEBRADA SECA 33A 207
Fecha Vencimiento: 10/05/2026

Datos del Usuario

Primer Nombre : SONIA **Segundo Nombre** : CRISTINA **Primer Apellido** : QUINTERO **Segundo Apellido** : TORRADO
Documento : CC 1091661866 **Edad** : 36 Años **Sexo** : F **Telefono** :
Dirección :

Contrato : 402-DIGSA/DMBUG-2025 **Fecha Inicio** : 22/09/2025 **Fecha Vto** : 30/09/2026
Programa : PROCEDIMIENTO **Tipo de Pago** : Pago por evento **Fecha Ingreso** : 17/02/2026 **Fecha Egreso** : 17/02/2026
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
906911	FACTOR REMATOIDEO [R.A.] SEMICUANTITATIVO POR LATEX	5,407.00	1.00	5,407.00	0.00	5,407.00

SON : CINCO MIL CUATROCIENTOS SIETE PESOS

OBSERVACIONES:

Subtotal	5,407.00
Cuota Mod.	0.00
Total a Pagar	**5,407.00**

Resolución de Facturación N° 18764105477562 Numeración Autorizada Del CF 99517 Hasta CF 500000 Fecha 04/02/2026 Vigencia 12 Meses 04/02/2027

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: b7715b0488dc2cb5054533b572dd2c6debef62b404e48e874b0e95ac6ec8545cea16a1fd351d1867ec63a898fc44f71f

FECHA Y HORA ENVIO DIAN : 11/03/2026 11:18:13 a.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.
SOMOS AGENTES RETENEDORES DE ICA SEGÚN EL ART 175 DEL ACUERDO 035 DEL 29/10/2025 DE CUCUTA

Factura Electronica de Venta No.:

CF 100519

Autorización de Servicio: 202602331769

Datos de la Entidad

Entidad : DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA
Fecha Elab. : Marzo 11 de 2026
NIT : 901541137-1 **Telefono Entidad** : 3102133692
Forma de pago : CREDITO
Dirección : AV QUEBRADA SECA 33A 207
Fecha Vencimiento: 10/05/2026

Datos del Usuario

Primer Nombre : SONIA **Segundo Nombre** : CRISTINA **Primer Apellido** : QUINTERO **Segundo Apellido** : TORRADO
Documento : CC 1091661866 **Edad** : 36 Años **Sexo** : F **Telefono** :
Dirección :

Contrato : 402-DIGSA/DMBUG-2025 **Fecha Inicio** : 22/09/2025 **Fecha Vto** : 30/09/2026
Programa : PROCEDIMIENTO **Tipo de Pago** : Pago por evento **Fecha Ingreso** : 17/02/2026 **Fecha Egreso** : 17/02/2026
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
903805	AMILASA	9,595.00	1.00	9,595.00	0.00	9,595.00
903809	BILIRRUBINAS TOTAL Y DIRECTA	5,679.00	1.00	5,679.00	0.00	5,679.00
903866	TRANSAMINASA GLUTAMICOPIRUVICA O ALANINO AMINO TRANSFERASA [TGP-ALT] *	4,309.00	1.00	4,309.00	0.00	4,309.00
903867	TRANSAMINASA GLUTAMICO OXALACETICA O ASPARTATO AMINO TRANSFERASA [TGO-AST]	4,309.00	1.00	4,309.00	0.00	4,309.00

SON : VEINTITRES MIL OCHOCIENTOS NOVENTA Y DOS PESOS

OBSERVACIONES:

Subtotal	23,892.00
Cuota Mod.	0.00
Total a Pagar	**23,892.00**

Resolución de Facturación N° 18764105477562 Numeración Autorizada Del CF 99517 Hasta CF 500000 Fecha 04/02/2026 Vigencia 12 Meses 04/02/2027

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: bd6e3aa81101c3bb62b40911a79649d3957cc95e644dd92fb84a4d653cfbb68b4be2c39fdec59d05c6f77b9412e6f2e7

FECHA Y HORA ENVIO DIAN : 11/03/2026 11:18:22 a.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.
SOMOS AGENTES RETENEDORES DE ICA SEGÚN EL ART 175 DEL ACUERDO 035 DEL 29/10/2025 DE CUCUTA

Factura Electronica de Venta No.:

CF 100520

Autorización de Servicio: 2025114400893

Datos de la Entidad

Entidad : DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA
Fecha Elab. : Marzo 11 de 2026
NIT : 901541137-1 **Telefono Entidad** : 3102133692
Forma de pago : CREDITO
Dirección : AV QUEBRADA SECA 33A 207
Fecha Vencimiento: 10/05/2026

Datos del Usuario

Primer Nombre : JOHN **Segundo Nombre** : JAIRO **Primer Apellido** : GIRALDO **Segundo Apellido** : VELASQUEZ
Documento : CC 1005769853 **Edad** : 34 Años **Sexo** : M **Telefono** :
Dirección :

Contrato : 402-DIGSA/DMBUG-2025 **Fecha Inicio** : 22/09/2025 **Fecha Vto** : 30/09/2026
Programa : PROCEDIMIENTO **Tipo de Pago** : Pago por evento **Fecha Ingreso** : 17/02/2026 **Fecha Egreso** : 17/02/2026
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
902046	TIEMPO DE SANGRIA [IVY O DUKE]	3,412.00	1.00	3,412.00	0.00	3,412.00

SON : DIEZ MIL SETECIENTOS TREINTA Y SIETE PESOS

OBSERVACIONES:

Subtotal	10,737.00
Cuota Mod.	0.00
Total a Pagar	**10,737.00**

Resolución de Facturación N° 18764105477562 Numeración Autorizada Del CF 99517 Hasta CF 500000 Fecha 04/02/2026 Vigencia 12 Meses 04/02/2027

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: 95e478f1d760d3f93854904c34bf98420528145a280dad62325bb425434830984a4858673d08c6f31358723d17a66da3

FECHA Y HORA ENVIO DIAN : 11/03/2026 11:18:31 a.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.
SOMOS AGENTES RETENEDORES DE ICA SEGÚN EL ART 175 DEL ACUERDO 035 DEL 29/10/2025 DE CUCUTA

Factura Electronica de Venta No.:

CF 100521

Autorización de Servicio: 202602306459

Datos de la Entidad

Entidad : DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA
Fecha Elab. : Marzo 11 de 2026
NIT : 901541137-1 **Telefono Entidad** : 3102133692
Forma de pago : CREDITO
Dirección : AV QUEBRADA SECA 33A 207
Fecha Vencimiento: 10/05/2026

Datos del Usuario

Primer Nombre : ANNIHEDES **Segundo Nombre** : MARIA **Primer Apellido** : TRESPALACIOS **Segundo Apellido** : DE LOZANO
Documento : CC 40796202 **Edad** : 70 Años **Sexo** : F **Telefono** :
Dirección :

Contrato : 402-DIGSA/DMBUG-2025 **Fecha Inicio** : 22/09/2025 **Fecha Vto** : 30/09/2026
Programa : PROCEDIMIENTO **Tipo de Pago** : Pago por evento **Fecha Ingreso** : 23/02/2026 **Fecha Egreso** : 23/02/2026
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
903426	HEMOGLOBINA GLICOSILADA AUTOMATIZADA	16,044.00	1.00	16,044.00	0.00	16,044.00
904902	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES [TSH]	16,410.00	1.00	16,410.00	0.00	16,410.00

SON : TREINTA Y DOS MIL CUATROCIENTOS CINCUENTA Y CUATRO PESOS

OBSERVACIONES:

Subtotal	32,454.00
Cuota Mod.	0.00
Total a Pagar	**32,454.00**

Resolución de Facturación N° 18764105477562 Numeración Autorizada Del CF 99517 Hasta CF 500000 Fecha 04/02/2026 Vigencia 12 Meses 04/02/2027

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: e0bb8eb8cc31f8efa1df17184ffc8b6ccc3d16960ce057330c8e82c2ffdb0e9c2e156f1242c7148abd59c43fdec5bf8f

FECHA Y HORA ENVIO DIAN : 11/03/2026 11:18:41 a.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.
SOMOS AGENTES RETENEDORES DE ICA SEGÚN EL ART 175 DEL ACUERDO 035 DEL 29/10/2025 DE CUCUTA

Factura Electronica de Venta No.:

CF 100522

Autorización de Servicio: 2025114346688

Datos de la Entidad

Entidad : DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA
Fecha Elab. : Marzo 11 de 2026
NIT : 901541137-1 **Telefono Entidad** : 3102133692
Forma de pago : CREDITO
Dirección : AV QUEBRADA SECA 33A 207
Fecha Vencimiento: 10/05/2026

Datos del Usuario

Primer Nombre : LINEY **Segundo Nombre** : **Primer Apellido** : SANGUINO **Segundo Apellido** : GUEVARA
Documento : CC 1091667248 **Edad** : 33 Años **Sexo** : F **Telefono** :
Dirección :

Contrato : 402-DIGSA/DMBUG-2025 **Fecha Inicio** : 22/09/2025 **Fecha Vto** : 30/09/2026
Programa : PROCEDIMIENTO **Tipo de Pago** : Pago por evento **Fecha Ingreso** : 17/02/2026 **Fecha Egreso** : 17/02/2026
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
906910	FACTOR REMATOIDEO [R.A.] CUANTITATIVO POR NEFELOMETRIA	21,287.00	1.00	21,287.00	0.00	21,287.00

SON : VEINTIUN MIL DOSCIENTOS OCHENTA Y SIETE PESOS

OBSERVACIONES:

Subtotal	21,287.00
Cuota Mod.	0.00
Total a Pagar	**21,287.00**

Resolución de Facturación N° 18764105477562 Numeración Autorizada Del CF 99517 Hasta CF 500000 Fecha 04/02/2026 Vigencia 12 Meses 04/02/2027

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: 3675fab40b5a285e9e0099993c1727c66d61453ca4ed6879a7d98d507faa62aeda3ae6c62c9acedf75ba5dca9089bef4

FECHA Y HORA ENVIO DIAN : 11/03/2026 11:18:50 a.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.
SOMOS AGENTES RETENEDORES DE ICA SEGÚN EL ART 175 DEL ACUERDO 035 DEL 29/10/2025 DE CUCUTA

Factura Electronica de Venta No.:

CF 100523

Autorización de Servicio: 202602395126

Datos de la Entidad

Entidad : DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA
Fecha Elab. : Marzo 11 de 2026
NIT : 901541137-1 **Telefono Entidad** : 3102133692
Forma de pago : CREDITO
Dirección : AV QUEBRADA SECA 33A 207
Fecha Vencimiento: 10/05/2026

Datos del Usuario

Primer Nombre : PAULA **Segundo Nombre** : SOFIA **Primer Apellido** : RAPALINO **Segundo Apellido** : CASADIEGO
Documento : TI 1092188308 **Edad** : 9 Años **Sexo** : F **Telefono** :
Dirección :

Contrato : 402-DIGSA/DMBUG-2025 **Fecha Inicio** : 22/09/2025 **Fecha Vto** : 30/09/2026
Programa : PROCEDIMIENTO **Tipo de Pago** : Pago por evento **Fecha Ingreso** : 23/02/2026 **Fecha Egreso** : 23/02/2026
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° 18764105477562 Numeración Autorizada Del CF 99517 Hasta CF 500000 Fecha 04/02/2026 Vigencia 12 Meses 04/02/2027

