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 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 105907

Autorización de Servicio: 2026072448141

Datos de la Entidad

Entidad : DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA
Fecha Elab. : Agosto 4 de 2026
NIT : 901541137-1 **Telefono Entidad** : 3102133692
Forma de pago : CREDITO
Dirección : AV QUEBRADA SECA 33A 207
Fecha Vencimiento: 03/10/2026

Datos del Usuario

Primer Nombre : KEILYN **Segundo Nombre** : DARIANA **Primer Apellido** : VALOYES **Segundo Apellido** : VEGA
Documento : RC 1092743941 **Edad** : 4 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** : 21/07/2026 **Fecha Egreso** : 21/07/2026
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
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: 866b8e60c42eee1c80898582163b10def98ca0d0fe0650229f72d8aa22a09a53b1fb1da8d65c670638d02656f015f535

FECHA Y HORA ENVIO DIAN : 04/08/2026 06:40:19 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 105908

Autorización de Servicio: 2026051664934

Datos de la Entidad

Entidad : DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA
Fecha Elab. : Agosto 4 de 2026
NIT : 901541137-1 **Telefono Entidad** : 3102133692
Forma de pago : CREDITO
Dirección : AV QUEBRADA SECA 33A 207
Fecha Vencimiento: 03/10/2026

Datos del Usuario

Primer Nombre : CARMEN **Segundo Nombre** : EMILIA **Primer Apellido** : ROPERO **Segundo Apellido** : DE PACHECO
Documento : CC 27611389 **Edad** : 89 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** : 02/06/2026 **Fecha Egreso** : 02/06/2026
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
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: 9e07c71668119ad35a12988a4bf0cc250b857e25c3dab66444aefd4dea5ec24de428830fb8fdfa0fb32a734342553d2f

FECHA Y HORA ENVIO DIAN : 04/08/2026 06:40:16 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 105909

Autorización de Servicio: 2026041373330

Datos de la Entidad

Entidad : DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA
Fecha Elab. : Agosto 4 de 2026
NIT : 901541137-1 **Telefono Entidad** : 3102133692
Forma de pago : CREDITO
Dirección : AV QUEBRADA SECA 33A 207
Fecha Vencimiento: 03/10/2026

Datos del Usuario

Primer Nombre : BLADIBETH **Segundo Nombre** : **Primer Apellido** : GRANADOS **Segundo Apellido** : SILVA
Documento : CC 37330829 **Edad** : 50 Años **Sexo** : F **Telefono** :
Dirección :

Contrato : 402-DIGSA/DMBUG-2025 **Fecha Inicio** : 22/09/2025 **Fecha Vto** : 30/09/2026
Programa : PROCEDIMIENTO **Tipo de Pago** : Pago por evento **Fecha Ingreso** : 26/05/2026 **Fecha Egreso** : 26/05/2026
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: 13323839175a1d05ae3cbaeaebd9e81dcc1283233c5b1e80464ef46e8b7f80e8930a708d8e9ddc3c95c94d090a9a57a2

FECHA Y HORA ENVIO DIAN : 04/08/2026 06:40:23 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 105911

Autorización de Servicio: 2026072484118

Datos de la Entidad

Entidad : DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA
Fecha Elab. : Agosto 4 de 2026
NIT : 901541137-1 **Telefono Entidad** : 3102133692
Forma de pago : CREDITO
Dirección : AV QUEBRADA SECA 33A 207
Fecha Vencimiento: 03/10/2026

Datos del Usuario

Primer Nombre : CARLOS **Segundo Nombre** : ENRIQUE **Primer Apellido** : PUENTES **Segundo Apellido** : ALVERNIA
Documento : CC 13280015 **Edad** : 83 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** : 21/07/2026 **Fecha Egreso** : 21/07/2026
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: d9cae8905136bfb0cf6f0d416d55be848fda8e6c127d0764abdc76dd8d66f0457d3f28082e68cf0faeca243bbdca7163

FECHA Y HORA ENVIO DIAN : 04/08/2026 06:40:31 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 105912

Autorización de Servicio: 2026061829411

Datos de la Entidad

Entidad : DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA
Fecha Elab. : Agosto 4 de 2026
NIT : 901541137-1 **Telefono Entidad** : 3102133692
Forma de pago : CREDITO
Dirección : AV QUEBRADA SECA 33A 207
Fecha Vencimiento: 03/10/2026

