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 102665

Autorización de Servicio: 202602438122

Datos de la Entidad

Entidad : DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA
Fecha Elab. : Mayo 8 de 2026
NIT : 901541137-1 **Telefono Entidad** : 3102133692
Forma de pago : CREDITO
Dirección : AV QUEBRADA SECA 33A 207
Fecha Vencimiento: 07/07/2026

Datos del Usuario

Primer Nombre : NATIVIDAD **Segundo Nombre** : **Primer Apellido** : TORRES **Segundo Apellido** : RODRIGUEZ
Documento : CC 22510881 **Edad** : 51 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** : 30/03/2026 **Fecha Egreso** : 30/03/2026
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
903859	POTASIO	7,913.00	1.00	7,913.00	0.00	7,913.00

SON : VEINTISEIS MIL SEISCIENTOS CINCUENTA Y CINCO PESOS

OBSERVACIONES:

Subtotal	26,655.00
Cuota Mod.	0.00
Total a Pagar	**26,655.00**

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: 2f2f34d852f64648b85e1827ec990f218070a412c1828c4d5a7a9fff217007975cfe491dcd17b78afd3e6fc86d5b64ad

FECHA Y HORA ENVIO DIAN : 08/05/2026 06:00:13 p.m.

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

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

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

A PARTIR DEL AÑO 2020 SOMOS CONTRIBUYENTES DEL REGIMEN ESPECIAL EN MATERIA TRIBUTARIA ZESE (ART. 147 LEY 2010 DE 2019)
A partir del año 2025 somos beneficiarios zese del 50% del impuesto. favor practicar retención en la fuente a título de renta al 50% de la tarifa.
SOMOS AGENTES RETENEDORES DE ICA SEGÚN EL ART 175 DEL ACUERDO 035 DEL 29/10/2025 DE CUCUTA

Factura Electronica de Venta No.:

CF 102666

Autorización de Servicio: 202603966830

Datos de la Entidad

Entidad : DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA
Fecha Elab. : Mayo 8 de 2026
NIT : 901541137-1 **Telefono Entidad** : 3102133692
Forma de pago : CREDITO
Dirección : AV QUEBRADA SECA 33A 207
Fecha Vencimiento: 07/07/2026

Datos del Usuario

Primer Nombre : DIEGO **Segundo Nombre** : FERNANDO **Primer Apellido** : CAPERA **Segundo Apellido** : HIGUITA
Documento : CC 1123309343 **Edad** : 31 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** : 30/03/2026 **Fecha Egreso** : 30/03/2026
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: d8ae3aa7e16892cea38a9e88c102e19f9cd18a153fa45515a410f4542297c5072a371f66a241b6047b5c44a9c9e500d5

FECHA Y HORA ENVIO DIAN : 08/05/2026 06:00:19 p.m.

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

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

Nit: 900.542.979-5
Direccion: Av 11E # 4-09 Quinta Oriental
telefono: 3017960569
Email: ciade.admon@hotmail.com
A PARTIR DEL AÑO 2020 SOMOS CONTRIBUYENTES DEL REGIMEN ESPECIAL EN MATERIA TRIBUTARIA ZESE (ART. 147 LEY 2010 DE 2019)
A partir del año 2025 somos beneficiarios zese del 50% del impuesto. favor practicar retención en la fuente a título de renta al 50% de la tarifa.
SOMOS AGENTES RETENEDORES DE ICA SEGÚN EL ART 175 DEL ACUERDO 035 DEL 29/10/2025 DE CUCUTA

Factura Electronica de Venta No.:

CF 102667

Autorización de Servicio: 2026041304671

Datos de la Entidad

Entidad : DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA
Fecha Elab. : Mayo 8 de 2026
NIT : 901541137-1 **Telefono Entidad** : 3102133692
Forma de pago : CREDITO
Dirección : AV QUEBRADA SECA 33A 207
Fecha Vencimiento: 07/07/2026

Datos del Usuario

Primer Nombre : JOEL **Segundo Nombre** : **Primer Apellido** : ASCANIO **Segundo Apellido** : ROPERO
Documento : CC 88141704 **Edad** : 58 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** : 21/04/2026 **Fecha Egreso** : 21/04/2026
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
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: 15e04baae5211d608d29105355feb8eca186526fc176d37a79fe10eca8b1c92550eecd11b85e4baf3fe2520bcf511a5a

FECHA Y HORA ENVIO DIAN : 08/05/2026 06:00:28 p.m.

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

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

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

A PARTIR DEL AÑO 2020 SOMOS CONTRIBUYENTES DEL REGIMEN ESPECIAL EN MATERIA TRIBUTARIA ZESE (ART. 147 LEY 2010 DE 2019)
A partir del año 2025 somos beneficiarios zese del 50% del impuesto. favor practicar retención en la fuente a título de renta al 50% de la tarifa.
SOMOS AGENTES RETENEDORES DE ICA SEGÚN EL ART 175 DEL ACUERDO 035 DEL 29/10/2025 DE CUCUTA

Factura Electronica de Venta No.:

CF 102668

Autorización de Servicio: 202603731440

Datos de la Entidad

Entidad : DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA
Fecha Elab. : Mayo 8 de 2026
NIT : 901541137-1 **Telefono Entidad** : 3102133692
Forma de pago : CREDITO
Dirección : AV QUEBRADA SECA 33A 207
Fecha Vencimiento: 07/07/2026

Datos del Usuario

Primer Nombre : CLAUDIA **Segundo Nombre** : MARCELA **Primer Apellido** : RODRIGUEZ **Segundo Apellido** : MUÑOZ
Documento : CC 63254998 **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** : 31/03/2026 **Fecha Egreso** : 31/03/2026
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: 0366ade4303152ff83640837cf88e869aaee0566f18ea988dbf835bedb28911028089f517b671bcce867617a4648f66d

FECHA Y HORA ENVIO DIAN : 08/05/2026 06:00:35 p.m.

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

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

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

A PARTIR DEL AÑO 2020 SOMOS CONTRIBUYENTES DEL REGIMEN ESPECIAL EN MATERIA TRIBUTARIA ZESE (ART. 147 LEY 2010 DE 2019)
A partir del año 2025 somos beneficiarios zese del 50% del impuesto. favor practicar retención en la fuente a título de renta al 50% de la tarifa.
SOMOS AGENTES RETENEDORES DE ICA SEGÚN EL ART 175 DEL ACUERDO 035 DEL 29/10/2025 DE CUCUTA

Factura Electronica de Venta No.:

CF 102669

Autorización de Servicio: 2026041372561

Datos de la Entidad

Entidad : DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA
Fecha Elab. : Mayo 8 de 2026
NIT : 901541137-1 **Telefono Entidad** : 3102133692
Forma de pago : CREDITO
Dirección : AV QUEBRADA SECA 33A 207
Fecha Vencimiento: 07/07/2026

Datos del Usuario

Primer Nombre : OBDULIO **Segundo Nombre** : ALBERTO **Primer Apellido** : MEDINA **Segundo Apellido** : JOIRO
Documento : CC 84085001 **Edad** : 46 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** : 24/04/2026 **Fecha Egreso** : 24/04/2026
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
904108	PROLACTINA [BASAL]	17,653.00	1.00	17,653.00	0.00	17,653.00

SON : CINCUENTA Y NUEVE MIL SEISCIENTOS TREINTA Y SEIS PESOS

OBSERVACIONES:

Subtotal	59,636.00
Cuota Mod.	0.00
Total a Pagar	**59,636.00**

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: 80e1471cd4a73b624d62f0de64118776005b574387bd8afed599ac79cdffef75729f6659341a5d64f103be328f0e30e6

FECHA Y HORA ENVIO DIAN : 08/05/2026 06:00:41 p.m.

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

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

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

A PARTIR DEL AÑO 2020 SOMOS CONTRIBUYENTES DEL REGIMEN ESPECIAL EN MATERIA TRIBUTARIA ZESE (ART. 147 LEY 2010 DE 2019)
A partir del año 2025 somos beneficiarios zese del 50% del impuesto. favor practicar retención en la fuente a título de renta al 50% de la tarifa.
SOMOS AGENTES RETENEDORES DE ICA SEGÚN EL ART 175 DEL ACUERDO 035 DEL 29/10/2025 DE CUCUTA

Factura Electronica de Venta No.:

CF 102670

Autorización de Servicio: 2026041318516

Datos de la Entidad

Entidad : DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA
Fecha Elab. : Mayo 8 de 2026
NIT : 901541137-1 **Telefono Entidad** : 3102133692
Forma de pago : CREDITO
Dirección : AV QUEBRADA SECA 33A 207
Fecha Vencimiento: 07/07/2026

Datos del Usuario

Primer Nombre : MARIBEL **Segundo Nombre** : **Primer Apellido** : ALVERNIA **Segundo Apellido** : GUERRERO
Documento : CC 27705058 **Edad** : 67 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** : 21/04/2026 **Fecha Egreso** : 21/04/2026
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: 17c8fffcb845b7968d9a473cf1421366598863f544455e07ece1eafd695757289d42967b60d3da2a5c96a72f50ac0142

FECHA Y HORA ENVIO DIAN : 08/05/2026 06:00:47 p.m.

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

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

Nit: 900.542.979-5
Direccion: Av 11E # 4-09 Quinta Oriental
telefono: 3017960569
Email: ciade.admon@hotmail.com
A PARTIR DEL AÑO 2020 SOMOS CONTRIBUYENTES DEL REGIMEN ESPECIAL EN MATERIA TRIBUTARIA ZESE (ART. 147 LEY 2010 DE 2019)
A partir del año 2025 somos beneficiarios zese del 50% del impuesto. favor practicar retención en la fuente a título de renta al 50% de la tarifa.
SOMOS AGENTES RETENEDORES DE ICA SEGÚN EL ART 175 DEL ACUERDO 035 DEL 29/10/2025 DE CUCUTA

Factura Electronica de Venta No.:

CF 102671

Autorización de Servicio: 202603642061

Datos de la Entidad

Entidad : DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA
Fecha Elab. : Mayo 8 de 2026
NIT : 901541137-1 **Telefono Entidad** : 3102133692
Forma de pago : CREDITO
Dirección : AV QUEBRADA SECA 33A 207
Fecha Vencimiento: 07/07/2026

Datos del Usuario

Primer Nombre : MARTHA **Segundo Nombre** : MARIA DEL MAR **Primer Apellido** : CUASPUD **Segundo Apellido** : FLOREZ
Documento : TI 1093312298 **Edad** : 7 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
860205	TUBERCULINA PRUEBA [DE MANTOUX]	80,000.00	1.00	80,000.00	0.00	80,000.00
908885	MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS PRUEBAS DE SENSIBILIDAD POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECIFICO)	247,560.00	1.00	247,560.00	0.00	247,560.00

SON : TRESCIENTOS VEINTISIETE MIL QUINIENTOS SESENTA PESOS

OBSERVACIONES:

Subtotal	327,560.00
Cuota Mod.	0.00
Total a Pagar	**327,560.00**

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: 9055cfe597446fb74c40f6f69d5b82a50dc865a788f335bb6e93ffc80e72e315528caf360b664d69277b015eb01267f0

FECHA Y HORA ENVIO DIAN : 08/05/2026 06:00:53 p.m.

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

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

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

A PARTIR DEL AÑO 2020 SOMOS CONTRIBUYENTES DEL REGIMEN ESPECIAL EN MATERIA TRIBUTARIA ZESE (ART. 147 LEY 2010 DE 2019)
A partir del año 2025 somos beneficiarios zese del 50% del impuesto. favor practicar retención en la fuente a título de renta al 50% de la tarifa.
SOMOS AGENTES RETENEDORES DE ICA SEGÚN EL ART 175 DEL ACUERDO 035 DEL 29/10/2025 DE CUCUTA

Factura Electronica de Venta No.:

CF 102672

Autorización de Servicio: 202603981397

Datos de la Entidad

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

Fecha Elab. : Mayo 8 de 2026
Forma de pago : CREDITO
Fecha Vencimiento: 07/07/2026

Datos del Usuario

Primer Nombre : ALCIRA **Segundo Nombre** : MARIA **Primer Apellido** : PICON **Segundo Apellido** : DE ARENIZ
Documento : CC 27764666 **Edad** : 78 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** : 11/04/2026 **Fecha Egreso** : 11/04/2026
Tipo Usuario : Especiales o de Excepción Cotizante **Cobertura** : Cobertura Régimen Especial o Excepción

CODIGO	DESCRIPCION DEL SERVICIO	VLR. UNIDAD	CANT	VLR. TOTAL	VLR. USUARIO	VLR. EMPRESA
903813	CLORO [CLORURO]	3,856.00	1.00	3,856.00	0.00	3,856.00
903859	POTASIO	7,913.00	1.00	7,913.00	0.00	7,913.00
903864	SODIO	5,679.00	1.00	5,679.00	0.00	5,679.00

SON : DIECISIETE MIL CUATROCIENTOS CUARENTA Y OCHO PESOS

OBSERVACIONES:

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

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

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

FIRMA Y SELLO DE RECIBIDO

Cufe: a6a0b0dd22c4cb427b59b08bbcfcf27a9ddda40687fac93f0c753f96388a0d70535a2fac7024bbb64ff562bd161ec7d2

FECHA Y HORA ENVIO DIAN : 08/05/2026 06:00:59 p.m.