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: e1220f257f8b144c9f904d93ee6c0c4d0dbca89e0204a62015fcd2664fc86ee7fc0dd174ac96405ee67542c275220ef8

FECHA Y HORA ENVIO DIAN : 11/03/2026 11:18:59 a.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.
SOMOS AGENTES RETENEDORES DE ICA SEGÚN EL ART 175 DEL ACUERDO 035 DEL 29/10/2025 DE CUCUTA

Factura Electronica de Venta No.:

CF 100524

Autorización de Servicio: 202602387193

Datos de la Entidad

Entidad : DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA
Fecha Elab. : Marzo 11 de 2026
NIT : 901541137-1 **Telefono Entidad** : 3102133692
Forma de pago : CREDITO
Dirección : AV QUEBRADA SECA 33A 207
Fecha Vencimiento: 10/05/2026

Datos del Usuario

Primer Nombre : CARMEN **Segundo Nombre** : **Primer Apellido** : LEMUS **Segundo Apellido** : SANTANA
Documento : CC 37310686 **Edad** : 64 Años **Sexo** : F **Telefono** :
Dirección : NULL

Contrato : 402-DIGSA/DMBUG-2025 **Fecha Inicio** : 22/09/2025 **Fecha Vto** : 30/09/2026
Programa : PROCEDIMIENTO **Tipo de Pago** : Pago por evento **Fecha Ingreso** : 17/02/2026 **Fecha Egreso** : 17/02/2026
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
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° 18764105477562 Numeración Autorizada Del CF 99517 Hasta CF 500000 Fecha 04/02/2026 Vigencia 12 Meses 04/02/2027

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: 57b60a80b83b12f50aeb029921052bb335fffa0cfafae8fc2fd21cb44addcefc63634fe1a17206d442575ad4cf40412e

FECHA Y HORA ENVIO DIAN : 11/03/2026 11:19:08 a.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.
SOMOS AGENTES RETENEDORES DE ICA SEGÚN EL ART 175 DEL ACUERDO 035 DEL 29/10/2025 DE CUCUTA

Factura Electronica de Venta No.:

CF 100525

Autorización de Servicio: 202602497777

Datos de la Entidad

Entidad : DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA
Fecha Elab. : Marzo 11 de 2026
NIT : 901541137-1 **Telefono Entidad** : 3102133692
Forma de pago : CREDITO
Dirección : AV QUEBRADA SECA 33A 207
Fecha Vencimiento: 10/05/2026

Datos del Usuario

Primer Nombre : IANN **Segundo Nombre** : SANTIAGO **Primer Apellido** : RAPALINO **Segundo Apellido** : CASADIEGO
Documento : RC 1181466528 **Edad** : 3 Años **Sexo** : M **Telefono** :
Dirección :

Contrato : 402-DIGSA/DMBUG-2025 **Fecha Inicio** : 22/09/2025 **Fecha Vto** : 30/09/2026
Programa : PROCEDIMIENTO **Tipo de Pago** : Pago por evento **Fecha Ingreso** : 23/02/2026 **Fecha Egreso** : 23/02/2026
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° 18764105477562 Numeración Autorizada Del CF 99517 Hasta CF 500000 Fecha 04/02/2026 Vigencia 12 Meses 04/02/2027

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: 4ab9bddeb7c7fd08089904bfdab0a54de9a204c59af73a32e33b6f7cc121acccd3fcd1b086843593913afeeb9d95ddf5

FECHA Y HORA ENVIO DIAN : 11/03/2026 11:19:17 a.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.
SOMOS AGENTES RETENEDORES DE ICA SEGÚN EL ART 175 DEL ACUERDO 035 DEL 29/10/2025 DE CUCUTA

Factura Electronica de Venta No.:

CF 100526

Autorización de Servicio: 202602368934

Datos de la Entidad

Entidad : DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA
Fecha Elab. : Marzo 11 de 2026
NIT : 901541137-1 **Telefono Entidad** : 3102133692
Forma de pago : CREDITO
Dirección : AV QUEBRADA SECA 33A 207
Fecha Vencimiento: 10/05/2026

Datos del Usuario

Primer Nombre : ANGELA **Segundo Nombre** : MARIA **Primer Apellido** : AGUDELO **Segundo Apellido** : RESTREPO
Documento : CC 1038109082 **Edad** : 36 Años **Sexo** : F **Telefono** :
Dirección :

Contrato : 402-DIGSA/DMBUG-2025 **Fecha Inicio** : 22/09/2025 **Fecha Vto** : 30/09/2026
Programa : PROCEDIMIENTO **Tipo de Pago** : Pago por evento **Fecha Ingreso** : 17/02/2026 **Fecha Egreso** : 17/02/2026
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
904812	CORTISOL AM	25,103.00	1.00	25,103.00	0.00	25,103.00
904904	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES [TSH] ULTRASENSIBLE	17,468.00	1.00	17,468.00	0.00	17,468.00

SON : OCHENTA Y CUATRO MIL QUINIENTOS CINCUENTA Y CUATRO PESOS

OBSERVACIONES:

Subtotal	84,554.00
Cuota Mod.	0.00
Total a Pagar	**84,554.00**

Resolución de Facturación N° 18764105477562 Numeración Autorizada Del CF 99517 Hasta CF 500000 Fecha 04/02/2026 Vigencia 12 Meses 04/02/2027

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: dd53c48b29cc077670853eb23137c22354de5baa27085265ad4f1c95533fcdc5eedc03bfc9b6d13d7c5bb4d8b6d9584d

FECHA Y HORA ENVIO DIAN : 11/03/2026 11:19:27 a.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.
SOMOS AGENTES RETENEDORES DE ICA SEGÚN EL ART 175 DEL ACUERDO 035 DEL 29/10/2025 DE CUCUTA

Factura Electronica de Venta No.:

CF 100527

Autorización de Servicio: 2025124619890

Datos de la Entidad

Entidad : DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA
Fecha Elab. : Marzo 11 de 2026
NIT : 901541137-1 **Telefono Entidad** : 3102133692
Forma de pago : CREDITO
Dirección : AV QUEBRADA SECA 33A 207
Fecha Vencimiento: 10/05/2026

Datos del Usuario

Primer Nombre : YAISON **Segundo Nombre** : YAIR **Primer Apellido** : GOMEZ **Segundo Apellido** : CASTRO
Documento : CC 1120360410 **Edad** : 36 Años **Sexo** : M **Telefono** :
Dirección :

Contrato : 402-DIGSA/DMBUG-2025 **Fecha Inicio** : 22/09/2025 **Fecha Vto** : 30/09/2026
Programa : PROCEDIMIENTO **Tipo de Pago** : Pago por evento **Fecha Ingreso** : 20/02/2026 **Fecha Egreso** : 20/02/2026
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° 18764105477562 Numeración Autorizada Del CF 99517 Hasta CF 500000 Fecha 04/02/2026 Vigencia 12 Meses 04/02/2027

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: a7103ba2c226d95b2d0229eb59c58c6f820ee2fe088b4239048a9a87b5871efe8a83f3c550fb5df33f59f20bb3011bcd

FECHA Y HORA ENVIO DIAN : 11/03/2026 11:19:36 a.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.
SOMOS AGENTES RETENEDORES DE ICA SEGÚN EL ART 175 DEL ACUERDO 035 DEL 29/10/2025 DE CUCUTA

Factura Electronica de Venta No.:

CF 100528

Autorización de Servicio: 202601151920

Datos de la Entidad

Entidad : DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA
Fecha Elab. : Marzo 11 de 2026
NIT : 901541137-1 **Telefono Entidad** : 3102133692
Forma de pago : CREDITO
Dirección : AV QUEBRADA SECA 33A 207
Fecha Vencimiento: 10/05/2026

Datos del Usuario

Primer Nombre : BERENICE **Segundo Nombre** : **Primer Apellido** : DIAZ **Segundo Apellido** : SANCHEZ
Documento : CC 37330093 **Edad** : 49 Años **Sexo** : M **Telefono** : 312619987
Dirección : NULL

Contrato : 402-DIGSA/DMBUG-2025 **Fecha Inicio** : 22/09/2025 **Fecha Vto** : 30/09/2026
Programa : PROCEDIMIENTO **Tipo de Pago** : Pago por evento **Fecha Ingreso** : 19/02/2026 **Fecha Egreso** : 19/02/2026
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
903604	CALCIO IONICO	27,302.00	1.00	27,302.00	0.00	27,302.00
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
903835	FOSFORO INORGANICO [FOSFATOS]	4,775.00	1.00	4,775.00	0.00	4,775.00
904902	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES [TSH]	16,410.00	1.00	16,410.00	0.00	16,410.00

SON : CIENTO QUINCE MIL SESENTA Y TRES PESOS

OBSERVACIONES:

Subtotal	115,063.00
Cuota Mod.	0.00
Total a Pagar	**115,063.00**

Resolución de Facturación N° 18764105477562 Numeración Autorizada Del CF 99517 Hasta CF 500000 Fecha 04/02/2026 Vigencia 12 Meses 04/02/2027

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: f8e0c29b3d8870edf58e9a884553b153a906dd3274b40fe6613204e3509cd39bdf77e3239932dd83ef4fa00db859f6a9

FECHA Y HORA ENVIO DIAN : 11/03/2026 11:19:45 a.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.
SOMOS AGENTES RETENEDORES DE ICA SEGÚN EL ART 175 DEL ACUERDO 035 DEL 29/10/2025 DE CUCUTA

Factura Electronica de Venta No.:

CF 100529

Autorización de Servicio: 202602421404

Datos de la Entidad

Entidad : DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA
Fecha Elab. : Marzo 11 de 2026
NIT : 901541137-1 **Telefono Entidad** : 3102133692
Forma de pago : CREDITO
Dirección : AV QUEBRADA SECA 33A 207
Fecha Vencimiento: 10/05/2026

Datos del Usuario

Primer Nombre : MARICELA **Segundo Nombre** : **Primer Apellido** : ARROTO **Segundo Apellido** : MOLANO
Documento : CC 1032381987 **Edad** : 39 Años **Sexo** : F **Telefono** :
Dirección :

Contrato : 402-DIGSA/DMBUG-2025 **Fecha Inicio** : 22/09/2025 **Fecha Vto** : 30/09/2026
Programa : PROCEDIMIENTO **Tipo de Pago** : Pago por evento **Fecha Ingreso** : 19/02/2026 **Fecha Egreso** : 19/02/2026
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° 18764105477562 Numeración Autorizada Del CF 99517 Hasta CF 500000 Fecha 04/02/2026 Vigencia 12 Meses 04/02/2027

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: c26f71915ad5980ea683f01640c21f9af8a027e1074380bdbaa3b4613cf7f71947aa8c98a4451385c94140a78176b26b

FECHA Y HORA ENVIO DIAN : 11/03/2026 11:19:55 a.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.
SOMOS AGENTES RETENEDORES DE ICA SEGÚN EL ART 175 DEL ACUERDO 035 DEL 29/10/2025 DE CUCUTA

