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 103830

Autorización de Servicio: 2026041247221

Datos de la Entidad

Entidad : DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA
Fecha Elab. : Junio 6 de 2026
NIT : 901541137-1 **Telefono Entidad** : 3102133692
Forma de pago : CREDITO
Dirección : AV QUEBRADA SECA 33A 207
Fecha Vencimiento: 05/08/2026

Datos del Usuario

Primer Nombre : MERCEDES **Segundo Nombre** : **Primer Apellido** : ANTELIZ **Segundo Apellido** : ALVERNIA
Documento : CC 27764091 **Edad** : 72 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** : 08/05/2026 **Fecha Egreso** : 08/05/2026
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: ac63d01bf53f47d17988e0c45707831c134e616cf1cae81e2cd02fe3735af76b09bf27a2a599c4d40fadc4b2a1e88669

FECHA Y HORA ENVIO DIAN : 06/06/2026 12:49:13 a.m.

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

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

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

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

Factura Electronica de Venta No.:

CF 103831

Autorización de Servicio: 2026051541872

Datos de la Entidad

Entidad : DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA
Fecha Elab. : Junio 6 de 2026
NIT : 901541137-1 **Telefono Entidad** : 3102133692
Forma de pago : CREDITO
Dirección : AV QUEBRADA SECA 33A 207
Fecha Vencimiento: 05/08/2026

Datos del Usuario

Primer Nombre : GREGORI **Segundo Nombre** : ALEXANDER **Primer Apellido** : TRUJILLO **Segundo Apellido** : LOZANO
Documento : CC 1065882916 **Edad** : 36 Años **Sexo** : M **Telefono** :
Dirección :

Contrato : 402-DIGSA/DMBUG-2025 **Fecha Inicio** : 22/09/2025 **Fecha Vto** : 30/09/2026
Programa : PROCEDIMIENTO **Tipo de Pago** : Pago por evento **Fecha Ingreso** : 08/05/2026 **Fecha Egreso** : 08/05/2026
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: df1394c19e04f8f88b6e88e3f205681e5f83a6e7bcb05cc7574480a1ae8bf6ff08120f3ae255f00288eadeed3918b34a

FECHA Y HORA ENVIO DIAN : 06/06/2026 12:49:20 a.m.

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

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

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

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

Factura Electronica de Venta No.:

CF 103832

Autorización de Servicio: 2026041462208

Datos de la Entidad

Entidad : DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA
Fecha Elab. : Junio 6 de 2026
NIT : 901541137-1 **Telefono Entidad** : 3102133692
Forma de pago : CREDITO
Dirección : AV QUEBRADA SECA 33A 207
Fecha Vencimiento: 05/08/2026

Datos del Usuario

Primer Nombre : HEIDY **Segundo Nombre** : KARINA **Primer Apellido** : ROJAS **Segundo Apellido** : RUEDAS
Documento : CC 37182990 **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** : 08/05/2026 **Fecha Egreso** : 08/05/2026
Tipo Usuario : Subsidiado **Cobertura** : Cobertura Régimen Especial o Excepción

CODIGO	DESCRIPCION DEL SERVICIO	VLR. UNIDAD	CANT	VLR. TOTAL	VLR. USUARIO	VLR. EMPRESA
904108	PROLACTINA [BASAL]	17,653.00	1.00	17,653.00	0.00	17,653.00

SON : DIECISIETE MIL SEISCIENTOS CINCUENTA Y TRES PESOS

OBSERVACIONES:

Subtotal	17,653.00
Cuota Mod.	0.00
Total a Pagar	**17,653.00**

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: c4c6f38642629fb54efe264d9dcd6fb326c9637a517aa82bbe2f5eced82793240652cc1dde75707bf9f30da56c12eb13

FECHA Y HORA ENVIO DIAN : 06/06/2026 12:49:26 a.m.