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

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

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

A PARTIR DEL AÑO 2020 SOMOS CONTRIBUYENTES DEL REGIMEN ESPECIAL EN MATERIA TRIBUTARIA ZESE (ART. 147 LEY 2010 DE 2019)
A partir del año 2025 somos beneficiarios zese del 50% del impuesto. favor practicar retención en la fuente a título de renta al 50% de la tarifa.
SOMOS AGENTES RETENEDORES DE ICA SEGÚN EL ART 175 DEL ACUERDO 035 DEL 29/10/2025 DE CUCUTA

Factura Electronica de Venta No.:

CF 102673

Autorización de Servicio: 2026041183262

Datos de la Entidad

Entidad : DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA
Fecha Elab. : Mayo 8 de 2026
NIT : 901541137-1 **Telefono Entidad** : 3102133692
Forma de pago : CREDITO
Dirección : AV QUEBRADA SECA 33A 207
Fecha Vencimiento: 07/07/2026

Datos del Usuario

Primer Nombre : LEONEL **Segundo Nombre** : EDUARDO **Primer Apellido** : MARTINEZ **Segundo Apellido** : SUAREZ
Documento : CC 1056054332 **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** : 24/04/2026 **Fecha Egreso** : 24/04/2026
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: 78887255e57e0663329ebaf2c6197dc0b388e932da26658d56c0c2ddf5ef9fc173fd7b687826c6185386bdbd03490c43

FECHA Y HORA ENVIO DIAN : 08/05/2026 06:01:05 p.m.

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

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

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

A PARTIR DEL AÑO 2020 SOMOS CONTRIBUYENTES DEL REGIMEN ESPECIAL EN MATERIA TRIBUTARIA ZESE (ART. 147 LEY 2010 DE 2019)
A partir del año 2025 somos beneficiarios zese del 50% del impuesto. favor practicar retención en la fuente a título de renta al 50% de la tarifa.
SOMOS AGENTES RETENEDORES DE ICA SEGÚN EL ART 175 DEL ACUERDO 035 DEL 29/10/2025 DE CUCUTA

Factura Electronica de Venta No.:

CF 102674

Autorización de Servicio: 202603921970

Datos de la Entidad

Entidad : DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA
Fecha Elab. : Mayo 8 de 2026
NIT : 901541137-1 **Telefono Entidad** : 3102133692
Forma de pago : CREDITO
Dirección : AV QUEBRADA SECA 33A 207
Fecha Vencimiento: 07/07/2026

Datos del Usuario

Primer Nombre : LEIDY **Segundo Nombre** : ADRIANA **Primer Apellido** : CARVAJAL **Segundo Apellido** : LOZADA
Documento : CC 1094368539 **Edad** : 35 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** : 07/04/2026 **Fecha Egreso** : 07/04/2026
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: 94f16265e066355f6a3aa8e41e1e6a497af8ba7c032d263b0495bf458a01e4336fec726806860751407c9c3ce3d3bd78

FECHA Y HORA ENVIO DIAN : 08/05/2026 06:01:10 p.m.

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

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

Nit: 900.542.979-5
Direccion: Av 11E # 4-09 Quinta Oriental
telefono: 3017960569
Email: ciade.admon@hotmail.com
A PARTIR DEL AÑO 2020 SOMOS CONTRIBUYENTES DEL REGIMEN ESPECIAL EN MATERIA TRIBUTARIA ZESE (ART. 147 LEY 2010 DE 2019)
A partir del año 2025 somos beneficiarios zese del 50% del impuesto. favor practicar retención en la fuente a título de renta al 50% de la tarifa.
SOMOS AGENTES RETENEDORES DE ICA SEGÚN EL ART 175 DEL ACUERDO 035 DEL 29/10/2025 DE CUCUTA

Factura Electronica de Venta No.:

CF 102675

Autorización de Servicio: 202602499358

Datos de la Entidad

Entidad : DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA
Fecha Elab. : Mayo 8 de 2026
NIT : 901541137-1 **Telefono Entidad** : 3102133692
Forma de pago : CREDITO
Dirección : AV QUEBRADA SECA 33A 207
Fecha Vencimiento: 07/07/2026

Datos del Usuario

Primer Nombre : JHON **Segundo Nombre** : EDUARD **Primer Apellido** : QUINTERO **Segundo Apellido** : QUINTERO
Documento : CC 5468535 **Edad** : 45 Años **Sexo** : M **Telefono** :
Dirección :

Contrato : 402-DIGSA/DMBUG-2025 **Fecha Inicio** : 22/09/2025 **Fecha Vto** : 30/09/2026
Programa : PROCEDIMIENTO **Tipo de Pago** : Pago por evento **Fecha Ingreso** : 23/04/2026 **Fecha Egreso** : 23/04/2026
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
902045	TIEMPO DE PROTROMBINA [PT]	7,325.00	1.00	7,325.00	0.00	7,325.00
902049	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL [PTT]	7,985.00	1.00	7,985.00	0.00	7,985.00

SON : CUARENTA Y CINCO MIL CUATROCIENTOS SETENTA Y DOS PESOS

OBSERVACIONES:

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

Resolución de Facturación N° 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: adb37d31895d2678a87cc5d671a792376975979d042700a41653f10f569274f8a17d8e3252a0111a82f67c9f6746b841

FECHA Y HORA ENVIO DIAN : 08/05/2026 06:01:16 p.m.

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

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

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

A PARTIR DEL AÑO 2020 SOMOS CONTRIBUYENTES DEL REGIMEN ESPECIAL EN MATERIA TRIBUTARIA ZESE (ART. 147 LEY 2010 DE 2019)
A partir del año 2025 somos beneficiarios zese del 50% del impuesto. favor practicar retención en la fuente a título de renta al 50% de la tarifa.
SOMOS AGENTES RETENEDORES DE ICA SEGÚN EL ART 175 DEL ACUERDO 035 DEL 29/10/2025 DE CUCUTA

Factura Electronica de Venta No.:

CF 102676

Autorización de Servicio: 2026031014456

Datos de la Entidad

Entidad : DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA
Fecha Elab. : Mayo 8 de 2026
NIT : 901541137-1 **Telefono Entidad** : 3102133692
Forma de pago : CREDITO
Dirección : AV QUEBRADA SECA 33A 207
Fecha Vencimiento: 07/07/2026

Datos del Usuario

Primer Nombre : LIGIA **Segundo Nombre** : ESTHER **Primer Apellido** : ALVAREZ **Segundo Apellido** : DE RIVERO
Documento : CC 20226763 **Edad** : 86 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** : 11/04/2026 **Fecha Egreso** : 11/04/2026
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: 6964e4f93fbdc3a666ff46aac213f3463016fc350b62edb73d5c23872358e5eae25e1e185f39656e7d561fa7e5211c62

FECHA Y HORA ENVIO DIAN : 08/05/2026 06:01:22 p.m.

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

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

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

A PARTIR DEL AÑO 2020 SOMOS CONTRIBUYENTES DEL REGIMEN ESPECIAL EN MATERIA TRIBUTARIA ZESE (ART. 147 LEY 2010 DE 2019)
A partir del año 2025 somos beneficiarios zese del 50% del impuesto. favor practicar retención en la fuente a título de renta al 50% de la tarifa.
SOMOS AGENTES RETENEDORES DE ICA SEGÚN EL ART 175 DEL ACUERDO 035 DEL 29/10/2025 DE CUCUTA

Factura Electronica de Venta No.:

CF 102677

Autorización de Servicio: 2026041092889

Datos de la Entidad

Entidad : DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA
Fecha Elab. : Mayo 8 de 2026
NIT : 901541137-1 **Telefono Entidad** : 3102133692
Forma de pago : CREDITO
Dirección : AV QUEBRADA SECA 33A 207
Fecha Vencimiento: 07/07/2026

Datos del Usuario

Primer Nombre : DAGOBERTO **Segundo Nombre** : **Primer Apellido** : MACGREGOR **Segundo Apellido** : LLAIN
Documento : CC 88143220 **Edad** : 56 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** : 07/04/2026 **Fecha Egreso** : 07/04/2026
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: fd74e37bcf021f6d05d82c8494661ab72299cc7e7757668583e87dfcde79257988538e2080039edcfc2668baaa6ef4d7

FECHA Y HORA ENVIO DIAN : 08/05/2026 06:01:28 p.m.

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

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

Nit: 900.542.979-5
Direccion: Av 11E # 4-09 Quinta Oriental
telefono: 3017960569
Email: ciade.admon@hotmail.com
A PARTIR DEL AÑO 2020 SOMOS CONTRIBUYENTES DEL REGIMEN ESPECIAL EN MATERIA TRIBUTARIA ZESE (ART. 147 LEY 2010 DE 2019)
A partir del año 2025 somos beneficiarios zese del 50% del impuesto. favor practicar retención en la fuente a título de renta al 50% de la tarifa.
SOMOS AGENTES RETENEDORES DE ICA SEGÚN EL ART 175 DEL ACUERDO 035 DEL 29/10/2025 DE CUCUTA

Factura Electronica de Venta No.:

CF 102678

Autorización de Servicio: 202602565721

Datos de la Entidad

Entidad : DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA
Fecha Elab. : Mayo 8 de 2026
NIT : 901541137-1 **Telefono Entidad** : 3102133692
Forma de pago : CREDITO
Dirección : AV QUEBRADA SECA 33A 207
Fecha Vencimiento: 07/07/2026

Datos del Usuario

Primer Nombre : YONIS **Segundo Nombre** : ANTONIO **Primer Apellido** : PEDROZA **Segundo Apellido** : PAVA
Documento : CC 9693364 **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** : 23/04/2026 **Fecha Egreso** : 23/04/2026
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
906458	TIROIDEOS MICROSOMALES ANTICUERPOS POR EIA	24,980.00	1.00	24,980.00	0.00	24,980.00

SON : TREINTA Y OCHO MIL OCHENTA Y SEIS PESOS

OBSERVACIONES:

Subtotal	38,086.00
Cuota Mod.	0.00
Total a Pagar	**38,086.00**

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: 31c0619d10cbe97d22dc2b1f94e653c5aabe427b0356bed626a88f5faa799a72c12d9aa7a6f23f343e6d81a67eb28a2e

FECHA Y HORA ENVIO DIAN : 08/05/2026 06:01:34 p.m.

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

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

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

A PARTIR DEL AÑO 2020 SOMOS CONTRIBUYENTES DEL REGIMEN ESPECIAL EN MATERIA TRIBUTARIA ZESE (ART. 147 LEY 2010 DE 2019)
A partir del año 2025 somos beneficiarios zese del 50% del impuesto. favor practicar retención en la fuente a título de renta al 50% de la tarifa.
SOMOS AGENTES RETENEDORES DE ICA SEGÚN EL ART 175 DEL ACUERDO 035 DEL 29/10/2025 DE CUCUTA

Factura Electronica de Venta No.:

CF 102679

Autorización de Servicio: 202602236568

Datos de la Entidad

Entidad : DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA
Fecha Elab. : Mayo 8 de 2026
NIT : 901541137-1 **Telefono Entidad** : 3102133692
Forma de pago : CREDITO
Dirección : AV QUEBRADA SECA 33A 207
Fecha Vencimiento: 07/07/2026

Datos del Usuario

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

Contrato : 402-DIGSA/DMBUG-2025 **Fecha Inicio** : 22/09/2025 **Fecha Vto** : 30/09/2026
Programa : PROCEDIMIENTO **Tipo de Pago** : Pago por evento **Fecha Ingreso** : 13/04/2026 **Fecha Egreso** : 13/04/2026
Tipo Usuario : Subsidiado **Cobertura** : Cobertura Régimen Especial o Excepción

CODIGO	DESCRIPCION DEL SERVICIO	VLR. UNIDAD	CANT	VLR. TOTAL	VLR. USUARIO	VLR. EMPRESA
902049	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL [PTT]	7,985.00	1.00	7,985.00	0.00	7,985.00
903833	FOSFATASA ALCALINA	4,101.00	1.00	4,101.00	0.00	4,101.00

SON : DOCE MIL OCHENTA Y SEIS PESOS

OBSERVACIONES:

Subtotal	12,086.00
Cuota Mod.	0.00
Total a Pagar	**12,086.00**

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: 91f75db2591f3a7621dd1b549a80128c644baf6b8879eeb2bb1e6c80817869b89606ad00c9842ebdac8dd28994548d59

FECHA Y HORA ENVIO DIAN : 08/05/2026 06:01:41 p.m.

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

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

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

A PARTIR DEL AÑO 2020 SOMOS CONTRIBUYENTES DEL REGIMEN ESPECIAL EN MATERIA TRIBUTARIA ZESE (ART. 147 LEY 2010 DE 2019)
A partir del año 2025 somos beneficiarios zese del 50% del impuesto. favor practicar retención en la fuente a título de renta al 50% de la tarifa.
SOMOS AGENTES RETENEDORES DE ICA SEGÚN EL ART 175 DEL ACUERDO 035 DEL 29/10/2025 DE CUCUTA

Factura Electronica de Venta No.:

CF 102680

Autorización de Servicio: 202603929062

Datos de la Entidad

Entidad : DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA
Fecha Elab. : Mayo 8 de 2026
NIT : 901541137-1 **Telefono Entidad** : 3102133692
Forma de pago : CREDITO
Dirección : AV QUEBRADA SECA 33A 207
Fecha Vencimiento: 07/07/2026

Datos del Usuario

Primer Nombre : SONIA **Segundo Nombre** : LILIANA **Primer Apellido** : PEÑARANDA **Segundo Apellido** : PAEZ
Documento : CC 37319946 **Edad** : 59 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** : 31/03/2026 **Fecha Egreso** : 31/03/2026
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: c045b28cf9d312dc1428c9728adebc7fbaa4372d3e6baa13a07706f00a436144f0bbe1ff2582d19f325ed5a2c48226c5

FECHA Y HORA ENVIO DIAN : 08/05/2026 06:01:47 p.m.

