

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA Nro: BQ - 445

|             |                                              |                             |                         |
|-------------|----------------------------------------------|-----------------------------|-------------------------|
| CC o NIT:   | 830003564-7                                  | Forma de Pago:              | Crédito                 |
| Cliente:    | EPS FAMISANAR S A S                          | Medios de Pago:             | Efectivo                |
| Régimen:    | No Responsable de IVA                        | Plazo Para Pagar:           | 30 Días                 |
| Obligación: | No aplica - Otros                            | Fecha Vencimiento:          | 2026-05-14              |
| Dirección:  | CALLE 78 # 13 A 07                           | Vendedor:                   | MEDICAL HOMECARE S.A.S. |
| Ciudad:     | Valledupar - Colombia                        | Inicio Periodo Facturación: | 2026-03-02              |
| Teléfono:   | 3078069                                      | Fin Periodo Facturación:    | 2026-04-13              |
| Email:      | cuentas.medicas@facturacion.famisanar.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: 19<br>Cobertura: Cobertura ADRES | Nros Autorización:<br>Nro MIPRES:<br>Entrega MIPRES:<br>Nro Poliza: | Copago: 0.00<br>Cuota Moderadora: 0.00<br>Pagos Compartidos: 0.00<br>Anticipos: 0.00 |

| # | Código | Descripción                                        | Cantidad | UM                  | Val. Unit | IVA/IC | Dcto | %    | Val. Item |
|---|--------|----------------------------------------------------|----------|---------------------|-----------|--------|------|------|-----------|
| 1 | 890105 | TARIFA DE DESPLAZAMIENTO PARA ASISTENCIA DOMICILIA | 7.00     | pie cúbico por hora | 10,000.00 | 0.00   | 0.00 | 0.00 | 70,000.00 |

| Impuestos |           |            |       | Retenciones |      |            |       | Totales                     |           |
|-----------|-----------|------------|-------|-------------|------|------------|-------|-----------------------------|-----------|
| Tipo      | Base      | Porcentaje | Valor | Tipo        | Base | Porcentaje | Valor | Concepto                    | Valor     |
| IVA       | 70,000.00 | 0.00%      | 0.00  |             |      |            |       | Nro Lineas:                 | 1         |
|           |           |            |       |             |      |            |       | Base:                       | 70,000.00 |
|           |           |            |       |             |      |            |       | Impuestos:                  | 0.00      |
|           |           |            |       |             |      |            |       | Retenciones:                | 0.00      |
|           |           |            |       |             |      |            |       | Descuentos En Lineas:       | 0.00      |
|           |           |            |       |             |      |            |       | Descuentos Globales:        | 0.00      |
|           |           |            |       |             |      |            |       | Total Factura - Descuentos: | 70,000.00 |
|           |           |            |       |             |      |            |       | Total a Pagar               | 70,000.00 |

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

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