

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA Nro: SM - 240

|             |                                              |                             |                         |
|-------------|----------------------------------------------|-----------------------------|-------------------------|
| CC o NIT:   | 830003564-7                                  | Forma de Pago:              | Contado                 |
| Cliente:    | EPS FAMISANAR S A S                          | Medios de Pago:             | Crédito ACH             |
| Régimen:    | No Responsable de IVA                        | Plazo Para Pagar:           | 30 Dias                 |
| Obligación: | No aplica - Otros                            | Fecha Vencimiento:          | 2026-05-30              |
| Dirección:  | CALLE 78 # 13 A 07                           | Vendedor:                   | MEDICAL HOMECARE S.A.S. |
| Ciudad:     | Valledupar - Colombia                        | Inicio Periodo Facturación: | 2026-03-12              |
| Teléfono:   | 3078069                                      | Fin Periodo Facturación:    | 2026-04-27              |
| 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:<br>Cobertura: Plan de beneficios en salud<br>financiado con UPC | 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 | 8901130000 | ATENCION (VISITA) DIMICILIARIA POR TERAPISTA OCUPACIONAL | 12.00    | Unidad | 35,000.00 | 0.00   | 0.00 | 0.00 | 420,000.00 |

| Impuestos |            |            |       | Retenciones |      |            |       | Totales                     |            |
|-----------|------------|------------|-------|-------------|------|------------|-------|-----------------------------|------------|
| Tipo      | Base       | Porcentaje | Valor | Tipo        | Base | Porcentaje | Valor | Concepto                    | Valor      |
| IVA       | 420,000.00 | 0.00%      | 0.00  |             |      |            |       | Nro Lineas:                 | 1          |
|           |            |            |       |             |      |            |       | Base:                       | 420,000.00 |
|           |            |            |       |             |      |            |       | Impuestos:                  | 0.00       |
|           |            |            |       |             |      |            |       | Retenciones:                | 0.00       |
|           |            |            |       |             |      |            |       | Descuentos En Lineas:       | 0.00       |
|           |            |            |       |             |      |            |       | Descuentos Globales:        | 0.00       |
|           |            |            |       |             |      |            |       | Total Factura - Descuentos: | 420,000.00 |
|           |            |            |       |             |      |            |       | Total a Pagar               | 420,000.00 |

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

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