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 101562

Autorización de Servicio: 202602582000

Datos de la Entidad

Entidad : DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA
Fecha Elab. : Abril 11 de 2026
NIT : 901541137-1 **Telefono Entidad** : 3102133692
Forma de pago : CREDITO
Dirección : AV QUEBRADA SECA 33A 207
Fecha Vencimiento: 10/06/2026

Datos del Usuario

Primer Nombre : BLADIMIRO **Segundo Nombre** : **Primer Apellido** : PEDROZO **Segundo Apellido** : BRAVO
Documento : CC 12503888 **Edad** : 43 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** : 13/03/2026 **Fecha Egreso** : 13/03/2026
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: 975e55157a7148529581285f7ec66064e8d24cd76082e77ad6262f4645915b6c19666ae3997bde3b8015c9746944f2ee

FECHA Y HORA ENVIO DIAN : 11/04/2026 10:07:46 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 101563

Autorización de Servicio: 202603967270

Datos de la Entidad

Entidad : DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA
Fecha Elab. : Abril 11 de 2026
NIT : 901541137-1 **Telefono Entidad** : 3102133692
Forma de pago : CREDITO
Dirección : AV QUEBRADA SECA 33A 207
Fecha Vencimiento: 10/06/2026

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** : 27/03/2026 **Fecha Egreso** : 27/03/2026
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
904922	TIROXINA TOTAL [T4]	13,248.00	1.00	13,248.00	0.00	13,248.00
906492	ANTICUERPOS ANTI RECEPTOR DE TSH SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	91,145.00	1.00	91,145.00	0.00	91,145.00

SON : CIENTO CUATRO MIL TRESCIENTOS NOVENTA Y TRES PESOS

OBSERVACIONES:

Subtotal	104,393.00
Cuota Mod.	0.00
Total a Pagar	**104,393.00**

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: d4ca1a14381f6e6f01d759c9aa695fc0637a7dbe6d8319b121ae4dd9c26d5cc7c50cff294b470027af3548cf0f4183c8

FECHA Y HORA ENVIO DIAN : 11/04/2026 10:07:51 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 101564

Autorización de Servicio: 202602498012

Datos de la Entidad

Entidad : DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA
Fecha Elab. : Abril 11 de 2026
NIT : 901541137-1 **Telefono Entidad** : 3102133692
Forma de pago : CREDITO
Dirección : AV QUEBRADA SECA 33A 207
Fecha Vencimiento: 10/06/2026

Datos del Usuario

Primer Nombre : YETZINM **Segundo Nombre** : GIUSEPPENS **Primer Apellido** : ZAMBRANO **Segundo Apellido** : ROJAS
Documento : TI 1092736271 **Edad** : 14 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** : 13/03/2026 **Fecha Egreso** : 13/03/2026
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
903821	CREATIN QUINASA TOTAL CK- CPK	8,500.00	1.00	8,500.00	0.00	8,500.00

SON : OCHO MIL QUINIENTOS PESOS

OBSERVACIONES:

Subtotal	8,500.00
Cuota Mod.	0.00
Total a Pagar	**8,500.00**

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: b6f8dfe3af0afa6a14fcd2c079ebe871e4dc43c82ecb4fd1fa5d2c8247962710095b04bf76bd35eeb97eac3f6b1791f1

FECHA Y HORA ENVIO DIAN : 11/04/2026 10:07:59 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 101565

Autorización de Servicio: 202603682452

Datos de la Entidad

Entidad : DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA
Fecha Elab. : Abril 11 de 2026
NIT : 901541137-1 **Telefono Entidad** : 3102133692
Forma de pago : CREDITO
Dirección : AV QUEBRADA SECA 33A 207
Fecha Vencimiento: 10/06/2026

Datos del Usuario

Primer Nombre : LAURA **Segundo Nombre** : GISELA **Primer Apellido** : JAIMES **Segundo Apellido** : BETANCOURT
Documento : CC 1066085693 **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** : 10/03/2026 **Fecha Egreso** : 10/03/2026
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
903815	COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD [HDL]	4,902.00	1.00	4,902.00	0.00	4,902.00
904105	HORMONA FOLICULO ESTIMULANTE [FSH]	19,959.00	1.00	19,959.00	0.00	19,959.00
904107	HORMONA LUTEINIZANTE [LH]	20,447.00	1.00	20,447.00	0.00	20,447.00
904108	PROLACTINA [BASAL]	17,653.00	1.00	17,653.00	0.00	17,653.00
904508	GONADOTROPINA CORIONICA SUBUNIDAD BETA CUALITATIVA [BHCG] PRUEBA DE EMBARAZO EN ORINA O SUERO	10,798.00	1.00	10,798.00	0.00	10,798.00
904902	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES [TSH]	16,410.00	1.00	16,410.00	0.00	16,410.00

SON : DOSCIENTOS TREINTA Y SIETE MIL TRESCIENTOS SESENTA Y OCHO PESOS

OBSERVACIONES:

Subtotal	106,213.00
Cuota Mod.	0.00
Total a Pagar	**106,213.00**

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: 69fbdae71d917e00aa769b135d4fd5805175d08b0593229922b7fa797402746360238d104c7cc98b7393abb4959453bb

FECHA Y HORA ENVIO DIAN : 11/04/2026 10:08:05 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 101565

Autorización de Servicio: 202603682452

Datos de la Entidad

Entidad : DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA
Fecha Elab. : Abril 11 de 2026
NIT : 901541137-1 **Telefono Entidad** : 3102133692
Forma de pago : CREDITO
Dirección : AV QUEBRADA SECA 33A 207
Fecha Vencimiento: 10/06/2026

Datos del Usuario

Primer Nombre : LAURA **Segundo Nombre** : GISELA **Primer Apellido** : JAIMES **Segundo Apellido** : BETANCOURT
Documento : CC 1066085693 **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** : 10/03/2026 **Fecha Egreso** : 10/03/2026
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
906603	ANTIGENO CARCINOEMBRIONARIO [ACE-CEA]	22,593.00	1.00	22,593.00	0.00	22,593.00
906605	ANTIGENO DE CANCER DE OVARIO [CA 125]	30,358.00	1.00	30,358.00	0.00	30,358.00
908890	DETECCION VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECIFICO)	78,204.00	1.00	78,204.00	0.00	78,204.00

SON : DOSCIENTOS TREINTA Y SIETE MIL TRESCIENTOS SESENTA Y OCHO PESOS

OBSERVACIONES:

Subtotal	237,368.00
Cuota Mod.	0.00
Total a Pagar	**237,368.00**

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: 69fbdae71d917e00aa769b135d4fd5805175d08b0593229922b7fa797402746360238d104c7cc98b7393abb4959453bb

FECHA Y HORA ENVIO DIAN : 11/04/2026 10:08:05 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 101566

Autorización de Servicio: 202603754714

Datos de la Entidad

Entidad : DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA
Fecha Elab. : Abril 11 de 2026
NIT : 901541137-1 **Telefono Entidad** : 3102133692
Forma de pago : CREDITO
Dirección : AV QUEBRADA SECA 33A 207
Fecha Vencimiento: 10/06/2026

Datos del Usuario

Primer Nombre : EMMA **Segundo Nombre** : CELESTE **Primer Apellido** : GALVAN **Segundo Apellido** : PALACIO
Documento : RC 1092743918 **Edad** : 4 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** : 24/03/2026 **Fecha Egreso** : 24/03/2026
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
901235	UROCULTIVO [ANTIBIOGRAMA DE DISCO]	30,162.00	1.00	30,162.00	0.00	30,162.00

SON : TREINTA MIL CIENTO SESENTA Y DOS PESOS

OBSERVACIONES:

Subtotal	30,162.00
Cuota Mod.	0.00
Total a Pagar	**30,162.00**

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: d01dbd5e1859cc4a05674f8e5bcd78811687a7a01ff969151e8b68126d6aff4596b828619bb8f6d306bed4234f63a955