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

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

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

Factura Electronica de Venta No.:

CF 103833

Autorización de Servicio: 2026051636040

Datos de la Entidad

Entidad : DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA
Fecha Elab. : Junio 6 de 2026
NIT : 901541137-1 **Telefono Entidad** : 3102133692
Forma de pago : CREDITO
Dirección : AV QUEBRADA SECA 33A 207
Fecha Vencimiento: 05/08/2026

Datos del Usuario

Primer Nombre : LUZ **Segundo Nombre** : MARINA **Primer Apellido** : ARTIGAS **Segundo Apellido** : URIBE
Documento : CC 63297876 **Edad** : 62 Años **Sexo** : F **Telefono** :
Dirección : NULL

Contrato : 402-DIGSA/DMBUG-2025 **Fecha Inicio** : 22/09/2025 **Fecha Vto** : 30/09/2026
Programa : PROCEDIMIENTO **Tipo de Pago** : Pago por evento **Fecha Ingreso** : 12/05/2026 **Fecha Egreso** : 12/05/2026
Tipo Usuario : Subsidiado **Cobertura** : Cobertura Régimen Especial o Excepción

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

SON : DOS MIL SETECIENTOS DOS PESOS

OBSERVACIONES:

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

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

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

FIRMA Y SELLO DE RECIBIDO

Cufe: faeeabdd2094ad0a5f5c94de7d28daa624ace5c167bb8787af3025acc178f39f349c126357751ceebbc91a827f13d98f

FECHA Y HORA ENVIO DIAN : 06/06/2026 12:49:32 a.m.

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

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

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

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

Factura Electronica de Venta No.:

CF 103834

Autorización de Servicio: 2026041422134

Datos de la Entidad

Entidad : DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA
Fecha Elab. : Junio 6 de 2026
NIT : 901541137-1 **Telefono Entidad** : 3102133692
Forma de pago : CREDITO
Dirección : AV QUEBRADA SECA 33A 207
Fecha Vencimiento: 05/08/2026

Datos del Usuario

Primer Nombre : SANDRA **Segundo Nombre** : PATRICIA **Primer Apellido** : GALEANO **Segundo Apellido** : LOPEZ
Documento : CC 37336086 **Edad** : 46 Años **Sexo** : F **Telefono** :
Dirección :

Contrato : 402-DIGSA/DMBUG-2025 **Fecha Inicio** : 22/09/2025 **Fecha Vto** : 30/09/2026
Programa : PROCEDIMIENTO **Tipo de Pago** : Pago por evento **Fecha Ingreso** : 07/05/2026 **Fecha Egreso** : 07/05/2026
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
904702	INSULINA PRE Y POST GLUCOSA	34,685.00	1.00	34,685.00	0.00	34,685.00

SON : SETENTA Y SEIS MIL SEISCIENTOS SESENTA Y OCHO PESOS

OBSERVACIONES:

Subtotal	76,668.00
Cuota Mod.	0.00
Total a Pagar	**76,668.00**

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: 4195709691209d4cd3e4d9490c3cd5e2aa790ba81501b558146e90a3ede4b82013d7154a785be7468cbcb1d9e6818cb6

FECHA Y HORA ENVIO DIAN : 06/06/2026 12:49:38 a.m.

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

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

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

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

Factura Electronica de Venta No.:

CF 103835

Autorización de Servicio: 202603803956

Datos de la Entidad

Entidad : DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA
Fecha Elab. : Junio 6 de 2026
NIT : 901541137-1 **Telefono Entidad** : 3102133692
Forma de pago : CREDITO
Dirección : AV QUEBRADA SECA 33A 207
Fecha Vencimiento: 05/08/2026

Datos del Usuario

Primer Nombre : HAZLERNYS **Segundo Nombre** : LEDYS **Primer Apellido** : MINU **Segundo Apellido** : ANAYA
Documento : CC 26767942 **Edad** : 41 Años **Sexo** : F **Telefono** :
Dirección :