Datos del Usuario

Primer Nombre : LUDDY **Segundo Nombre** : **Primer Apellido** : CARVAJALINO **Segundo Apellido** : CASTILLO
Documento : CC 37336185 **Edad** : 45 Años **Sexo** : F **Telefono** :
Dirección : NULL

Contrato : 402-DIGSA/DMBUG-2025 **Fecha Inicio** : 22/09/2025 **Fecha Vto** : 30/09/2026
Programa : PROCEDIMIENTO **Tipo de Pago** : Pago por evento **Fecha Ingreso** : 02/06/2026 **Fecha Egreso** : 02/06/2026
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: d8fa56070be35bf499cf349322e58746226342ae4d5159ac769dd819f99a18b6e5550e211846b24372797e93f8968e29

FECHA Y HORA ENVIO DIAN : 04/08/2026 06:40:41 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 105913

Autorización de Servicio: 2026062064202

Datos de la Entidad

Entidad : DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA
Fecha Elab. : Agosto 4 de 2026
NIT : 901541137-1 **Telefono Entidad** : 3102133692
Forma de pago : CREDITO
Dirección : AV QUEBRADA SECA 33A 207
Fecha Vencimiento: 03/10/2026

Datos del Usuario

Primer Nombre : EFREN **Segundo Nombre** : ANTONIO **Primer Apellido** : FRANCO **Segundo Apellido** :
Documento : CC 5793876 **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** : 21/07/2026 **Fecha Egreso** : 21/07/2026
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
903811	CALCIO EN ORINA DE 24 H POR COLORIMETRIA	4,066.00	1.00	4,066.00	0.00	4,066.00
904912	HORMONA PARATIROIDEA MOLECULA INTACTA	36,799.00	1.00	36,799.00	0.00	36,799.00

SON : CUARENTA MIL OCHOCIENTOS SESENTA Y CINCO PESOS

OBSERVACIONES:

Subtotal	40,865.00
Cuota Mod.	0.00
Total a Pagar	**40,865.00**

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: 244885cb4c605560b2189b02d7c347c805691755390806a1ee4e6a911b83bf503fd8cefe2ef7d4067ed6c28ecfd848bb

FECHA Y HORA ENVIO DIAN : 04/08/2026 06:40:45 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 105914

Autorización de Servicio: 202602438344

Datos de la Entidad

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

Fecha Elab. : Agosto 4 de 2026
Forma de pago : CREDITO
Fecha Vencimiento: 03/10/2026

Datos del Usuario

Primer Nombre : LUIS **Segundo Nombre** : EVELIO **Primer Apellido** : GARAY **Segundo Apellido** : GUERRERO
Documento : CC 13175299 **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** : 17/07/2026 **Fecha Egreso** : 17/07/2026
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
901217	CULTIVO PARA MICROORGANISMOS EN CUALQUIER MUESTRA	27,001.00	1.00	27,001.00	0.00	27,001.00

SON : VEINTISIETE MIL UN PESOS

OBSERVACIONES:

Subtotal	27,001.00
Cuota Mod.	0.00
Total a Pagar	**27,001.00**

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: ed5badf88d4c6558c02aeede959fb53195d487e93c2501dce164459fa203253ab62d02f33c0518b89c791d6dc5a85d44

FECHA Y HORA ENVIO DIAN : 04/08/2026 06:40:49 p.m.

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

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

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

Factura Electronica de Venta No.:

CF 105915

Autorización de Servicio: 202602229125

Datos de la Entidad

Entidad : DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA
Fecha Elab. : Agosto 4 de 2026
NIT : 901541137-1 **Telefono Entidad** : 3102133692
Forma de pago : CREDITO
Dirección : AV QUEBRADA SECA 33A 207
Fecha Vencimiento: 03/09/2026

Datos del Usuario

Primer Nombre : SELMAR **Segundo Nombre** : **Primer Apellido** : VARGAS **Segundo Apellido** : ALDANA
Documento : CC 49691864 **Edad** : 54 Años **Sexo** : F **Telefono** :
Dirección :