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

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

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

A PARTIR DEL AÑO 2020 SOMOS CONTRIBUYENTES DEL REGIMEN ESPECIAL EN MATERIA TRIBUTARIA ZESE (ART. 147 LEY 2010 DE 2019)
A partir del año 2025 somos beneficiarios zese del 50% del impuesto. favor practicar retención en la fuente a título de renta al 50% de la tarifa.
SOMOS AGENTES RETENEDORES DE ICA SEGÚN EL ART 175 DEL ACUERDO 035 DEL 29/10/2025 DE CUCUTA

Factura Electronica de Venta No.:

CF 102681

Autorización de Servicio: 2026041413380

Datos de la Entidad

Entidad : DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA
Fecha Elab. : Mayo 8 de 2026
NIT : 901541137-1 **Telefono Entidad** : 3102133692
Forma de pago : CREDITO
Dirección : AV QUEBRADA SECA 33A 207
Fecha Vencimiento: 07/07/2026

Datos del Usuario

Primer Nombre : KAREN **Segundo Nombre** : DANIGZA **Primer Apellido** : ORTIZ **Segundo Apellido** : TRILLOS
Documento : CC 1091655111 **Edad** : 40 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** : 28/04/2026 **Fecha Egreso** : 28/04/2026
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: da1ee38f495c1b88e5102f7b2a5c8f03c53911647e1bd46a37dddda524f7be48392f439736b7357970022283bab3145a

FECHA Y HORA ENVIO DIAN : 08/05/2026 06:01:52 p.m.

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

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

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

A PARTIR DEL AÑO 2020 SOMOS CONTRIBUYENTES DEL REGIMEN ESPECIAL EN MATERIA TRIBUTARIA ZESE (ART. 147 LEY 2010 DE 2019)
A partir del año 2025 somos beneficiarios zese del 50% del impuesto. favor practicar retención en la fuente a título de renta al 50% de la tarifa.
SOMOS AGENTES RETENEDORES DE ICA SEGÚN EL ART 175 DEL ACUERDO 035 DEL 29/10/2025 DE CUCUTA

Factura Electronica de Venta No.:

CF 102683

Autorización de Servicio: 2026031010542

Datos de la Entidad

Entidad : DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA
Fecha Elab. : Mayo 8 de 2026
NIT : 901541137-1 **Telefono Entidad** : 3102133692
Forma de pago : CREDITO
Dirección : AV QUEBRADA SECA 33A 207
Fecha Vencimiento: 07/07/2026

Datos del Usuario

Primer Nombre : YODENIS **Segundo Nombre** : **Primer Apellido** : PEREZ **Segundo Apellido** : SAJONERO
Documento : CC 1062877289 **Edad** : 34 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** : 13/04/2026 **Fecha Egreso** : 13/04/2026
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: 345f2d76a454347510424d22ede7a3b5f3bba39b995f7c39d0b00c5a75b445cd12d411f45b03fa1fa5b56d68429110ba

FECHA Y HORA ENVIO DIAN : 08/05/2026 06:02:06 p.m.

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

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

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

A PARTIR DEL AÑO 2020 SOMOS CONTRIBUYENTES DEL REGIMEN ESPECIAL EN MATERIA TRIBUTARIA ZESE (ART. 147 LEY 2010 DE 2019)
A partir del año 2025 somos beneficiarios zese del 50% del impuesto. favor practicar retención en la fuente a título de renta al 50% de la tarifa.
SOMOS AGENTES RETENEDORES DE ICA SEGÚN EL ART 175 DEL ACUERDO 035 DEL 29/10/2025 DE CUCUTA

Factura Electronica de Venta No.:

CF 102684

Autorización de Servicio: 202602519769

Datos de la Entidad

Entidad : DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA
Fecha Elab. : Mayo 8 de 2026
NIT : 901541137-1 **Telefono Entidad** : 3102133692
Forma de pago : CREDITO
Dirección : AV QUEBRADA SECA 33A 207
Fecha Vencimiento: 07/07/2026

Datos del Usuario

Primer Nombre : CALIXTA **Segundo Nombre** : **Primer Apellido** : MORA **Segundo Apellido** : DE PUENTES
Documento : CC 27613177 **Edad** : 76 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** : 28/04/2026 **Fecha Egreso** : 28/04/2026
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: 1fad39aeee67ed6da57ccd22e359459d073029d8b281d1ae7b621f6781788bb3696e7b16c38643e2b52ee2014e0fa731

FECHA Y HORA ENVIO DIAN : 08/05/2026 06:02:13 p.m.

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

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

Nit: 900.542.979-5
Direccion: Av 11E # 4-09 Quinta Oriental
telefono: 3017960569
Email: ciade.admon@hotmail.com
A PARTIR DEL AÑO 2020 SOMOS CONTRIBUYENTES DEL REGIMEN ESPECIAL EN MATERIA TRIBUTARIA ZESE (ART. 147 LEY 2010 DE 2019)
A partir del año 2025 somos beneficiarios zese del 50% del impuesto. favor practicar retención en la fuente a título de renta al 50% de la tarifa.
SOMOS AGENTES RETENEDORES DE ICA SEGÚN EL ART 175 DEL ACUERDO 035 DEL 29/10/2025 DE CUCUTA

Factura Electronica de Venta No.:

CF 102685

Autorización de Servicio: 202603687794

Datos de la Entidad

Entidad : DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA
Fecha Elab. : Mayo 8 de 2026
NIT : 901541137-1 **Telefono Entidad** : 3102133692
Forma de pago : CREDITO
Dirección : AV QUEBRADA SECA 33A 207
Fecha Vencimiento: 07/07/2026

Datos del Usuario

Primer Nombre : SAMANTHA **Segundo Nombre** : **Primer Apellido** : TORO **Segundo Apellido** : LOPEZ
Documento : TI 1092014216 **Edad** : 7 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** : 08/04/2026 **Fecha Egreso** : 08/04/2026
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
903861	PROTEINAS DIFERENCIADAS [ALBUMINA/GLOBULINA] *	6,361.00	1.00	6,361.00	0.00	6,361.00
903863	PROTEINAS TOTALES EN SUERO Y OTROS FLUIDOS	3,948.00	1.00	3,948.00	0.00	3,948.00
904101	FACTOR I DE CRECIMIENTO SIMILAR A LA INSULINA [SOMATOMEDINA C]	32,669.00	1.00	32,669.00	0.00	32,669.00

SON : OCHENTA Y CUATRO MIL NOVECIENTOS SESENTA Y UN PESOS

OBSERVACIONES:

Subtotal	84,961.00
Cuota Mod.	0.00
Total a Pagar	**84,961.00**

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: cabb45dea69ca890cfc0fe55359d8efa61b2b099eccf6b85a1218c244ac5f4ce9dedc5e9ebd192385cf9e85805127c1a

FECHA Y HORA ENVIO DIAN : 08/05/2026 06:02:19 p.m.

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

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

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

A PARTIR DEL AÑO 2020 SOMOS CONTRIBUYENTES DEL REGIMEN ESPECIAL EN MATERIA TRIBUTARIA ZESE (ART. 147 LEY 2010 DE 2019)
A partir del año 2025 somos beneficiarios zese del 50% del impuesto. favor practicar retención en la fuente a título de renta al 50% de la tarifa.
SOMOS AGENTES RETENEDORES DE ICA SEGÚN EL ART 175 DEL ACUERDO 035 DEL 29/10/2025 DE CUCUTA

Factura Electronica de Venta No.:

CF 102686

Autorización de Servicio: 2025124643035

Datos de la Entidad

Entidad : DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA
Fecha Elab. : Mayo 8 de 2026
NIT : 901541137-1 **Telefono Entidad** : 3102133692
Forma de pago : CREDITO
Dirección : AV QUEBRADA SECA 33A 207
Fecha Vencimiento: 07/07/2026

Datos del Usuario

Primer Nombre : SHIRLEY **Segundo Nombre** : VALENTINA **Primer Apellido** : CASTRO **Segundo Apellido** : OJEDA
Documento : TI 1091472616 **Edad** : 16 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** : 14/04/2026 **Fecha Egreso** : 14/04/2026
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

SON : DIECISEIS MIL CUATROCIENTOS DIEZ PESOS

OBSERVACIONES:

Subtotal	16,410.00
Cuota Mod.	0.00
Total a Pagar	**16,410.00**

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: 16b07210222b951a0065ba508f4addf3cdf73a49324d67271ec1312f3728916a04868e6811e73ad0a3e73a91d3bf0722

FECHA Y HORA ENVIO DIAN : 08/05/2026 06:02:26 p.m.

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

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

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

A PARTIR DEL AÑO 2020 SOMOS CONTRIBUYENTES DEL REGIMEN ESPECIAL EN MATERIA TRIBUTARIA ZESE (ART. 147 LEY 2010 DE 2019)
A partir del año 2025 somos beneficiarios zese del 50% del impuesto. favor practicar retención en la fuente a título de renta al 50% de la tarifa.
SOMOS AGENTES RETENEDORES DE ICA SEGÚN EL ART 175 DEL ACUERDO 035 DEL 29/10/2025 DE CUCUTA

Factura Electronica de Venta No.:

CF 102687

Autorización de Servicio: 2026041245930

Datos de la Entidad

Entidad : DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA
Fecha Elab. : Mayo 8 de 2026
NIT : 901541137-1 **Telefono Entidad** : 3102133692
Forma de pago : CREDITO
Dirección : AV QUEBRADA SECA 33A 207
Fecha Vencimiento: 07/07/2026

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** : 15/04/2026 **Fecha Egreso** : 15/04/2026
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: bb4071cef4cf2a046cd7d12edca256eee8781777ec7ca2d0910ce791d913f8652a663c305d3c00ee7fee25e557f1ea6a

FECHA Y HORA ENVIO DIAN : 08/05/2026 06:02:32 p.m.

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

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

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

A PARTIR DEL AÑO 2020 SOMOS CONTRIBUYENTES DEL REGIMEN ESPECIAL EN MATERIA TRIBUTARIA ZESE (ART. 147 LEY 2010 DE 2019)
A partir del año 2025 somos beneficiarios zese del 50% del impuesto. favor practicar retención en la fuente a título de renta al 50% de la tarifa.
SOMOS AGENTES RETENEDORES DE ICA SEGÚN EL ART 175 DEL ACUERDO 035 DEL 29/10/2025 DE CUCUTA

Factura Electronica de Venta No.:

CF 102688

Autorización de Servicio: 202603789201

Datos de la Entidad

Entidad : DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA
Fecha Elab. : Mayo 8 de 2026
NIT : 901541137-1 **Telefono Entidad** : 3102133692
Forma de pago : CREDITO
Dirección : AV QUEBRADA SECA 33A 207
Fecha Vencimiento: 07/07/2026

Datos del Usuario

Primer Nombre : YAIFER **Segundo Nombre** : ALBERTO **Primer Apellido** : DELUQUE **Segundo Apellido** : TORO
Documento : CC 84093878 **Edad** : 43 Años **Sexo** : M **Telefono** :
Dirección :

Contrato : 402-DIGSA/DMBUG-2025 **Fecha Inicio** : 22/09/2025 **Fecha Vto** : 30/09/2026
Programa : PROCEDIMIENTO **Tipo de Pago** : Pago por evento **Fecha Ingreso** : 28/04/2026 **Fecha Egreso** : 28/04/2026
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: 76aad393260828bf42e34cb7a84bd03334494dc91857a3e0484207887f52b9964a7cbc80beef1d047b4949b88b0bb3a9

FECHA Y HORA ENVIO DIAN : 08/05/2026 06:02:38 p.m.

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

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

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

A PARTIR DEL AÑO 2020 SOMOS CONTRIBUYENTES DEL REGIMEN ESPECIAL EN MATERIA TRIBUTARIA ZESE (ART. 147 LEY 2010 DE 2019)
A partir del año 2025 somos beneficiarios zese del 50% del impuesto. favor practicar retención en la fuente a título de renta al 50% de la tarifa.
SOMOS AGENTES RETENEDORES DE ICA SEGÚN EL ART 175 DEL ACUERDO 035 DEL 29/10/2025 DE CUCUTA

Factura Electronica de Venta No.:

CF 102689

Autorización de Servicio: 202603732804

Datos de la Entidad

Entidad : DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA
Fecha Elab. : Mayo 8 de 2026
NIT : 901541137-1 **Telefono Entidad** : 3102133692
Forma de pago : CREDITO
Dirección : AV QUEBRADA SECA 33A 207
Fecha Vencimiento: 07/07/2026

Datos del Usuario

Primer Nombre : NORIDA **Segundo Nombre** : MILAIDYS **Primer Apellido** : CASTILLO **Segundo Apellido** : CENTENO
Documento : CC 1096194435 **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** : 08/04/2026 **Fecha Egreso** : 08/04/2026
Tipo Usuario : Especiales o de Excepción Cotizante **Cobertura** : Cobertura Régimen Especial o Excepción

CODIGO	DESCRIPCION DEL SERVICIO	VLR. UNIDAD	CANT	VLR. TOTAL	VLR. USUARIO	VLR. EMPRESA
903706	VITAMINA D 25 DIHIDROXI	41,983.00	1.00	41,983.00	0.00	41,983.00
904902	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES [TSH]	16,410.00	1.00	16,410.00	0.00	16,410.00

SON : CINCUENTA Y OCHO MIL TRESCIENTOS NOVENTA Y TRES PESOS

OBSERVACIONES:

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

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

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

FIRMA Y SELLO DE RECIBIDO

Cufe: 0ddf8be291ce07daf237c3441ebc46a58dae5c9a17c9690734a1e4a6712be3387be0951a74beca6036e4d367eb2d11a0

FECHA Y HORA ENVIO DIAN : 08/05/2026 06:02:46 p.m.

