

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA Nro: BQ - 845

|             |                                   |                             |                         |                                                                                     |
|-------------|-----------------------------------|-----------------------------|-------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| CC o NIT:   | 899999068-1                       | Forma de Pago:              | Contado                 |  |
| Cliente:    | ECOPETROL S.A.                    | Medios de Pago:             | Crédito ACH             |                                                                                     |
| Régimen:    | No Responsable de IVA             | Plazo Para Pagar:           | 30 Días                 |                                                                                     |
| Obligación: | No aplica - Otros                 | Fecha Vencimiento:          | 2026-05-21              |                                                                                     |
| Dirección:  | CARRERA 13 - 36 - 24              | Vendedor:                   | MEDICAL HOMECARE S.A.S. |                                                                                     |
| Ciudad:     | Valledupar - Colombia             | Inicio Periodo Facturación: | 2026-02-01              |                                                                                     |
| Teléfono:   | 343314                            | Fin Periodo Facturación:    | 2026-04-16              |                                                                                     |
| Email:      | facturacionsalud@ecopetrol.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: CW343138<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 | 890135 | CUIDADO DE AUXILIAR DE ENFERMERIA SERVICIO POR 12 HORAS | 28.00    | Unidad | 140,000.00 | 0.00   | 0.00 | 0.00 | 3,920,000.00 |

| Impuestos |              |            |       | Retenciones |      |            |       | Totales                     |              |
|-----------|--------------|------------|-------|-------------|------|------------|-------|-----------------------------|--------------|
| Tipo      | Base         | Porcentaje | Valor | Tipo        | Base | Porcentaje | Valor | Concepto                    | Valor        |
| IVA       | 3,920,000.00 | 0.00%      | 0.00  |             |      |            |       | Nro Lineas:                 | 1            |
|           |              |            |       |             |      |            |       | Base:                       | 3,920,000.00 |
|           |              |            |       |             |      |            |       | Impuestos:                  | 0.00         |
|           |              |            |       |             |      |            |       | Retenciones:                | 0.00         |
|           |              |            |       |             |      |            |       | Descuentos En Lineas:       | 0.00         |
|           |              |            |       |             |      |            |       | Descuentos Globales:        | 0.00         |
|           |              |            |       |             |      |            |       | Total Factura - Descuentos: | 3,920,000.00 |
|           |              |            |       |             |      |            |       | Total a Pagar               | 3,920,000.00 |

SON: TRES MILLONES NOVECIENTOS VEINTE MIL PESOS CON CERO CENTAVOS M/CTE\*\*\*\*\*.

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