Contrato : 402-DIGSA/DMBUG-2025 **Fecha Inicio** : 22/09/2025 **Fecha Vto** : 30/09/2026
Programa : PROCEDIMIENTO **Tipo de Pago** : Pago por evento **Fecha Ingreso** : 17/06/2026 **Fecha Egreso** : 17/06/2026
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
902205	ERITROSEDIMENTACION [VELOCIDAD SEDIMENTACION GLOBULAR - VSG] AUTOMATIZADA	2,044.00	1.00	2,044.00	0.00	2,044.00
903028	MICROALBUMINURIA POR RIA	18,742.00	1.00	18,742.00	0.00	18,742.00
903706	VITAMINA D 25 DIHIDROXI	41,983.00	1.00	41,983.00	0.00	41,983.00
903847	LIPASA	9,418.00	1.00	9,418.00	0.00	9,418.00

SON : SETENTA Y DOS MIL CIENTO OCHENTA Y SIETE PESOS

OBSERVACIONES:

Subtotal	72,187.00
Cuota Mod.	0.00
Total a Pagar	**72,187.00**

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: 32419fc82d8b61d02023ee2e147e7cf6e711991f31d4a85f39d919d0ef4490bb024c49f96683f7a0e32a58f63b2f20d9

FECHA Y HORA ENVIO DIAN : 04/08/2026 06:40:53 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 105916

Autorización de Servicio: 2026051651575

Datos de la Entidad

Entidad : DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA
Fecha Elab. : Agosto 4 de 2026
NIT : 901541137-1 **Telefono Entidad** : 3102133692
Forma de pago : CREDITO
Dirección : AV QUEBRADA SECA 33A 207
Fecha Vencimiento: 03/10/2026

Datos del Usuario

Primer Nombre : NELSON **Segundo Nombre** : **Primer Apellido** : SERNA **Segundo Apellido** : RINCON
Documento : CC 91279905 **Edad** : 54 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** : 17/07/2026 **Fecha Egreso** : 17/07/2026
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
903706	VITAMINA D 25 DIHIDROXI	41,983.00	1.00	41,983.00	0.00	41,983.00

SON : DOSCIENTOS VEINTIOCHO MIL QUINIENTOS SETENTA Y CINCO PESOS

OBSERVACIONES:

Subtotal	228,575.00
Cuota Mod.	0.00
Total a Pagar	**228,575.00**

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: 7d3a51a6b9e6073ccd446a6cc0b7d01f7e1f3f56eebfab49d402df35b7f344ce6c5b8ea7528a0b3a4a9d57c104a2e1f9

FECHA Y HORA ENVIO DIAN : 04/08/2026 06:40:57 p.m.

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

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

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

Factura Electronica de Venta No.:

CF 105917

Autorización de Servicio: 2026051664802

Datos de la Entidad

Entidad : DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA
Fecha Elab. : Agosto 4 de 2026
NIT : 901541137-1 **Telefono Entidad** : 3102133692
Forma de pago : CREDITO
Dirección : AV QUEBRADA SECA 33A 207
Fecha Vencimiento: 03/10/2026

Datos del Usuario

Primer Nombre : HILVER **Segundo Nombre** : **Primer Apellido** : JIMENEZ **Segundo Apellido** : JUSPIAN
Documento : CC 1061753327 **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** : 02/06/2026 **Fecha Egreso** : 02/06/2026
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: 525819254914273587b6d7f34e59ee80b6b490fd40ce7dcb992b1c2d9c2d03322e6ad2c5db123188bdc0c8fe182d7787

FECHA Y HORA ENVIO DIAN : 04/08/2026 06:41:02 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 105918

Autorización de Servicio: 2026051842272

Datos de la Entidad

Entidad : DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA
Fecha Elab. : Agosto 4 de 2026
NIT : 901541137-1 **Telefono Entidad** : 3102133692
Forma de pago : CREDITO
Dirección : AV QUEBRADA SECA 33A 207
Fecha Vencimiento: 03/10/2026

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** : 11/07/2026 **Fecha Egreso** : 11/07/2026
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
904101	FACTOR I DE CRECIMIENTO SIMILAR A LA INSULINA [SOMATOMEDINA C]	32,669.00	1.00	32,669.00	0.00	32,669.00
904103	HORMONA ADRENOCORTICOTROPICA [ACTH]	24,292.00	1.00	24,292.00	0.00	24,292.00
904104	HORMONA DE CRECIMIENTO O SOMATOTROPICA	22,264.00	1.00	22,264.00	0.00	22,264.00
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
904812	CORTISOL AM	25,103.00	1.00	25,103.00	0.00	25,103.00