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

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

Nit: 900.542.979-5
Direccion: Av 11E # 4-09 Quinta Oriental
telefono: 3017960569
Email: ciade.admon@hotmail.com
A PARTIR DEL AÑO 2020 SOMOS CONTRIBUYENTES DEL REGIMEN ESPECIAL EN MATERIA TRIBUTARIA ZESE (ART. 147 LEY 2010 DE 2019)
A partir del año 2025 somos beneficiarios zese del 50% del impuesto. favor practicar retención en la fuente a título de renta al 50% de la tarifa.
SOMOS AGENTES RETENEDORES DE ICA SEGÚN EL ART 175 DEL ACUERDO 035 DEL 29/10/2025 DE CUCUTA

Factura Electronica de Venta No.:

CF 102690

Autorización de Servicio: 202603928437

Datos de la Entidad

Entidad : DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA
Fecha Elab. : Mayo 8 de 2026
NIT : 901541137-1 **Telefono Entidad** : 3102133692
Forma de pago : CREDITO
Dirección : AV QUEBRADA SECA 33A 207
Fecha Vencimiento: 07/07/2026

Datos del Usuario

Primer Nombre : STEFANY **Segundo Nombre** : **Primer Apellido** : NAVARRO **Segundo Apellido** : HERNANDEZ
Documento : CC 1091681014 **Edad** : 27 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** : 15/04/2026 **Fecha Egreso** : 15/04/2026
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
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
904503	ESTRADIOL	25,602.00	1.00	25,602.00	0.00	25,602.00
904602	TESTOSTERONA TOTAL	24,335.00	1.00	24,335.00	0.00	24,335.00
904702	INSULINA PRE Y POST GLUCOSA	34,685.00	1.00	34,685.00	0.00	34,685.00

SON : CIENTO VEINTICINCO MIL VEINTIOCHO PESOS

OBSERVACIONES:

Subtotal	125,028.00
Cuota Mod.	0.00
Total a Pagar	**125,028.00**

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: 026f19b29cb873d5f831e52e3d95aa2692ee26082e227b0118c475c5f8d510aebdacf995dec57c0fac5282afd1c929da

FECHA Y HORA ENVIO DIAN : 08/05/2026 06:02:58 p.m.

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

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

Nit: 900.542.979-5
Direccion: Av 11E # 4-09 Quinta Oriental
telefono: 3017960569
Email: ciade.admon@hotmail.com
A PARTIR DEL AÑO 2020 SOMOS CONTRIBUYENTES DEL REGIMEN ESPECIAL EN MATERIA TRIBUTARIA ZESE (ART. 147 LEY 2010 DE 2019)
A partir del año 2025 somos beneficiarios zese del 50% del impuesto. favor practicar retención en la fuente a título de renta al 50% de la tarifa.
SOMOS AGENTES RETENEDORES DE ICA SEGÚN EL ART 175 DEL ACUERDO 035 DEL 29/10/2025 DE CUCUTA

Factura Electronica de Venta No.:

CF 102691

Autorización de Servicio: 202603963582

Datos de la Entidad

Entidad : DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA
Fecha Elab. : Mayo 8 de 2026
NIT : 901541137-1 **Telefono Entidad** : 3102133692
Forma de pago : CREDITO
Dirección : AV QUEBRADA SECA 33A 207
Fecha Vencimiento: 07/07/2026

Datos del Usuario

Primer Nombre : MARIA **Segundo Nombre** : PAULA **Primer Apellido** : GARCIA **Segundo Apellido** : PAVA
Documento : CC 1091657504 **Edad** : 20 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** : 31/03/2026 **Fecha Egreso** : 31/03/2026
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
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 : VEINTIOCHO MIL NOVECIENTOS DOS PESOS

OBSERVACIONES:

Subtotal	28,902.00
Cuota Mod.	0.00
Total a Pagar	**28,902.00**

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: 4757b9e799801798e51d69883ea69f5ba6da4ebc29dbba9c94813c8eff203bd1382bb229d30a828fba1c9937b932048a

FECHA Y HORA ENVIO DIAN : 08/05/2026 06:03:04 p.m.

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

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

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

A PARTIR DEL AÑO 2020 SOMOS CONTRIBUYENTES DEL REGIMEN ESPECIAL EN MATERIA TRIBUTARIA ZESE (ART. 147 LEY 2010 DE 2019)
A partir del año 2025 somos beneficiarios zese del 50% del impuesto. favor practicar retención en la fuente a título de renta al 50% de la tarifa.
SOMOS AGENTES RETENEDORES DE ICA SEGÚN EL ART 175 DEL ACUERDO 035 DEL 29/10/2025 DE CUCUTA

Factura Electronica de Venta No.:

CF 102692

Autorización de Servicio: 202603703411

Datos de la Entidad

Entidad : DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA
Fecha Elab. : Mayo 8 de 2026
NIT : 901541137-1 **Telefono Entidad** : 3102133692
Forma de pago : CREDITO
Dirección : AV QUEBRADA SECA 33A 207
Fecha Vencimiento: 07/07/2026

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** : 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
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: 3673cb2df6b2af5aed1254689eb810f66920490e94e3923472f990edb032cfefd6dbdc22dbc747bb343ec01b29782de0

FECHA Y HORA ENVIO DIAN : 08/05/2026 06:03:10 p.m.

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

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

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

A PARTIR DEL AÑO 2020 SOMOS CONTRIBUYENTES DEL REGIMEN ESPECIAL EN MATERIA TRIBUTARIA ZESE (ART. 147 LEY 2010 DE 2019)
A partir del año 2025 somos beneficiarios zese del 50% del impuesto. favor practicar retención en la fuente a título de renta al 50% de la tarifa.
SOMOS AGENTES RETENEDORES DE ICA SEGÚN EL ART 175 DEL ACUERDO 035 DEL 29/10/2025 DE CUCUTA

Factura Electronica de Venta No.:

CF 102693

Autorización de Servicio: 202602519285

Datos de la Entidad

Entidad : DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA
Fecha Elab. : Mayo 8 de 2026
NIT : 901541137-1 **Telefono Entidad** : 3102133692
Forma de pago : CREDITO
Dirección : AV QUEBRADA SECA 33A 207
Fecha Vencimiento: 07/07/2026

Datos del Usuario

Primer Nombre : CARMENZA **Segundo Nombre** : **Primer Apellido** : JIMENEZ **Segundo Apellido** :
Documento : CC 37324219 **Edad** : 55 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** : 15/04/2026 **Fecha Egreso** : 15/04/2026
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: d2ed9c64ca1e304d71f4b91372d446e6844491b6cd6581a9ab0a20a8ebcc4ffef6b1473110d54e237e91b65351bbbb1b

FECHA Y HORA ENVIO DIAN : 08/05/2026 06:03:23 p.m.

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 102694

Autorización de Servicio: 2025114053403

Datos de la Entidad

Entidad : DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA
Fecha Elab. : Mayo 8 de 2026
NIT : 901541137-1 **Telefono Entidad** : 3102133692
Forma de pago : CREDITO
Dirección : AV QUEBRADA SECA 33A 207
Fecha Vencimiento: 07/07/2026

Datos del Usuario

Primer Nombre : NIDIA **Segundo Nombre** : **Primer Apellido** : CAMARGO **Segundo Apellido** : DE PINEDA
Documento : CC 27761756 **Edad** : 83 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** : 14/04/2026 **Fecha Egreso** : 14/04/2026
Tipo Usuario : Subsidiado **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
903864	SODIO	5,679.00	1.00	5,679.00	0.00	5,679.00

SON : SETENTA Y DOS MIL DOSCIENTOS CINCUENTA Y CINCO PESOS

OBSERVACIONES:

Subtotal	72,255.00
Cuota Mod.	0.00
Total a Pagar	**72,255.00**

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: 21c27de6b68a9b6dc393fee7bf93fee09c0fbf7a59244552e4bde651f92327be19896cabebe13df244ef7937c3d033aa

FECHA Y HORA ENVIO DIAN : 08/05/2026 06:03:16 p.m.

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

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

Nit: 900.542.979-5
Direccion: Av 11E # 4-09 Quinta Oriental
telefono: 3017960569
Email: ciade.admon@hotmail.com
A PARTIR DEL AÑO 2020 SOMOS CONTRIBUYENTES DEL REGIMEN ESPECIAL EN MATERIA TRIBUTARIA ZESE (ART. 147 LEY 2010 DE 2019)
A partir del año 2025 somos beneficiarios zese del 50% del impuesto. favor practicar retención en la fuente a título de renta al 50% de la tarifa.
SOMOS AGENTES RETENEDORES DE ICA SEGÚN EL ART 175 DEL ACUERDO 035 DEL 29/10/2025 DE CUCUTA

Factura Electronica de Venta No.:

CF 102695

Autorización de Servicio: 202603967709

Datos de la Entidad

Entidad : DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA
Fecha Elab. : Mayo 8 de 2026
NIT : 901541137-1 **Telefono Entidad** : 3102133692
Forma de pago : CREDITO
Dirección : AV QUEBRADA SECA 33A 207
Fecha Vencimiento: 07/07/2026

Datos del Usuario

Primer Nombre : LUISA **Segundo Nombre** : FERNANDA **Primer Apellido** : BAYONA **Segundo Apellido** : VELASQUEZ
Documento : CC 37332142 **Edad** : 47 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** : 13/04/2026 **Fecha Egreso** : 13/04/2026
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: a310b9cb245b54f820f4e4fcb8d093d11e46b7e09a7886413efd51ef3be26c217bb01978bb39e73e012d6abfdb7962cb

FECHA Y HORA ENVIO DIAN : 08/05/2026 06:03:29 p.m.

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

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

Nit: 900.542.979-5
Direccion: Av 11E # 4-09 Quinta Oriental
telefono: 3017960569
Email: ciade.admon@hotmail.com
A PARTIR DEL AÑO 2020 SOMOS CONTRIBUYENTES DEL REGIMEN ESPECIAL EN MATERIA TRIBUTARIA ZESE (ART. 147 LEY 2010 DE 2019)
A partir del año 2025 somos beneficiarios zese del 50% del impuesto. favor practicar retención en la fuente a título de renta al 50% de la tarifa.
SOMOS AGENTES RETENEDORES DE ICA SEGÚN EL ART 175 DEL ACUERDO 035 DEL 29/10/2025 DE CUCUTA

Factura Electronica de Venta No.:

CF 102696

Autorización de Servicio: 202603648223

Datos de la Entidad

Entidad : DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA
Fecha Elab. : Mayo 8 de 2026
NIT : 901541137-1 **Telefono Entidad** : 3102133692
Forma de pago : CREDITO
Dirección : AV QUEBRADA SECA 33A 207
Fecha Vencimiento: 07/07/2026

Datos del Usuario

Primer Nombre : SARA **Segundo Nombre** : SOFIA **Primer Apellido** : ASCANIO **Segundo Apellido** : SALAZAR
Documento : TI 1092740500 **Edad** : 8 Años **Sexo** : F **Telefono** :
Dirección : NULL

Contrato : 402-DIGSA/DMBUG-2025 **Fecha Inicio** : 22/09/2025 **Fecha Vto** : 30/09/2026
Programa : PROCEDIMIENTO **Tipo de Pago** : Pago por evento **Fecha Ingreso** : 17/03/2026 **Fecha Egreso** : 17/03/2026
Tipo Usuario : Subsidiado **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: f646a26907e4ab8fc8af87c42b0a4d7ec88a3b0e6f9a54e1ac67c2a3edd65bd5479d0dcf5d8244c7064b82f0b52e131f

FECHA Y HORA ENVIO DIAN : 08/05/2026 06:03:37 p.m.

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

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

Nit: 900.542.979-5
Direccion: Av 11E # 4-09 Quinta Oriental
telefono: 3017960569
Email: ciade.admon@hotmail.com
A PARTIR DEL AÑO 2020 SOMOS CONTRIBUYENTES DEL REGIMEN ESPECIAL EN MATERIA TRIBUTARIA ZESE (ART. 147 LEY 2010 DE 2019)
A partir del año 2025 somos beneficiarios zese del 50% del impuesto. favor practicar retención en la fuente a título de renta al 50% de la tarifa.
SOMOS AGENTES RETENEDORES DE ICA SEGÚN EL ART 175 DEL ACUERDO 035 DEL 29/10/2025 DE CUCUTA

Factura Electronica de Venta No.:

CF 102697

Autorización de Servicio: 202502204602

Datos de la Entidad

Entidad : DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA
Fecha Elab. : Mayo 8 de 2026
NIT : 901541137-1 **Telefono Entidad** : 3102133692
Forma de pago : CREDITO
Dirección : AV QUEBRADA SECA 33A 207
Fecha Vencimiento: 07/07/2026

Datos del Usuario

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

Contrato : 402-DIGSA/DMBUG-2025 **Fecha Inicio** : 22/09/2025 **Fecha Vto** : 30/09/2026
Programa : PROCEDIMIENTO **Tipo de Pago** : Pago por evento **Fecha Ingreso** : 20/04/2026 **Fecha Egreso** : 20/04/2026
Tipo Usuario : Subsidiado **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: f89955dae9d18981f1d8d905e885a362a83e12cdab3f4d30901b5c791cfff14b6871295fc6625006d21a4cc7490596d8

FECHA Y HORA ENVIO DIAN : 08/05/2026 06:03:43 p.m.

