

FACTURA ELECTRONICA
DE VENTA

No.FE21873

RESPONSABLE DE IVA
COD ICA 4773
Tarifa 4.14 / 1000
Cod ICA 4659
Taifa 11.04 / 1000



biotech

BIOTECH HEALTH CARE COLOMBIA SAS 901.112.882-9

Señores: 890501438 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL EMIRO QUINTERO CAÑIZARES 54498 OCANA	DIRECCION: CL 7 # 29 - 144 BRR LA PRIMAVERA	FECHA: 02/09/25 15:27:25	VENCIMIENTO 02/09/25
	NIT 890501438	RESPONSABLE Jculma	TELEFONOS: 5611435
	VENDEDOR 009 INGENIERO	CONDICIONES DE PAGO 0	ORDEN DE COMPRA 0

ITEM	DESCRIPCION	LOTE	CANTIDAD	VR. UNITARIO	VR. IVA	VR. TOTAL
SERVICIO TECNICO	SERVICIO TECNICO 0 01/01/00		1	3,478,880	660,987	3,478,880.00

Autorización DIAN No 18764097633063 de 2025/08/27 del No.FE21767 al FE30000, vigencia de 12 meses por computador. La Presente Factura de Venta se asimila en todos sus efectos legales a una letra de cambio (Art.774 del C.C.)

NO SE ACEPTAN DEVOLUCIONES DESPUES DE 30 DIAS DE RECIBIDO EL PEDIDO
FAVOR PAGAR CON CHEQUE CRUZADO A FAVOR DE BIOTECH HEALTH CARE COLOMBIA SAS

SON:
CUATRO MILLONES CIENTO TREINTA Y NUEVE MIL OCHOCIENTOS SESENTA Y SIETE
TRM CON VEINTE CVS M/CTE.

UNSCPSC 85161502 0000-2.4.08.01 Y CPC 87154 CAMPIMETRO OPTOPOL SN 0056R

Generado por: NOVASOFT S.A.S. NIT.800.028.326-1
Proveedor Electrónico: Facture SAS. Nit.: 900.399.741-7

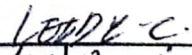
VALOR	3,478,880.00
DESCUENTO	0.00
I.V.A	660,987.20
RTFE	0.00
RET ICA	0.00
RET IVA	0.00
TOTAL	4,139,867.20

Por Favor consignar en la cuenta corriente
Banco COLPATRIA Cta. No.4401009006
Comprobante Universal de recaudo.
ENVIAR CONSIGNACION A
ASISCON@BIOTECHHEALTHCARE.COM

Bogotá: Calle 97 61-93 PBX: 6226466/50 Cel.: 310-8454328. Email: mercadeo@biotechhealthcare.com
Medellín: Calle 38 N° 79 40 Interior 202. Cel.: 3142942037. Cali: Avenida 6ª No. 17 N 92 Oficina 511. Cel.:3125849932.
Pagina web : <http://www.biotechvisioncare.com/>

PAGINA 1 DE 1

CUFE: 48e145f1a14d3251ae3d586486e6b03744064f0aa4c11f51448441c87e244f0a47a830c0581dfb74c388db21ab272c07

