

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA Nro: VU - 727

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:	2026-07-04
Dirección:	AV SAN MATIN CLL 11 ESQ NORTE PISO 8 GRUPO AREA	Vendedor:	MEDICAL HOMECARE S.A.S.
Ciudad:	Valledupar - Colombia	Inicio Periodo Facturación:	2026-05-05
Teléfono:	3164544868	Fin Periodo Facturación:	2026-06-03
Email:	pgonzalez@coosalud.com		



INFORMACION REFERENCIAL SECTOR SALUD				
Cod Prestador	Datos Usuario	Info. Contrat./Cobertura	Nros. Autoriz./MIPRES	Info. de Pagos
2000101395	Nro ID: Nombre: Tipo Documento: Tipo Usuario:	Modalidad Contratación: Pago por evento. Nro. Contrato: 20001C32060708-24 Cobertura: Plan de beneficios en salud financiado con UPC	Nros Autorización: Nro MIPRES: Entrega MIPRES: Nro Poliza:	Copago: 0.00 Cuota Moderadora: 0.00 Pagos Compartidos: 0.00 Anticipos: 0.00

#	Código	Descripción	Cantidad	UM	Val. Unit	IVA/IC	Dcto	%	Val. Item
1	8901012	(P890101-2 PAQUETE VISITA DOMICILIRIA PACIENTE FALLECIDO (CERTIFICADO DE DEFUNCION)	1.00	Unidad	215,000.00	0.00	0.00	0.00	215,000.00

Impuestos				Retenciones				Totales	
Tipo	Base	Porcentaje	Valor	Tipo	Base	Porcentaje	Valor	Concepto	Valor
IVA	215,000.00	0.00%	0.00					Nro Lineas:	1
								Base:	215,000.00
								Impuestos:	0.00
								Retenciones:	0.00
								Descuentos En Lineas:	0.00
								Descuentos Globales:	0.00
								Total Factura - Descuentos:	215,000.00
								Total a Pagar	215,000.00

SON: DOSCIENTOS QUINCE MIL PESOS CON CERO CENTAVOS M/CTE*****.

NOTAS:
SERVICIO MÉDICO PRESTADO - FACTURA SECTOR SALUD