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

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

Nit: 900.542.979-5
Direccion: Av 11E # 4-09 Quinta Oriental
telefono: 3017960569
Email: ciade.admon@hotmail.com
A PARTIR DEL AÑO 2020 SOMOS CONTRIBUYENTES DEL REGIMEN ESPECIAL EN MATERIA TRIBUTARIA ZESE (ART. 147 LEY 2010 DE 2019)
A partir del año 2025 somos beneficiarios zese del 50% del impuesto. favor practicar retención en la fuente a título de renta al 50% de la tarifa.
SOMOS AGENTES RETENEDORES DE ICA SEGÚN EL ART 175 DEL ACUERDO 035 DEL 29/10/2025 DE CUCUTA

Factura Electronica de Venta No.:

CF 102698

Autorización de Servicio: 202602304522

Datos de la Entidad

Entidad : DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA
Fecha Elab. : Mayo 8 de 2026
NIT : 901541137-1 **Telefono Entidad** : 3102133692
Forma de pago : CREDITO
Dirección : AV QUEBRADA SECA 33A 207
Fecha Vencimiento: 07/07/2026

Datos del Usuario

Primer Nombre : SARA **Segundo Nombre** : SOFIA **Primer Apellido** : ASCANIO **Segundo Apellido** : SALAZAR
Documento : TI 1092740500 **Edad** : 8 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** : 17/03/2026 **Fecha Egreso** : 17/03/2026
Tipo Usuario : Subsidiado **Cobertura** : Cobertura Régimen Especial o Excepción

CODIGO	DESCRIPCION DEL SERVICIO	VLR. UNIDAD	CANT	VLR. TOTAL	VLR. USUARIO	VLR. EMPRESA
904506	ESTROGENOS [ESTRADIOL 17 BETA]	22,176.00	1.00	22,176.00	0.00	22,176.00

SON : VEINTIDOS MIL CIENTO SETENTA Y SEIS PESOS

OBSERVACIONES:

Subtotal	22,176.00
Cuota Mod.	0.00
Total a Pagar	**22,176.00**

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: 46fcfe56c65521f00d7cd29d869a6aabd6626085c282f013420da808192236736c83d882ffb43d312a1a20bbfdf0df40

FECHA Y HORA ENVIO DIAN : 08/05/2026 06:03:48 p.m.

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

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

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

A PARTIR DEL AÑO 2020 SOMOS CONTRIBUYENTES DEL REGIMEN ESPECIAL EN MATERIA TRIBUTARIA ZESE (ART. 147 LEY 2010 DE 2019)
A partir del año 2025 somos beneficiarios zese del 50% del impuesto. favor practicar retención en la fuente a título de renta al 50% de la tarifa.
SOMOS AGENTES RETENEDORES DE ICA SEGÚN EL ART 175 DEL ACUERDO 035 DEL 29/10/2025 DE CUCUTA

Factura Electronica de Venta No.:

CF 102699

Autorización de Servicio: 2026041119488

Datos de la Entidad

Entidad : DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA
Fecha Elab. : Mayo 8 de 2026
NIT : 901541137-1 **Telefono Entidad** : 3102133692
Forma de pago : CREDITO
Dirección : AV QUEBRADA SECA 33A 207
Fecha Vencimiento: 07/07/2026

Datos del Usuario

Primer Nombre : MANUEL **Segundo Nombre** : DOLORES **Primer Apellido** : LOBO **Segundo Apellido** : FLOREZ
Documento : CC 13716913 **Edad** : 48 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** : 20/04/2026 **Fecha Egreso** : 20/04/2026
Tipo Usuario : Subsidiado **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: 3ed84459c44761a592e4829684fb84011e94ab91d9e669fa86572cbbc77575cfdfbc3264554dfe5062a1dd12dea412fb

FECHA Y HORA ENVIO DIAN : 08/05/2026 06:03:55 p.m.

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

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

Nit: 900.542.979-5
Direccion: Av 11E # 4-09 Quinta Oriental
telefono: 3017960569
Email: ciade.admon@hotmail.com
A PARTIR DEL AÑO 2020 SOMOS CONTRIBUYENTES DEL REGIMEN ESPECIAL EN MATERIA TRIBUTARIA ZESE (ART. 147 LEY 2010 DE 2019)
A partir del año 2025 somos beneficiarios zese del 50% del impuesto. favor practicar retención en la fuente a título de renta al 50% de la tarifa.
SOMOS AGENTES RETENEDORES DE ICA SEGÚN EL ART 175 DEL ACUERDO 035 DEL 29/10/2025 DE CUCUTA

Factura Electronica de Venta No.:

CF 102700

Autorización de Servicio: 202603688866

Datos de la Entidad

Entidad : DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA
Fecha Elab. : Mayo 8 de 2026
NIT : 901541137-1 **Telefono Entidad** : 3102133692
Forma de pago : CREDITO
Dirección : AV QUEBRADA SECA 33A 207
Fecha Vencimiento: 07/07/2026

Datos del Usuario

Primer Nombre : MARCO **Segundo Nombre** : JOSE **Primer Apellido** : GELVEZ **Segundo Apellido** : PEREZ
Documento : RC 1092192263 **Edad** : 6 Años **Sexo** : M **Telefono** :
Dirección : NULL

Contrato : 402-DIGSA/DMBUG-2025 **Fecha Inicio** : 22/09/2025 **Fecha Vto** : 30/09/2026
Programa : PROCEDIMIENTO DIAGNOSTICO **Tipo de Pago** : Pago por evento **Fecha Ingreso** : 20/04/2026 **Fecha Egreso** : 20/04/2026
Tipo Usuario : Subsidiado **Cobertura** : Cobertura Régimen Especial o Excepción

CODIGO	DESCRIPCION DEL SERVICIO	VLR. UNIDAD	CANT	VLR. TOTAL	VLR. USUARIO	VLR. EMPRESA
906836	INMUNOGLOBULINA E [IG E] TOTAL POR RIA	17,012.00	1.00	17,012.00	0.00	17,012.00

SON : DIECISIETE MIL DOCE PESOS

OBSERVACIONES:

Subtotal	17,012.00
Cuota Mod.	0.00
Total a Pagar	**17,012.00**

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: 2982c961ce3100d46593ade08516fe65e0a934365ad49dd55b3e89a369017a6d87c351d1fc794d713e999c3e5c8f65f8

FECHA Y HORA ENVIO DIAN : 08/05/2026 06:04:01 p.m.

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

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

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

A PARTIR DEL AÑO 2020 SOMOS CONTRIBUYENTES DEL REGIMEN ESPECIAL EN MATERIA TRIBUTARIA ZESE (ART. 147 LEY 2010 DE 2019)
A partir del año 2025 somos beneficiarios zese del 50% del impuesto. favor practicar retención en la fuente a título de renta al 50% de la tarifa.
SOMOS AGENTES RETENEDORES DE ICA SEGÚN EL ART 175 DEL ACUERDO 035 DEL 29/10/2025 DE CUCUTA

Factura Electronica de Venta No.:

CF 102701

Autorización de Servicio: 2026031011894

Datos de la Entidad

Entidad : DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA
Fecha Elab. : Mayo 8 de 2026
NIT : 901541137-1 **Telefono Entidad** : 3102133692
Forma de pago : CREDITO
Dirección : AV QUEBRADA SECA 33A 207
Fecha Vencimiento: 07/07/2026

Datos del Usuario

Primer Nombre : MARIA **Segundo Nombre** : JOHANNA **Primer Apellido** : ANGARITA **Segundo Apellido** : CORONEL
Documento : CC 37337521 **Edad** : 44 Años **Sexo** : F **Telefono** :
Dirección :

Contrato : 402-DIGSA/DMBUG-2025 **Fecha Inicio** : 22/09/2025 **Fecha Vto** : 30/09/2026
Programa : PROCEDIMIENTO **Tipo de Pago** : Pago por evento **Fecha Ingreso** : 14/04/2026 **Fecha Egreso** : 14/04/2026
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: 326ef3ed15bac8345b0609d60942fd616432f676b635c1b87e3f743dc9e88d9cf973925199f2248e37b662ec83c403a8

FECHA Y HORA ENVIO DIAN : 08/05/2026 06:04:07 p.m.

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

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

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

A PARTIR DEL AÑO 2020 SOMOS CONTRIBUYENTES DEL REGIMEN ESPECIAL EN MATERIA TRIBUTARIA ZESE (ART. 147 LEY 2010 DE 2019)
A partir del año 2025 somos beneficiarios zese del 50% del impuesto. favor practicar retención en la fuente a título de renta al 50% de la tarifa.
SOMOS AGENTES RETENEDORES DE ICA SEGÚN EL ART 175 DEL ACUERDO 035 DEL 29/10/2025 DE CUCUTA

Factura Electronica de Venta No.:

CF 102702

Autorización de Servicio: 202603664282

Datos de la Entidad

Entidad : DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA
Fecha Elab. : Mayo 8 de 2026
NIT : 901541137-1 **Telefono Entidad** : 3102133692
Forma de pago : CREDITO
Dirección : AV QUEBRADA SECA 33A 207
Fecha Vencimiento: 07/07/2026

Datos del Usuario

Primer Nombre : NESLY **Segundo Nombre** : YUSANDRY **Primer Apellido** : RONDEROS **Segundo Apellido** : BOHORQUEZ
Documento : CC 1092174512 **Edad** : 22 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** : 14/04/2026 **Fecha Egreso** : 14/04/2026
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
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

SON : OCHENTA Y SEIS MIL NOVECIENTOS DIECISIETE PESOS

OBSERVACIONES:

Subtotal	86,917.00
Cuota Mod.	0.00
Total a Pagar	**86,917.00**

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: f3a231925da029b0cef57e0a0d53f634ab6b8e3146dc9407353ac47dcc4305057500cce3abcbe72898b38707b404b8d2

FECHA Y HORA ENVIO DIAN : 08/05/2026 06:04:15 p.m.

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

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

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

A PARTIR DEL AÑO 2020 SOMOS CONTRIBUYENTES DEL REGIMEN ESPECIAL EN MATERIA TRIBUTARIA ZESE (ART. 147 LEY 2010 DE 2019)
A partir del año 2025 somos beneficiarios zese del 50% del impuesto. favor practicar retención en la fuente a título de renta al 50% de la tarifa.
SOMOS AGENTES RETENEDORES DE ICA SEGÚN EL ART 175 DEL ACUERDO 035 DEL 29/10/2025 DE CUCUTA

Factura Electronica de Venta No.:

CF 102703

Autorización de Servicio: 202602373439

Datos de la Entidad

Entidad : DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA
Fecha Elab. : Mayo 8 de 2026
NIT : 901541137-1 **Telefono Entidad** : 3102133692
Forma de pago : CREDITO
Dirección : AV QUEBRADA SECA 33A 207
Fecha Vencimiento: 07/07/2026

Datos del Usuario

Primer Nombre : LIAN **Segundo Nombre** : ALFONSO **Primer Apellido** : ARRIETA **Segundo Apellido** : DIAZ
Documento : RC 1064843606 **Edad** : 6 Años **Sexo** : M **Telefono** :
Dirección : NULL

Contrato : 402-DIGSA/DMBUG-2025 **Fecha Inicio** : 22/09/2025 **Fecha Vto** : 30/09/2026
Programa : PROCEDIMIENTO DIAGNOSTICO **Tipo de Pago** : Pago por evento **Fecha Ingreso** : 22/04/2026 **Fecha Egreso** : 22/04/2026
Tipo Usuario : Subsidiado **Cobertura** : Cobertura Régimen Especial o Excepción

CODIGO	DESCRIPCION DEL SERVICIO	VLR. UNIDAD	CANT	VLR. TOTAL	VLR. USUARIO	VLR. EMPRESA
903426	HEMOGLOBINA GLICOSILADA AUTOMATIZADA	16,044.00	1.00	16,044.00	0.00	16,044.00
904902	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES [TSH]	16,410.00	1.00	16,410.00	0.00	16,410.00

SON : TREINTA Y DOS MIL CUATROCIENTOS CINCUENTA Y CUATRO PESOS

OBSERVACIONES:

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

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

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

FIRMA Y SELLO DE RECIBIDO

Cufe: ff453326fadb8fd1b22cdf94fbbca0f25ebb97ec9b42d5ffbe1a199b474e9018ee2da28b852dec3e1bbd20f292f2a4b4

FECHA Y HORA ENVIO DIAN : 08/05/2026 06:04:21 p.m.

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

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

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

A PARTIR DEL AÑO 2020 SOMOS CONTRIBUYENTES DEL REGIMEN ESPECIAL EN MATERIA TRIBUTARIA ZESE (ART. 147 LEY 2010 DE 2019)
A partir del año 2025 somos beneficiarios zese del 50% del impuesto. favor practicar retención en la fuente a título de renta al 50% de la tarifa.
SOMOS AGENTES RETENEDORES DE ICA SEGÚN EL ART 175 DEL ACUERDO 035 DEL 29/10/2025 DE CUCUTA

Factura Electronica de Venta No.:

CF 102704

Autorización de Servicio: 202603787725

Datos de la Entidad

Entidad : DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA
Fecha Elab. : Mayo 8 de 2026
NIT : 901541137-1 **Telefono Entidad** : 3102133692
Forma de pago : CREDITO
Dirección : AV QUEBRADA SECA 33A 207
Fecha Vencimiento: 07/07/2026

Datos del Usuario

Primer Nombre : YESIKA **Segundo Nombre** : LORENA **Primer Apellido** : JAIME **Segundo Apellido** : ASCANIO
Documento : CC 1007317431 **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** : 14/04/2026 **Fecha Egreso** : 14/04/2026
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
908890	DETECCION VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECIFICO)	78,204.00	1.00	78,204.00	0.00	78,204.00

SON : SETENTA Y OCHO MIL DOSCIENTOS CUATRO PESOS

OBSERVACIONES:

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

Resolución de Facturación N° 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: 61631c873103eab07fc9dcb19492bb26bb054c2d83733d47de17c26c3a240d967ae5a0d83c8ed512d1c9ee63da601ad7

FECHA Y HORA ENVIO DIAN : 08/05/2026 06:04:27 p.m.