FECHA Y HORA ENVIO DIAN : 11/04/2026 10:08:12 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 101567

Autorización de Servicio: 202602384665

Datos de la Entidad

Entidad : DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA
Fecha Elab. : Abril 11 de 2026
NIT : 901541137-1 **Telefono Entidad** : 3102133692
Forma de pago : CREDITO
Dirección : AV QUEBRADA SECA 33A 207
Fecha Vencimiento: 10/06/2026

Datos del Usuario

Primer Nombre : SANDRA **Segundo Nombre** : PATRICIA **Primer Apellido** : TRIGOS **Segundo Apellido** : GALVIS
Documento : CC 37336045 **Edad** : 44 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** : 09/03/2026 **Fecha Egreso** : 09/03/2026
Tipo Usuario : Subsidiado **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: 9b603c137893cefbdaebba307f4400bd0f86a9669f1e9ea050ce8660d84ced20ec64318c8fd068ef352fcbe77130918d

FECHA Y HORA ENVIO DIAN : 11/04/2026 10:08:24 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 101568

Autorización de Servicio: 202602566319

Datos de la Entidad

Entidad : DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA
Fecha Elab. : Abril 11 de 2026
NIT : 901541137-1 **Telefono Entidad** : 3102133692
Forma de pago : CREDITO
Dirección : AV QUEBRADA SECA 33A 207
Fecha Vencimiento: 10/06/2026

Datos del Usuario

Primer Nombre : PAULA **Segundo Nombre** : ANDREA **Primer Apellido** : CARRASCAL **Segundo Apellido** : VERGEL
Documento : CC 1091677925 **Edad** : 29 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** : 10/03/2026 **Fecha Egreso** : 10/03/2026
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
903821	CREATIN QUINASA TOTAL CK- CPK	8,500.00	1.00	8,500.00	0.00	8,500.00
904108	PROLACTINA [BASAL]	17,653.00	1.00	17,653.00	0.00	17,653.00
904509	HIDROXIPROGESTERONA 17 ALFA	26,455.00	1.00	26,455.00	0.00	26,455.00
904601	TESTOSTERONA LIBRE	23,752.00	1.00	23,752.00	0.00	23,752.00

SON : SETENTA Y SEIS MIL TRESCIENTOS SESENTA PESOS

OBSERVACIONES:

Subtotal	76,360.00
Cuota Mod.	0.00
Total a Pagar	**76,360.00**

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: 51c4d4410996b6119dd57d06cc3012cd530d8ba278006f994c4c211532b6728b1f841792b2da42434e3a98e0fa3d5792

FECHA Y HORA ENVIO DIAN : 11/04/2026 10:08:18 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 101569

Autorización de Servicio: 2025114104995

Datos de la Entidad

Entidad : DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA
Fecha Elab. : Abril 11 de 2026
NIT : 901541137-1 **Telefono Entidad** : 3102133692
Forma de pago : CREDITO
Dirección : AV QUEBRADA SECA 33A 207
Fecha Vencimiento: 10/06/2026

Datos del Usuario

Primer Nombre : LEYLA **Segundo Nombre** : **Primer Apellido** : PEREZ **Segundo Apellido** : DE LA CRUZ
Documento : CC 49791302 **Edad** : 46 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** : 24/03/2026 **Fecha Egreso** : 24/03/2026
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
901236	UROCULTIVO [ANTIOGRAMA MIC AUTOMATICO]	35,676.00	1.00	35,676.00	0.00	35,676.00

SON : TREINTA Y CINCO MIL SEISCIENTOS SETENTA Y SEIS PESOS

OBSERVACIONES:

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

Resolución de Facturación N° 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: e391c2edeb9e3163040e3e08d64a5fd00c83b987f000db991e72d203fdf20adbea64b77ef3956f860f7cc49dcf3bfa32

FECHA Y HORA ENVIO DIAN : 11/04/2026 10:08:30 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 101570

Autorización de Servicio: 202602540716

Datos de la Entidad

Entidad : DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA
Fecha Elab. : Abril 11 de 2026
NIT : 901541137-1 **Telefono Entidad** : 3102133692
Forma de pago : CREDITO
Dirección : AV QUEBRADA SECA 33A 207
Fecha Vencimiento: 10/06/2026

Datos del Usuario

Primer Nombre : ROMANA **Segundo Nombre** : **Primer Apellido** : SANABRIA **Segundo Apellido** : DE CONTRERAS
Documento : CC 27745033 **Edad** : 97 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** : 10/03/2026 **Fecha Egreso** : 10/03/2026
Tipo Usuario : Subsidiado **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
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
904912	HORMONA PARATIROIDEA MOLECULA INTACTA	36,799.00	1.00	36,799.00	0.00	36,799.00

SON : SETENTA Y SIETE MIL SEISCIENTOS NOVENTA Y TRES PESOS

OBSERVACIONES:

Subtotal	77,693.00
Cuota Mod.	0.00
Total a Pagar	**77,693.00**

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: b7e0ab0a53019fb6ec54068841680e9b2ba33d8b6e863a93788565f0237e607905aad572379ffea276e4f2f1ceb34973

FECHA Y HORA ENVIO DIAN : 11/04/2026 10:08:36 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 101571

Autorización de Servicio: 202602399384

Datos de la Entidad

Entidad : DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA
Fecha Elab. : Abril 11 de 2026
NIT : 901541137-1 **Telefono Entidad** : 3102133692
Forma de pago : CREDITO
Dirección : AV QUEBRADA SECA 33A 207
Fecha Vencimiento: 10/06/2026

Datos del Usuario

Primer Nombre : THIAGO **Segundo Nombre** : **Primer Apellido** : PALMERA **Segundo Apellido** : SUAREZ
Documento : RC 1092191246 **Edad** : 7 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** : 09/03/2026 **Fecha Egreso** : 09/03/2026
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
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: 7da50c85b6f8b7f5db5c0ddbefd39c46e00293976d4cafdfd2fa2695d033e6a6e715a0c2ec936a7a133a1a41ac65a8c1

FECHA Y HORA ENVIO DIAN : 11/04/2026 10:08:46 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 101572

Autorización de Servicio: 202603649052

Datos de la Entidad

Entidad : DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA
Fecha Elab. : Abril 11 de 2026
NIT : 901541137-1 **Telefono Entidad** : 3102133692
Forma de pago : CREDITO
Dirección : AV QUEBRADA SECA 33A 207
Fecha Vencimiento: 10/06/2026

Datos del Usuario

Primer Nombre : EMMA **Segundo Nombre** : CELESTE **Primer Apellido** : GALVAN **Segundo Apellido** : PALACIO
Documento : RC 1092743918 **Edad** : 4 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** : 24/03/2026 **Fecha Egreso** : 24/03/2026
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
903062	MEDICION DE GASES EN SANGRE VENOSA	44,487.00	1.00	44,487.00	0.00	44,487.00
903873	CALCIO EN ORINA PARCIAL	5,719.00	1.00	5,719.00	0.00	5,719.00
903877	ACIDO URICO EN ORINA PARCIAL	4,935.00	1.00	4,935.00	0.00	4,935.00

SON : CINCUENTA Y CINCO MIL CIENTO CUARENTA Y UN PESOS

OBSERVACIONES:

Subtotal	55,141.00
Cuota Mod.	0.00
Total a Pagar	**55,141.00**

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: 04979c126888f9b39e4803aa833026b2185a14743fa40acb9d196b5094c0f402ea3880cc5ba9b1c099bf81fb495ee5e2

FECHA Y HORA ENVIO DIAN : 11/04/2026 10:08:52 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 101573

Autorización de Servicio: 202602275784

Datos de la Entidad

Entidad : DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA
Fecha Elab. : Abril 11 de 2026
NIT : 901541137-1 **Telefono Entidad** : 3102133692
Forma de pago : CREDITO
Dirección : AV QUEBRADA SECA 33A 207
Fecha Vencimiento: 10/06/2026

