

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA Nro: VU - 734

|             |                                    |                             |                         |
|-------------|------------------------------------|-----------------------------|-------------------------|
| CC o NIT:   | 901543211-6                        | Forma de Pago:              | Contado                 |
| Cliente:    | PROTEGER EPS SAS                   | Medios de Pago:             | Crédito ACH             |
| Régimen:    | No Responsable de IVA              | Plazo Para Pagar:           | 30 Dias                 |
| Obligación: | No aplica - Otros                  | Fecha Vencimiento:          | 2026-07-04              |
| Dirección:  | CALLE 44 nO. 46 32<br>BARRANQUILLA | Vendedor:                   | MEDICAL HOMECARE S.A.S. |
| Ciudad:     | Valledupar - Colombia              | Inicio Periodo Facturación: | 2026-03-01              |
| Teléfono:   | 3185930                            | Fin Periodo Facturación:    | 2026-06-04              |
| Email:      | facturacion.salud@cajacopieps.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: RC-4593-2025<br>Cobertura: Plan de beneficios en salud<br>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 | 890105 | ATENCION (VISITA) DOMICILIARIA, POR ENFERMERIA-AREA URBANA | 93.00    | Unidad | 35,000.00 | 0.00   | 0.00 | 0.00 | 3,255,000.00 |

| Impuestos |              |            |       | Retenciones |      |            |       | Totales                     |              |
|-----------|--------------|------------|-------|-------------|------|------------|-------|-----------------------------|--------------|
| Tipo      | Base         | Porcentaje | Valor | Tipo        | Base | Porcentaje | Valor | Concepto                    | Valor        |
| IVA       | 3,255,000.00 | 0.00%      | 0.00  |             |      |            |       | Nro Lineas:                 | 1            |
|           |              |            |       |             |      |            |       | Base:                       | 3,255,000.00 |
|           |              |            |       |             |      |            |       | Impuestos:                  | 0.00         |
|           |              |            |       |             |      |            |       | Retenciones:                | 0.00         |
|           |              |            |       |             |      |            |       | Descuentos En Lineas:       | 0.00         |
|           |              |            |       |             |      |            |       | Descuentos Globales:        | 0.00         |
|           |              |            |       |             |      |            |       | Total Factura - Descuentos: | 3,255,000.00 |
|           |              |            |       |             |      |            |       | Total a Pagar               | 3,255,000.00 |

SON: TRES MILLONES DOSCIENTOS CINCUENTA Y CINCO MIL PESOS CON CERO CENTAVOS M/CTE\*\*\*\*\*.

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