SON : CIENTO CUARENTA Y CINCO MIL SETECIENTOS TREINTA Y TRES PESOS

OBSERVACIONES:

Subtotal	145,733.00
Cuota Mod.	0.00
Total a Pagar	**145,733.00**

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: e117502b949e66bd74bde3885ea2258328946fdf789d339535dabdb3cd5cd6eb43e88e87642248350145cadca3d7317d

FECHA Y HORA ENVIO DIAN : 04/08/2026 06:41:06 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 105919

Autorización de Servicio: 202603790198

Datos de la Entidad

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

Fecha Elab. : Agosto 4 de 2026
Forma de pago : CREDITO
Fecha Vencimiento: 03/10/2026

Datos del Usuario

Primer Nombre : DARCY **Segundo Nombre** : DAILETH **Primer Apellido** : DUARTE **Segundo Apellido** : PEREZ
Documento : TI 1091674083 **Edad** : 12 Años **Sexo** : F **Telefono** :
Dirección : NULL

Contrato : 402-DIGSA/DMBUG-2025 **Fecha Inicio** : 22/09/2025 **Fecha Vto** : 30/09/2026
Programa : PROCEDIMIENTO **Tipo de Pago** : Pago por evento **Fecha Ingreso** : 09/06/2026 **Fecha Egreso** : 09/06/2026
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
904904	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES [TSH] ULTRASENSIBLE	17,468.00	1.00	17,468.00	0.00	17,468.00

SON : DIECISIETE MIL CUATROCIENTOS SESENTA Y OCHO PESOS

OBSERVACIONES:

Subtotal	17,468.00
Cuota Mod.	0.00
Total a Pagar	**17,468.00**

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: ddebda67a7430760c291e760a73a60e6dc13317b6805f9742ee0decd0a5acf531f2e8bf9781b96b8fb889837f2e774ee

FECHA Y HORA ENVIO DIAN : 04/08/2026 06:41:09 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 105920

Autorización de Servicio: 2026072482522

Datos de la Entidad

Entidad : DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA
Fecha Elab. : Agosto 4 de 2026
NIT : 901541137-1 **Telefono Entidad** : 3102133692
Forma de pago : CREDITO
Dirección : AV QUEBRADA SECA 33A 207
Fecha Vencimiento: 03/10/2026

Datos del Usuario

Primer Nombre : MAGLIO **Segundo Nombre** : DE JESUS **Primer Apellido** : QUINTERO **Segundo Apellido** : CARRASCAL
Documento : CC 1091652757 **Edad** : 40 Años **Sexo** : M **Telefono** :
Dirección :

Contrato : 402-DIGSA/DMBUG-2025 **Fecha Inicio** : 22/09/2025 **Fecha Vto** : 30/09/2026
Programa : PROCEDIMIENTO **Tipo de Pago** : Pago por evento **Fecha Ingreso** : 14/07/2026 **Fecha Egreso** : 14/07/2026
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
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: a60fa8c310e65faf9665c34aa41d05304e1130db3f04834b458ae36acecd99253638c8e898152f1a1dc4c457d3444208

FECHA Y HORA ENVIO DIAN : 04/08/2026 06:41:13 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 105921

Autorización de Servicio: 2026072392936

Datos de la Entidad

Entidad : DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA
Fecha Elab. : Agosto 4 de 2026
NIT : 901541137-1 **Telefono Entidad** : 3102133692
Forma de pago : CREDITO
Dirección : AV QUEBRADA SECA 33A 207
Fecha Vencimiento: 03/10/2026

Datos del Usuario

Primer Nombre : MAGLIO **Segundo Nombre** : DE JESUS **Primer Apellido** : QUINTERO **Segundo Apellido** : CARRASCAL
Documento : CC 1091652757 **Edad** : 40 Años **Sexo** : M **Telefono** :
Dirección :

Contrato : 402-DIGSA/DMBUG-2025 **Fecha Inicio** : 22/09/2025 **Fecha Vto** : 30/09/2026
Programa : PROCEDIMIENTO **Tipo de Pago** : Pago por evento **Fecha Ingreso** : 14/07/2026 **Fecha Egreso** : 14/07/2026
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: 4626bd255cc30f5778df75ea6ef77b202a217dafc112bc75b98371ad831e634be3130e138ef42b18cc2f0ae046f68815

