

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA Nro: BQ - 817

|             |                                                                         |                             |                         |
|-------------|-------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-------------------------|
| 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 Días                 |
| Obligación: | No aplica - Otros                                                       | Fecha Vencimiento:          | 2026-05-16              |
| Dirección:  | Calle 8 No 17 - 17 Barrio Pontevedra                                    | Vendedor:                   | MEDICAL HOMECARE S.A.S. |
| Ciudad:     | Valledupar - Colombia                                                   | Inicio Periodo Facturación: | 2026-03-16              |
| Teléfono:   | 5700373                                                                 | Fin Periodo Facturación:    | 2026-04-16              |
| Email:      | radicacionelectronica@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:<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 | 890101 | (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   |
| 2 | 890111 | ATENCION VISITA DOMICILIARIA POR FISIOTERAPIA               | 10.00    | pie cúbico por hora | 45,000.00  | 0.00   | 0.00 | 0.00 | 450,000.00   |
| 3 | 890110 | ATENCION VISITA DOMICILIARIA POR FONIATRIA Y FONOAUDIOLOGIA | 8.00     | pie cúbico por hora | 45,000.00  | 0.00   | 0.00 | 0.00 | 360,000.00   |
| 4 | 890113 | ATENCION VISITA DOMICILIARIA POR TERAPIA OCUPACIONAL        | 8.00     | pie cúbico por hora | 45,000.00  | 0.00   | 0.00 | 0.00 | 360,000.00   |
| 5 | 890105 | ATENCION VISITA DOMICILIARIA POR ENFERMERIA                 | 16.00    | pie cúbico por hora | 250,000.00 | 0.00   | 0.00 | 0.00 | 4,000,000.00 |

| Impuestos |              |            |       | Retenciones |      |            |       | Totales                     |              |
|-----------|--------------|------------|-------|-------------|------|------------|-------|-----------------------------|--------------|
| Tipo      | Base         | Porcentaje | Valor | Tipo        | Base | Porcentaje | Valor | Concepto                    | Valor        |
| IVA       | 5,270,000.00 | 0.00%      | 0.00  |             |      |            |       | Nro Lineas:                 | 5            |
|           |              |            |       |             |      |            |       | Base:                       | 5,270,000.00 |
|           |              |            |       |             |      |            |       | Impuestos:                  | 0.00         |
|           |              |            |       |             |      |            |       | Retenciones:                | 0.00         |
|           |              |            |       |             |      |            |       | Descuentos En Lineas:       | 0.00         |
|           |              |            |       |             |      |            |       | Descuentos Globales:        | 0.00         |
|           |              |            |       |             |      |            |       | Total Factura - Descuentos: | 5,270,000.00 |
|           |              |            |       |             |      |            |       | Total a Pagar               | 5,270,000.00 |

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

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