Datos del Usuario

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

Contrato : 402-DIGSA/DMBUG-2025 **Fecha Inicio** : 22/09/2025 **Fecha Vto** : 30/09/2026
Programa : PROCEDIMIENTO **Tipo de Pago** : Pago por evento **Fecha Ingreso** : 21/03/2026 **Fecha Egreso** : 21/03/2026
Tipo Usuario : Subsidiado **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

SON : DIECIOCHO MIL SETECIENTOS CUARENTA Y DOS PESOS

OBSERVACIONES:

Subtotal	18,742.00
Cuota Mod.	0.00
Total a Pagar	**18,742.00**

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: eca887fc4e14eacd428bbee85f50f3087910f0e8cf2c13524c33fa9c597e866fa5832d6ce6c3fe8f2a7c4caa894cbcde

FECHA Y HORA ENVIO DIAN : 11/04/2026 10:08:58 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 101574

Autorización de Servicio: 202602581363

Datos de la Entidad

Entidad : DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA
Fecha Elab. : Abril 11 de 2026
NIT : 901541137-1 **Telefono Entidad** : 3102133692
Forma de pago : CREDITO
Dirección : AV QUEBRADA SECA 33A 207
Fecha Vencimiento: 10/06/2026

Datos del Usuario

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

Contrato : 402-DIGSA/DMBUG-2025 **Fecha Inicio** : 22/09/2025 **Fecha Vto** : 30/09/2026
Programa : PROCEDIMIENTO **Tipo de Pago** : Pago por evento **Fecha Ingreso** : 21/03/2026 **Fecha Egreso** : 21/03/2026
Tipo Usuario : Subsidiado **Cobertura** : Cobertura Régimen Especial o Excepción

CODIGO	DESCRIPCION DEL SERVICIO	VLR. UNIDAD	CANT	VLR. TOTAL	VLR. USUARIO	VLR. EMPRESA
903603	CALCIO AUTOMATIZADO	7,287.00	1.00	7,287.00	0.00	7,287.00
903835	FOSFORO INORGANICO [FOSFATOS]	4,775.00	1.00	4,775.00	0.00	4,775.00
903864	SODIO	5,679.00	1.00	5,679.00	0.00	5,679.00

SON : DIECISIETE MIL SETECIENTOS CUARENTA Y UN PESOS

OBSERVACIONES:

Subtotal	17,741.00
Cuota Mod.	0.00
Total a Pagar	**17,741.00**

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: eb15ff99461896c20aaacdc102cb2aba8ca272ec964d2ff81ba861848e7181d52db99e8baf5afcd5d886492597d77aa5

FECHA Y HORA ENVIO DIAN : 11/04/2026 10:09:04 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 101575

Autorización de Servicio: 202603650667

Datos de la Entidad

Entidad : DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA
Fecha Elab. : Abril 11 de 2026
NIT : 901541137-1 **Telefono Entidad** : 3102133692
Forma de pago : CREDITO
Dirección : AV QUEBRADA SECA 33A 207
Fecha Vencimiento: 10/06/2026

Datos del Usuario

Primer Nombre : MANUEL **Segundo Nombre** : SALVADOR **Primer Apellido** : RODRIGUEZ **Segundo Apellido** : AGUDELO
Documento : CC 1031134069 **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** : 04/03/2026 **Fecha Egreso** : 04/03/2026
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
906492	ANTICUERPOS ANTI RECEPTOR DE TSH SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	91,145.00	1.00	91,145.00	0.00	91,145.00

SON : CIENTO CUATRO MIL DOSCIENTOS CINCUENTA Y UN PESOS

OBSERVACIONES:

Subtotal	104,251.00
Cuota Mod.	0.00
Total a Pagar	**104,251.00**

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: f87ce3d5eeb6f648c848efe021b819c53096887f51fdbc1f601e979d99b5d7e75e86a122f27825c0f5b1b4d51ca8f015

FECHA Y HORA ENVIO DIAN : 11/04/2026 10:09:10 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 101576

Autorización de Servicio: 202603648988

Datos de la Entidad

Entidad : DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA
Fecha Elab. : Abril 11 de 2026
NIT : 901541137-1 **Telefono Entidad** : 3102133692
Forma de pago : CREDITO
Dirección : AV QUEBRADA SECA 33A 207
Fecha Vencimiento: 10/06/2026

Datos del Usuario

Primer Nombre : JESUS **Segundo Nombre** : FERNEY **Primer Apellido** : CARRILLO **Segundo Apellido** : COLLANTES
Documento : CC 1065882090 **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** : 18/03/2026 **Fecha Egreso** : 18/03/2026
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
906231	HERPES II, ANTICUERPOS IG M	34,066.00	1.00	34,066.00	0.00	34,066.00

SON : TREINTA Y CUATRO MIL SESENTA Y SEIS PESOS

OBSERVACIONES:

Subtotal	34,066.00
Cuota Mod.	0.00
Total a Pagar	**34,066.00**

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: 56ccae6d294bda3361dc87f9f66dcba4cc4833d692761f48624a9d7d5e163795eb92c9e0cd8b8b3bd9b8d15e01621210

FECHA Y HORA ENVIO DIAN : 11/04/2026 10:09:16 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 101577

Autorización de Servicio: 202602278613

Datos de la Entidad

Entidad : DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA
Fecha Elab. : Abril 11 de 2026
NIT : 901541137-1 **Telefono Entidad** : 3102133692
Forma de pago : CREDITO
Dirección : AV QUEBRADA SECA 33A 207
Fecha Vencimiento: 10/06/2026

Datos del Usuario

Primer Nombre : DIGNE **Segundo Nombre** : **Primer Apellido** : VERGEL **Segundo Apellido** : CORONEL
Documento : CC 37371311 **Edad** : 44 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** : 11/03/2026 **Fecha Egreso** : 11/03/2026
Tipo Usuario : Subsidiado **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: 2bebbea9b76160e3784851ee25657de3c9d80e30e90f4f63d661c6f72366e10ed89770eb6f7a4f88263f6b29da979b50

FECHA Y HORA ENVIO DIAN : 11/04/2026 10:09:29 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 101578

Autorización de Servicio: 202603835996

Datos de la Entidad

Entidad : DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA
Fecha Elab. : Abril 11 de 2026
NIT : 901541137-1 **Telefono Entidad** : 3102133692
Forma de pago : CREDITO
Dirección : AV QUEBRADA SECA 33A 207
Fecha Vencimiento: 10/06/2026

Datos del Usuario

Primer Nombre : YESENIA **Segundo Nombre** : CAROLINA **Primer Apellido** : BENAVIDES **Segundo Apellido** : GOMEZ
Documento : CC 1003175232 **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** : 17/03/2026 **Fecha Egreso** : 17/03/2026
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
906603	ANTIGENO CARCINOEMBRIONARIO [ACE-CEA]	22,593.00	1.00	22,593.00	0.00	22,593.00
906605	ANTIGENO DE CANCER DE OVARIO [CA 125]	30,358.00	1.00	30,358.00	0.00	30,358.00
906606	ANTIGENO DE CANCER DE TUBO DIGESTIVO [CA 19-9]	34,220.00	1.00	34,220.00	0.00	34,220.00

SON : OCHENTA Y SIETE MIL CIENTO SETENTA Y UN PESOS

OBSERVACIONES:

Subtotal	87,171.00
Cuota Mod.	0.00
Total a Pagar	**87,171.00**

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: 306300423e9832eb6137061b7582fb7f45ef14d3462abef3b1c4e75eb7c5322f894e28ab1e4e6804fa259f5167e45866

FECHA Y HORA ENVIO DIAN : 11/04/2026 10:09:22 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 101579