FECHA Y HORA ENVIO DIAN : 04/08/2026 06:41:17 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 105922

Autorización de Servicio: 2026062162731

Datos de la Entidad

Entidad : DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA
Fecha Elab. : Agosto 4 de 2026
NIT : 901541137-1 **Telefono Entidad** : 3102133692
Forma de pago : CREDITO
Dirección : AV QUEBRADA SECA 33A 207
Fecha Vencimiento: 03/10/2026

Datos del Usuario

Primer Nombre : ANA **Segundo Nombre** : MARIA **Primer Apellido** : GOMEZ **Segundo Apellido** : SANCHEZ
Documento : CC 26765843 **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** : 06/07/2026 **Fecha Egreso** : 06/07/2026
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: 6417101e25969ca65f882437a1fc64a5e543d02ebac437b70b8c5132b579519efc2bd46b2199adad2dd02138cbd9c263

FECHA Y HORA ENVIO DIAN : 04/08/2026 06:41:21 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 105923

Autorización de Servicio: 2026051766730

Datos de la Entidad

Entidad : DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA
Fecha Elab. : Agosto 4 de 2026
NIT : 901541137-1 **Telefono Entidad** : 3102133692
Forma de pago : CREDITO
Dirección : AV QUEBRADA SECA 33A 207
Fecha Vencimiento: 03/10/2026

Datos del Usuario

Primer Nombre : SARAY **Segundo Nombre** : SOFIA **Primer Apellido** : CONTRERAS **Segundo Apellido** : VEGA
Documento : TI 1092739569 **Edad** : 11 Años **Sexo** : F **Telefono** :
Dirección :

Contrato : 402-DIGSA/DMBUG-2025 **Fecha Inicio** : 22/09/2025 **Fecha Vto** : 30/09/2026
Programa : PROCEDIMIENTO **Tipo de Pago** : Pago por evento **Fecha Ingreso** : 17/07/2026 **Fecha Egreso** : 17/07/2026
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
903608	ZINC	23,756.00	1.00	23,756.00	0.00	23,756.00

SON : VEINTITRES MIL SETECIENTOS CINCUENTA Y SEIS PESOS

OBSERVACIONES:

Subtotal	23,756.00
Cuota Mod.	0.00
Total a Pagar	**23,756.00**

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: 22ca6d47879851fbe54aab09245ea91d4815d256b78aedbd0657bed3b8bff4ae01f0831b4e0c86a1ac5c83b6f65b3ce1

FECHA Y HORA ENVIO DIAN : 04/08/2026 06:41:25 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 105924

Autorización de Servicio: 2026062338870

Datos de la Entidad

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

Fecha Elab. : Agosto 4 de 2026
Forma de pago : CREDITO
Fecha Vencimiento: 03/10/2026

Datos del Usuario

Primer Nombre : YESICA **Segundo Nombre** : ANDREA **Primer Apellido** : DE ALBA **Segundo Apellido** : CORRALES
Documento : CC 1042417375 **Edad** : 40 Años **Sexo** : F **Telefono** :
Dirección :

Contrato : 402-DIGSA/DMBUG-2025 **Fecha Inicio** : 22/09/2025 **Fecha Vto** : 30/09/2026
Programa : PROCEDIMIENTO **Tipo de Pago** : Pago por evento **Fecha Ingreso** : 06/07/2026 **Fecha Egreso** : 06/07/2026
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
903042	PROTEINA TRANSPORTADORA DE HORMONAS SEXUALES [PTHS]	49,553.00	1.00	49,553.00	0.00	49,553.00
904105	HORMONA FOLICULO ESTIMULANTE [FSH]	19,959.00	1.00	19,959.00	0.00	19,959.00
904107	HORMONA LUTEINIZANTE [LH]	20,447.00	1.00	20,447.00	0.00	20,447.00
904108	PROLACTINA [BASAL]	17,653.00	1.00	17,653.00	0.00	17,653.00
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
904705	INSULINA LIBRE	32,192.00	1.00	32,192.00	0.00	32,192.00

SON : DOSCIENTOS TREINTA Y NUEVE MIL CIENTO SESENTA Y OCHO PESOS

OBSERVACIONES:

Subtotal	189,158.00
Cuota Mod.	0.00
Total a Pagar	**189,158.00**

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

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

FIRMA Y SELLO DE RECIBIDO

Cufe: 23a125aae5d05a3d3ee2ddc6788f42275b4852d9fe5415e5c0228bb1b0ed3478a9b65e3631dc986fecd1d30f4293db92