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

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

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

A PARTIR DEL AÑO 2020 SOMOS CONTRIBUYENTES DEL REGIMEN ESPECIAL EN MATERIA TRIBUTARIA ZESE (ART. 147 LEY 2010 DE 2019)
A partir del año 2025 somos beneficiarios zese del 50% del impuesto. favor practicar retención en la fuente a título de renta al 50% de la tarifa.
SOMOS AGENTES RETENEDORES DE ICA SEGÚN EL ART 175 DEL ACUERDO 035 DEL 29/10/2025 DE CUCUTA

Factura Electronica de Venta No.:

CF 102705

Autorización de Servicio: 2026041196064

Datos de la Entidad

Entidad : DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA
Fecha Elab. : Mayo 8 de 2026
NIT : 901541137-1 **Telefono Entidad** : 3102133692
Forma de pago : CREDITO
Dirección : AV QUEBRADA SECA 33A 207
Fecha Vencimiento: 07/07/2026

Datos del Usuario

Primer Nombre : NATIVIDAD **Segundo Nombre** : **Primer Apellido** : TORRES **Segundo Apellido** : RODRIGUEZ
Documento : CC 22510881 **Edad** : 51 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** : 22/04/2026 **Fecha Egreso** : 22/04/2026
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: 3c85626c968c5c62f670faf1618e60f4d7ebc888f47c4cbf172f37da8e01a2ffed51868f2436fa833548f7b5170a0d3f

FECHA Y HORA ENVIO DIAN : 08/05/2026 06:04:33 p.m.

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

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

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

A PARTIR DEL AÑO 2020 SOMOS CONTRIBUYENTES DEL REGIMEN ESPECIAL EN MATERIA TRIBUTARIA ZESE (ART. 147 LEY 2010 DE 2019)
A partir del año 2025 somos beneficiarios zese del 50% del impuesto. favor practicar retención en la fuente a título de renta al 50% de la tarifa.
SOMOS AGENTES RETENEDORES DE ICA SEGÚN EL ART 175 DEL ACUERDO 035 DEL 29/10/2025 DE CUCUTA

Factura Electronica de Venta No.:

CF 102706

Autorización de Servicio: 2026041233161

Datos de la Entidad

Entidad : DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA
Fecha Elab. : Mayo 8 de 2026
NIT : 901541137-1 **Telefono Entidad** : 3102133692
Forma de pago : CREDITO
Dirección : AV QUEBRADA SECA 33A 207
Fecha Vencimiento: 07/07/2026

Datos del Usuario

Primer Nombre : KATHERINE **Segundo Nombre** : **Primer Apellido** : ORTIZ **Segundo Apellido** : GUERRERO
Documento : CC 1004991873 **Edad** : 24 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** : 21/04/2026 **Fecha Egreso** : 21/04/2026
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: 3b6c196e87eeb4194e8e49d2bbd6a2d0d177b1f00af2904813c628e66cb6227f1ed471a2e1a4381d8bec92e9171bcac2

FECHA Y HORA ENVIO DIAN : 08/05/2026 06:04:39 p.m.

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

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

Nit: 900.542.979-5
Direccion: Av 11E # 4-09 Quinta Oriental
telefono: 3017960569
Email: ciade.admon@hotmail.com
A PARTIR DEL AÑO 2020 SOMOS CONTRIBUYENTES DEL REGIMEN ESPECIAL EN MATERIA TRIBUTARIA ZESE (ART. 147 LEY 2010 DE 2019)
A partir del año 2025 somos beneficiarios zese del 50% del impuesto. favor practicar retención en la fuente a título de renta al 50% de la tarifa.
SOMOS AGENTES RETENEDORES DE ICA SEGÚN EL ART 175 DEL ACUERDO 035 DEL 29/10/2025 DE CUCUTA

Factura Electronica de Venta No.:

CF 102707

Autorización de Servicio: 202603769813

Datos de la Entidad

Entidad : DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA
Fecha Elab. : Mayo 8 de 2026
NIT : 901541137-1 **Telefono Entidad** : 3102133692
Forma de pago : CREDITO
Dirección : AV QUEBRADA SECA 33A 207
Fecha Vencimiento: 07/07/2026

Datos del Usuario

Primer Nombre : YOREDYS **Segundo Nombre** : **Primer Apellido** : CUVIDES **Segundo Apellido** : VEGA
Documento : CC 1065893539 **Edad** : 33 Años **Sexo** : F **Telefono** : 3103448591
Dirección : VILLA ELVIA

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** : 16/04/2026 **Fecha Egreso** : 16/04/2026
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
904904	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES [TSH] ULTRASENSIBLE	17,468.00	1.00	17,468.00	0.00	17,468.00
906417	DNA N ANTICUERPOS POR EIA	19,812.00	1.00	19,812.00	0.00	19,812.00
906440	NUCLEARES ANTICUERPOS [ANA] POR EIA	26,020.00	1.00	26,020.00	0.00	26,020.00
906906	COMPLEMENTO SERICO C3 CUANTITATIVO POR NEFELOMETRIA	18,425.00	1.00	18,425.00	0.00	18,425.00
906908	COMPLEMENTO SERICO C4 CUANTITATIVO POR NEFELOMETRIA	18,425.00	1.00	18,425.00	0.00	18,425.00

SON : CIEN MIL CIENTO CINCUENTA PESOS

OBSERVACIONES:

Subtotal	100,150.00
Cuota Mod.	0.00
Total a Pagar	**100,150.00**

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: 38348465680194c10c5453cebb47e7d820adb32d1752feef850e65b282c25d7cd57b5374334819ec995f5992244e0519

FECHA Y HORA ENVIO DIAN : 08/05/2026 06:04:45 p.m.

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

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

Nit: 900.542.979-5
Direccion: Av 11E # 4-09 Quinta Oriental
telefono: 3017960569
Email: ciade.admon@hotmail.com
A PARTIR DEL AÑO 2020 SOMOS CONTRIBUYENTES DEL REGIMEN ESPECIAL EN MATERIA TRIBUTARIA ZESE (ART. 147 LEY 2010 DE 2019)
A partir del año 2025 somos beneficiarios zese del 50% del impuesto. favor practicar retención en la fuente a título de renta al 50% de la tarifa.
SOMOS AGENTES RETENEDORES DE ICA SEGÚN EL ART 175 DEL ACUERDO 035 DEL 29/10/2025 DE CUCUTA

Factura Electronica de Venta No.:

CF 102708

Autorización de Servicio: 2025103935304

Datos de la Entidad

Entidad : DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA
Fecha Elab. : Mayo 8 de 2026
NIT : 901541137-1 **Telefono Entidad** : 3102133692
Forma de pago : CREDITO
Dirección : AV QUEBRADA SECA 33A 207
Fecha Vencimiento: 07/07/2026

Datos del Usuario

Primer Nombre : YOREDYS **Segundo Nombre** : **Primer Apellido** : CUVIDES **Segundo Apellido** : VEGA
Documento : CC 1065893539 **Edad** : 33 Años **Sexo** : F **Telefono** : 3103448591
Dirección : VILLA ELVIA

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** : 16/04/2026 **Fecha Egreso** : 16/04/2026
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
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
903810	CALCIO POR COLORIMETRIA *	2,702.00	1.00	2,702.00	0.00	2,702.00
903813	CLORO [CLORURO]	3,856.00	1.00	3,856.00	0.00	3,856.00
903859	POTASIO	7,913.00	1.00	7,913.00	0.00	7,913.00
903864	SODIO	5,679.00	1.00	5,679.00	0.00	5,679.00

SON : CIENTO DOS MIL SETECIENTOS SETENTA PESOS

OBSERVACIONES:

Subtotal	102,770.00
Cuota Mod.	0.00
Total a Pagar	**102,770.00**

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: 150dc896c6f70897f0c9a247fb0040cc8a6cb683c5943473012f18685935c469a9290d803deef276fdd397f65593d050

FECHA Y HORA ENVIO DIAN : 08/05/2026 06:04:51 p.m.

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

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

Nit: 900.542.979-5
Direccion: Av 11E # 4-09 Quinta Oriental
telefono: 3017960569
Email: ciade.admon@hotmail.com
A PARTIR DEL AÑO 2020 SOMOS CONTRIBUYENTES DEL REGIMEN ESPECIAL EN MATERIA TRIBUTARIA ZESE (ART. 147 LEY 2010 DE 2019)
A partir del año 2025 somos beneficiarios zese del 50% del impuesto. favor practicar retención en la fuente a título de renta al 50% de la tarifa.
SOMOS AGENTES RETENEDORES DE ICA SEGÚN EL ART 175 DEL ACUERDO 035 DEL 29/10/2025 DE CUCUTA

Factura Electronica de Venta No.:

CF 102709

Autorización de Servicio: 20260175588

Datos de la Entidad

Entidad : DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA
Fecha Elab. : Mayo 8 de 2026
NIT : 901541137-1 **Telefono Entidad** : 3102133692
Forma de pago : CREDITO
Dirección : AV QUEBRADA SECA 33A 207
Fecha Vencimiento: 07/07/2026

Datos del Usuario

Primer Nombre : SARA **Segundo Nombre** : SOFIA **Primer Apellido** : SOLORZANO **Segundo Apellido** : QUINTERO
Documento : TI 1092012250 **Edad** : 8 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** : 31/03/2026 **Fecha Egreso** : 31/03/2026
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
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
904503	ESTRADIOL	25,602.00	1.00	25,602.00	0.00	25,602.00
904902	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES [TSH]	16,410.00	1.00	16,410.00	0.00	16,410.00
904921	TIROXINA LIBRE [T4L]	13,106.00	1.00	13,106.00	0.00	13,106.00

SON : NOVENTA Y CINCO MIL QUINIENTOS VEINTICUATRO PESOS

OBSERVACIONES:

Subtotal	95,524.00
Cuota Mod.	0.00
Total a Pagar	**95,524.00**

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: 8598e4dc5681cc80eb27cebdc174fdff868c9418da28fb24a983955388a732b126f7a7093701106d239560b684c0a57d

FECHA Y HORA ENVIO DIAN : 08/05/2026 06:04:58 p.m.

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

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

Nit: 900.542.979-5
Direccion: Av 11E # 4-09 Quinta Oriental
telefono: 3017960569
Email: ciade.admon@hotmail.com
A PARTIR DEL AÑO 2020 SOMOS CONTRIBUYENTES DEL REGIMEN ESPECIAL EN MATERIA TRIBUTARIA ZESE (ART. 147 LEY 2010 DE 2019)
A partir del año 2025 somos beneficiarios zese del 50% del impuesto. favor practicar retención en la fuente a título de renta al 50% de la tarifa.
SOMOS AGENTES RETENEDORES DE ICA SEGÚN EL ART 175 DEL ACUERDO 035 DEL 29/10/2025 DE CUCUTA

Factura Electronica de Venta No.:

CF 102710

Autorización de Servicio: 2026041314909

Datos de la Entidad

Entidad : DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA
Fecha Elab. : Mayo 8 de 2026
NIT : 901541137-1 **Telefono Entidad** : 3102133692
Forma de pago : CREDITO
Dirección : AV QUEBRADA SECA 33A 207
Fecha Vencimiento: 07/07/2026

Datos del Usuario

Primer Nombre : MARIA **Segundo Nombre** : BENERANDA **Primer Apellido** : PEREZ **Segundo Apellido** : MARTINEZ
Documento : CC 51595920 **Edad** : 70 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** : 29/04/2026 **Fecha Egreso** : 29/04/2026
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

SON : SIETE MIL DOSCIENTOS OCHENTA Y SIETE PESOS

OBSERVACIONES:

Subtotal	7,287.00
Cuota Mod.	0.00
Total a Pagar	**7,287.00**

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

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

FIRMA Y SELLO DE RECIBIDO

Cufe: 96cf9f61cd059419db4fe3a8189f0f21a87250638638409cc5786fdbd1bb77cf0c516ecafc3759592ca609628faae1a5

FECHA Y HORA ENVIO DIAN : 08/05/2026 06:05:06 p.m.

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

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

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

A PARTIR DEL AÑO 2020 SOMOS CONTRIBUYENTES DEL REGIMEN ESPECIAL EN MATERIA TRIBUTARIA ZESE (ART. 147 LEY 2010 DE 2019)
A partir del año 2025 somos beneficiarios zese del 50% del impuesto. favor practicar retención en la fuente a título de renta al 50% de la tarifa.
SOMOS AGENTES RETENEDORES DE ICA SEGÚN EL ART 175 DEL ACUERDO 035 DEL 29/10/2025 DE CUCUTA

Factura Electronica de Venta No.:

CF 102711

Autorización de Servicio: 2026041178598

Datos de la Entidad

Entidad : DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA
Fecha Elab. : Mayo 8 de 2026
NIT : 901541137-1 **Telefono Entidad** : 3102133692
Forma de pago : CREDITO
Dirección : AV QUEBRADA SECA 33A 207
Fecha Vencimiento: 07/07/2026

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** : 10/04/2026 **Fecha Egreso** : 10/04/2026
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
906851	CALPROTECTINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	92,690.00	1.00	92,690.00	0.00	92,690.00

SON : CIENTO TREINTA Y CUATRO MIL SEISCIENTOS SETENTA Y TRES PESOS

OBSERVACIONES:

Subtotal	134,673.00
Cuota Mod.	0.00
Total a Pagar	**134,673.00**

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: 08e09460a7d6dbf0118a09bfa8bd5c5bbacbc2129babfbb5b13263425f865438a07bbb53fa3b36493a90ebace8dc7f37

FECHA Y HORA ENVIO DIAN : 08/05/2026 06:05:11 p.m.