Autorización de Servicio: 202602279025

Datos de la Entidad

Entidad : DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA
Fecha Elab. : Abril 11 de 2026
NIT : 901541137-1 **Telefono Entidad** : 3102133692
Forma de pago : CREDITO
Dirección : AV QUEBRADA SECA 33A 207
Fecha Vencimiento: 10/06/2026

Datos del Usuario

Primer Nombre : MARIA **Segundo Nombre** : MARCELA **Primer Apellido** : FRANCO **Segundo Apellido** : ACOSTA
Documento : CC 1091662496 **Edad** : 36 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** : 20/03/2026 **Fecha Egreso** : 20/03/2026
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
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
904902	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES [TSH]	16,410.00	1.00	16,410.00	0.00	16,410.00
906836	INMUNOGLOBULINA E [IG E] TOTAL POR RIA	17,012.00	1.00	17,012.00	0.00	17,012.00

SON : CUARENTA Y DOS MIL CUARENTA PESOS

OBSERVACIONES:

Subtotal	42,040.00
Cuota Mod.	0.00
Total a Pagar	**42,040.00**

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: e6a4aeac8c7ae256f0c9a394fc5afdea6a4d06b440844c8a076c9b43f306569b9d5e94ed2b4bce735eaea19babb3889b

FECHA Y HORA ENVIO DIAN : 11/04/2026 10:09:35 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 101580

Autorización de Servicio: 202603837929

Datos de la Entidad

Entidad : DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA
Fecha Elab. : Abril 11 de 2026
NIT : 901541137-1 **Telefono Entidad** : 3102133692
Forma de pago : CREDITO
Dirección : AV QUEBRADA SECA 33A 207
Fecha Vencimiento: 10/06/2026

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** : 20/03/2026 **Fecha Egreso** : 20/03/2026
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: 75d054bad098c16b9d4bf24ef3961b8b36e67b44914c8703e266353979b3cf710c0057c1476712b2a007e58e6a2439f1

FECHA Y HORA ENVIO DIAN : 11/04/2026 10:09:48 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 101581

Autorización de Servicio: 202603654355

Datos de la Entidad

Entidad : DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA
Fecha Elab. : Abril 11 de 2026
NIT : 901541137-1 **Telefono Entidad** : 3102133692
Forma de pago : CREDITO
Dirección : AV QUEBRADA SECA 33A 207
Fecha Vencimiento: 10/06/2026

Datos del Usuario

Primer Nombre : ANDRES **Segundo Nombre** : ESTIVEN **Primer Apellido** : PEÑARANDA **Segundo Apellido** : POSADA
Documento : CC 1004843228 **Edad** : 23 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** : 10/03/2026 **Fecha Egreso** : 10/03/2026
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
904602	TESTOSTERONA TOTAL	24,335.00	1.00	24,335.00	0.00	24,335.00

SON : VEINTICUATRO MIL TRESCIENTOS TREINTA Y CINCO PESOS

OBSERVACIONES:

Subtotal	24,335.00
Cuota Mod.	0.00
Total a Pagar	**24,335.00**

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: 468e12d0b3982580b557541aa9d45ca24d677cf8819aaff80032b74aba2275b892e048fa11f735ce28dd7405543acd0f

FECHA Y HORA ENVIO DIAN : 11/04/2026 10:09:42 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 101582

Autorización de Servicio: 202603787016

Datos de la Entidad

Entidad : DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA
Fecha Elab. : Abril 11 de 2026
NIT : 901541137-1 **Telefono Entidad** : 3102133692
Forma de pago : CREDITO
Dirección : AV QUEBRADA SECA 33A 207
Fecha Vencimiento: 10/06/2026

Datos del Usuario

Primer Nombre : JORGE **Segundo Nombre** : ARMANDO **Primer Apellido** : REY **Segundo Apellido** : PEREZ
Documento : CC 16073939 **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** : 20/03/2026 **Fecha Egreso** : 20/03/2026
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: e82ca97826bcde661ea684e9664a94aec7eca0c6e505065ba9485bef4065741c9c8e7e069b5b15dab17c31676da8b9db

FECHA Y HORA ENVIO DIAN : 11/04/2026 10:09:54 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 101583

Autorización de Servicio: 202602489211

Datos de la Entidad

Entidad : DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA
Fecha Elab. : Abril 11 de 2026
NIT : 901541137-1 **Telefono Entidad** : 3102133692
Forma de pago : CREDITO
Dirección : AV QUEBRADA SECA 33A 207
Fecha Vencimiento: 10/06/2026

Datos del Usuario

Primer Nombre : DUVERNEY **Segundo Nombre** : ALBERTO **Primer Apellido** : SUAREZ **Segundo Apellido** : CARRILLO
Documento : TI 1094275295 **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** : 03/03/2026 **Fecha Egreso** : 03/03/2026
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
908439	CARIOTIPO CON FRAGILIDAD CROMOSOMICA	317,530.00	1.00	317,530.00	0.00	317,530.00

SON : TRESCIENTOS DIECISIETE MIL QUINIENTOS TREINTA PESOS

OBSERVACIONES:

Subtotal	317,530.00
Cuota Mod.	0.00
Total a Pagar	**317,530.00**

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: feaf74afcfc98a405384bdc7accd92100898c1da70ebe56bbe53ed37a266afe35624d1ef1dcbee09d232be6665fe85f7

FECHA Y HORA ENVIO DIAN : 11/04/2026 10:10:00 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 101584

Autorización de Servicio: 202602582333

Datos de la Entidad

Entidad : DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA
Fecha Elab. : Abril 11 de 2026
NIT : 901541137-1 **Telefono Entidad** : 3102133692
Forma de pago : CREDITO
Dirección : AV QUEBRADA SECA 33A 207
Fecha Vencimiento: 10/06/2026

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** : 17/03/2026 **Fecha Egreso** : 17/03/2026
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
904924	TRIYODOTIRONINA LIBRE [T3L]	16,220.00	1.00	16,220.00	0.00	16,220.00
906910	FACTOR REMATOIDEO [R.A.] CUANTITATIVO POR NEFELOMETRIA	21,287.00	1.00	21,287.00	0.00	21,287.00

SON : TREINTA Y SIETE MIL QUINIENTOS SIETE PESOS

OBSERVACIONES:

Subtotal	37,507.00
Cuota Mod.	0.00
Total a Pagar	**37,507.00**

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: ec9963ac18798465b6f2d60567e0ebf5b4d1ca5f8f295d0ab8a8860adcecf4301acb8b34872b799eb638845c8fdc8647

FECHA Y HORA ENVIO DIAN : 11/04/2026 10:10:07 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 101585

Autorización de Servicio: 202603647673

Datos de la Entidad

Entidad : DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA
Fecha Elab. : Abril 11 de 2026
NIT : 901541137-1 **Telefono Entidad** : 3102133692
Forma de pago : CREDITO
Dirección : AV QUEBRADA SECA 33A 207
Fecha Vencimiento: 10/06/2026

Datos del Usuario

Primer Nombre : LEONEL **Segundo Nombre** : **Primer Apellido** : CAÑIZAREZ **Segundo Apellido** :
Documento : CC 13140713 **Edad** : 44 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** : 06/03/2026 **Fecha Egreso** : 06/03/2026
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: 0071826a64c9c2314f55cb97d672119826c6e716d6193dd489dcf541e8cf0a8b885ba589eb669bfc9dcc79654ebc88b1

FECHA Y HORA ENVIO DIAN : 11/04/2026 10:10:13 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 101586

Autorización de Servicio: 2025124621620

Datos de la Entidad

Entidad : DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA
Fecha Elab. : Abril 11 de 2026
NIT : 901541137-1 **Telefono Entidad** : 3102133692
Forma de pago : CREDITO
Dirección : AV QUEBRADA SECA 33A 207
Fecha Vencimiento: 10/06/2026