FECHA Y HORA ENVIO DIAN : 04/08/2026 06:41:29 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 105924

Autorización de Servicio: 2026062338870

Datos de la Entidad

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

Fecha Elab. : Agosto 4 de 2026
Forma de pago : CREDITO
Fecha Vencimiento: 03/10/2026

Datos del Usuario

Primer Nombre : YESICA **Segundo Nombre** : ANDREA **Primer Apellido** : DE ALBA **Segundo Apellido** : CORRALES
Documento : CC 1042417375 **Edad** : 40 Años **Sexo** : F **Telefono** :
Dirección :

Contrato : 402-DIGSA/DMBUG-2025 **Fecha Inicio** : 22/09/2025 **Fecha Vto** : 30/09/2026
Programa : PROCEDIMIENTO **Tipo de Pago** : Pago por evento **Fecha Ingreso** : 06/07/2026 **Fecha Egreso** : 06/07/2026
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
904808	DEHIDROEPINANDROSTERONA	33,600.00	1.00	33,600.00	0.00	33,600.00
904902	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES [TSH]	16,410.00	1.00	16,410.00	0.00	16,410.00

SON : DOSCIENTOS TREINTA Y NUEVE MIL CIENTO SESENTA Y OCHO PESOS

OBSERVACIONES:

Subtotal	239,168.00
Cuota Mod.	0.00
Total a Pagar	**239,168.00**

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: 23a125aae5d05a3d3ee2ddc6788f42275b4852d9fe5415e5c0228bb1b0ed3478a9b65e3631dc986fecd1d30f4293db92

FECHA Y HORA ENVIO DIAN : 04/08/2026 06:41:29 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 105925

Autorización de Servicio: 2026062103225

Datos de la Entidad

Entidad : DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA
Fecha Elab. : Agosto 4 de 2026
NIT : 901541137-1 **Telefono Entidad** : 3102133692
Forma de pago : CREDITO
Dirección : AV QUEBRADA SECA 33A 207
Fecha Vencimiento: 03/10/2026

Datos del Usuario

Primer Nombre : MAYERLY **Segundo Nombre** : **Primer Apellido** : VERGEL **Segundo Apellido** : COLLANTES
Documento : CC 1091665905 **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** : 23/07/2026 **Fecha Egreso** : 23/07/2026
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: 711994c4d2fc89967551167b5b9f57dc5b68ebb9920be36d9bc0bd8405778b0a84208b3b3f07c92e1552ba95af717e46

FECHA Y HORA ENVIO DIAN : 04/08/2026 06:41:33 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 105926

Autorización de Servicio: 2026062120498

Datos de la Entidad

Entidad : DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA
Fecha Elab. : Agosto 4 de 2026
NIT : 901541137-1 **Telefono Entidad** : 3102133692
Forma de pago : CREDITO
Dirección : AV QUEBRADA SECA 33A 207
Fecha Vencimiento: 03/10/2026

Datos del Usuario

Primer Nombre : WILLITON **Segundo Nombre** : **Primer Apellido** : ALZATE **Segundo Apellido** : VALENCIA
Documento : CC 1058843914 **Edad** : 36 Años **Sexo** : M **Telefono** :
Dirección : NULL

Contrato : 402-DIGSA/DMBUG-2025 **Fecha Inicio** : 22/09/2025 **Fecha Vto** : 30/09/2026
Programa : PROCEDIMIENTO **Tipo de Pago** : Pago por evento **Fecha Ingreso** : 15/07/2026 **Fecha Egreso** : 15/07/2026
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: bb2abfc7512c0abf81bf0a1513e2f97567e03ee6ac382b0e981c578a6cfecdf4c038063b4d1dd917359dc3b70a0d274c

FECHA Y HORA ENVIO DIAN : 04/08/2026 06:41:37 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 105927

Autorización de Servicio: 2026062273854

Datos de la Entidad

Entidad : DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA
Fecha Elab. : Agosto 4 de 2026
NIT : 901541137-1 **Telefono Entidad** : 3102133692
Forma de pago : CREDITO
Dirección : AV QUEBRADA SECA 33A 207
Fecha Vencimiento: 03/10/2026