Contrato : 402-DIGSA/DMBUG-2025 **Fecha Inicio** : 22/09/2025 **Fecha Vto** : 30/09/2026
Programa : PROCEDIMIENTO **Tipo de Pago** : Pago por evento **Fecha Ingreso** : 12/05/2026 **Fecha Egreso** : 12/05/2026
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
906129	TOXOPLASMA GONDII ANTICUERPOS IG M POR EIA	19,795.00	1.00	19,795.00	0.00	19,795.00
906243	RUBEOLA ANTICUERPOS IG M POR EIA *	32,030.00	1.00	32,030.00	0.00	32,030.00

SON : OCHENTA Y SIETE MIL QUINIENTOS UN PESOS

OBSERVACIONES:

Subtotal	87,501.00
Cuota Mod.	0.00
Total a Pagar	**87,501.00**

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: e34328c548aff707d125acde1f980ff87551cf263e5968f8ca0431f926c82ab85e85f6dfef8ae2bf7df699ca5c490026

FECHA Y HORA ENVIO DIAN : 06/06/2026 12:49:43 a.m.

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

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

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

Factura Electronica de Venta No.:

CF 103837

Autorización de Servicio: 2026041233518

Datos de la Entidad

Entidad : DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA
Fecha Elab. : Junio 6 de 2026
NIT : 901541137-1 **Telefono Entidad** : 3102133692
Forma de pago : CREDITO
Dirección : AV QUEBRADA SECA 33A 207
Fecha Vencimiento: 05/08/2026

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** : 12/05/2026 **Fecha Egreso** : 12/05/2026
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
904108	PROLACTINA [BASAL]	17,653.00	1.00	17,653.00	0.00	17,653.00
904601	TESTOSTERONA LIBRE	23,752.00	1.00	23,752.00	0.00	23,752.00
904602	TESTOSTERONA TOTAL	24,335.00	1.00	24,335.00	0.00	24,335.00
904921	TIROXINA LIBRE [T4L]	13,106.00	1.00	13,106.00	0.00	13,106.00

SON : NOVENTA Y CUATRO MIL CIENTO CINCUENTA Y SEIS PESOS

OBSERVACIONES:

Subtotal	94,156.00
Cuota Mod.	0.00
Total a Pagar	**94,156.00**

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: 2f49f70e12e1a1ec4b60d0a284d0027374f1ceaaf01c9a9b40208de1e93ce9ae48c5f189da4ff0dd4e7945c58efcf049

FECHA Y HORA ENVIO DIAN : 06/06/2026 12:49:55 a.m.

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

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

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

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

Factura Electronica de Venta No.:

CF 103838

Autorización de Servicio: 2026051573461

Datos de la Entidad

Entidad : DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA
Fecha Elab. : Junio 6 de 2026
NIT : 901541137-1 **Telefono Entidad** : 3102133692
Forma de pago : CREDITO
Dirección : AV QUEBRADA SECA 33A 207
Fecha Vencimiento: 05/08/2026

Datos del Usuario

Primer Nombre : MARIA **Segundo Nombre** : PAOLA **Primer Apellido** : CARRASCAL **Segundo Apellido** : RINCON
Documento : CC 37180828 **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** : 23/05/2026 **Fecha Egreso** : 23/05/2026
Tipo Usuario : Subsidiado **Cobertura** : Cobertura Régimen Especial o Excepción

CODIGO	DESCRIPCION DEL SERVICIO	VLR. UNIDAD	CANT	VLR. TOTAL	VLR. USUARIO	VLR. EMPRESA
903821	CREATIN QUINASA TOTAL CK- CPK	8,500.00	1.00	8,500.00	0.00	8,500.00
904108	PROLACTINA [BASAL]	17,653.00	1.00	17,653.00	0.00	17,653.00
904509	HIDROXIPROGESTERONA 17 ALFA	26,455.00	1.00	26,455.00	0.00	26,455.00
904601	TESTOSTERONA LIBRE	23,752.00	1.00	23,752.00	0.00	23,752.00

SON : SETENTA Y SEIS MIL TRESCIENTOS SESENTA PESOS

OBSERVACIONES:

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

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

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

FIRMA Y SELLO DE RECIBIDO

Cufe: 82cc1230e022345a186e392a08e9d719983a6a3becd379bd3af593326df55d3fccff3df4e80d2ba14a3311e351a7c385

FECHA Y HORA ENVIO DIAN : 06/06/2026 12:50:01 a.m.