Datos del Usuario

Primer Nombre : MERILINKEYNA **Segundo Nombre** : **Primer Apellido** : BARRIGA **Segundo Apellido** : MEZA
Documento : CC 1091655042 **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** : 12/03/2026 **Fecha Egreso** : 12/03/2026
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
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
904105	HORMONA FOLICULO ESTIMULANTE [FSH]	19,959.00	1.00	19,959.00	0.00	19,959.00
904107	HORMONA LUTEINIZANTE [LH]	20,447.00	1.00	20,447.00	0.00	20,447.00
904506	ESTROGENOS [ESTRADIOL 17 BETA]	22,176.00	1.00	22,176.00	0.00	22,176.00
904602	TESTOSTERONA TOTAL	24,335.00	1.00	24,335.00	0.00	24,335.00
904902	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES [TSH]	16,410.00	1.00	16,410.00	0.00	16,410.00

SON : CIENTO OCHENTA Y TRES MIL NUEVE PESOS

OBSERVACIONES:

Subtotal	169,903.00
Cuota Mod.	0.00
Total a Pagar	**169,903.00**

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: 77d34c5af133e4460a0febb3849f6d81be006998f77cee927c8645f059ff2eba344cfb0812b46a456a9d380387d96838

FECHA Y HORA ENVIO DIAN : 11/04/2026 10:10:19 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 101586

Autorización de Servicio: 2025124621620

Datos de la Entidad

Entidad : DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA
Fecha Elab. : Abril 11 de 2026
NIT : 901541137-1 **Telefono Entidad** : 3102133692
Forma de pago : CREDITO
Dirección : AV QUEBRADA SECA 33A 207
Fecha Vencimiento: 10/06/2026

Datos del Usuario

Primer Nombre : MERILINKEYNA **Segundo Nombre** : **Primer Apellido** : BARRIGA **Segundo Apellido** : MEZA
Documento : CC 1091655042 **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** : 12/03/2026 **Fecha Egreso** : 12/03/2026
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 : CIENTO OCHENTA Y TRES MIL NUEVE PESOS

OBSERVACIONES:

Subtotal	183,009.00
Cuota Mod.	0.00
Total a Pagar	**183,009.00**

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: 77d34c5af133e4460a0febb3849f6d81be006998f77cee927c8645f059ff2eba344cfb0812b46a456a9d380387d96838

FECHA Y HORA ENVIO DIAN : 11/04/2026 10:10:19 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 101587

Autorización de Servicio: 202601123520

Datos de la Entidad

Entidad : DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA
Fecha Elab. : Abril 11 de 2026
NIT : 901541137-1 **Telefono Entidad** : 3102133692
Forma de pago : CREDITO
Dirección : AV QUEBRADA SECA 33A 207
Fecha Vencimiento: 10/06/2026

Datos del Usuario

Primer Nombre : DANIA **Segundo Nombre** : **Primer Apellido** : GUERRERO **Segundo Apellido** : ORTIZ
Documento : CC 1091674883 **Edad** : 30 Años **Sexo** : F **Telefono** : 1
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** : 04/03/2026 **Fecha Egreso** : 04/03/2026
Tipo Usuario : Subsidiado **Cobertura** : Cobertura Régimen Especial o Excepción

CODIGO	DESCRIPCION DEL SERVICIO	VLR. UNIDAD	CANT	VLR. TOTAL	VLR. USUARIO	VLR. EMPRESA
902034	PROTEINA C DE LA COAGULACION	63,437.00	1.00	63,437.00	0.00	63,437.00

SON : SESENTA Y TRES MIL CUATROCIENTOS TREINTA Y SIETE PESOS

OBSERVACIONES:

Subtotal	63,437.00
Cuota Mod.	0.00
Total a Pagar	**63,437.00**

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: 2016adee1334da3a9b1c9e6cad42e539e64eae1c8adf3265953de56c04477a33a5c4865f53912627ebb89a6fa4ec79d4

FECHA Y HORA ENVIO DIAN : 11/04/2026 10:10:25 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 101588

Autorización de Servicio: 202602421950

Datos de la Entidad

Entidad : DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA
Fecha Elab. : Abril 11 de 2026
NIT : 901541137-1 **Telefono Entidad** : 3102133692
Forma de pago : CREDITO
Dirección : AV QUEBRADA SECA 33A 207
Fecha Vencimiento: 10/06/2026

Datos del Usuario

Primer Nombre : ARAVELY **Segundo Nombre** : **Primer Apellido** : JAIMES **Segundo Apellido** : RIVERA
Documento : CC 60259856 **Edad** : 52 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** : 18/03/2026 **Fecha Egreso** : 18/03/2026
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: 72e69260f5ba250d66b650afeebc8c75e4ad94e6df809af6367b62fc15dcdc1dafaa7250b97e8e87c704293c5f6342c9

FECHA Y HORA ENVIO DIAN : 11/04/2026 10:10:31 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 101590

Autorización de Servicio: 202603714670

Datos de la Entidad

Entidad : DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA
Fecha Elab. : Abril 11 de 2026
NIT : 901541137-1 **Telefono Entidad** : 3102133692
Forma de pago : CREDITO
Dirección : AV QUEBRADA SECA 33A 207
Fecha Vencimiento: 10/06/2026

Datos del Usuario

Primer Nombre : LIAM **Segundo Nombre** : JOSUE **Primer Apellido** : CAICEDO **Segundo Apellido** : SUAREZ
Documento : RC 1094292298 **Edad** : 2 Meses **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** : 17/03/2026 **Fecha Egreso** : 17/03/2026
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
906126	TOXOPLASMA GONDII ANTICUERPOS IG A	40,552.00	1.00	40,552.00	0.00	40,552.00
906129	TOXOPLASMA GONDII ANTICUERPOS IG M POR EIA	19,795.00	1.00	19,795.00	0.00	19,795.00

SON : SESENTA MIL TRESCIENTOS CUARENTA Y SIETE PESOS

OBSERVACIONES:

Subtotal	60,347.00
Cuota Mod.	0.00
Total a Pagar	**60,347.00**

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: 6d483c501a223f9084a021b107ba24e756f6a6f837ea983db8760c4b7f86940744ccc943693dd2adcb9e20defa520439

FECHA Y HORA ENVIO DIAN : 11/04/2026 10:10:37 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 101591

Autorización de Servicio: 202603703494

Datos de la Entidad

Entidad : DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA
Fecha Elab. : Abril 11 de 2026
NIT : 901541137-1 **Telefono Entidad** : 3102133692
Forma de pago : CREDITO
Dirección : AV QUEBRADA SECA 33A 207
Fecha Vencimiento: 10/06/2026

Datos del Usuario

Primer Nombre : VICTOR **Segundo Nombre** : DEL CARMEN **Primer Apellido** : PAEZ **Segundo Apellido** : CARDENAS
Documento : CC 9064467 **Edad** : 85 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** : 17/03/2026 **Fecha Egreso** : 17/03/2026
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
906610	ANTIGENO ESPECIFICO DE PROSTATA [PSA]	25,602.00	1.00	25,602.00	0.00	25,602.00

SON : VEINTICINCO MIL SEISCIENTOS DOS PESOS

OBSERVACIONES:

Subtotal	25,602.00
Cuota Mod.	0.00
Total a Pagar	**25,602.00**

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: 92fe7bca1819dacf29214d8149634d677b3620d3fd0d7feb454954297537ebf13be4678ec21e46ad31434af850571c5f

FECHA Y HORA ENVIO DIAN : 11/04/2026 10:10:51 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 101592

Autorización de Servicio: 202602603477

Datos de la Entidad

Entidad : DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA
Fecha Elab. : Abril 11 de 2026
NIT : 901541137-1 **Telefono Entidad** : 3102133692
Forma de pago : CREDITO
Dirección : AV QUEBRADA SECA 33A 207
Fecha Vencimiento: 10/06/2026