Factura Electronica de Venta No.:

CF 100530

Autorización de Servicio: 202602271991

Datos de la Entidad

Entidad : DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA
Fecha Elab. : Marzo 11 de 2026
NIT : 901541137-1 **Telefono Entidad** : 3102133692
Forma de pago : CREDITO
Dirección : AV QUEBRADA SECA 33A 207
Fecha Vencimiento: 10/05/2026

Datos del Usuario

Primer Nombre : LUIS **Segundo Nombre** : FERNANDO **Primer Apellido** : VEGA **Segundo Apellido** : MERLO
Documento : CC 74271061 **Edad** : 40 Años **Sexo** : M **Telefono** :
Dirección :

Contrato : 402-DIGSA/DMBUG-2025 **Fecha Inicio** : 22/09/2025 **Fecha Vto** : 30/09/2026
Programa : PROCEDIMIENTO **Tipo de Pago** : Pago por evento **Fecha Ingreso** : 23/02/2026 **Fecha Egreso** : 23/02/2026
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° 18764105477562 Numeración Autorizada Del CF 99517 Hasta CF 500000 Fecha 04/02/2026 Vigencia 12 Meses 04/02/2027

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: 6c8e75023ce59ffcffaed58fae9063f3389f0002ecd4f7535986f5a8c25f0d0681fc30d5b87ed996dcf021c98484c5ef

FECHA Y HORA ENVIO DIAN : 11/03/2026 11:20:05 a.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.
SOMOS AGENTES RETENEDORES DE ICA SEGÚN EL ART 175 DEL ACUERDO 035 DEL 29/10/2025 DE CUCUTA

Factura Electronica de Venta No.:

CF 100531

Autorización de Servicio: 202602358673

Datos de la Entidad

Entidad : DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA
Fecha Elab. : Marzo 11 de 2026
NIT : 901541137-1 **Telefono Entidad** : 3102133692
Forma de pago : CREDITO
Dirección : AV QUEBRADA SECA 33A 207
Fecha Vencimiento: 10/05/2026

Datos del Usuario

Primer Nombre : ZHARIKH **Segundo Nombre** : JULIETH **Primer Apellido** : GUARIN **Segundo Apellido** : GAMBOA
Documento : TI 1094267407 **Edad** : 16 Años **Sexo** : F **Telefono** :
Dirección :

Contrato : 402-DIGSA/DMBUG-2025 **Fecha Inicio** : 22/09/2025 **Fecha Vto** : 30/09/2026
Programa : PROCEDIMIENTO **Tipo de Pago** : Pago por evento **Fecha Ingreso** : 26/02/2026 **Fecha Egreso** : 26/02/2026
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
904922	TIROXINA TOTAL [T4]	13,248.00	1.00	13,248.00	0.00	13,248.00

SON : VEINTINUEVE MIL SEISCIENTOS CINCUENTA Y OCHO PESOS

OBSERVACIONES:

Subtotal	29,658.00
Cuota Mod.	0.00
Total a Pagar	**29,658.00**

Resolución de Facturación N° 18764105477562 Numeración Autorizada Del CF 99517 Hasta CF 500000 Fecha 04/02/2026 Vigencia 12 Meses 04/02/2027

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: 7b8c6be6dd548f33772af9436c21974b8d22231adfad10723fd1f6a2eeabf19884dbe3218fc4d0e9d8cc60e54b88d464

FECHA Y HORA ENVIO DIAN : 11/03/2026 11:20:14 a.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.
SOMOS AGENTES RETENEDORES DE ICA SEGÚN EL ART 175 DEL ACUERDO 035 DEL 29/10/2025 DE CUCUTA

Factura Electronica de Venta No.:

CF 100532

Autorización de Servicio: 2025103820026

Datos de la Entidad

Entidad : DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA
Fecha Elab. : Marzo 11 de 2026
NIT : 901541137-1 **Telefono Entidad** : 3102133692
Forma de pago : CREDITO
Dirección : AV QUEBRADA SECA 33A 207
Fecha Vencimiento: 10/05/2026

Datos del Usuario

Primer Nombre : JUAN **Segundo Nombre** : CARLOS **Primer Apellido** : SANCHEZ **Segundo Apellido** : ORTIZ
Documento : CC 1091659494 **Edad** : 36 Años **Sexo** : M **Telefono** :
Dirección : NULL

Contrato : 402-DIGSA/DMBUG-2025 **Fecha Inicio** : 22/09/2025 **Fecha Vto** : 30/09/2026
Programa : PROCEDIMIENTO **Tipo de Pago** : Pago por evento **Fecha Ingreso** : 26/02/2026 **Fecha Egreso** : 26/02/2026
Tipo Usuario : Subsidiado **Cobertura** : Cobertura Régimen Especial o Excepción

CODIGO	DESCRIPCION DEL SERVICIO	VLR. UNIDAD	CANT	VLR. TOTAL	VLR. USUARIO	VLR. EMPRESA
906213	EPSTEIN-BARR ANTICUERPOS IG G [NUCLEARES EBNA-G] POR EIA	66,428.00	1.00	66,428.00	0.00	66,428.00
906215	EPSTEIN-BARR ANTICUERPOS IG M [CAPSULA EB-VCA-M] POR EIA	33,981.00	1.00	33,981.00	0.00	33,981.00

SON : CIEN MIL CUATROCIENTOS NUEVE PESOS

OBSERVACIONES:

Subtotal	100,409.00
Cuota Mod.	0.00
Total a Pagar	**100,409.00**

Resolución de Facturación N° 18764105477562 Numeración Autorizada Del CF 99517 Hasta CF 500000 Fecha 04/02/2026 Vigencia 12 Meses 04/02/2027

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: a03cb718a6014fb457b5b5043fc6d51ce0311427221ee15306fdbf0be287a99014e144237bbc469e14b53ca1564f65ac

FECHA Y HORA ENVIO DIAN : 11/03/2026 11:20:35 a.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.
SOMOS AGENTES RETENEDORES DE ICA SEGÚN EL ART 175 DEL ACUERDO 035 DEL 29/10/2025 DE CUCUTA

Factura Electronica de Venta No.:

CF 100533

Autorización de Servicio: 202602279240

Datos de la Entidad

Entidad : DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA
Fecha Elab. : Marzo 11 de 2026
NIT : 901541137-1 **Telefono Entidad** : 3102133692
Forma de pago : CREDITO
Dirección : AV QUEBRADA SECA 33A 207
Fecha Vencimiento: 10/05/2026

Datos del Usuario

Primer Nombre : ARMANDO **Segundo Nombre** : **Primer Apellido** : SANGUINO **Segundo Apellido** : CRIADO
Documento : CC 77132436 **Edad** : 45 Años **Sexo** : M **Telefono** :
Dirección :

Contrato : 402-DIGSA/DMBUG-2025 **Fecha Inicio** : 22/09/2025 **Fecha Vto** : 30/09/2026
Programa : PROCEDIMIENTO **Tipo de Pago** : Pago por evento **Fecha Ingreso** : 19/02/2026 **Fecha Egreso** : 19/02/2026
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
903426	HEMOGLOBINA GLICOSILADA AUTOMATIZADA	16,044.00	1.00	16,044.00	0.00	16,044.00
903810	CALCIO POR COLORIMETRIA *	2,702.00	1.00	2,702.00	0.00	2,702.00
903859	POTASIO	7,913.00	1.00	7,913.00	0.00	7,913.00
903864	SODIO	5,679.00	1.00	5,679.00	0.00	5,679.00
903866	TRANSAMINASA GLUTAMICOPIRUVICA O ALANINO AMINO TRANSFERASA [TGP-ALT] *	4,309.00	1.00	4,309.00	0.00	4,309.00
903867	TRANSAMINASA GLUTAMICO OXALACETICA O ASPARTATO AMINO TRANSFERASA [TGO-AST]	4,309.00	1.00	4,309.00	0.00	4,309.00

SON : SETENTA Y SEIS MIL CIENTO OCHO PESOS

OBSERVACIONES:

Subtotal	59,698.00
Cuota Mod.	0.00
Total a Pagar	**59,698.00**

Resolución de Facturación N° 18764105477562 Numeración Autorizada Del CF 99517 Hasta CF 500000 Fecha 04/02/2026 Vigencia 12 Meses 04/02/2027

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: bfe66f4e831007f84c584f6cd1bdca73e1827ec1738ed85b103ce53cef440f799f3e63953cec89263e1cd7b051e9a411

FECHA Y HORA ENVIO DIAN : 11/03/2026 11:20:25 a.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.
SOMOS AGENTES RETENEDORES DE ICA SEGÚN EL ART 175 DEL ACUERDO 035 DEL 29/10/2025 DE CUCUTA

Factura Electronica de Venta No.:

CF 100533

Autorización de Servicio: 202602279240

Datos de la Entidad

Entidad : DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA
Fecha Elab. : Marzo 11 de 2026
NIT : 901541137-1 **Telefono Entidad** : 3102133692
Forma de pago : CREDITO
Dirección : AV QUEBRADA SECA 33A 207
Fecha Vencimiento: 10/05/2026

Datos del Usuario

Primer Nombre : ARMANDO **Segundo Nombre** : **Primer Apellido** : SANGUINO **Segundo Apellido** : CRIADO
Documento : CC 77132436 **Edad** : 45 Años **Sexo** : M **Telefono** :
Dirección :

Contrato : 402-DIGSA/DMBUG-2025 **Fecha Inicio** : 22/09/2025 **Fecha Vto** : 30/09/2026
Programa : PROCEDIMIENTO **Tipo de Pago** : Pago por evento **Fecha Ingreso** : 19/02/2026 **Fecha Egreso** : 19/02/2026
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

SON : SETENTA Y SEIS MIL CIENTO OCHO PESOS

OBSERVACIONES:

Subtotal	76,108.00
Cuota Mod.	0.00
Total a Pagar	**76,108.00**

Resolución de Facturación N° 18764105477562 Numeración Autorizada Del CF 99517 Hasta CF 500000 Fecha 04/02/2026 Vigencia 12 Meses 04/02/2027

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: bfe66f4e831007f84c584f6cd1bdca73e1827ec1738ed85b103ce53cef440f799f3e63953cec89263e1cd7b051e9a411

FECHA Y HORA ENVIO DIAN : 11/03/2026 11:20:25 a.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.
SOMOS AGENTES RETENEDORES DE ICA SEGÚN EL ART 175 DEL ACUERDO 035 DEL 29/10/2025 DE CUCUTA

Factura Electronica de Venta No.:

CF 100534

Autorización de Servicio: 2025103926750

Datos de la Entidad

Entidad : DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA
Fecha Elab. : Marzo 11 de 2026
NIT : 901541137-1 **Telefono Entidad** : 3102133692
Forma de pago : CREDITO
Dirección : AV QUEBRADA SECA 33A 207
Fecha Vencimiento: 10/05/2026

Datos del Usuario

Primer Nombre : ELBERTH **Segundo Nombre** : MAURICIO **Primer Apellido** : AVENDAÑO **Segundo Apellido** : VELANDIA
Documento : CC 91456091 **Edad** : 45 Años **Sexo** : M **Telefono** :
Dirección :