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

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

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

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

Factura Electronica de Venta No.:

CF 103839

Autorización de Servicio: 2026041462381

Datos de la Entidad

Entidad : DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA
Fecha Elab. : Junio 6 de 2026
NIT : 901541137-1 **Telefono Entidad** : 3102133692
Forma de pago : CREDITO
Dirección : AV QUEBRADA SECA 33A 207
Fecha Vencimiento: 05/08/2026

Datos del Usuario

Primer Nombre : YEISSON **Segundo Nombre** : ANDRES **Primer Apellido** : CANO **Segundo Apellido** : LOSADA
Documento : CC 1077863004 **Edad** : 34 Años **Sexo** : M **Telefono** :
Dirección :

Contrato : 402-DIGSA/DMBUG-2025 **Fecha Inicio** : 22/09/2025 **Fecha Vto** : 30/09/2026
Programa : PROCEDIMIENTO **Tipo de Pago** : Pago por evento **Fecha Ingreso** : 12/05/2026 **Fecha Egreso** : 12/05/2026
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: 21972cd42ff8b3815dae1e1b3f06332b2c8914514f3dd04f1977b0df52bcaed010b6cb91d1173295907112001c766486

FECHA Y HORA ENVIO DIAN : 06/06/2026 12:50:08 a.m.

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

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

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

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

Factura Electronica de Venta No.:

CF 103840

Autorización de Servicio: 2026041444712

Datos de la Entidad

Entidad : DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA
Fecha Elab. : Junio 6 de 2026
NIT : 901541137-1 **Telefono Entidad** : 3102133692
Forma de pago : CREDITO
Dirección : AV QUEBRADA SECA 33A 207
Fecha Vencimiento: 05/08/2026

Datos del Usuario

Primer Nombre : SONIA **Segundo Nombre** : **Primer Apellido** : ORTEGA **Segundo Apellido** : ALBARRACIN
Documento : CC 1090390062 **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** : 11/05/2026 **Fecha Egreso** : 11/05/2026
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: 72a202c5f2fc1610dfa133ba42b35c4d998fd299932095bbcb13590b78b9b4f28aab9b1b01703f4777820a08e8e8cf9d

FECHA Y HORA ENVIO DIAN : 06/06/2026 12:50:14 a.m.

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

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

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

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

Factura Electronica de Venta No.:

CF 103841

Autorización de Servicio: 202602387371

Datos de la Entidad

Entidad : DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA
Fecha Elab. : Junio 6 de 2026
NIT : 901541137-1 **Telefono Entidad** : 3102133692
Forma de pago : CREDITO
Dirección : AV QUEBRADA SECA 33A 207
Fecha Vencimiento: 05/08/2026

Datos del Usuario

Primer Nombre : JORGE **Segundo Nombre** : ELIECER **Primer Apellido** : MACHADO **Segundo Apellido** : BEJARANO
Documento : CC 1121858814 **Edad** : 36 Años **Sexo** : M **Telefono** :
Dirección :

Contrato : 402-DIGSA/DMBUG-2025 **Fecha Inicio** : 22/09/2025 **Fecha Vto** : 30/09/2026
Programa : PROCEDIMIENTO **Tipo de Pago** : Pago por evento **Fecha Ingreso** : 11/05/2026 **Fecha Egreso** : 11/05/2026
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: 107886cef88169fd5c529deaea3b3657054c520d0ee6a0e6202b404afe8f52b0f605a809fff4528ebea1ed4cd72e162a

FECHA Y HORA ENVIO DIAN : 06/06/2026 12:50:21 a.m.