Datos del Usuario

Primer Nombre : DEMETRIO **Segundo Nombre** : **Primer Apellido** : DURAN **Segundo Apellido** : OVALLOS
Documento : CC 88290050 **Edad** : 41 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** : 18/03/2026 **Fecha Egreso** : 18/03/2026
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
906458	TIROIDEOS MICROSOMALES ANTICUERPOS POR EIA	24,980.00	1.00	24,980.00	0.00	24,980.00

SON : VEINTICUATRO MIL NOVECIENTOS OCHENTA PESOS

OBSERVACIONES:

Subtotal	24,980.00
Cuota Mod.	0.00
Total a Pagar	**24,980.00**

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: aed3a8d7162f88243233b7e56b8689ebb6009b6921cb0fc3a07d47245d35c4a6439fcb46baa1322a4b8adc5dc1433b27

FECHA Y HORA ENVIO DIAN : 11/04/2026 10:10:57 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 101593

Autorización de Servicio: 2025124671424

Datos de la Entidad

Entidad : DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA
Fecha Elab. : Abril 11 de 2026
NIT : 901541137-1 **Telefono Entidad** : 3102133692
Forma de pago : CREDITO
Dirección : AV QUEBRADA SECA 33A 207
Fecha Vencimiento: 10/06/2026

Datos del Usuario

Primer Nombre : DARINEL **Segundo Nombre** : **Primer Apellido** : GOMEZ **Segundo Apellido** : CHACON
Documento : CC 18903683 **Edad** : 46 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** : 02/03/2026 **Fecha Egreso** : 02/03/2026
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
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: cb9ae7d5eb2178d9f5bb4d114cb4c005f26f8c22863c7b23b696240a726d8dd197f66cde13d36491ce594452ce7461d1

FECHA Y HORA ENVIO DIAN : 11/04/2026 10:11:03 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 101595

Autorización de Servicio: 202603623407

Datos de la Entidad

Entidad : DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA
Fecha Elab. : Abril 11 de 2026
NIT : 901541137-1 **Telefono Entidad** : 3102133692
Forma de pago : CREDITO
Dirección : AV QUEBRADA SECA 33A 207
Fecha Vencimiento: 10/06/2026

Datos del Usuario

Primer Nombre : NIKOL **Segundo Nombre** : CHARYD **Primer Apellido** : ACUÑA **Segundo Apellido** : DIAZ
Documento : CC 1095306030 **Edad** : 18 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** : 03/03/2026 **Fecha Egreso** : 03/03/2026
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
904508	GONADOTROPINA CORIONICA SUBUNIDAD BETA CUALITATIVA [BHCG] PRUEBA DE EMBARAZO EN ORINA O SUERO	10,798.00	1.00	10,798.00	0.00	10,798.00

SON : DIEZ MIL SETECIENTOS NOVENTA Y OCHO PESOS

OBSERVACIONES:

Subtotal	10,798.00
Cuota Mod.	0.00
Total a Pagar	**10,798.00**

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: f91246527fce6326f9056269399b0b2d2cab0e4e5d807973caed2680d5fae863f32078e8736d6f816cd4e6230ac6ca86

FECHA Y HORA ENVIO DIAN : 11/04/2026 10:11:15 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 101596

Autorización de Servicio: 202602604383

Datos de la Entidad

Entidad : DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA
Fecha Elab. : Abril 11 de 2026
NIT : 901541137-1 **Telefono Entidad** : 3102133692
Forma de pago : CREDITO
Dirección : AV QUEBRADA SECA 33A 207
Fecha Vencimiento: 10/06/2026

Datos del Usuario

Primer Nombre : LUDDY **Segundo Nombre** : **Primer Apellido** : CARVAJALINO **Segundo Apellido** : CASTILLO
Documento : CC 37336185 **Edad** : 45 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** : 03/03/2026 **Fecha Egreso** : 03/03/2026
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
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: 7a83bed7f00b8282a5f9b6bd8bb8a8b7eee83a3a5c347e818fb69737d24086af4adbbe00d51c38ca1962831e5003ec4b

FECHA Y HORA ENVIO DIAN : 11/04/2026 10:11:21 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 101597

Autorización de Servicio: 202603718494

Datos de la Entidad

Entidad : DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA
Fecha Elab. : Abril 11 de 2026
NIT : 901541137-1 **Telefono Entidad** : 3102133692
Forma de pago : CREDITO
Dirección : AV QUEBRADA SECA 33A 207
Fecha Vencimiento: 10/06/2026

Datos del Usuario

Primer Nombre : ANGIE **Segundo Nombre** : KATERINE **Primer Apellido** : ACOSTA **Segundo Apellido** : MAPE
Documento : CC 1110586524 **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** : 18/03/2026 **Fecha Egreso** : 18/03/2026
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
901236	UROCULTIVO [ANTIOGRAMA MIC AUTOMATICO]	35,676.00	1.00	35,676.00	0.00	35,676.00

SON : TREINTA Y CINCO MIL SEISCIENTOS SETENTA Y SEIS PESOS

OBSERVACIONES:

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

Resolución de Facturación N° 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: 2c6e750f01ff392728d4259832f25e9c635efe011464e9475a322e3464d1ee784267315ee4106b577c950b46ff93925c

FECHA Y HORA ENVIO DIAN : 11/04/2026 10:11:27 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 101598

Autorización de Servicio: 2025114199231

Datos de la Entidad

Entidad : DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA
Fecha Elab. : Abril 11 de 2026
NIT : 901541137-1 **Telefono Entidad** : 3102133692
Forma de pago : CREDITO
Dirección : AV QUEBRADA SECA 33A 207
Fecha Vencimiento: 10/06/2026

Datos del Usuario

Primer Nombre : MARTHA **Segundo Nombre** : **Primer Apellido** : SANJUAN **Segundo Apellido** : DE GARCIA
Documento : CC 27765796 **Edad** : 73 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** : 26/03/2026 **Fecha Egreso** : 26/03/2026
Tipo Usuario : Subsidiado **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
903706	VITAMINA D 25 DIHIDROXI	41,983.00	1.00	41,983.00	0.00	41,983.00

SON : SESENTA Y NUEVE MIL DOSCIENTOS OCHENTA Y CINCO PESOS

OBSERVACIONES:

Subtotal	69,285.00
Cuota Mod.	0.00
Total a Pagar	**69,285.00**

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: 85657f3f900dea428d389911b05f7dcf748fb426d51fa91ccf0a5d7c67510c3b55bc9373a47ff29b73519e6a0bb72811

FECHA Y HORA ENVIO DIAN : 11/04/2026 10:11:33 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 101599

Autorización de Servicio: 202603929236

Datos de la Entidad

Entidad : DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA
Fecha Elab. : Abril 11 de 2026
NIT : 901541137-1 **Telefono Entidad** : 3102133692
Forma de pago : CREDITO
Dirección : AV QUEBRADA SECA 33A 207
Fecha Vencimiento: 10/06/2026

Datos del Usuario

Primer Nombre : ERIKA **Segundo Nombre** : **Primer Apellido** : CARDENAS **Segundo Apellido** : DOMINGUEZ
Documento : CC 1064086002 **Edad** : 25 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** : 26/03/2026 **Fecha Egreso** : 26/03/2026
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
901210	CULTIVO ESPECIALES PARA OTROS MICROORGANISMOS	41,523.00	1.00	41,523.00	0.00	41,523.00

SON : CUARENTA Y UN MIL QUINIENTOS VEINTITRES PESOS

OBSERVACIONES:

Subtotal	41,523.00
Cuota Mod.	0.00
Total a Pagar	**41,523.00**

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: 1b0e1e2a0984d220859650aa771568ecfda1cc901e67814604a1fa8b8f999c00e62e74240ee2a68da5d3fc8efadf3ef3

FECHA Y HORA ENVIO DIAN : 11/04/2026 10:11:39 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 101600

Autorización de Servicio: 202602583971

Datos de la Entidad

Entidad : DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA
Fecha Elab. : Abril 11 de 2026
NIT : 901541137-1 **Telefono Entidad** : 3102133692
Forma de pago : CREDITO
Dirección : AV QUEBRADA SECA 33A 207
Fecha Vencimiento: 10/06/2026