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

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

Nit: 900.542.979-5
Direccion: Av 11E # 4-09 Quinta Oriental
telefono: 3017960569
Email: ciade.admon@hotmail.com
A PARTIR DEL AÑO 2020 SOMOS CONTRIBUYENTES DEL REGIMEN ESPECIAL EN MATERIA TRIBUTARIA ZESE (ART. 147 LEY 2010 DE 2019)
A partir del año 2025 somos beneficiarios zese del 50% del impuesto. favor practicar retención en la fuente a título de renta al 50% de la tarifa.
SOMOS AGENTES RETENEDORES DE ICA SEGÚN EL ART 175 DEL ACUERDO 035 DEL 29/10/2025 DE CUCUTA

Factura Electronica de Venta No.:

CF 102712

Autorización de Servicio: 2026031008626

Datos de la Entidad

Entidad : DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA
Fecha Elab. : Mayo 8 de 2026
NIT : 901541137-1 **Telefono Entidad** : 3102133692
Forma de pago : CREDITO
Dirección : AV QUEBRADA SECA 33A 207
Fecha Vencimiento: 07/07/2026

Datos del Usuario

Primer Nombre : GRISELDA **Segundo Nombre** : MARTINEZ **Primer Apellido** : MARTINEZ **Segundo Apellido** : FIGUEROA
Documento : CC 1095801858 **Edad** : 37 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** : 27/04/2026 **Fecha Egreso** : 27/04/2026
Tipo Usuario : Subsidiado **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: d8db50b1d251410e18b909d7d25735842d65ee5fbe6b28c4eb6421acf9d02a338a447c3929d2aef141f48c67b39c52e0

FECHA Y HORA ENVIO DIAN : 08/05/2026 06:05:17 p.m.

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

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

Nit: 900.542.979-5
Direccion: Av 11E # 4-09 Quinta Oriental
telefono: 3017960569
Email: ciade.admon@hotmail.com
A PARTIR DEL AÑO 2020 SOMOS CONTRIBUYENTES DEL REGIMEN ESPECIAL EN MATERIA TRIBUTARIA ZESE (ART. 147 LEY 2010 DE 2019)
A partir del año 2025 somos beneficiarios zese del 50% del impuesto. favor practicar retención en la fuente a título de renta al 50% de la tarifa.
SOMOS AGENTES RETENEDORES DE ICA SEGÚN EL ART 175 DEL ACUERDO 035 DEL 29/10/2025 DE CUCUTA

Factura Electronica de Venta No.:

CF 102713

Autorización de Servicio: 202602387282

Datos de la Entidad

Entidad : DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA
Fecha Elab. : Mayo 8 de 2026
NIT : 901541137-1 **Telefono Entidad** : 3102133692
Forma de pago : CREDITO
Dirección : AV QUEBRADA SECA 33A 207
Fecha Vencimiento: 07/07/2026

Datos del Usuario

Primer Nombre : EDUARDO **Segundo Nombre** : ANDRES **Primer Apellido** : GOMEZ **Segundo Apellido** : RODRIGUEZ
Documento : CC 6382897 **Edad** : 47 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** : 09/04/2026 **Fecha Egreso** : 09/04/2026
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: a6bb9cff3153a669b5c483cdf1e22c5e81ffcf0ed59b9e61e2fdd8b2b73abb9226ef7ec6f9c70e00daff4223ecd07397

FECHA Y HORA ENVIO DIAN : 08/05/2026 06:05:23 p.m.

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

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

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

A PARTIR DEL AÑO 2020 SOMOS CONTRIBUYENTES DEL REGIMEN ESPECIAL EN MATERIA TRIBUTARIA ZESE (ART. 147 LEY 2010 DE 2019)
A partir del año 2025 somos beneficiarios zese del 50% del impuesto. favor practicar retención en la fuente a título de renta al 50% de la tarifa.
SOMOS AGENTES RETENEDORES DE ICA SEGÚN EL ART 175 DEL ACUERDO 035 DEL 29/10/2025 DE CUCUTA

Factura Electronica de Venta No.:

CF 102714

Autorización de Servicio: 202602386786

Datos de la Entidad

Entidad : DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA
Fecha Elab. : Mayo 8 de 2026
NIT : 901541137-1 **Telefono Entidad** : 3102133692
Forma de pago : CREDITO
Dirección : AV QUEBRADA SECA 33A 207
Fecha Vencimiento: 07/07/2026

Datos del Usuario

Primer Nombre : ELIANA **Segundo Nombre** : PATRICIA **Primer Apellido** : TORRES **Segundo Apellido** : ALVAREZ
Documento : CC 37328729 **Edad** : 51 Años **Sexo** : F **Telefono** : 3208087961
Dirección : SAN AGUSTIN

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** : 29/04/2026 **Fecha Egreso** : 29/04/2026
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
903427	HEMOGLOBINA GLICOSILADA MANUAL O SEMIAUTOMATIZADA	14,675.00	1.00	14,675.00	0.00	14,675.00
904904	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES [TSH] ULTRASENSIBLE	17,468.00	1.00	17,468.00	0.00	17,468.00

SON : TREINTA Y DOS MIL CIENTO CUARENTA Y TRES PESOS

OBSERVACIONES:

Subtotal	32,143.00
Cuota Mod.	0.00
Total a Pagar	**32,143.00**

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: 23e009bccd1078fff4ae183df6860f607b412fd94fdb30313390b7a74d339bb882d83a74fac4dccd0b0415264db3e6b4

FECHA Y HORA ENVIO DIAN : 08/05/2026 06:05:30 p.m.

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

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

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

A PARTIR DEL AÑO 2020 SOMOS CONTRIBUYENTES DEL REGIMEN ESPECIAL EN MATERIA TRIBUTARIA ZESE (ART. 147 LEY 2010 DE 2019)
A partir del año 2025 somos beneficiarios zese del 50% del impuesto. favor practicar retención en la fuente a título de renta al 50% de la tarifa.
SOMOS AGENTES RETENEDORES DE ICA SEGÚN EL ART 175 DEL ACUERDO 035 DEL 29/10/2025 DE CUCUTA

Factura Electronica de Venta No.:

CF 102715

Autorización de Servicio: 2026041380648

Datos de la Entidad

Entidad : DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA
Fecha Elab. : Mayo 8 de 2026
NIT : 901541137-1 **Telefono Entidad** : 3102133692
Forma de pago : CREDITO
Dirección : AV QUEBRADA SECA 33A 207
Fecha Vencimiento: 07/07/2026

Datos del Usuario

Primer Nombre : ELIANA **Segundo Nombre** : PATRICIA **Primer Apellido** : TORRES **Segundo Apellido** : ALVAREZ
Documento : CC 37328729 **Edad** : 51 Años **Sexo** : F **Telefono** : 3208087961
Dirección : SAN AGUSTIN

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** : 29/04/2026 **Fecha Egreso** : 29/04/2026
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
906466	CITRULINA ANTICUERPOS [ANTI PEPTIDO CICLICO CITRULINADO] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	34,951.00	1.00	34,951.00	0.00	34,951.00

SON : TREINTA Y CUATRO MIL NOVECIENTOS CINCUENTA Y UN PESOS

OBSERVACIONES:

Subtotal	34,951.00
Cuota Mod.	0.00
Total a Pagar	**34,951.00**

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: 13a502e97961437960ca0be3cc67118ba4df8f7682b50b7ca172899d081c27da44f64238e5a358766c8fa9dbb91ea206

FECHA Y HORA ENVIO DIAN : 08/05/2026 06:05:36 p.m.

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

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

Nit: 900.542.979-5
Direccion: Av 11E # 4-09 Quinta Oriental
telefono: 3017960569
Email: ciade.admon@hotmail.com
A PARTIR DEL AÑO 2020 SOMOS CONTRIBUYENTES DEL REGIMEN ESPECIAL EN MATERIA TRIBUTARIA ZESE (ART. 147 LEY 2010 DE 2019)
A partir del año 2025 somos beneficiarios zese del 50% del impuesto. favor practicar retención en la fuente a título de renta al 50% de la tarifa.
SOMOS AGENTES RETENEDORES DE ICA SEGÚN EL ART 175 DEL ACUERDO 035 DEL 29/10/2025 DE CUCUTA

Factura Electronica de Venta No.:

CF 102716

Autorización de Servicio: 202602508662

Datos de la Entidad

Entidad : DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA
Fecha Elab. : Mayo 8 de 2026
NIT : 901541137-1 **Telefono Entidad** : 3102133692
Forma de pago : CREDITO
Dirección : AV QUEBRADA SECA 33A 207
Fecha Vencimiento: 07/07/2026

Datos del Usuario

Primer Nombre : SAMANTHA **Segundo Nombre** : **Primer Apellido** : ASCANIO **Segundo Apellido** : ASCANIO
Documento : RC 1181466866 **Edad** : 3 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** : 09/04/2026 **Fecha Egreso** : 09/04/2026
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
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: 388741c46ebce9d151dd62cb3af50262dc296c05886d73bb8bcab1a6f5851cfc9247bc0a2dbb8a1bfd157f71a84a3a73

FECHA Y HORA ENVIO DIAN : 08/05/2026 06:05:42 p.m.

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

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

Nit: 900.542.979-5
Direccion: Av 11E # 4-09 Quinta Oriental
telefono: 3017960569
Email: ciade.admon@hotmail.com
A PARTIR DEL AÑO 2020 SOMOS CONTRIBUYENTES DEL REGIMEN ESPECIAL EN MATERIA TRIBUTARIA ZESE (ART. 147 LEY 2010 DE 2019)
A partir del año 2025 somos beneficiarios zese del 50% del impuesto. favor practicar retención en la fuente a título de renta al 50% de la tarifa.
SOMOS AGENTES RETENEDORES DE ICA SEGÚN EL ART 175 DEL ACUERDO 035 DEL 29/10/2025 DE CUCUTA

Factura Electronica de Venta No.:

CF 102717

Autorización de Servicio: 202602276489

Datos de la Entidad

Entidad : DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA
Fecha Elab. : Mayo 8 de 2026
NIT : 901541137-1 **Telefono Entidad** : 3102133692
Forma de pago : CREDITO
Dirección : AV QUEBRADA SECA 33A 207
Fecha Vencimiento: 07/07/2026

Datos del Usuario

Primer Nombre : LEISON **Segundo Nombre** : JESUS **Primer Apellido** : PACHECO **Segundo Apellido** : ORTIZ
Documento : CC 1003174820 **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** : 28/04/2026 **Fecha Egreso** : 28/04/2026
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
904801	ALDOSTERONA	33,020.00	1.00	33,020.00	0.00	33,020.00
904902	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES [TSH]	16,410.00	1.00	16,410.00	0.00	16,410.00
906131	TRIPANOSOMA CRUZY [CHAGAS] ANTICUERPOS POR EIA * &	24,331.00	1.00	24,331.00	0.00	24,331.00
906440	NUCLEARES ANTICUERPOS [ANA] POR EIA	26,020.00	1.00	26,020.00	0.00	26,020.00

SON : NOVENTA Y NUEVE MIL SETECIENTOS OCHENTA Y UN PESOS

OBSERVACIONES:

Subtotal	99,781.00
Cuota Mod.	0.00
Total a Pagar	**99,781.00**

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: 82f7d4929cec30a5bf53f124c39ef136320976570ca102e714175be3013690b5760cf7e028337ba441452b9a23492580

FECHA Y HORA ENVIO DIAN : 08/05/2026 06:05:47 p.m.

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

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

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

A PARTIR DEL AÑO 2020 SOMOS CONTRIBUYENTES DEL REGIMEN ESPECIAL EN MATERIA TRIBUTARIA ZESE (ART. 147 LEY 2010 DE 2019)
A partir del año 2025 somos beneficiarios zese del 50% del impuesto. favor practicar retención en la fuente a título de renta al 50% de la tarifa.
SOMOS AGENTES RETENEDORES DE ICA SEGÚN EL ART 175 DEL ACUERDO 035 DEL 29/10/2025 DE CUCUTA

Factura Electronica de Venta No.:

CF 102718

Autorización de Servicio: 202603834198

Datos de la Entidad

Entidad : DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA
Fecha Elab. : Mayo 8 de 2026
NIT : 901541137-1 **Telefono Entidad** : 3102133692
Forma de pago : CREDITO
Dirección : AV QUEBRADA SECA 33A 207
Fecha Vencimiento: 07/07/2026

Datos del Usuario

Primer Nombre : LIZETH **Segundo Nombre** : ELIANA **Primer Apellido** : DAZA **Segundo Apellido** : ARENAS
Documento : CC 1091666820 **Edad** : 35 Años **Sexo** : F **Telefono** : 3105802119
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** : 30/03/2026 **Fecha Egreso** : 30/03/2026
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
901235	UROCULTIVO [ANTIBIOGRAMA DE DISCO]	30,162.00	1.00	30,162.00	0.00	30,162.00
904105	HORMONA FOLICULO ESTIMULANTE [FSH]	19,959.00	1.00	19,959.00	0.00	19,959.00
904108	PROLACTINA [BASAL]	17,653.00	1.00	17,653.00	0.00	17,653.00
904501	ANDROSTENEDIONA	26,802.00	1.00	26,802.00	0.00	26,802.00
904503	ESTRADIOL	25,602.00	1.00	25,602.00	0.00	25,602.00
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

SON : DOSCIENTOS CUARENTA Y SEIS MIL CUATROCIENTOS SESENTA Y NUEVE PESOS

OBSERVACIONES:

Subtotal	168,265.00
Cuota Mod.	0.00
Total a Pagar	**168,265.00**

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: aa072b482e25d2f4bc9f217ecf3d40a36aab23ae8fcdfdd97d015354103b5479f1be7af875b3a0528075ac12d5a91b7b

FECHA Y HORA ENVIO DIAN : 08/05/2026 06:05:54 p.m.