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 : 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** : 23/07/2026 **Fecha Egreso** : 23/07/2026
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: 726764d6b894204c7dbac7afda6dba7a0bfd1601fc194a09e785fa633042818532618d88a04ebc4ea259aa0873e4cf3d

FECHA Y HORA ENVIO DIAN : 04/08/2026 06:41:41 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 105929

Autorización de Servicio: 2026072558441

Datos de la Entidad

Entidad : DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA
Fecha Elab. : Agosto 4 de 2026
NIT : 901541137-1 **Telefono Entidad** : 3102133692
Forma de pago : CREDITO
Dirección : AV QUEBRADA SECA 33A 207
Fecha Vencimiento: 03/10/2026

Datos del Usuario

Primer Nombre : EFERSON **Segundo Nombre** : **Primer Apellido** : SOTO **Segundo Apellido** : PATIÑO
Documento : CC 1099549944 **Edad** : 32 Años **Sexo** : M **Telefono** :
Dirección :

Contrato : 402-DIGSA/DMBUG-2025 **Fecha Inicio** : 22/09/2025 **Fecha Vto** : 30/09/2026
Programa : PROCEDIMIENTO **Tipo de Pago** : Pago por evento **Fecha Ingreso** : 23/07/2026 **Fecha Egreso** : 23/07/2026
Tipo Usuario : Especiales o de Excepción Cotizante **Cobertura** : Cobertura Régimen Especial o Excepción

CODIGO	DESCRIPCION DEL SERVICIO	VLR. UNIDAD	CANT	VLR. TOTAL	VLR. USUARIO	VLR. EMPRESA
903838	GAMMA GLUTAMIL TRANSFERASA [GGT]	8,523.00	1.00	8,523.00	0.00	8,523.00

SON : OCHO MIL QUINIENTOS VEINTITRES PESOS

OBSERVACIONES:

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

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

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

FIRMA Y SELLO DE RECIBIDO

Cufe: 05ec249b75eb91067bc83b417e85ab9ebea0f39010cca908758278647cfd1fce9a2ac47140b6ef28c5594274e44dcb69

FECHA Y HORA ENVIO DIAN : 04/08/2026 06:41:49 p.m.

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

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

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

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

Factura Electronica de Venta No.:

CF 105930

Autorización de Servicio: 2026072448195

Datos de la Entidad

Entidad : DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA
Fecha Elab. : Agosto 4 de 2026
NIT : 901541137-1 **Telefono Entidad** : 3102133692
Forma de pago : CREDITO
Dirección : AV QUEBRADA SECA 33A 207
Fecha Vencimiento: 03/10/2026

Datos del Usuario

Primer Nombre : NAILA **Segundo Nombre** : LEANDRA **Primer Apellido** : CASADIEGOS **Segundo Apellido** : GALVAN
Documento : CC 1091664943 **Edad** : 34 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** : 16/07/2026 **Fecha Egreso** : 16/07/2026
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: 485efe4c5d803490d9a5948a89b8d1a31077b4856a270007930477a5764b836404c4c798ada5e29867a99f14700425d1

FECHA Y HORA ENVIO DIAN : 04/08/2026 06:41:53 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 105931

Autorización de Servicio: 2026051956676

Datos de la Entidad

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

Fecha Elab. : Agosto 4 de 2026
Forma de pago : CREDITO
Fecha Vencimiento: 03/10/2026

Datos del Usuario

Primer Nombre : LUIS **Segundo Nombre** : CARLOS **Primer Apellido** : BENAVIDES **Segundo Apellido** : QUINTERO
Documento : CC 98381234 **Edad** : 54 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** : 28/07/2026 **Fecha Egreso** : 28/07/2026
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
903016	FERRITINA	14,550.00	1.00	14,550.00	0.00	14,550.00
903833	FOSFATASA ALCALINA	4,101.00	1.00	4,101.00	0.00	4,101.00
903838	GAMMA GLUTAMIL TRANSFERASA [GGT]	8,523.00	1.00	8,523.00	0.00	8,523.00
903864	SODIO	5,679.00	1.00	5,679.00	0.00	5,679.00
906602	ALFA FETOPROTEINA [AFP] SERICA	28,581.00	1.00	28,581.00	0.00	28,581.00

SON : SESENTA Y OCHO MIL SETECIENTOS CINCUENTA Y NUEVE PESOS

OBSERVACIONES:

Subtotal	68,759.00
Cuota Mod.	0.00
Total a Pagar	**68,759.00**

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: 0174adaed617fc9f1e749f9c5c5916c023d45095a356a12d78f38cfcfa4291201633bae85f559e4d0c5517932f536188

FECHA Y HORA ENVIO DIAN : 04/08/2026 06:41:57 p.m.