Contrato : 402-DIGSA/DMBUG-2025 **Fecha Inicio** : 22/09/2025 **Fecha Vto** : 30/09/2026
Programa : PROCEDIMIENTO **Tipo de Pago** : Pago por evento **Fecha Ingreso** : 12/02/2026 **Fecha Egreso** : 12/02/2026
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° 18764105477562 Numeración Autorizada Del CF 99517 Hasta CF 500000 Fecha 04/02/2026 Vigencia 12 Meses 04/02/2027

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: c50fbfc354631af8e19068eca327cb751fc5018d70a7564aa7efd68035ef71ca4cd440a41bc7037d889e84c1fa708220

FECHA Y HORA ENVIO DIAN : 11/03/2026 11:20:44 a.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.
SOMOS AGENTES RETENEDORES DE ICA SEGÚN EL ART 175 DEL ACUERDO 035 DEL 29/10/2025 DE CUCUTA

Factura Electronica de Venta No.:

CF 100535

Autorización de Servicio: 202602497341

Datos de la Entidad

Entidad : DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA
Fecha Elab. : Marzo 11 de 2026
NIT : 901541137-1 **Telefono Entidad** : 3102133692
Forma de pago : CREDITO
Dirección : AV QUEBRADA SECA 33A 207
Fecha Vencimiento: 10/05/2026

Datos del Usuario

Primer Nombre : KANNETH **Segundo Nombre** : GARETH **Primer Apellido** : MORELO **Segundo Apellido** : FRANCO
Documento : TI 1092185905 **Edad** : 11 Años **Sexo** : M **Telefono** :
Dirección :

Contrato : 402-DIGSA/DMBUG-2025 **Fecha Inicio** : 22/09/2025 **Fecha Vto** : 30/09/2026
Programa : PROCEDIMIENTO **Tipo de Pago** : Pago por evento **Fecha Ingreso** : 26/02/2026 **Fecha Egreso** : 26/02/2026
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° 18764105477562 Numeración Autorizada Del CF 99517 Hasta CF 500000 Fecha 04/02/2026 Vigencia 12 Meses 04/02/2027

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: 77266fbeafa3b679cf9708f8cd20c4f9166db7a0fb90271cc19a7741d8bd0e63cf4fd00a51295f5da1609b24102a6e90

FECHA Y HORA ENVIO DIAN : 11/03/2026 11:20:52 a.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.
SOMOS AGENTES RETENEDORES DE ICA SEGÚN EL ART 175 DEL ACUERDO 035 DEL 29/10/2025 DE CUCUTA

Factura Electronica de Venta No.:

CF 100536

Autorización de Servicio: 202602296453

Datos de la Entidad

Entidad : DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA
Fecha Elab. : Marzo 11 de 2026
NIT : 901541137-1 **Telefono Entidad** : 3102133692
Forma de pago : CREDITO
Dirección : AV QUEBRADA SECA 33A 207
Fecha Vencimiento: 10/05/2026

Datos del Usuario

Primer Nombre : ELIZABETH **Segundo Nombre** : **Primer Apellido** : DIAZ **Segundo Apellido** : RUEDA
Documento : CC 1091671722 **Edad** : 30 Años **Sexo** : F **Telefono** :
Dirección : NULL

Contrato : 402-DIGSA/DMBUG-2025 **Fecha Inicio** : 22/09/2025 **Fecha Vto** : 30/09/2026
Programa : PROCEDIMIENTO **Tipo de Pago** : Pago por evento **Fecha Ingreso** : 12/02/2026 **Fecha Egreso** : 12/02/2026
Tipo Usuario : Subsidiado **Cobertura** : Cobertura Régimen Especial o Excepción

CODIGO	DESCRIPCION DEL SERVICIO	VLR. UNIDAD	CANT	VLR. TOTAL	VLR. USUARIO	VLR. EMPRESA
901210	CULTIVO ESPECIALES PARA OTROS MICROORGANISMOS	41,523.00	1.00	41,523.00	0.00	41,523.00
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 : SETENTA Y UN MIL TREINTA Y NUEVE PESOS

OBSERVACIONES:

Subtotal	71,039.00
Cuota Mod.	0.00
Total a Pagar	**71,039.00**

Resolución de Facturación N° 18764105477562 Numeración Autorizada Del CF 99517 Hasta CF 500000 Fecha 04/02/2026 Vigencia 12 Meses 04/02/2027

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: 2de16915771c9ade0d85192b5421004fe05fe86cc97b4136e93781ade2c00fef26c2ce609d2134f6146f80d1bcda4071

FECHA Y HORA ENVIO DIAN : 11/03/2026 11:21:00 a.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.
SOMOS AGENTES RETENEDORES DE ICA SEGÚN EL ART 175 DEL ACUERDO 035 DEL 29/10/2025 DE CUCUTA

Factura Electronica de Venta No.:

CF 100537

Autorización de Servicio: 202602327926

Datos de la Entidad

Entidad : DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA
Fecha Elab. : Marzo 11 de 2026
NIT : 901541137-1 **Telefono Entidad** : 3102133692
Forma de pago : CREDITO
Dirección : AV QUEBRADA SECA 33A 207
Fecha Vencimiento: 10/05/2026

Datos del Usuario

Primer Nombre : SILVIA **Segundo Nombre** : NATHALIA **Primer Apellido** : IBARRA **Segundo Apellido** : JAIME
Documento : CC 1091678731 **Edad** : 28 Años **Sexo** : F **Telefono** :
Dirección :

Contrato : 402-DIGSA/DMBUG-2025 **Fecha Inicio** : 22/09/2025 **Fecha Vto** : 30/09/2026
Programa : PROCEDIMIENTO **Tipo de Pago** : Pago por evento **Fecha Ingreso** : 26/02/2026 **Fecha Egreso** : 26/02/2026
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
906129	TOXOPLASMA GONDII ANTICUERPOS IG M POR EIA	19,795.00	1.00	19,795.00	0.00	19,795.00
906205	CITOMEGALOVIRUS ANTICUERPOS IG G [CMV-G] POR EIA	20,118.00	1.00	20,118.00	0.00	20,118.00
906249	VIH 1 Y 2 ANTICUERPOS & *	19,181.00	1.00	19,181.00	0.00	19,181.00

SON : CINCUENTA Y NUEVE MIL NOVENTA Y CUATRO PESOS

OBSERVACIONES:

Subtotal	59,094.00
Cuota Mod.	0.00
Total a Pagar	**59,094.00**

Resolución de Facturación N° 18764105477562 Numeración Autorizada Del CF 99517 Hasta CF 500000 Fecha 04/02/2026 Vigencia 12 Meses 04/02/2027

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: 375b47a60538af795a01118173237dc596f0aa5b214b9695e9d7eeaef7769e4761a6c76f0e1b732eac836101b2cdf2b9

FECHA Y HORA ENVIO DIAN : 11/03/2026 11:21:09 a.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.
SOMOS AGENTES RETENEDORES DE ICA SEGÚN EL ART 175 DEL ACUERDO 035 DEL 29/10/2025 DE CUCUTA

Factura Electronica de Venta No.:

CF 100538

Autorización de Servicio: 202602212711

Datos de la Entidad

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

Fecha Elab. : Marzo 11 de 2026
Forma de pago : CREDITO
Fecha Vencimiento: 10/05/2026

Datos del Usuario

Primer Nombre : YESID **Segundo Nombre** : ENRIQUE **Primer Apellido** : BOLIVAR **Segundo Apellido** : RIPE
Documento : CC 1049629300 **Edad** : 34 Años **Sexo** : M **Telefono** :
Dirección :

Contrato : 402-DIGSA/DMBUG-2025 **Fecha Inicio** : 22/09/2025 **Fecha Vto** : 30/09/2026
Programa : PROCEDIMIENTO **Tipo de Pago** : Pago por evento **Fecha Ingreso** : 04/02/2026 **Fecha Egreso** : 04/02/2026
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
903602	AMONIO	12,215.00	1.00	12,215.00	0.00	12,215.00
904103	HORMONA ADRENOCORTICOTROPICA [ACTH]	24,292.00	1.00	24,292.00	0.00	24,292.00
904702	INSULINA PRE Y POST GLUCOSA	34,685.00	1.00	34,685.00	0.00	34,685.00

SON : SETENTA Y UN MIL CIENTO NOVENTA Y DOS PESOS

OBSERVACIONES:

Subtotal	71,192.00
Cuota Mod.	0.00
Total a Pagar	**71,192.00**

Resolución de Facturación N° 18764105477562 Numeración Autorizada Del CF 99517 Hasta CF 500000 Fecha 04/02/2026 Vigencia 12 Meses 04/02/2027

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: 3af0935754dd20f9e28d0737a9025b16af589db2ed227674ac6da60fd5674924e8583d46263950f4732e977867a650a4

FECHA Y HORA ENVIO DIAN : 11/03/2026 11:21:18 a.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.
SOMOS AGENTES RETENEDORES DE ICA SEGÚN EL ART 175 DEL ACUERDO 035 DEL 29/10/2025 DE CUCUTA

Factura Electronica de Venta No.:

CF 100539

Autorización de Servicio: 202602278513

Datos de la Entidad

Entidad : DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA
Fecha Elab. : Marzo 11 de 2026
NIT : 901541137-1 **Telefono Entidad** : 3102133692
Forma de pago : CREDITO
Dirección : AV QUEBRADA SECA 33A 207
Fecha Vencimiento: 10/05/2026

Datos del Usuario

Primer Nombre : YOLEIMA **Segundo Nombre** : **Primer Apellido** : SARAVIA **Segundo Apellido** : GUERRERO
Documento : CC 37181608 **Edad** : 42 Años **Sexo** : F **Telefono** :
Dirección :

Contrato : 402-DIGSA/DMBUG-2025 **Fecha Inicio** : 22/09/2025 **Fecha Vto** : 30/09/2026
Programa : PROCEDIMIENTO **Tipo de Pago** : Pago por evento **Fecha Ingreso** : 12/02/2026 **Fecha Egreso** : 12/02/2026
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
903838	GAMMA GLUTAMIL TRANSFERASA [GGT]	8,523.00	1.00	8,523.00	0.00	8,523.00

SON : OCHO MIL QUINIENTOS VEINTITRES PESOS

OBSERVACIONES:

Subtotal	8,523.00
Cuota Mod.	0.00
Total a Pagar	**8,523.00**

Resolución de Facturación N° 18764105477562 Numeración Autorizada Del CF 99517 Hasta CF 500000 Fecha 04/02/2026 Vigencia 12 Meses 04/02/2027

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: eca307bf4e5f886eb40ec8cb4b398abde502f182216db486714796f07ed04f468b83f2157c87e2bcd5f81684fc019206

FECHA Y HORA ENVIO DIAN : 11/03/2026 11:21:27 a.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.
SOMOS AGENTES RETENEDORES DE ICA SEGÚN EL ART 175 DEL ACUERDO 035 DEL 29/10/2025 DE CUCUTA

Factura Electronica de Venta No.:

CF 100540

Autorización de Servicio: 202602303080

Datos de la Entidad

Entidad : DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA
Fecha Elab. : Marzo 11 de 2026
NIT : 901541137-1 **Telefono Entidad** : 3102133692
Forma de pago : CREDITO
Dirección : AV QUEBRADA SECA 33A 207
Fecha Vencimiento: 10/05/2026

Datos del Usuario

Primer Nombre : WILLIAN **Segundo Nombre** : ALEXANDER **Primer Apellido** : GORDILLO **Segundo Apellido** : LADINO
Documento : CC 1076655439 **Edad** : 35 Años **Sexo** : M **Telefono** :
Dirección :

Contrato : 402-DIGSA/DMBUG-2025 **Fecha Inicio** : 22/09/2025 **Fecha Vto** : 30/09/2026
Programa : PROCEDIMIENTO **Tipo de Pago** : Pago por evento **Fecha Ingreso** : 12/02/2026 **Fecha Egreso** : 12/02/2026
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° 18764105477562 Numeración Autorizada Del CF 99517 Hasta CF 500000 Fecha 04/02/2026 Vigencia 12 Meses 04/02/2027

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: 752525983bd6e20d24e3087109ff70e58f58ba1c6b83285288fc80e00e08867824cce6e93ec3358a88e39aa24b5d12dd

FECHA Y HORA ENVIO DIAN : 11/03/2026 11:21:38 a.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.
SOMOS AGENTES RETENEDORES DE ICA SEGÚN EL ART 175 DEL ACUERDO 035 DEL 29/10/2025 DE CUCUTA

Factura Electronica de Venta No.:

CF 100541

Autorización de Servicio: 2025114022181

Datos de la Entidad

Entidad : DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA
Fecha Elab. : Marzo 11 de 2026
NIT : 901541137-1 **Telefono Entidad** : 3102133692
Forma de pago : CREDITO
Dirección : AV QUEBRADA SECA 33A 207
Fecha Vencimiento: 10/05/2026

Datos del Usuario

Primer Nombre : ABDON **Segundo Nombre** : ALEJANDRO **Primer Apellido** : MENDOZA **Segundo Apellido** : PABON
Documento : TI 1092180167 **Edad** : 17 Años **Sexo** : M **Telefono** :
Dirección :

Contrato : 402-DIGSA/DMBUG-2025 **Fecha Inicio** : 22/09/2025 **Fecha Vto** : 30/09/2026
Programa : PROCEDIMIENTO **Tipo de Pago** : Pago por evento **Fecha Ingreso** : 23/02/2026 **Fecha Egreso** : 23/02/2026
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
905312	LITIO AUTOMATIZADO	7,600.00	1.00	7,600.00	0.00	7,600.00

SON : CUARENTA Y NUEVE MIL QUINIENTOS OCHENTA Y TRES PESOS

OBSERVACIONES:

Subtotal	49,583.00
Cuota Mod.	0.00
Total a Pagar	**49,583.00**

Resolución de Facturación N° 18764105477562 Numeración Autorizada Del CF 99517 Hasta CF 500000 Fecha 04/02/2026 Vigencia 12 Meses 04/02/2027

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: 8d56480f3daddfd2b40c45da76b46a82f4e07c6e69a9c095695adfa4243264fb4c44cb60a9e48277bbc7e7ed8cce0039

FECHA Y HORA ENVIO DIAN : 11/03/2026 11:21:47 a.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.
SOMOS AGENTES RETENEDORES DE ICA SEGÚN EL ART 175 DEL ACUERDO 035 DEL 29/10/2025 DE CUCUTA

Factura Electronica de Venta No.:

CF 100542

Autorización de Servicio: 202601123580

Datos de la Entidad

Entidad : DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA
Fecha Elab. : Marzo 11 de 2026
NIT : 901541137-1 **Telefono Entidad** : 3102133692
Forma de pago : CREDITO
Dirección : AV QUEBRADA SECA 33A 207
Fecha Vencimiento: 10/05/2026

Datos del Usuario

Primer Nombre : NUVIA **Segundo Nombre** : STELLA **Primer Apellido** : GOMEZ **Segundo Apellido** : QUINTERO
Documento : CC 37334602 **Edad** : 45 Años **Sexo** : F **Telefono** :
Dirección :

Contrato : 402-DIGSA/DMBUG-2025 **Fecha Inicio** : 22/09/2025 **Fecha Vto** : 30/09/2026
Programa : PROCEDIMIENTO **Tipo de Pago** : Pago por evento **Fecha Ingreso** : 12/02/2026 **Fecha Egreso** : 12/02/2026
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° 18764105477562 Numeración Autorizada Del CF 99517 Hasta CF 500000 Fecha 04/02/2026 Vigencia 12 Meses 04/02/2027

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: 0ed394b8c04261bf961438b8aa54d4316f366d11815bb60089bbe4cd4282f07092942b1bbbd0f911e207f14c8fd3d792

FECHA Y HORA ENVIO DIAN : 11/03/2026 11:21:57 a.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.
SOMOS AGENTES RETENEDORES DE ICA SEGÚN EL ART 175 DEL ACUERDO 035 DEL 29/10/2025 DE CUCUTA

Factura Electronica de Venta No.:

CF 100543

Autorización de Servicio: 202602498062

Datos de la Entidad

Entidad : DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA
Fecha Elab. : Marzo 11 de 2026
NIT : 901541137-1 **Telefono Entidad** : 3102133692
Forma de pago : CREDITO
Dirección : AV QUEBRADA SECA 33A 207
Fecha Vencimiento: 10/05/2026

Datos del Usuario

Primer Nombre : ABDON **Segundo Nombre** : ALEJANDRO **Primer Apellido** : MENDOZA **Segundo Apellido** : PABON
Documento : TI 1092180167 **Edad** : 17 Años **Sexo** : M **Telefono** :
Dirección :

Contrato : 402-DIGSA/DMBUG-2025 **Fecha Inicio** : 22/09/2025 **Fecha Vto** : 30/09/2026
Programa : PROCEDIMIENTO **Tipo de Pago** : Pago por evento **Fecha Ingreso** : 23/02/2026 **Fecha Egreso** : 23/02/2026
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° 18764105477562 Numeración Autorizada Del CF 99517 Hasta CF 500000 Fecha 04/02/2026 Vigencia 12 Meses 04/02/2027

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: 01efb988dbcef3a498963874ee0a0dc17178e2e19669f8df29712e7380dff59b5e233faa6224a4078f9f68ba33bf925a

FECHA Y HORA ENVIO DIAN : 11/03/2026 11:22:06 a.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.
SOMOS AGENTES RETENEDORES DE ICA SEGÚN EL ART 175 DEL ACUERDO 035 DEL 29/10/2025 DE CUCUTA

Factura Electronica de Venta No.:

CF 100544

Autorización de Servicio: 2025103968025

Datos de la Entidad

Entidad : DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA
Fecha Elab. : Marzo 11 de 2026
NIT : 901541137-1 **Telefono Entidad** : 3102133692
Forma de pago : CREDITO
Dirección : AV QUEBRADA SECA 33A 207
Fecha Vencimiento: 10/05/2026

Datos del Usuario

Primer Nombre : WILMAN **Segundo Nombre** : **Primer Apellido** : MONTIEL **Segundo Apellido** : UTIMA
Documento : CC 1106770623 **Edad** : 39 Años **Sexo** : M **Telefono** :
Dirección :

Contrato : 402-DIGSA/DMBUG-2025 **Fecha Inicio** : 22/09/2025 **Fecha Vto** : 30/09/2026
Programa : PROCEDIMIENTO **Tipo de Pago** : Pago por evento **Fecha Ingreso** : 12/02/2026 **Fecha Egreso** : 12/02/2026
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° 18764105477562 Numeración Autorizada Del CF 99517 Hasta CF 500000 Fecha 04/02/2026 Vigencia 12 Meses 04/02/2027

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: 76510169b852bb72307c421a5e6385405035c87caaeb178cb983aaaf69aead37983db7cafba3d07413f5d7bea1ab3d1f

FECHA Y HORA ENVIO DIAN : 11/03/2026 11:22:17 a.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.
SOMOS AGENTES RETENEDORES DE ICA SEGÚN EL ART 175 DEL ACUERDO 035 DEL 29/10/2025 DE CUCUTA

Factura Electronica de Venta No.:

CF 100545

Autorización de Servicio: 202602303370

Datos de la Entidad

Entidad : DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA
Fecha Elab. : Marzo 11 de 2026
NIT : 901541137-1 **Telefono Entidad** : 3102133692
Forma de pago : CREDITO
Dirección : AV QUEBRADA SECA 33A 207
Fecha Vencimiento: 10/05/2026

Datos del Usuario

Primer Nombre : JUAN **Segundo Nombre** : CAMILO **Primer Apellido** : BUITRAGO **Segundo Apellido** : SANCHEZ
Documento : CC 1056505716 **Edad** : 34 Años **Sexo** : M **Telefono** :
Dirección :

Contrato : 402-DIGSA/DMBUG-2025 **Fecha Inicio** : 22/09/2025 **Fecha Vto** : 30/09/2026
Programa : PROCEDIMIENTO **Tipo de Pago** : Pago por evento **Fecha Ingreso** : 11/02/2026 **Fecha Egreso** : 11/02/2026
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° 18764105477562 Numeración Autorizada Del CF 99517 Hasta CF 500000 Fecha 04/02/2026 Vigencia 12 Meses 04/02/2027

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: eb06ebbc718700fe5de4710f7da02234c422e6153e3cb7e72b633506294bb64f7106cf3d589b5dea295bbce6c02d5de3

FECHA Y HORA ENVIO DIAN : 11/03/2026 11:22:26 a.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.
SOMOS AGENTES RETENEDORES DE ICA SEGÚN EL ART 175 DEL ACUERDO 035 DEL 29/10/2025 DE CUCUTA

Factura Electronica de Venta No.:

CF 100546

Autorización de Servicio: 2025124571273

Datos de la Entidad

Entidad : DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA
Fecha Elab. : Marzo 11 de 2026
NIT : 901541137-1 **Telefono Entidad** : 3102133692
Forma de pago : CREDITO
Dirección : AV QUEBRADA SECA 33A 207
Fecha Vencimiento: 10/05/2026

Datos del Usuario

Primer Nombre : GIOVANY **Segundo Nombre** : **Primer Apellido** : ROJAS **Segundo Apellido** : HERNANDEZ
Documento : CC 5833850 **Edad** : 43 Años **Sexo** : M **Telefono** :
Dirección :

Contrato : 402-DIGSA/DMBUG-2025 **Fecha Inicio** : 22/09/2025 **Fecha Vto** : 30/09/2026
Programa : PROCEDIMIENTO **Tipo de Pago** : Pago por evento **Fecha Ingreso** : 28/02/2026 **Fecha Egreso** : 28/02/2026
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
904902	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES [TSH]	16,410.00	1.00	16,410.00	0.00	16,410.00

SON : CINCUENTA Y OCHO MIL TRESCIENTOS NOVENTA Y TRES PESOS

OBSERVACIONES:

Subtotal	58,393.00
Cuota Mod.	0.00
Total a Pagar	**58,393.00**

Resolución de Facturación N° 18764105477562 Numeración Autorizada Del CF 99517 Hasta CF 500000 Fecha 04/02/2026 Vigencia 12 Meses 04/02/2027