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

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

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

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

Factura Electronica de Venta No.:

CF 103842

Autorización de Servicio: 2025114229269

Datos de la Entidad

Entidad : DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA
Fecha Elab. : Junio 6 de 2026
NIT : 901541137-1 **Telefono Entidad** : 3102133692
Forma de pago : CREDITO
Dirección : AV QUEBRADA SECA 33A 207
Fecha Vencimiento: 05/08/2026

Datos del Usuario

Primer Nombre : NICOLAS **Segundo Nombre** : SANTIAGO **Primer Apellido** : GARICA **Segundo Apellido** : GONZALEZ
Documento : TI 1166467253 **Edad** : 9 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** : 14/05/2026 **Fecha Egreso** : 14/05/2026
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
903603	CALCIO AUTOMATIZADO	7,287.00	1.00	7,287.00	0.00	7,287.00
904104	HORMONA DE CRECIMIENTO O SOMATOTROPICA	22,264.00	1.00	22,264.00	0.00	22,264.00

SON : VEINTINUEVE MIL QUINIENTOS CINCUENTA Y UN PESOS

OBSERVACIONES:

Subtotal	29,551.00
Cuota Mod.	0.00
Total a Pagar	**29,551.00**

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: ee410ca8ce840ff0de80a7e2c9753abd2ecf33606932c729e3af96e3b2413a2fb23eee6bda0635c2284283d3bbf5b9b3

FECHA Y HORA ENVIO DIAN : 06/06/2026 12:50:34 a.m.

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

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

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

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

Factura Electronica de Venta No.:

CF 103843

Autorización de Servicio: 2025114145908

Datos de la Entidad

Entidad : DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA
Fecha Elab. : Junio 6 de 2026
NIT : 901541137-1 **Telefono Entidad** : 3102133692
Forma de pago : CREDITO
Dirección : AV QUEBRADA SECA 33A 207
Fecha Vencimiento: 05/08/2026

Datos del Usuario

Primer Nombre : SANTIAGO **Segundo Nombre** : **Primer Apellido** : DIAZ **Segundo Apellido** : CARRASCAL
Documento : TI 1092185480 **Edad** : 11 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** : 23/05/2026 **Fecha Egreso** : 23/05/2026
Tipo Usuario : Subsidiado **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: 79d3da90e0a8a18f9ae8a50bcd978eb1c8f9fd038d7de479c33cedcf760431c0f18a235f26b97a87f126c7900d180c37

FECHA Y HORA ENVIO DIAN : 06/06/2026 12:50:28 a.m.

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

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

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

Factura Electronica de Venta No.:

CF 103844

Autorización de Servicio: 2026051707994

Datos de la Entidad

Entidad : DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA
Fecha Elab. : Junio 6 de 2026
NIT : 901541137-1 **Telefono Entidad** : 3102133692
Forma de pago : CREDITO
Dirección : AV QUEBRADA SECA 33A 207
Fecha Vencimiento: 05/08/2026

Datos del Usuario

Primer Nombre : SERGIO **Segundo Nombre** : **Primer Apellido** : MENDEZ **Segundo Apellido** : AGUILAR
Documento : CC 1004804631 **Edad** : 33 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** : 14/05/2026 **Fecha Egreso** : 14/05/2026
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
908885	MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS PRUEBAS DE SENSIBILIDAD POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECIFICO)	247,560.00	1.00	247,560.00	0.00	247,560.00

SON : DOSCIENTOS CUARENTA Y SIETE MIL QUINIENTOS SESENTA PESOS

OBSERVACIONES:

Subtotal	247,560.00
Cuota Mod.	0.00
Total a Pagar	**247,560.00**

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: 0b4471cedaf24c74f9b38e01e3524b2efda87e3429d06a50a734cf7df57e16ff371633ffbae24e6297782cb7f4e1f3f6

FECHA Y HORA ENVIO DIAN : 06/06/2026 12:50:40 a.m.