Datos del Usuario

Primer Nombre : VALERIA **Segundo Nombre** : ALEJANDRA **Primer Apellido** : BLANCO **Segundo Apellido** : DURAN
Documento : TI 1091666074 **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** : 26/03/2026 **Fecha Egreso** : 26/03/2026
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
903828	DESHIDROGENASA LACTICA [LDH]	7,312.00	1.00	7,312.00	0.00	7,312.00
904108	PROLACTINA [BASAL]	17,653.00	1.00	17,653.00	0.00	17,653.00
904601	TESTOSTERONA LIBRE	23,752.00	1.00	23,752.00	0.00	23,752.00
904602	TESTOSTERONA TOTAL	24,335.00	1.00	24,335.00	0.00	24,335.00
904921	TIROXINA LIBRE [T4L]	13,106.00	1.00	13,106.00	0.00	13,106.00

SON : OCHENTA Y SEIS MIL CIENTO CINCUENTA Y OCHO PESOS

OBSERVACIONES:

Subtotal	86,158.00
Cuota Mod.	0.00
Total a Pagar	**86,158.00**

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: ce895f7ac295fc52fb445e410b5a84ba516fe60d8a9dcdcdbdfe942199bf8266b7c2ceb95c2470cbd930568858df9014

FECHA Y HORA ENVIO DIAN : 11/04/2026 10:11:46 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 101601

Autorización de Servicio: 202603877099

Datos de la Entidad

Entidad : DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA
Fecha Elab. : Abril 11 de 2026
NIT : 901541137-1 **Telefono Entidad** : 3102133692
Forma de pago : CREDITO
Dirección : AV QUEBRADA SECA 33A 207
Fecha Vencimiento: 10/06/2026

Datos del Usuario

Primer Nombre : ANGIE **Segundo Nombre** : KATERINE **Primer Apellido** : ACOSTA **Segundo Apellido** : MAPE
Documento : CC 1110586524 **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** : 18/03/2026 **Fecha Egreso** : 18/03/2026
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
906127	TOXOPLASMA GONDII ANTICUERPOS IG G POR EIA	18,441.00	1.00	18,441.00	0.00	18,441.00
906129	TOXOPLASMA GONDII ANTICUERPOS IG M POR EIA	19,795.00	1.00	19,795.00	0.00	19,795.00

SON : TREINTA Y OCHO MIL DOSCIENTOS TREINTA Y SEIS PESOS

OBSERVACIONES:

Subtotal	38,236.00
Cuota Mod.	0.00
Total a Pagar	**38,236.00**

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: a03c0988d4a43e83a1bd92140c55183ff686957b894dbb3785d3d614c8d94b7d42b3b3a7686d7de92e71b8d93cc16440

FECHA Y HORA ENVIO DIAN : 11/04/2026 10:11:52 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 101602

Autorización de Servicio: 202603929264

Datos de la Entidad

Entidad : DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA
Fecha Elab. : Abril 11 de 2026
NIT : 901541137-1 **Telefono Entidad** : 3102133692
Forma de pago : CREDITO
Dirección : AV QUEBRADA SECA 33A 207
Fecha Vencimiento: 10/06/2026

Datos del Usuario

Primer Nombre : ERIKA **Segundo Nombre** : **Primer Apellido** : CARDENAS **Segundo Apellido** : DOMINGUEZ
Documento : CC 1064086002 **Edad** : 25 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** : 26/03/2026 **Fecha Egreso** : 26/03/2026
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
901236	UROCULTIVO [ANTIOGRAMA MIC AUTOMATICO]	35,676.00	1.00	35,676.00	0.00	35,676.00

SON : TREINTA Y CINCO MIL SEISCIENTOS SETENTA Y SEIS PESOS

OBSERVACIONES:

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

Resolución de Facturación N° 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: 500415f62543e04af8a451f0338a3d3383c40483022763a95ef4e47fe808f652503691f190df5fd9c160441cd8ee3748

FECHA Y HORA ENVIO DIAN : 11/04/2026 10:11:58 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 101603

Autorización de Servicio: 202602562384

Datos de la Entidad

Entidad : DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA
Fecha Elab. : Abril 11 de 2026
NIT : 901541137-1 **Telefono Entidad** : 3102133692
Forma de pago : CREDITO
Dirección : AV QUEBRADA SECA 33A 207
Fecha Vencimiento: 10/06/2026

Datos del Usuario

Primer Nombre : FANNY **Segundo Nombre** : MARIA **Primer Apellido** : LOPEZ **Segundo Apellido** : ROPERO
Documento : CC 1091655930 **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** : 27/03/2026 **Fecha Egreso** : 27/03/2026
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: e8e4409d0335dbdf8bb9a94bab53e9e2ef5516bbe713d91a0792775672d0d2187f578ba86e4db6c9078fd0432c95488e

FECHA Y HORA ENVIO DIAN : 11/04/2026 10:12:04 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 101604

Autorización de Servicio: 202603708661

Datos de la Entidad

Entidad : DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA
Fecha Elab. : Abril 11 de 2026
NIT : 901541137-1 **Telefono Entidad** : 3102133692
Forma de pago : CREDITO
Dirección : AV QUEBRADA SECA 33A 207
Fecha Vencimiento: 10/06/2026

Datos del Usuario

Primer Nombre : ABNER **Segundo Nombre** : JARETH **Primer Apellido** : BELTRAN **Segundo Apellido** : ORTIZ
Documento : RC 1244780445 **Edad** : 2 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** : 17/03/2026 **Fecha Egreso** : 17/03/2026
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
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: b0d202c03b2930885d7892c2fbf7c852e2cc0f24bbd4cb87e948f762039bf89ffdecd387ecd13244572155cb0b242012

FECHA Y HORA ENVIO DIAN : 11/04/2026 10:12:10 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 101605

Autorización de Servicio: 202602276181

Datos de la Entidad

Entidad : DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA
Fecha Elab. : Abril 11 de 2026
NIT : 901541137-1 **Telefono Entidad** : 3102133692
Forma de pago : CREDITO
Dirección : AV QUEBRADA SECA 33A 207
Fecha Vencimiento: 10/06/2026

Datos del Usuario

Primer Nombre : JOSE **Segundo Nombre** : MANUEL **Primer Apellido** : ZAMORA **Segundo Apellido** : VENTES
Documento : CC 13054412 **Edad** : 53 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** : 06/03/2026 **Fecha Egreso** : 06/03/2026
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
906610	ANTIGENO ESPECIFICO DE PROSTATA [PSA]	25,602.00	1.00	25,602.00	0.00	25,602.00

SON : VEINTICINCO MIL SEISCIENTOS DOS PESOS

OBSERVACIONES:

Subtotal	25,602.00
Cuota Mod.	0.00
Total a Pagar	**25,602.00**

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: 619be08662f54db7a625b8cbf7f1cd8503d345e93c0638837aabdf81aebbbe7f5d7fcb9cda2fa84addae94e43d44445d

FECHA Y HORA ENVIO DIAN : 11/04/2026 10:12:17 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 101607

Autorización de Servicio: 202603756670

Datos de la Entidad

Entidad : DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA
Fecha Elab. : Abril 11 de 2026
NIT : 901541137-1 **Telefono Entidad** : 3102133692
Forma de pago : CREDITO
Dirección : AV QUEBRADA SECA 33A 207
Fecha Vencimiento: 10/06/2026

Datos del Usuario

Primer Nombre : AMANDA **Segundo Nombre** : **Primer Apellido** : GARCIA **Segundo Apellido** : PRADA
Documento : CC 37506776 **Edad** : 41 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** : 13/03/2026 **Fecha Egreso** : 13/03/2026
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: ad9cd14a9d0ac2d86c3ff4ef2ad04338f8a3212694e924fd8315daccec32bee4069e37b07fd8509ac8dcaa7937f8cb2b