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: c71fd758fd398a5312c151c430d4d658f03542c1b0e8cb9a9268b0f103a6efc67baf550ad5a69793c9a827d6e9d57a81

FECHA Y HORA ENVIO DIAN : 11/03/2026 11:22:37 a.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.
SOMOS AGENTES RETENEDORES DE ICA SEGÚN EL ART 175 DEL ACUERDO 035 DEL 29/10/2025 DE CUCUTA

Factura Electronica de Venta No.:

CF 100547

Autorización de Servicio: 202602406357

Datos de la Entidad

Entidad : DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA
Fecha Elab. : Marzo 11 de 2026
NIT : 901541137-1 **Telefono Entidad** : 3102133692
Forma de pago : CREDITO
Dirección : AV QUEBRADA SECA 33A 207
Fecha Vencimiento: 10/05/2026

Datos del Usuario

Primer Nombre : BERENICE **Segundo Nombre** : **Primer Apellido** : DIAZ **Segundo Apellido** : SANCHEZ
Documento : CC 37330093 **Edad** : 49 Años **Sexo** : M **Telefono** : 312619987
Dirección : NULL

Contrato : 402-DIGSA/DMBUG-2025 **Fecha Inicio** : 22/09/2025 **Fecha Vto** : 30/09/2026
Programa : PROCEDIMIENTO **Tipo de Pago** : Pago por evento **Fecha Ingreso** : 28/02/2026 **Fecha Egreso** : 28/02/2026
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
904920	TIROGLOBULINA	26,109.00	1.00	26,109.00	0.00	26,109.00
906463	TIROIDEOS TIROGLOBULINICOS ANTICUERPOS POR EIA	28,209.00	1.00	28,209.00	0.00	28,209.00

SON : SETENTA MIL SETECIENTOS VEINTIOCHO PESOS

OBSERVACIONES:

Subtotal	70,728.00
Cuota Mod.	0.00
Total a Pagar	**70,728.00**

Resolución de Facturación N° 18764105477562 Numeración Autorizada Del CF 99517 Hasta CF 500000 Fecha 04/02/2026 Vigencia 12 Meses 04/02/2027

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: 05380f9ab72897ab846d6c96e7a8eddcee48f25b0462598ab342a6d309099332cdaa51bb409424cf3e75ae8897e5bb89

FECHA Y HORA ENVIO DIAN : 11/03/2026 11:22:45 a.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.
SOMOS AGENTES RETENEDORES DE ICA SEGÚN EL ART 175 DEL ACUERDO 035 DEL 29/10/2025 DE CUCUTA

Factura Electronica de Venta No.:

CF 100548

Autorización de Servicio: 202602279364

Datos de la Entidad

Entidad : DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA
Fecha Elab. : Marzo 11 de 2026
NIT : 901541137-1 **Telefono Entidad** : 3102133692
Forma de pago : CREDITO
Dirección : AV QUEBRADA SECA 33A 207
Fecha Vencimiento: 10/05/2026

Datos del Usuario

Primer Nombre : LUIS **Segundo Nombre** : DAVID **Primer Apellido** : CORTES **Segundo Apellido** : PACHECO
Documento : CC 1062878788 **Edad** : 30 Años **Sexo** : M **Telefono** :
Dirección :

Contrato : 402-DIGSA/DMBUG-2025 **Fecha Inicio** : 22/09/2025 **Fecha Vto** : 30/09/2026
Programa : PROCEDIMIENTO **Tipo de Pago** : Pago por evento **Fecha Ingreso** : 11/02/2026 **Fecha Egreso** : 11/02/2026
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
903809	BILIRRUBINAS TOTAL Y DIRECTA	5,679.00	1.00	5,679.00	0.00	5,679.00
903833	FOSFATASA ALCALINA	4,101.00	1.00	4,101.00	0.00	4,101.00
903866	TRANSAMINASA GLUTAMICOPIRUVICA O ALANINO AMINO TRANSFERASA [TGP-ALT] *	4,309.00	1.00	4,309.00	0.00	4,309.00
903867	TRANSAMINASA GLUTAMICO OXALACETICA O ASPARTATO AMINO TRANSFERASA [TGO-AST]	4,309.00	1.00	4,309.00	0.00	4,309.00

SON : TREINTA Y TRES MIL SETECIENTOS OCHO PESOS

OBSERVACIONES:

Subtotal	33,708.00
Cuota Mod.	0.00
Total a Pagar	**33,708.00**

Resolución de Facturación N° 18764105477562 Numeración Autorizada Del CF 99517 Hasta CF 500000 Fecha 04/02/2026 Vigencia 12 Meses 04/02/2027

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: 61e24fe427de3afc79077448b6b9aa8754f2eb006cfd01e3be357e763ea5c56dfb928ec711399e0916c79a77d0dea5c5

FECHA Y HORA ENVIO DIAN : 11/03/2026 11:22:54 a.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.
SOMOS AGENTES RETENEDORES DE ICA SEGÚN EL ART 175 DEL ACUERDO 035 DEL 29/10/2025 DE CUCUTA

Factura Electronica de Venta No.:

CF 100549

Autorización de Servicio: 202602386640

Datos de la Entidad

Entidad : DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA
Fecha Elab. : Marzo 11 de 2026
NIT : 901541137-1 **Telefono Entidad** : 3102133692
Forma de pago : CREDITO
Dirección : AV QUEBRADA SECA 33A 207
Fecha Vencimiento: 10/05/2026

Datos del Usuario

Primer Nombre : LAWRENTH **Segundo Nombre** : CRISTHINA **Primer Apellido** : PEJENDINO **Segundo Apellido** : QUINTERO
Documento : TI 1092183390 **Edad** : 14 Años **Sexo** : F **Telefono** :
Dirección :

Contrato : 402-DIGSA/DMBUG-2025 **Fecha Inicio** : 22/09/2025 **Fecha Vto** : 30/09/2026
Programa : PROCEDIMIENTO **Tipo de Pago** : Pago por evento **Fecha Ingreso** : 25/02/2026 **Fecha Egreso** : 25/02/2026
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° 18764105477562 Numeración Autorizada Del CF 99517 Hasta CF 500000 Fecha 04/02/2026 Vigencia 12 Meses 04/02/2027

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: c237662c024b1235c01f7528c7fc799f8a432beac176cf8391d6efae8e3cfb03bbd43b13364d6759535372e0f046ddf4

FECHA Y HORA ENVIO DIAN : 11/03/2026 11:23:03 a.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.
SOMOS AGENTES RETENEDORES DE ICA SEGÚN EL ART 175 DEL ACUERDO 035 DEL 29/10/2025 DE CUCUTA

Factura Electronica de Venta No.:

CF 100550

Autorización de Servicio: 202602296707

Datos de la Entidad

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

Fecha Elab. : Marzo 11 de 2026
Forma de pago : CREDITO
Fecha Vencimiento: 10/05/2026

Datos del Usuario

Primer Nombre : JUAN **Segundo Nombre** : CAMILO **Primer Apellido** : GIRON **Segundo Apellido** : SAMBONI
Documento : CC 1058972794 **Edad** : 32 Años **Sexo** : M **Telefono** :
Dirección :

Contrato : 402-DIGSA/DMBUG-2025 **Fecha Inicio** : 22/09/2025 **Fecha Vto** : 30/09/2026
Programa : PROCEDIMIENTO **Tipo de Pago** : Pago por evento **Fecha Ingreso** : 10/02/2026 **Fecha Egreso** : 10/02/2026
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
903813	CLORO [CLORURO]	3,856.00	1.00	3,856.00	0.00	3,856.00
903859	POTASIO	7,913.00	1.00	7,913.00	0.00	7,913.00
903864	SODIO	5,679.00	1.00	5,679.00	0.00	5,679.00

SON : DIECISIETE MIL CUATROCIENTOS CUARENTA Y OCHO PESOS

OBSERVACIONES:

Subtotal	17,448.00
Cuota Mod.	0.00
Total a Pagar	**17,448.00**

Resolución de Facturación N° 18764105477562 Numeración Autorizada Del CF 99517 Hasta CF 500000 Fecha 04/02/2026 Vigencia 12 Meses 04/02/2027

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: 3d899d4f97c0b5923650a1dcc514da346c4d72e9b47baecdca29acf19fbb63d9fe1ec081df137678fe5f7428037d8032

FECHA Y HORA ENVIO DIAN : 11/03/2026 11:23:13 a.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.
SOMOS AGENTES RETENEDORES DE ICA SEGÚN EL ART 175 DEL ACUERDO 035 DEL 29/10/2025 DE CUCUTA

Factura Electronica de Venta No.:

CF 100551

Autorización de Servicio: 202602407022

Datos de la Entidad

Entidad : DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA
Fecha Elab. : Marzo 11 de 2026
NIT : 901541137-1 **Telefono Entidad** : 3102133692
Forma de pago : CREDITO
Dirección : AV QUEBRADA SECA 33A 207
Fecha Vencimiento: 10/05/2026

Datos del Usuario

Primer Nombre : ANA **Segundo Nombre** : MARIA **Primer Apellido** : PINEDA **Segundo Apellido** : DE SANCHEZ
Documento : CC 27759002 **Edad** : 91 Años **Sexo** : F **Telefono** : 3162281404
Dirección : NULL

Contrato : 402-DIGSA/DMBUG-2025 **Fecha Inicio** : 22/09/2025 **Fecha Vto** : 30/09/2026
Programa : PROCEDIMIENTO **Tipo de Pago** : Pago por evento **Fecha Ingreso** : 25/02/2026 **Fecha Egreso** : 25/02/2026
Tipo Usuario : Subsidiado **Cobertura** : Cobertura Régimen Especial o Excepción

CODIGO	DESCRIPCION DEL SERVICIO	VLR. UNIDAD	CANT	VLR. TOTAL	VLR. USUARIO	VLR. EMPRESA
903426	HEMOGLOBINA GLICOSILADA AUTOMATIZADA	16,044.00	1.00	16,044.00	0.00	16,044.00
903603	CALCIO AUTOMATIZADO	7,287.00	1.00	7,287.00	0.00	7,287.00
903706	VITAMINA D 25 DIHIDROXI	41,983.00	1.00	41,983.00	0.00	41,983.00
903864	SODIO	5,679.00	1.00	5,679.00	0.00	5,679.00
903873	CALCIO EN ORINA PARCIAL	5,719.00	1.00	5,719.00	0.00	5,719.00
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 : CIENTO SEIS MIL DOSCIENTOS VEINTIOCHO PESOS

OBSERVACIONES:

Subtotal	106,228.00
Cuota Mod.	0.00
Total a Pagar	**106,228.00**

Resolución de Facturación N° 18764105477562 Numeración Autorizada Del CF 99517 Hasta CF 500000 Fecha 04/02/2026 Vigencia 12 Meses 04/02/2027

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: a862d91f2fd31f5916c56d7c0a35dbf5421d6bc57a8eaba1bd0b822e8a092bad598f775359da9838bde478136d0181ad

