

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA Nro: VU - 1967

|             |                                   |                             |                         |
|-------------|-----------------------------------|-----------------------------|-------------------------|
| CC o NIT:   | 899999068-1                       | Forma de Pago:              | Contado                 |
| Cliente:    | ECOPETROL S.A.                    | Medios de Pago:             | Crédito ACH             |
| Régimen:    | No Responsable de IVA             | Plazo Para Pagar:           | 30 Dias                 |
| Obligación: | No aplica - Otros                 | Fecha Vencimiento:          | 2026-08-23              |
| Dirección:  | CARRERA 13 - 36 - 24              | Vendedor:                   | MEDICAL HOMECARE S.A.S. |
| Ciudad:     | Valledupar - Colombia             | Inicio Periodo Facturación: | 2026-03-31              |
| Teléfono:   | 343314                            | Fin Periodo Facturación:    | 2026-03-31              |
| Email:      | facturacionsalud@ecopetrol.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>1b7fceb913764cdf53c804e18ed7152662dde62d72ef5ccad92ba9e6bb5bb3fd<br>Cobertura: Cobertura ADRES | 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 | 890105100069 | TOMA DE MUESTRA LABORATORIOS CLINICO A DOMICILIO                                                                         | 1.00     | Unidad | 47,000.00 | 0.00   | 0.00 | 0.00 | 47,000.00 |
| 2 | 890105100056 | TOMA DE MUESTRA LABORATORIOS CLINICO A DOMICILIO                                                                         | 1.00     | Unidad | 47,000.00 | 0.00   | 0.00 | 0.00 | 47,000.00 |
| 3 | 890105100069 | HEMOGRAMA IV ( HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUERDO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTOS DE PLAQUETAS) | 1.00     | Unidad | 37,900.00 | 0.00   | 0.00 | 0.00 | 37,900.00 |
| 4 | 890105100056 | HEMOGRAMA IV ( HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUERDO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTOS DE PLAQUETAS) | 1.00     | Unidad | 37,900.00 | 0.00   | 0.00 | 0.00 | 37,900.00 |

| Impuestos |            |            |       | Retenciones |      |            |       | Totales                     |            |
|-----------|------------|------------|-------|-------------|------|------------|-------|-----------------------------|------------|
| Tipo      | Base       | Porcentaje | Valor | Tipo        | Base | Porcentaje | Valor | Concepto                    | Valor      |
| IVA       | 169,800.00 | 0.00%      | 0.00  |             |      |            |       | Nro Lineas:                 | 4          |
|           |            |            |       |             |      |            |       | Base:                       | 169,800.00 |
|           |            |            |       |             |      |            |       | Impuestos:                  | 0.00       |
|           |            |            |       |             |      |            |       | Retenciones:                | 0.00       |
|           |            |            |       |             |      |            |       | Descuentos En Lineas:       | 0.00       |
|           |            |            |       |             |      |            |       | Descuentos Globales:        | 0.00       |
|           |            |            |       |             |      |            |       | Total Factura - Descuentos: | 169,800.00 |
|           |            |            |       |             |      |            |       | Total a Pagar               | 169,800.00 |

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

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