

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA Nro: SM - 825

|             |                                              |                             |                         |
|-------------|----------------------------------------------|-----------------------------|-------------------------|
| 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:          | 2026-07-20              |
| Dirección:  | CALLE 78 # 13 A 07                           | Vendedor:                   | MEDICAL HOMECARE S.A.S. |
| Ciudad:     | Valledupar - Colombia                        | Inicio Periodo Facturación: | 2026-05-21              |
| Teléfono:   | 3078069                                      | Fin Periodo Facturación:    | 2026-05-21              |
| 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: S13103103943<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 | 890106 | ATENCION (VISITA) DOMICILIARIA POR NUTRICIONISTA | 1.00     | Unidad | 39,000.00 | 0.00   | 0.00 | 0.00 | 39,000.00 |

| Impuestos |           |            |       | Retenciones |      |            |       | Totales                     |           |
|-----------|-----------|------------|-------|-------------|------|------------|-------|-----------------------------|-----------|
| Tipo      | Base      | Porcentaje | Valor | Tipo        | Base | Porcentaje | Valor | Concepto                    | Valor     |
| IVA       | 39,000.00 | 0.00%      | 0.00  |             |      |            |       | Nro Lineas:                 | 1         |
|           |           |            |       |             |      |            |       | Base:                       | 39,000.00 |
|           |           |            |       |             |      |            |       | Impuestos:                  | 0.00      |
|           |           |            |       |             |      |            |       | Retenciones:                | 0.00      |
|           |           |            |       |             |      |            |       | Descuentos En Lineas:       | 0.00      |
|           |           |            |       |             |      |            |       | Descuentos Globales:        | 0.00      |
|           |           |            |       |             |      |            |       | Total Factura - Descuentos: | 39,000.00 |
|           |           |            |       |             |      |            |       | Total a Pagar               | 39,000.00 |

SON: TREINTA Y NUEVE MIL PESOS CON CERO CENTAVOS M/CTE\*\*\*\*\*.

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