

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA Nro: BQ - 218

|             |                                     |                             |                         |
|-------------|-------------------------------------|-----------------------------|-------------------------|
| CC o NIT:   | 860002503-2                         | Forma de Pago:              | Crédito                 |
| Cliente:    | SEGUROS BOLIVAR S.A.                | Medios de Pago:             | Efectivo                |
| Régimen:    | No Responsable de IVA               | Plazo Para Pagar:           | 30 Dias                 |
| Obligación: | No aplica - Otros                   | Fecha Vencimiento:          | 2026-05-10              |
| Dirección:  | AV EL DORADO 68B-31                 | Vendedor:                   | MEDICAL HOMECARE S.A.S. |
| Ciudad:     | Valledupar - Colombia               | Inicio Periodo Facturación: | 2026-03-06              |
| Teléfono:   | 3410077                             | Fin Periodo Facturación:    | 2026-04-09              |
| Email:      | saludsegurosbolivar@grupoasd.com.co |                             |                         |

| INFORMACION REFERENCIAL SECTOR SALUD |                                                        |                                                                                          |                                                                     |                                                                                           |
|--------------------------------------|--------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|
| Cod Prestador                        | Datos Usuario                                          | Info. Contrat./Cobertura                                                                 | Nros. Autoriz./MIPRES                                               | Info. de Pagos                                                                            |
| 2000101395                           | Nro ID:<br>Nombre:<br>Tipo Documento:<br>Tipo Usuario: | Modalidad Contratación: Pago por evento.<br>Nro. Contrato:<br>Cobertura: Cobertura ADRES | Nros Autorización:<br>Nro MIPRES:<br>Entrega MIPRES:<br>Nro Poliza: | Copago: 0.00<br>Cuota Moderadora: 20,000.00<br>Pagos Compartidos: 0.00<br>Anticipos: 0.00 |

| # | Código  | Descripción                                                | Cantidad | UM                  | Val. Unit  | IVA/IC | Dcto | %    | Val. Item  |
|---|---------|------------------------------------------------------------|----------|---------------------|------------|--------|------|------|------------|
| 1 | F890101 | (890101) ATENCION VISITA DOMICILIARIA POR MEDICINA GENERAL | 1.00     | pie cúbico por hora | 100,000.00 | 0.00   | 0.00 | 0.00 | 100,000.00 |

| Impuestos |            |            |       | Retenciones |      |            |       | Totales                     |            |
|-----------|------------|------------|-------|-------------|------|------------|-------|-----------------------------|------------|
| Tipo      | Base       | Porcentaje | Valor | Tipo        | Base | Porcentaje | Valor | Concepto                    | Valor      |
| IVA       | 100,000.00 | 0.00%      | 0.00  |             |      |            |       | Nro Lineas:                 | 1          |
|           |            |            |       |             |      |            |       | Base:                       | 100,000.00 |
|           |            |            |       |             |      |            |       | Impuestos:                  | 0.00       |
|           |            |            |       |             |      |            |       | Retenciones:                | 0.00       |
|           |            |            |       |             |      |            |       | Descuentos En Lineas:       | 0.00       |
|           |            |            |       |             |      |            |       | Descuentos Globales:        | 0.00       |
|           |            |            |       |             |      |            |       | Total Factura - Descuentos: | 100,000.00 |
|           |            |            |       |             |      |            |       | Total a Pagar               | 100,000.00 |

SON: CIENT MIL PESOS CON CERO CENTAVOS M/CTE\*\*\*\*\*.

|                                                 |
|-------------------------------------------------|
| NOTAS:                                          |
| SERVICIO MÉDICO PRESTADO - FACTURA SECTOR SALUD |