

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA Nro: VU - 16

|             |                                    |                             |                         |
|-------------|------------------------------------|-----------------------------|-------------------------|
| CC o NIT:   | 901292407-4                        | Forma de Pago:              | Contado                 |
| Cliente:    | KOM CARE IPS SAS                   | Medios de Pago:             | Crédito ACH             |
| Régimen:    | No Responsable de IVA              | Plazo Para Pagar:           | 30 Días                 |
| Obligación: | No aplica - Otros                  | Fecha Vencimiento:          | 2026-06-10              |
| Dirección:  | CR 11 A 98 50 P 6                  | Vendedor:                   | MEDICAL HOMECARE S.A.S. |
| Ciudad:     | Valledupar - Colombia              | Inicio Periodo Facturación: | 2026-03-14              |
| Teléfono:   |                                    | Fin Periodo Facturación:    | 2026-05-11              |
| Email:      | fcelectronica@ikeasistencia.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: 0001<br>Cobertura: Cobertura Póliza SOAT |  | 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 | 890101 | (890101) ATENCION VISITA DOMICILIARIA POR MEDICINA GENERAL | 1.00     | Unidad | 160,000.00 | 0.00   | 0.00 | 0.00 | 160,000.00 |

| Impuestos |            |            |       | Retenciones |      |            |       | Totales                     |            |
|-----------|------------|------------|-------|-------------|------|------------|-------|-----------------------------|------------|
| Tipo      | Base       | Porcentaje | Valor | Tipo        | Base | Porcentaje | Valor | Concepto                    | Valor      |
| IVA       | 160,000.00 | 0.00%      | 0.00  |             |      |            |       | Nro Lineas:                 | 1          |
|           |            |            |       |             |      |            |       | Base:                       | 160,000.00 |
|           |            |            |       |             |      |            |       | Impuestos:                  | 0.00       |
|           |            |            |       |             |      |            |       | Retenciones:                | 0.00       |
|           |            |            |       |             |      |            |       | Descuentos En Lineas:       | 0.00       |
|           |            |            |       |             |      |            |       | Descuentos Globales:        | 0.00       |
|           |            |            |       |             |      |            |       | Total Factura - Descuentos: | 160,000.00 |
|           |            |            |       |             |      |            |       | Total a Pagar               | 160,000.00 |

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

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