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

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

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

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

Factura Electronica de Venta No.:

CF 105932

Autorización de Servicio: 2026072654778

Datos de la Entidad

Entidad : DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA
Fecha Elab. : Agosto 4 de 2026
NIT : 901541137-1 **Telefono Entidad** : 3102133692
Forma de pago : CREDITO
Dirección : AV QUEBRADA SECA 33A 207
Fecha Vencimiento: 03/10/2026

Datos del Usuario

Primer Nombre : JAVIER **Segundo Nombre** : EDUARDO **Primer Apellido** : ITAS **Segundo Apellido** : ANACONA
Documento : CC 10308500 **Edad** : 40 Años **Sexo** : M **Telefono** :
Dirección :

Contrato : 402-DIGSA/DMBUG-2025 **Fecha Inicio** : 22/09/2025 **Fecha Vto** : 30/09/2026
Programa : PROCEDIMIENTO **Tipo de Pago** : Pago por evento **Fecha Ingreso** : 28/07/2026 **Fecha Egreso** : 28/07/2026
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: a18e51f81afd6c5f39a656a9246db956f610a42b424c7794f80545d9c56fc82c31b2d4d1a8b1ebbffa2be6a438bb04da

FECHA Y HORA ENVIO DIAN : 04/08/2026 06:42:01 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 105933

Autorización de Servicio: 2026041322153

Datos de la Entidad

Entidad : DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA
Fecha Elab. : Agosto 5 de 2026
NIT : 901541137-1 **Telefono Entidad** : 3102133692
Forma de pago : CREDITO
Dirección : AV QUEBRADA SECA 33A 207
Fecha Vencimiento: 04/10/2026

Datos del Usuario

Primer Nombre : JOSE **Segundo Nombre** : EDUARDO **Primer Apellido** : PINEDA **Segundo Apellido** : LEMUS
Documento : TI 1092184646 **Edad** : 13 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** : 30/07/2026 **Fecha Egreso** : 30/07/2026
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
903016	FERRITINA	5,269.00	1.00	5,269.00	0.00	5,269.00
903821	CREATIN QUINASA TOTAL CK- CPK	8,500.00	1.00	8,500.00	0.00	8,500.00
904921	TIROXINA LIBRE [T4L]	13,106.00	1.00	13,106.00	0.00	13,106.00

SON : VEINTISEIS MIL OCHOCIENTOS SETENTA Y CINCO PESOS

OBSERVACIONES:

Subtotal	26,875.00
Cuota Mod.	0.00
Total a Pagar	**26,875.00**

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: e9170e5b92bac4c50a852ae687d7a43707a2b1d56ed9b5b90f32f9baaf53fcf918a35cb5ab32ec2b8cfcb2ebdde52921

FECHA Y HORA ENVIO DIAN : 05/08/2026 06:20:30 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 105937

Autorización de Servicio: 2026072674244

Datos de la Entidad

Entidad : DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA
Fecha Elab. : Agosto 6 de 2026
NIT : 901541137-1 **Telefono Entidad** : 3102133692
Forma de pago : CREDITO
Dirección : AV QUEBRADA SECA 33A 207
Fecha Vencimiento: 05/10/2026

Datos del Usuario

Primer Nombre : QUERUBIN **Segundo Nombre** : ANGEL **Primer Apellido** : QUEVEDO **Segundo Apellido** : VELASQUEZ
Documento : CC 1121860693 **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** : 31/07/2026 **Fecha Egreso** : 31/07/2026
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]	5,812.00	1.00	5,812.00	0.00	5,812.00

SON : TRECE MIL CIENTO TREINTA Y SIETE PESOS

OBSERVACIONES:

Subtotal	13,137.00
Cuota Mod.	0.00
Total a Pagar	**13,137.00**

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: d3d0b3eecadce76c14ee770d2efd2cf3980f2d7256e8d97fb0d0adff89e986546d55dd58a7c5e78b6600e21543588c64

FECHA Y HORA ENVIO DIAN : 06/08/2026 08:02:43 a.m.

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