FECHA Y HORA ENVIO DIAN : 11/03/2026 11:23:23 a.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.
SOMOS AGENTES RETENEDORES DE ICA SEGÚN EL ART 175 DEL ACUERDO 035 DEL 29/10/2025 DE CUCUTA

Factura Electronica de Venta No.:

CF 100552

Autorización de Servicio: 2025124582690

Datos de la Entidad

Entidad : DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA
Fecha Elab. : Marzo 11 de 2026
NIT : 901541137-1 **Telefono Entidad** : 3102133692
Forma de pago : CREDITO
Dirección : AV QUEBRADA SECA 33A 207
Fecha Vencimiento: 10/05/2026

Datos del Usuario

Primer Nombre : YORLEY **Segundo Nombre** : **Primer Apellido** : IBAÑEZ **Segundo Apellido** : CARRASCAL
Documento : CC 1091675078 **Edad** : 29 Años **Sexo** : F **Telefono** :
Dirección : NULL

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

CODIGO	DESCRIPCION DEL SERVICIO	VLR. UNIDAD	CANT	VLR. TOTAL	VLR. USUARIO	VLR. EMPRESA
906418	DNA N ANTICUERPOS POR IFI	22,399.00	1.00	22,399.00	0.00	22,399.00

SON : VEINTIDOS MIL TRESCIENTOS NOVENTA Y NUEVE PESOS

OBSERVACIONES:

Subtotal	22,399.00
Cuota Mod.	0.00
Total a Pagar	**22,399.00**

Resolución de Facturación N° 18764105477562 Numeración Autorizada Del CF 99517 Hasta CF 500000 Fecha 04/02/2026 Vigencia 12 Meses 04/02/2027

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: 0ab2156d00d1b191b02ed9312c1bc76572a48b040da9b65abf38725f25088c824f404c349d8dd48f3817ae3d9805d221

FECHA Y HORA ENVIO DIAN : 11/03/2026 11:23:32 a.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.
SOMOS AGENTES RETENEDORES DE ICA SEGÚN EL ART 175 DEL ACUERDO 035 DEL 29/10/2025 DE CUCUTA

Factura Electronica de Venta No.:

CF 100553

Autorización de Servicio: 202602499264

Datos de la Entidad

Entidad : DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA
Fecha Elab. : Marzo 11 de 2026
NIT : 901541137-1 **Telefono Entidad** : 3102133692
Forma de pago : CREDITO
Dirección : AV QUEBRADA SECA 33A 207
Fecha Vencimiento: 10/05/2026

Datos del Usuario

Primer Nombre : NICOLAS **Segundo Nombre** : **Primer Apellido** : SANDOVAL **Segundo Apellido** : CONTRERAS
Documento : RC 1092194189 **Edad** : 3 Años **Sexo** : M **Telefono** :
Dirección :

Contrato : 402-DIGSA/DMBUG-2025 **Fecha Inicio** : 22/09/2025 **Fecha Vto** : 30/09/2026
Programa : PROCEDIMIENTO **Tipo de Pago** : Pago por evento **Fecha Ingreso** : 25/02/2026 **Fecha Egreso** : 25/02/2026
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
906835	INMUNOGLOBULINA E [IG E] TOTAL POR EIA	18,923.00	1.00	18,923.00	0.00	18,923.00
911017	HEMOCLASIFICACION GRUPO ABO DIRECTA O GLOBULAR POR MICROTECNICA	17,481.00	1.00	17,481.00	0.00	17,481.00

SON : CINCUENTA Y UN MIL SETECIENTOS CATORCE PESOS

OBSERVACIONES:

Subtotal	51,714.00
Cuota Mod.	0.00
Total a Pagar	**51,714.00**

Resolución de Facturación N° 18764105477562 Numeración Autorizada Del CF 99517 Hasta CF 500000 Fecha 04/02/2026 Vigencia 12 Meses 04/02/2027

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: 44561a9d8f0c4d04d2933e4c64a8894d6a918a5aae126ddb934d0370c5191fc77dd02dea3aa37844d4b9027de4c1f859

FECHA Y HORA ENVIO DIAN : 11/03/2026 11:23:44 a.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.
SOMOS AGENTES RETENEDORES DE ICA SEGÚN EL ART 175 DEL ACUERDO 035 DEL 29/10/2025 DE CUCUTA

Factura Electronica de Venta No.:

CF 100554

Autorización de Servicio: 202602204068

Datos de la Entidad

Entidad : DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA
Fecha Elab. : Marzo 11 de 2026
NIT : 901541137-1 **Telefono Entidad** : 3102133692
Forma de pago : CREDITO
Dirección : AV QUEBRADA SECA 33A 207
Fecha Vencimiento: 10/05/2026

Datos del Usuario

Primer Nombre : LUCELY **Segundo Nombre** : **Primer Apellido** : DURAN **Segundo Apellido** : GUERRERO
Documento : CC 1004943210 **Edad** : 38 Años **Sexo** : F **Telefono** :
Dirección : NULL

Contrato : 402-DIGSA/DMBUG-2025 **Fecha Inicio** : 22/09/2025 **Fecha Vto** : 30/09/2026
Programa : PROCEDIMIENTO DIAGNOSTICO **Tipo de Pago** : Pago por evento **Fecha Ingreso** : 10/02/2026 **Fecha Egreso** : 10/02/2026
Tipo Usuario : Subsidiado **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
904921	TIROXINA LIBRE [T4L]	13,106.00	1.00	13,106.00	0.00	13,106.00

SON : CINCUENTA Y CINCO MIL OCHENTA Y NUEVE PESOS

OBSERVACIONES:

Subtotal	55,089.00
Cuota Mod.	0.00
Total a Pagar	**55,089.00**

Resolución de Facturación N° 18764105477562 Numeración Autorizada Del CF 99517 Hasta CF 500000 Fecha 04/02/2026 Vigencia 12 Meses 04/02/2027

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: 47ea200f9402b24863f3db26d5b8a8226c2a76748004e910f0b6554a1c01c8102281290d33d7bd7ba87c921b1158ad70

FECHA Y HORA ENVIO DIAN : 11/03/2026 11:23:53 a.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.
SOMOS AGENTES RETENEDORES DE ICA SEGÚN EL ART 175 DEL ACUERDO 035 DEL 29/10/2025 DE CUCUTA

Factura Electronica de Venta No.:

CF 100555

Autorización de Servicio: 202602276663

Datos de la Entidad

Entidad : DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA
Fecha Elab. : Marzo 11 de 2026
NIT : 901541137-1 **Telefono Entidad** : 3102133692
Forma de pago : CREDITO
Dirección : AV QUEBRADA SECA 33A 207
Fecha Vencimiento: 10/05/2026

Datos del Usuario

Primer Nombre : LUCELY **Segundo Nombre** : **Primer Apellido** : DURAN **Segundo Apellido** : GUERRERO
Documento : CC 1004943210 **Edad** : 38 Años **Sexo** : F **Telefono** :
Dirección : NULL

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

CODIGO	DESCRIPCION DEL SERVICIO	VLR. UNIDAD	CANT	VLR. TOTAL	VLR. USUARIO	VLR. EMPRESA
903426	HEMOGLOBINA GLICOSILADA AUTOMATIZADA	16,044.00	1.00	16,044.00	0.00	16,044.00
904904	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES [TSH] ULTRASENSIBLE	17,468.00	1.00	17,468.00	0.00	17,468.00

SON : TREINTA Y TRES MIL QUINIENTOS DOCE PESOS

OBSERVACIONES:

Subtotal	33,512.00
Cuota Mod.	0.00
Total a Pagar	**33,512.00**

Resolución de Facturación N° 18764105477562 Numeración Autorizada Del CF 99517 Hasta CF 500000 Fecha 04/02/2026 Vigencia 12 Meses 04/02/2027

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: 655365f90180ab79c6af85f49ebf30edc33bdb61125728e910e5f54bb89b41fe3b2205e5af020f08d59b7dbce9504cd5

FECHA Y HORA ENVIO DIAN : 11/03/2026 11:24:03 a.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.
SOMOS AGENTES RETENEDORES DE ICA SEGÚN EL ART 175 DEL ACUERDO 035 DEL 29/10/2025 DE CUCUTA

Factura Electronica de Venta No.:

CF 100556

Autorización de Servicio: 202602504950

Datos de la Entidad

Entidad : DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA
Fecha Elab. : Marzo 11 de 2026
NIT : 901541137-1 **Telefono Entidad** : 3102133692
Forma de pago : CREDITO
Dirección : AV QUEBRADA SECA 33A 207
Fecha Vencimiento: 10/05/2026

Datos del Usuario

Primer Nombre : YINA **Segundo Nombre** : PAOLA **Primer Apellido** : CLARO **Segundo Apellido** : GARCIA
Documento : CC 1091653245 **Edad** : 40 Años **Sexo** : F **Telefono** :
Dirección :

Contrato : 402-DIGSA/DMBUG-2025 **Fecha Inicio** : 22/09/2025 **Fecha Vto** : 30/09/2026
Programa : PROCEDIMIENTO **Tipo de Pago** : Pago por evento **Fecha Ingreso** : 24/02/2026 **Fecha Egreso** : 24/02/2026
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° 18764105477562 Numeración Autorizada Del CF 99517 Hasta CF 500000 Fecha 04/02/2026 Vigencia 12 Meses 04/02/2027

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: 48cc320bf39ae7dd46b6fcdf6697f19ebe8bb5df2ca7ac163295fd36201b7d13ec5e7c5c9d821ae0dcb7104b935adcca

FECHA Y HORA ENVIO DIAN : 11/03/2026 11:24:11 a.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.
SOMOS AGENTES RETENEDORES DE ICA SEGÚN EL ART 175 DEL ACUERDO 035 DEL 29/10/2025 DE CUCUTA

Factura Electronica de Venta No.:

CF 100557

Autorización de Servicio: 202602272452

Datos de la Entidad

Entidad : DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA
Fecha Elab. : Marzo 11 de 2026
NIT : 901541137-1 **Telefono Entidad** : 3102133692
Forma de pago : CREDITO
Dirección : AV QUEBRADA SECA 33A 207
Fecha Vencimiento: 10/05/2026

Datos del Usuario

Primer Nombre : ESTEBAN **Segundo Nombre** : **Primer Apellido** : TOLEDO **Segundo Apellido** : GAMBOA
Documento : CC 1075223455 **Edad** : 38 Años **Sexo** : M **Telefono** :
Dirección :

Contrato : 402-DIGSA/DMBUG-2025 **Fecha Inicio** : 22/09/2025 **Fecha Vto** : 30/09/2026
Programa : PROCEDIMIENTO **Tipo de Pago** : Pago por evento **Fecha Ingreso** : 09/02/2026 **Fecha Egreso** : 09/02/2026
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° 18764105477562 Numeración Autorizada Del CF 99517 Hasta CF 500000 Fecha 04/02/2026 Vigencia 12 Meses 04/02/2027

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: a06dff70fc83a56d52827c084bd0a0e81ebbe7b1492e2851b4779db43b6013d1c98cb02b3eb9286f5e5dcc9740160764

FECHA Y HORA ENVIO DIAN : 11/03/2026 11:24:23 a.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.
SOMOS AGENTES RETENEDORES DE ICA SEGÚN EL ART 175 DEL ACUERDO 035 DEL 29/10/2025 DE CUCUTA

