

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA Nro: VU - 1334

|             |                                        |                             |                         |
|-------------|----------------------------------------|-----------------------------|-------------------------|
| CC o NIT:   | 901352676-7                            | Forma de Pago:              | Contado                 |
| Cliente:    | HOTEL SIERRA NEVADA B&B 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 4 N # 19D - 64 ALTOS DEL ROSARIO | Vendedor:                   | MEDICAL HOMECARE S.A.S. |
| Ciudad:     | Valledupar - Colombia                  | Inicio Periodo Facturación: | 2026-06-21              |
| Teléfono:   | 5860472                                | Fin Periodo Facturación:    | 2026-07-20              |
| Email:      | hotelsierranevadasas@gmail.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: Plan de beneficios en salud 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 | 200010101 | SERVICIO DE AREA PROTEGIDA | 1.00     | Unidad | 150,000.00 | 0.00   | 0.00 | 0.00 | 150,000.00 |

| Impuestos |            |            |       | Retenciones |      |            |       | Totales                     |            |
|-----------|------------|------------|-------|-------------|------|------------|-------|-----------------------------|------------|
| Tipo      | Base       | Porcentaje | Valor | Tipo        | Base | Porcentaje | Valor | Concepto                    | Valor      |
| IVA       | 150,000.00 | 0.00%      | 0.00  |             |      |            |       | Nro Lineas:                 | 1          |
|           |            |            |       |             |      |            |       | Base:                       | 150,000.00 |
|           |            |            |       |             |      |            |       | Impuestos:                  | 0.00       |
|           |            |            |       |             |      |            |       | Retenciones:                | 0.00       |
|           |            |            |       |             |      |            |       | Descuentos En Lineas:       | 0.00       |
|           |            |            |       |             |      |            |       | Descuentos Globales:        | 0.00       |
|           |            |            |       |             |      |            |       | Total Factura - Descuentos: | 150,000.00 |
|           |            |            |       |             |      |            |       | Total a Pagar               | 150,000.00 |

SON: CIENTO CINCUENTA MIL PESOS CON CERO CENTAVOS M/CTE\*\*\*\*\*.

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