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

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

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

Factura Electronica de Venta No.:

CF 103845

Autorización de Servicio: 2026031013322

Datos de la Entidad

Entidad : DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA
Fecha Elab. : Junio 6 de 2026
NIT : 901541137-1 **Telefono Entidad** : 3102133692
Forma de pago : CREDITO
Dirección : AV QUEBRADA SECA 33A 207
Fecha Vencimiento: 05/08/2026

Datos del Usuario

Primer Nombre : JUAN **Segundo Nombre** : PABLO **Primer Apellido** : JULIO **Segundo Apellido** : PEREZ
Documento : TI 1091670375 **Edad** : 14 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** : 23/05/2026 **Fecha Egreso** : 23/05/2026
Tipo Usuario : Subsidiado **Cobertura** : Cobertura Régimen Especial o Excepción

CODIGO	DESCRIPCION DEL SERVICIO	VLR. UNIDAD	CANT	VLR. TOTAL	VLR. USUARIO	VLR. EMPRESA
903821	CREATIN QUINASA TOTAL CK- CPK	8,500.00	1.00	8,500.00	0.00	8,500.00

SON : OCHO MIL QUINIENTOS PESOS

OBSERVACIONES:

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

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

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

FIRMA Y SELLO DE RECIBIDO

Cufe: a0db5c5285b08aa243e4cf3a38e1b274ad75e8f5126db8c2066cf980e849133e092c9c22cdc7049a09b5356779014f75

FECHA Y HORA ENVIO DIAN : 06/06/2026 12:50:45 a.m.

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

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

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

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

Factura Electronica de Venta No.:

CF 103846

Autorización de Servicio: 202602495174

Datos de la Entidad

Entidad : DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA
Fecha Elab. : Junio 6 de 2026
NIT : 901541137-1 **Telefono Entidad** : 3102133692
Forma de pago : CREDITO
Dirección : AV QUEBRADA SECA 33A 207
Fecha Vencimiento: 05/08/2026

Datos del Usuario

Primer Nombre : GUSTAVO **Segundo Nombre** : ADOLFO **Primer Apellido** : DIAZ **Segundo Apellido** : IBAÑEZ
Documento : CC 5468798 **Edad** : 45 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** : 23/05/2026 **Fecha Egreso** : 23/05/2026
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: 2985bbd8b95edf5555526cf9f014cb83a02f3925f9bafcf6542860785ec7a706927ee41da671123c61b84575d664da93

FECHA Y HORA ENVIO DIAN : 06/06/2026 12:50:50 a.m.

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

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

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

Factura Electronica de Venta No.:

CF 103847

Autorización de Servicio: 2026041423966

Datos de la Entidad

Entidad : DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA
Fecha Elab. : Junio 6 de 2026
NIT : 901541137-1 **Telefono Entidad** : 3102133692
Forma de pago : CREDITO
Dirección : AV QUEBRADA SECA 33A 207
Fecha Vencimiento: 05/08/2026

Datos del Usuario

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

Contrato : 402-DIGSA/DMBUG-2025 **Fecha Inicio** : 22/09/2025 **Fecha Vto** : 30/09/2026
Programa : PROCEDIMIENTO **Tipo de Pago** : Pago por evento **Fecha Ingreso** : 06/05/2026 **Fecha Egreso** : 06/05/2026
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
906406	ANTICUERPOS NUCLEARES EXTRACTABLES TOTALES [ENA] SS-A [RO] SS-B [LA] RNP Y SM	46,472.00	1.00	46,472.00	0.00	46,472.00
906413	CENTROMERO ANTICUERPOS POR IFI	25,964.00	1.00	25,964.00	0.00	25,964.00
906440	NUCLEARES ANTICUERPOS [ANA] POR EIA	26,020.00	1.00	26,020.00	0.00	26,020.00
906455	SCL 70 ANTI ESCLERODERMA ANTICUERPOS POR EIA	23,523.00	1.00	23,523.00	0.00	23,523.00

SON : CIENTO VEINTIUN MIL NOVECIENTOS SETENTA Y NUEVE PESOS

OBSERVACIONES:

Subtotal	121,979.00
Cuota Mod.	0.00
Total a Pagar	**121,979.00**

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

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

FIRMA Y SELLO DE RECIBIDO

Cufe: eb34370690b292291e0bf2c6532baeefaa273c688fe287f893e2fdf6a40c0b8558109a9fe630c2197b2474bbfd507265

FECHA Y HORA ENVIO DIAN : 06/06/2026 12:50:56 a.m.

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