

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA Nro: VU - 1397

|             |                                                 |                             |                         |
|-------------|-------------------------------------------------|-----------------------------|-------------------------|
| CC o NIT:   | 900226715-3                                     | Forma de Pago:              | Contado                 |
| Cliente:    | COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD             | Medios de Pago:             | Crédito ACH             |
| Régimen:    | No Responsable de IVA                           | Plazo Para Pagar:           | 30 Días                 |
| Obligación: | No aplica - Otros                               | Fecha Vencimiento:          | 2026-08-02              |
| Dirección:  | AV SAN MATIN CLL 11 ESQ NORTE PISO 8 GRUPO AREA | Vendedor:                   | MEDICAL HOMECARE S.A.S. |
| Ciudad:     | Valledupar - Colombia                           | Inicio Periodo Facturación: | 2026-06-01              |
| Teléfono:   | 3164544868                                      | Fin Periodo Facturación:    | 2026-06-30              |
| Email:      | pgonzalez@coosalud.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: 20001C32060708-24<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 | 500116 | SERVICIO DE ALOJAMIENTO Y ALIMENTACION DIARIA PACIENTE | 30.00    | Unidad | 100,000.00 | 0.00   | 0.00 | 0.00 | 3,000,000.00 |

| Impuestos |              |            |       | Retenciones |      |            |       | Totales                     |              |
|-----------|--------------|------------|-------|-------------|------|------------|-------|-----------------------------|--------------|
| Tipo      | Base         | Porcentaje | Valor | Tipo        | Base | Porcentaje | Valor | Concepto                    | Valor        |
| IVA       | 3,000,000.00 | 0.00%      | 0.00  |             |      |            |       | Nro Lineas:                 | 1            |
|           |              |            |       |             |      |            |       | Base:                       | 3,000,000.00 |
|           |              |            |       |             |      |            |       | Impuestos:                  | 0.00         |
|           |              |            |       |             |      |            |       | Retenciones:                | 0.00         |
|           |              |            |       |             |      |            |       | Descuentos En Lineas:       | 0.00         |
|           |              |            |       |             |      |            |       | Descuentos Globales:        | 0.00         |
|           |              |            |       |             |      |            |       | Total Factura - Descuentos: | 3,000,000.00 |
|           |              |            |       |             |      |            |       | Total a Pagar               | 3,000,000.00 |

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

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