Factura Electronica de Venta No.:

CF 100586

Autorización de Servicio: 202602202774

Datos de la Entidad

Entidad : DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA
Fecha Elab. : Marzo 11 de 2026
NIT : 901541137-1 **Telefono Entidad** : 3102133692
Forma de pago : CREDITO
Dirección : AV QUEBRADA SECA 33A 207
Fecha Vencimiento: 10/05/2026

Datos del Usuario

Primer Nombre : MARIA **Segundo Nombre** : DEL CARMEN **Primer Apellido** : SERRANO **Segundo Apellido** : SANCHEZ
Documento : CC 27651550 **Edad** : 53 Años **Sexo** : F **Telefono** :
Dirección : NULL

Contrato : 402-DIGSA/DMBUG-2025 **Fecha Inicio** : 22/09/2025 **Fecha Vto** : 30/09/2026
Programa : PROCEDIMIENTO **Tipo de Pago** : Pago por evento **Fecha Ingreso** : 05/02/2026 **Fecha Egreso** : 05/02/2026
Tipo Usuario : Subsidiado **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° 18764105477562 Numeración Autorizada Del CF 99517 Hasta CF 500000 Fecha 04/02/2026 Vigencia 12 Meses 04/02/2027

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: 9fcef970998f15c2fb66e92818b56bf9cbe132974551ed7549810f2effff968b31181349c4d7c95dadabec2511532f94

FECHA Y HORA ENVIO DIAN : 11/03/2026 11:31:03 a.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.
SOMOS AGENTES RETENEDORES DE ICA SEGÚN EL ART 175 DEL ACUERDO 035 DEL 29/10/2025 DE CUCUTA

Factura Electronica de Venta No.:

CF 100587

Autorización de Servicio: 202602207685

Datos de la Entidad

Entidad : DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA
Fecha Elab. : Marzo 11 de 2026
NIT : 901541137-1 **Telefono Entidad** : 3102133692
Forma de pago : CREDITO
Dirección : AV QUEBRADA SECA 33A 207
Fecha Vencimiento: 10/05/2026

Datos del Usuario

Primer Nombre : MARIELA **Segundo Nombre** : DEL CARMEN **Primer Apellido** : DURAN **Segundo Apellido** : GALVAN
Documento : CC 27852154 **Edad** : 60 Años **Sexo** : F **Telefono** :
Dirección : NULL

Contrato : 402-DIGSA/DMBUG-2025 **Fecha Inicio** : 22/09/2025 **Fecha Vto** : 30/09/2026
Programa : PROCEDIMIENTO **Tipo de Pago** : Pago por evento **Fecha Ingreso** : 05/02/2026 **Fecha Egreso** : 05/02/2026
Tipo Usuario : Subsidiado **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
906910	FACTOR REMATOIDEO [R.A.] CUANTITATIVO POR NEFELOMETRIA	21,287.00	1.00	21,287.00	0.00	21,287.00

SON : SESENTA Y TRES MIL DOSCIENTOS SETENTA PESOS

OBSERVACIONES:

Subtotal	63,270.00
Cuota Mod.	0.00
Total a Pagar	**63,270.00**

Resolución de Facturación N° 18764105477562 Numeración Autorizada Del CF 99517 Hasta CF 500000 Fecha 04/02/2026 Vigencia 12 Meses 04/02/2027

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: 493d218d79dfe6c662b6092e910b7db2debfe5b9594fc5174fafde0a0e671e273e260aeb00a51911e2146bc9294227bc

FECHA Y HORA ENVIO DIAN : 11/03/2026 11:31:12 a.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.
SOMOS AGENTES RETENEDORES DE ICA SEGÚN EL ART 175 DEL ACUERDO 035 DEL 29/10/2025 DE CUCUTA

Factura Electronica de Venta No.:

CF 100588

Autorización de Servicio: 202602254796

Datos de la Entidad

Entidad : DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA
Fecha Elab. : Marzo 11 de 2026
NIT : 901541137-1 **Telefono Entidad** : 3102133692
Forma de pago : CREDITO
Dirección : AV QUEBRADA SECA 33A 207
Fecha Vencimiento: 10/05/2026

Datos del Usuario

Primer Nombre : ALBA **Segundo Nombre** : LUZ **Primer Apellido** : NAVARRO **Segundo Apellido** : PEÑARANDA
Documento : CC 37337728 **Edad** : 44 Años **Sexo** : F **Telefono** :
Dirección :

Contrato : 402-DIGSA/DMBUG-2025 **Fecha Inicio** : 22/09/2025 **Fecha Vto** : 30/09/2026
Programa : PROCEDIMIENTO **Tipo de Pago** : Pago por evento **Fecha Ingreso** : 06/02/2026 **Fecha Egreso** : 06/02/2026
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
903426	HEMOGLOBINA GLICOSILADA AUTOMATIZADA	16,044.00	1.00	16,044.00	0.00	16,044.00
903706	VITAMINA D 25 DIHIDROXI	41,983.00	1.00	41,983.00	0.00	41,983.00

SON : SETENTA Y SEIS MIL SETECIENTOS SESENTA Y NUEVE PESOS

OBSERVACIONES:

Subtotal	76,769.00
Cuota Mod.	0.00
Total a Pagar	**76,769.00**

Resolución de Facturación N° 18764105477562 Numeración Autorizada Del CF 99517 Hasta CF 500000 Fecha 04/02/2026 Vigencia 12 Meses 04/02/2027

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: eb8c672eaa98bf4424a300098c3e3034f03ed0b535e55f5f9ffa40a3d74b35cc86568d2b0de35173d8cabb022241d669

FECHA Y HORA ENVIO DIAN : 11/03/2026 11:31:22 a.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.
SOMOS AGENTES RETENEDORES DE ICA SEGÚN EL ART 175 DEL ACUERDO 035 DEL 29/10/2025 DE CUCUTA

Factura Electronica de Venta No.:

CF 100589

Autorización de Servicio: 2025103936381

Datos de la Entidad

Entidad : DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA
Fecha Elab. : Marzo 11 de 2026
NIT : 901541137-1 **Telefono Entidad** : 3102133692
Forma de pago : CREDITO
Dirección : AV QUEBRADA SECA 33A 207
Fecha Vencimiento: 10/05/2026

Datos del Usuario

Primer Nombre : YOBER **Segundo Nombre** : ANDRES **Primer Apellido** : USUGA **Segundo Apellido** : ASPRILLA
Documento : CC 1003401307 **Edad** : 22 Años **Sexo** : M **Telefono** :
Dirección :

Contrato : 402-DIGSA/DMBUG-2025 **Fecha Inicio** : 22/09/2025 **Fecha Vto** : 30/09/2026
Programa : PROCEDIMIENTO **Tipo de Pago** : Pago por evento **Fecha Ingreso** : 03/02/2026 **Fecha Egreso** : 03/02/2026
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° 18764105477562 Numeración Autorizada Del CF 99517 Hasta CF 500000 Fecha 04/02/2026 Vigencia 12 Meses 04/02/2027

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: cd1bcc7105773da4cb29c59f77b8aa5a20aab3386fb100a579312f413aba1176790d837ca7eaea2a4833e8a6df83d243

FECHA Y HORA ENVIO DIAN : 11/03/2026 11:31:32 a.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.
SOMOS AGENTES RETENEDORES DE ICA SEGÚN EL ART 175 DEL ACUERDO 035 DEL 29/10/2025 DE CUCUTA

Factura Electronica de Venta No.:

CF 100590

Autorización de Servicio: 2025124598209

Datos de la Entidad

Entidad : DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA
Fecha Elab. : Marzo 11 de 2026
NIT : 901541137-1 **Telefono Entidad** : 3102133692
Forma de pago : CREDITO
Dirección : AV QUEBRADA SECA 33A 207
Fecha Vencimiento: 10/05/2026

Datos del Usuario

Primer Nombre : ANGARITA **Segundo Nombre** : VEGA **Primer Apellido** : ATRID **Segundo Apellido** : CAROLINA
Documento : CC 1004898657 **Edad** : 22 Años **Sexo** : F **Telefono** : 3124563513
Dirección : CLL 16 10C 30

Contrato : 402-DIGSA/DMBUG-2025 **Fecha Inicio** : 22/09/2025 **Fecha Vto** : 30/09/2026
Programa : PROCEDIMIENTO **Tipo de Pago** : Pago por evento **Fecha Ingreso** : 05/02/2026 **Fecha Egreso** : 05/02/2026
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
904924	TRIYODOTIRONINA LIBRE [T3L]	16,220.00	1.00	16,220.00	0.00	16,220.00

SON : TREINTA Y DOS MIL SEISCIENTOS TREINTA PESOS

OBSERVACIONES:

Subtotal	32,630.00
Cuota Mod.	0.00
Total a Pagar	**32,630.00**

Resolución de Facturación N° 18764105477562 Numeración Autorizada Del CF 99517 Hasta CF 500000 Fecha 04/02/2026 Vigencia 12 Meses 04/02/2027

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: 30d9019437b898b3e55cb24d5240ea3f60b679be9a5ff5b95399ce0650bcc1596a6f2789383bd31b8970625062c4f2eb

FECHA Y HORA ENVIO DIAN : 11/03/2026 11:31:43 a.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.
SOMOS AGENTES RETENEDORES DE ICA SEGÚN EL ART 175 DEL ACUERDO 035 DEL 29/10/2025 DE CUCUTA

Factura Electronica de Venta No.:

CF 100591

Autorización de Servicio: 202602230671

Datos de la Entidad

Entidad : DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA
Fecha Elab. : Marzo 11 de 2026
NIT : 901541137-1 **Telefono Entidad** : 3102133692
Forma de pago : CREDITO
Dirección : AV QUEBRADA SECA 33A 207
Fecha Vencimiento: 10/05/2026

Datos del Usuario

Primer Nombre : JUAN **Segundo Nombre** : CAMILO **Primer Apellido** : GIRON **Segundo Apellido** : SAMBONI
Documento : CC 1058972794 **Edad** : 32 Años **Sexo** : M **Telefono** :
Dirección :

Contrato : 402-DIGSA/DMBUG-2025 **Fecha Inicio** : 22/09/2025 **Fecha Vto** : 30/09/2026
Programa : PROCEDIMIENTO **Tipo de Pago** : Pago por evento **Fecha Ingreso** : 05/02/2026 **Fecha Egreso** : 05/02/2026
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
903810	CALCIO POR COLORIMETRIA *	2,702.00	1.00	2,702.00	0.00	2,702.00

SON : DOS MIL SETECIENTOS DOS PESOS

OBSERVACIONES:

Subtotal	2,702.00
Cuota Mod.	0.00
Total a Pagar	**2,702.00**

Resolución de Facturación N° 18764105477562 Numeración Autorizada Del CF 99517 Hasta CF 500000 Fecha 04/02/2026 Vigencia 12 Meses 04/02/2027

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: 0d34e7589696887f3ea11148c5648562b9652917272c5b97698c018969bfd4c26615046e427d81019a31b92c384573f2

FECHA Y HORA ENVIO DIAN : 11/03/2026 11:31:52 a.m.

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