FECHA Y HORA ENVIO DIAN : 11/04/2026 10:12:31 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 101608

Autorización de Servicio: 2025124496212

Datos de la Entidad

Entidad : DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA
Fecha Elab. : Abril 11 de 2026
NIT : 901541137-1 **Telefono Entidad** : 3102133692
Forma de pago : CREDITO
Dirección : AV QUEBRADA SECA 33A 207
Fecha Vencimiento: 10/06/2026

Datos del Usuario

Primer Nombre : MARIA **Segundo Nombre** : JOSE **Primer Apellido** : MONTANCHEZ **Segundo Apellido** : MAIGUAL
Documento : RC 1080706286 **Edad** : 7 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** : 18/03/2026 **Fecha Egreso** : 18/03/2026
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
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
904921	TIROXINA LIBRE [T4L]	13,106.00	1.00	13,106.00	0.00	13,106.00

SON : VEINTIUN MIL SETECIENTOS VEINTICUATRO PESOS

OBSERVACIONES:

Subtotal	21,724.00
Cuota Mod.	0.00
Total a Pagar	**21,724.00**

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: 224d0899cb4ca8a9e64148390cf5cab309ce87b6fcbbcc47d370f924eb297b46d99f0a0a1d5072dc0ec771c0f99eacbd

FECHA Y HORA ENVIO DIAN : 11/04/2026 10:12:37 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 101609

Autorización de Servicio: 202602268190

Datos de la Entidad

Entidad : DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA
Fecha Elab. : Abril 11 de 2026
NIT : 901541137-1 **Telefono Entidad** : 3102133692
Forma de pago : CREDITO
Dirección : AV QUEBRADA SECA 33A 207
Fecha Vencimiento: 10/06/2026

Datos del Usuario

Primer Nombre : JUAN **Segundo Nombre** : CAMILO **Primer Apellido** : MOLINA **Segundo Apellido** :
Documento : CC 1081156239 **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** : 06/03/2026 **Fecha Egreso** : 06/03/2026
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
903847	LIPASA	9,418.00	1.00	9,418.00	0.00	9,418.00

SON : NUEVE MIL CUATROCIENTOS DIECIOCHO PESOS

OBSERVACIONES:

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

Resolución de Facturación N° 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: 6e5a36f147986c6a5a1e281825cc833b1f96f0d390ee04e93f9dba86cca76e68281973c11e462e26f50d4d54bd9c76c2

FECHA Y HORA ENVIO DIAN : 11/04/2026 10:12:43 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 101610

Autorización de Servicio: 202602304478

Datos de la Entidad

Entidad : DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA
Fecha Elab. : Abril 11 de 2026
NIT : 901541137-1 **Telefono Entidad** : 3102133692
Forma de pago : CREDITO
Dirección : AV QUEBRADA SECA 33A 207
Fecha Vencimiento: 10/06/2026

Datos del Usuario

Primer Nombre : ANA **Segundo Nombre** : DIVA **Primer Apellido** : RINCON **Segundo Apellido** : CHINCHILLA
Documento : CC 37310662 **Edad** : 69 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** : 13/03/2026 **Fecha Egreso** : 13/03/2026
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

SON : CUARENTA Y DOS MIL QUINIENTOS DIECINUEVE PESOS

OBSERVACIONES:

Subtotal	42,519.00
Cuota Mod.	0.00
Total a Pagar	**42,519.00**

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: e2592c4a06ec9d76118d7881c61cdf9b0f33c15fe7a50f12bf04b823eacf91cb7ee04f038ad071aea28ed20c1789cfb3

FECHA Y HORA ENVIO DIAN : 11/04/2026 10:12:49 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 101611

Autorización de Servicio: 202602439208

Datos de la Entidad

Entidad : DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA
Fecha Elab. : Abril 11 de 2026
NIT : 901541137-1 **Telefono Entidad** : 3102133692
Forma de pago : CREDITO
Dirección : AV QUEBRADA SECA 33A 207
Fecha Vencimiento: 10/06/2026

Datos del Usuario

Primer Nombre : GEFERSON **Segundo Nombre** : **Primer Apellido** : DELGADO **Segundo Apellido** : DIAZ
Documento : CC 1115948769 **Edad** : 33 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** : 03/03/2026 **Fecha Egreso** : 03/03/2026
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
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 : TRECE MIL QUINIENTOS NOVENTA Y DOS PESOS

OBSERVACIONES:

Subtotal	13,592.00
Cuota Mod.	0.00
Total a Pagar	**13,592.00**

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: 0c73beb0bb03f90225deff411d32ef36ee5a909a6c00ceb86d682aca2136744f63bbb9332fe121f29e69fd717d71a99e

FECHA Y HORA ENVIO DIAN : 11/04/2026 10:12:55 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 101612

Autorización de Servicio: 2025114346825

Datos de la Entidad

Entidad : DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA
Fecha Elab. : Abril 11 de 2026
NIT : 901541137-1 **Telefono Entidad** : 3102133692
Forma de pago : CREDITO
Dirección : AV QUEBRADA SECA 33A 207
Fecha Vencimiento: 10/06/2026

Datos del Usuario

Primer Nombre : YEIMITH **Segundo Nombre** : ALEXANDRA **Primer Apellido** : SANCHEZ **Segundo Apellido** : RAMOS
Documento : CC 1118288078 **Edad** : 38 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** : 03/03/2026 **Fecha Egreso** : 03/03/2026
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: 5ce8fc62ccd1b9b5d1c48a40665c5479096fc63b460b9a33a7d632a40b61eff6a975b7227c62d2ac5792130e6c680d9b

FECHA Y HORA ENVIO DIAN : 11/04/2026 10:13:01 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 101613

Autorización de Servicio: 202603650307

Datos de la Entidad

Entidad : DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA
Fecha Elab. : Abril 11 de 2026
NIT : 901541137-1 **Telefono Entidad** : 3102133692
Forma de pago : CREDITO
Dirección : AV QUEBRADA SECA 33A 207
Fecha Vencimiento: 10/06/2026

Datos del Usuario

Primer Nombre : JOSMER **Segundo Nombre** : ORLANDO **Primer Apellido** : PEREZ **Segundo Apellido** : CARDENAS
Documento : CC 1051588631 **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** : 05/03/2026 **Fecha Egreso** : 05/03/2026
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: 7f0b2d67360b879e63613ca7c1ef5c6a5f2fb835d6801f620dda8cef6fe6ed7d7a6daf252beb973805986f00de15e435

FECHA Y HORA ENVIO DIAN : 11/04/2026 10:13:08 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 101614

Autorización de Servicio: 202602584964

Datos de la Entidad

Entidad : DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA
Fecha Elab. : Abril 11 de 2026
NIT : 901541137-1 **Telefono Entidad** : 3102133692
Forma de pago : CREDITO
Dirección : AV QUEBRADA SECA 33A 207
Fecha Vencimiento: 10/06/2026

Datos del Usuario

Primer Nombre : MIGUEL **Segundo Nombre** : ANGEL **Primer Apellido** : MARIN **Segundo Apellido** : VERGEL
Documento : TI 1092740049 **Edad** : 10 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** : 05/03/2026 **Fecha Egreso** : 05/03/2026
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
901237	UROCULTIVO [ANTIOGRAMA MIC MANUAL]	23,503.00	1.00	23,503.00	0.00	23,503.00

SON : VEINTITRES MIL QUINIENTOS TRES PESOS

OBSERVACIONES:

Subtotal	23,503.00
Cuota Mod.	0.00
Total a Pagar	**23,503.00**

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: e2ca08394aee493c6fc783664df290ac2104b49f0b3b8d960d74a63827d7329f582e97351737a7d16d5877da43d4d986

FECHA Y HORA ENVIO DIAN : 11/04/2026 10:13:14 a.m.

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