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

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

Nit: 900.542.979-5
Direccion: Av 11E # 4-09 Quinta Oriental
telefono: 3017960569
Email: ciade.admon@hotmail.com
A PARTIR DEL AÑO 2020 SOMOS CONTRIBUYENTES DEL REGIMEN ESPECIAL EN MATERIA TRIBUTARIA ZESE (ART. 147 LEY 2010 DE 2019)
A partir del año 2025 somos beneficiarios zese del 50% del impuesto. favor practicar retención en la fuente a título de renta al 50% de la tarifa.
SOMOS AGENTES RETENEDORES DE ICA SEGÚN EL ART 175 DEL ACUERDO 035 DEL 29/10/2025 DE CUCUTA

Factura Electronica de Venta No.:

CF 102718

Autorización de Servicio: 202603834198

Datos de la Entidad

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

Fecha Elab. : Mayo 8 de 2026
Forma de pago : CREDITO
Fecha Vencimiento: 07/07/2026

Datos del Usuario

Primer Nombre : LIZETH **Segundo Nombre** : ELIANA **Primer Apellido** : DAZA **Segundo Apellido** : ARENAS
Documento : CC 1091666820 **Edad** : 35 Años **Sexo** : F **Telefono** : 3105802119
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** : 30/03/2026 **Fecha Egreso** : 30/03/2026
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
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 CUARENTA Y SEIS MIL CUATROCIENTOS SESENTA Y NUEVE PESOS

OBSERVACIONES:

Subtotal	246,469.00
Cuota Mod.	0.00
Total a Pagar	**246,469.00**

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: aa072b482e25d2f4bc9f217ecf3d40a36aab23ae8fcdfdd97d015354103b5479f1be7af875b3a0528075ac12d5a91b7b

FECHA Y HORA ENVIO DIAN : 08/05/2026 06:05:54 p.m.

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

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

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

A PARTIR DEL AÑO 2020 SOMOS CONTRIBUYENTES DEL REGIMEN ESPECIAL EN MATERIA TRIBUTARIA ZESE (ART. 147 LEY 2010 DE 2019)
A partir del año 2025 somos beneficiarios zese del 50% del impuesto. favor practicar retención en la fuente a título de renta al 50% de la tarifa.
SOMOS AGENTES RETENEDORES DE ICA SEGÚN EL ART 175 DEL ACUERDO 035 DEL 29/10/2025 DE CUCUTA

Factura Electronica de Venta No.:

CF 102719

Autorización de Servicio: 2026041377456

Datos de la Entidad

Entidad : DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA
Fecha Elab. : Mayo 8 de 2026
NIT : 901541137-1 **Telefono Entidad** : 3102133692
Forma de pago : CREDITO
Dirección : AV QUEBRADA SECA 33A 207
Fecha Vencimiento: 07/07/2026

Datos del Usuario

Primer Nombre : DIANA **Segundo Nombre** : MARCELA **Primer Apellido** : MEDINA **Segundo Apellido** : GARCIA
Documento : CC 1019018720 **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** : 29/04/2026 **Fecha Egreso** : 29/04/2026
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: 6113c583d0f8c1fc81d248a753d7c6280e48c0f520da4b1180275018b4487bab5179d077f65b7cadcf1efe257424555d

FECHA Y HORA ENVIO DIAN : 08/05/2026 06:06:01 p.m.

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

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

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

A PARTIR DEL AÑO 2020 SOMOS CONTRIBUYENTES DEL REGIMEN ESPECIAL EN MATERIA TRIBUTARIA ZESE (ART. 147 LEY 2010 DE 2019)
A partir del año 2025 somos beneficiarios zese del 50% del impuesto. favor practicar retención en la fuente a título de renta al 50% de la tarifa.
SOMOS AGENTES RETENEDORES DE ICA SEGÚN EL ART 175 DEL ACUERDO 035 DEL 29/10/2025 DE CUCUTA

Factura Electronica de Venta No.:

CF 102720

Autorización de Servicio: 2026041375477

Datos de la Entidad

Entidad : DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA
Fecha Elab. : Mayo 8 de 2026
NIT : 901541137-1 **Telefono Entidad** : 3102133692
Forma de pago : CREDITO
Dirección : AV QUEBRADA SECA 33A 207
Fecha Vencimiento: 07/07/2026

Datos del Usuario

Primer Nombre : YOREDYS **Segundo Nombre** : **Primer Apellido** : CUVIDES **Segundo Apellido** : VEGA
Documento : CC 1065893539 **Edad** : 33 Años **Sexo** : F **Telefono** : 3103448591
Dirección : VILLA ELVIA

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** : 29/04/2026 **Fecha Egreso** : 29/04/2026
Tipo Usuario : Especiales o de Excepción Cotizante **Cobertura** : Cobertura Régimen Especial o Excepción

CODIGO	DESCRIPCION DEL SERVICIO	VLR. UNIDAD	CANT	VLR. TOTAL	VLR. USUARIO	VLR. EMPRESA
904902	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES [TSH]	16,410.00	1.00	16,410.00	0.00	16,410.00

SON : DIECISEIS MIL CUATROCIENTOS DIEZ PESOS

OBSERVACIONES:

Subtotal	16,410.00
Cuota Mod.	0.00
Total a Pagar	**16,410.00**

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: 33f3b77b0aafe0bd1bb34b70decfe368dcea5c9502497b9d9cf0522a2d54d815928358761622eb4f944083a6f1dc8bfc

FECHA Y HORA ENVIO DIAN : 08/05/2026 06:06:08 p.m.

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

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

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

A PARTIR DEL AÑO 2020 SOMOS CONTRIBUYENTES DEL REGIMEN ESPECIAL EN MATERIA TRIBUTARIA ZESE (ART. 147 LEY 2010 DE 2019)
A partir del año 2025 somos beneficiarios zese del 50% del impuesto. favor practicar retención en la fuente a título de renta al 50% de la tarifa.
SOMOS AGENTES RETENEDORES DE ICA SEGÚN EL ART 175 DEL ACUERDO 035 DEL 29/10/2025 DE CUCUTA

Factura Electronica de Venta No.:

CF 102721

Autorización de Servicio: 202602521973

Datos de la Entidad

Entidad : DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA
Fecha Elab. : Mayo 8 de 2026
NIT : 901541137-1 **Telefono Entidad** : 3102133692
Forma de pago : CREDITO
Dirección : AV QUEBRADA SECA 33A 207
Fecha Vencimiento: 07/07/2026

Datos del Usuario

Primer Nombre : JUAN **Segundo Nombre** : CAMILO **Primer Apellido** : BUITRAGO **Segundo Apellido** : SANCHEZ
Documento : CC 1056505716 **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** : 29/04/2026 **Fecha Egreso** : 29/04/2026
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: d6f86a11a2a47b2c4d60d076bf433584c2b578b546c98d906824763d0085ad94ec20a6827923570d7d5053e2f01104b8

FECHA Y HORA ENVIO DIAN : 08/05/2026 06:06:15 p.m.

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

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

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

A PARTIR DEL AÑO 2020 SOMOS CONTRIBUYENTES DEL REGIMEN ESPECIAL EN MATERIA TRIBUTARIA ZESE (ART. 147 LEY 2010 DE 2019)
A partir del año 2025 somos beneficiarios zese del 50% del impuesto. favor practicar retención en la fuente a título de renta al 50% de la tarifa.
SOMOS AGENTES RETENEDORES DE ICA SEGÚN EL ART 175 DEL ACUERDO 035 DEL 29/10/2025 DE CUCUTA

Factura Electronica de Venta No.:

CF 102722

Autorización de Servicio: 2026041319408

Datos de la Entidad

Entidad : DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA
Fecha Elab. : Mayo 8 de 2026
NIT : 901541137-1 **Telefono Entidad** : 3102133692
Forma de pago : CREDITO
Dirección : AV QUEBRADA SECA 33A 207
Fecha Vencimiento: 07/07/2026

Datos del Usuario

Primer Nombre : MISAEL **Segundo Nombre** : **Primer Apellido** : TULANDE **Segundo Apellido** : MORCILLO
Documento : CC 1061734004 **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** : 27/04/2026 **Fecha Egreso** : 27/04/2026
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: f682b3f75e8d757a113fef7acd9a7349686021a3a12e0928d2bba73be2663e4ada4e40ad8660c6b54c8b7be47363e1e3

FECHA Y HORA ENVIO DIAN : 08/05/2026 06:06:28 p.m.

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

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

Nit: 900.542.979-5
Direccion: Av 11E # 4-09 Quinta Oriental
telefono: 3017960569
Email: ciade.admon@hotmail.com
A PARTIR DEL AÑO 2020 SOMOS CONTRIBUYENTES DEL REGIMEN ESPECIAL EN MATERIA TRIBUTARIA ZESE (ART. 147 LEY 2010 DE 2019)
A partir del año 2025 somos beneficiarios zese del 50% del impuesto. favor practicar retención en la fuente a título de renta al 50% de la tarifa.
SOMOS AGENTES RETENEDORES DE ICA SEGÚN EL ART 175 DEL ACUERDO 035 DEL 29/10/2025 DE CUCUTA

Factura Electronica de Venta No.:

CF 102723

Autorización de Servicio: 2025114069486

Datos de la Entidad

Entidad : DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA
Fecha Elab. : Mayo 8 de 2026
NIT : 901541137-1 **Telefono Entidad** : 3102133692
Forma de pago : CREDITO
Dirección : AV QUEBRADA SECA 33A 207
Fecha Vencimiento: 07/07/2026

Datos del Usuario

Primer Nombre : MARIANGELLY **Segundo Nombre** : **Primer Apellido** : ANGULO **Segundo Apellido** : BAYONA
Documento : TI 1093061762 **Edad** : 10 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** : 28/04/2026 **Fecha Egreso** : 28/04/2026
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
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
904503	ESTRADIOL	25,602.00	1.00	25,602.00	0.00	25,602.00
904904	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES [TSH] ULTRASENSIBLE	17,468.00	1.00	17,468.00	0.00	17,468.00
904921	TIROXINA LIBRE [T4L]	13,106.00	1.00	13,106.00	0.00	13,106.00

SON : NOVENTA Y SEIS MIL QUINIENTOS OCHENTA Y DOS PESOS

OBSERVACIONES:

Subtotal	96,582.00
Cuota Mod.	0.00
Total a Pagar	**96,582.00**

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: 89a103d3c8d7b368aeff743160bc082d230f24e2ab4c4f4946f1aed6769d664f46620ca960ef3e6a31cd1aac8089612b

FECHA Y HORA ENVIO DIAN : 08/05/2026 06:06:22 p.m.

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

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

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

A PARTIR DEL AÑO 2020 SOMOS CONTRIBUYENTES DEL REGIMEN ESPECIAL EN MATERIA TRIBUTARIA ZESE (ART. 147 LEY 2010 DE 2019)
A partir del año 2025 somos beneficiarios zese del 50% del impuesto. favor practicar retención en la fuente a título de renta al 50% de la tarifa.
SOMOS AGENTES RETENEDORES DE ICA SEGÚN EL ART 175 DEL ACUERDO 035 DEL 29/10/2025 DE CUCUTA

Factura Electronica de Venta No.:

CF 102724

Autorización de Servicio: 2026041248084

Datos de la Entidad

Entidad : DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA
Fecha Elab. : Mayo 8 de 2026
NIT : 901541137-1 **Telefono Entidad** : 3102133692
Forma de pago : CREDITO
Dirección : AV QUEBRADA SECA 33A 207
Fecha Vencimiento: 07/07/2026

Datos del Usuario

Primer Nombre : SANDRA **Segundo Nombre** : **Primer Apellido** : CORONEL **Segundo Apellido** : AMAYA
Documento : CC 1004864128 **Edad** : 39 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** : 25/04/2026 **Fecha Egreso** : 25/04/2026
Tipo Usuario : Subsidiado **Cobertura** : Cobertura Régimen Especial o Excepción

CODIGO	DESCRIPCION DEL SERVICIO	VLR. UNIDAD	CANT	VLR. TOTAL	VLR. USUARIO	VLR. EMPRESA
902206	EXTENDIDO DE SANGRE PERIFERICA ESTUDIO DE MORFOLOGIA	5,362.00	1.00	5,362.00	0.00	5,362.00
902223	RECUENTO DE RETICULOCITOS METODO MANUAL	5,105.00	1.00	5,105.00	0.00	5,105.00
903016	FERRITINA	14,550.00	1.00	14,550.00	0.00	14,550.00
903105	ACIDO FOLICO [FOLATOS] EN SUERO	19,267.00	1.00	19,267.00	0.00	19,267.00
903703	VITAMINA B 12	24,593.00	1.00	24,593.00	0.00	24,593.00
903812	CAPACIDAD DE COMBINACION DEL HIERRO [TIBC]	13,316.00	1.00	13,316.00	0.00	13,316.00
903846	HIERRO TOTAL	11,172.00	1.00	11,172.00	0.00	11,172.00

SON : NOVENTA Y TRES MIL TRESCIENTOS SESENTA Y CINCO PESOS

OBSERVACIONES:

Subtotal	93,365.00
Cuota Mod.	0.00
Total a Pagar	**93,365.00**

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: 3a2251e653deca1c31e8e99f5be4bab6c2262039f306f3540fceeeba70daf8d5dfb3542b7ef7d4b83340579d67f84d83

FECHA Y HORA ENVIO DIAN : 08/05/2026 06:06:33 p.m.

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