

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA Nro: BQ - 71

|             |                                                                         |                             |                         |
|-------------|-------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-------------------------|
| CC o NIT:   | 824001398-1                                                             | Forma de Pago:              | Crédito                 |
| Cliente:    | ASOCIACION DE CABILDOS INDIGENAS DEL CESAR Y LA GUAJIRA - DUSAKAWI EPSI | Medios de Pago:             | Efectivo                |
| Régimen:    | No Responsable de IVA                                                   | Plazo Para Pagar:           | 30 Dias                 |
| Obligación: | No aplica - Otros                                                       | Fecha Vencimiento:          | 2026-05-06              |
| Dirección:  | Calle 8 No 17 - 17 Barrio Pontevedra                                    | Vendedor:                   | MEDICAL HOMECARE S.A.S. |
| Ciudad:     | Valledupar - Colombia                                                   | Inicio Periodo Facturación: | 2026-02-01              |
| Teléfono:   | 5700373                                                                 | Fin Periodo Facturación:    | 2026-04-06              |
| Email:      | facturacionelectronica@dusakawiepsi.com                                 |                             |                         |

| 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: 7<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 | 133M01 | INTERNACION DE PACIENTE CRONICO TERMINAL CON VENTILADOR COMPLEJIDAD MEDIANA | 15.00    | pie cúbico por hora | 650,000.00 | 0.00   | 0.00 | 0.00 | 9,750,000.00 |
| 2 | 37401  | CURACION DE LESION EN PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO SOD                  | 15.00    | pie cúbico por hora | 40,000.00  | 0.00   | 0.00 | 0.00 | 600,000.00   |

| Impuestos |               |            |       | Retenciones |      |            |       | Totales                     |               |
|-----------|---------------|------------|-------|-------------|------|------------|-------|-----------------------------|---------------|
| Tipo      | Base          | Porcentaje | Valor | Tipo        | Base | Porcentaje | Valor | Concepto                    | Valor         |
| IVA       | 10,350,000.00 | 0.00%      | 0.00  |             |      |            |       | Nro Lineas:                 | 2             |
|           |               |            |       |             |      |            |       | Base:                       | 10,350,000.00 |
|           |               |            |       |             |      |            |       | Impuestos:                  | 0.00          |
|           |               |            |       |             |      |            |       | Retenciones:                | 0.00          |
|           |               |            |       |             |      |            |       | Descuentos En Lineas:       | 0.00          |
|           |               |            |       |             |      |            |       | Descuentos Globales:        | 0.00          |
|           |               |            |       |             |      |            |       | Total Factura - Descuentos: | 10,350,000.00 |
|           |               |            |       |             |      |            |       | Total a Pagar               | 10,350,000.00 |

SON: DIEZ MILLONES TRESCIENTOS CINCUENTA MIL PESOS CON CERO CENTAVOS M/CTE\*\*\*\*\*.

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