biotech		FORMATO DE SERVICIO TÉCNICO Y CAPACITACIÓN - EQUIPOS BIOMÉDICOS		CÓDIGO	ST-RG-01 (Sep 2023)
				FECHA	2/09/2025
DATOS ENTIDAD					
RAZON SOCIAL:		HTAL. EMIRO QUINTERO		CONTACTO:	ING. LAURA PITA
TIPO DE SERVICIO					
ORIGEN DEL SERVICIO	Dentro de garantía	☐	TIPO DE SERVICIO	Preventivo	☐
	Fuera de garantía	☒		Correctivo	☒
				OTROS SERVICIOS	Ensamble ☐
					Capacitación ☐
DESCRIPCION DE LOS DISPOSITIVOS MEDICOS					
EQUIPO Y/O DISPOSITIVO	MARCA	MODELO	SERIAL Y/O LOTE		
CAMPIMETRO	OPTOPOL	PTS2000	7700056/R		
DESCRIPCION DEL SERVICIO					
Actividades realizadas SE PROCEDE A REALIZAR VERIFICACIÓN DE MANDOS, PUNTOS DE PRUEBA, VOLTAJES DE ALIMENTACIÓN, SE REALIZA VERIFICACIÓN DE CONECTORES Y CINTAS, SE REALIZAN AJUSTES MECÁNICOS Y LUBRICACIÓN DE PARTES MÓVILES, SE REALIZA AJUSTE Y VERIFICACIÓN DEL MOTOR DEL ESPEJO DE PROYECCIÓN, SE REALIZA LIMPIEZA DEL PATH ÓPTICO Y SE REALIZA LIMPIEZA GENERAL. SE UTILIZA SOFTWARE DE SERVICIO PARA VERIFICAR VALORES DE CALIBRACIÓN ENCONTRANDO LO SIGUIENTE: CALIBRATION GRADE 96%, FIRMWARE 2017-04-18, DIRECT POSITION: X=-42 Y=1360; CALIBRATION MINIMA: U=78C= 100 fC=323 D=95 L=91 R=95; MODEL phi= 50 theta=255. SE REALIZA COMPACTACIÓN DE LA BASE DE DATOS Y SE REALIZA BACKUP A TRAVÉS DEL SOFTWARE. SE ADJUNTA REPORTE FOTOGRÁFICO					
CAPACITACION					
NOMBRE		CARGO		FIRMA	
N/A		N/A		N/A	
EQUIPO DE MEDICION UTILIZADO					
TIPO DE EQUIPO	MARCA	NUMERO DE SERIE			
N/A	N/A	N/A			
OBSERVACIONES Y/O SUGERENCIAS					
Observaciones SE SUGIERE REALIZAR UN MANTENIMIENTO PERIÓDICO (AL MENOS UNA VISITA AL AÑO); ADICIONALMENTE SE DEBE MANTENER EL EQUIPO CUBIERTO CUANDO NO SE ESTÉ UTILIZANDO. EQUIPO EN CORRECTO FUNCIONAMIENTO.					
NIVEL DE SATISFACCIÓN DEL SERVICIO (Califique por favor de 1 a 5)					
Amabilidad en el servicio	5	Domínio del tema	5		
Tiempo de respuesta ante solicitud	4	Nivel General de satisfacción con el servicio	4		
REVISION DE REQUISITOS DEL SERVICIO					
Servicio aceptado?		Si ☐	No ☐		
Entrega			Recibe		
Firma			Firma		
Nombre	Juan Carlos Marín Gutiérrez		Nombre	Lidya Cáceres S.	
Cargo	Ingeniero de Servicio		Cargo	Aux Optalmología	
Calle 97 # 61-93 - Tel: 622 6450/66 - eMail: ingenieria@opimed.com - www.opimed.com					

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO PARA EL COTIZANTE CC 80740820

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
Nombre ó Razón Social	BIOTECH HEALTH CARE COLOMBIA SAS		
Tipo Identificación	NIT	Número de Identificación	901112882
Ciudad/Municipio	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	Departamento	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
Dirección	CL 97 61 93	Teléfono	6226466
Tipo Empresa	PRIVADA	Actividad Económica	Comercio al por menor de productos
Tipo Aportante	01-EMPLEADOR	Clase Aportante	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
Forma Presentación	SUCURSAL	Sucursal/Dependencia	00001 - BIOTECH HEALTH CARE
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
Número Planilla	7987740188	Tipo de Planilla	E-EMPLEADOS
Periodo Cotización Otros	agosto / 2025	Periodo Cotización Salud	septiembre / 2025
Días de Mora	0	Fecha Pago	2025/09/18
Número Autorización	1786989961		

INFORMACIÓN BÁSICA			
Nombres	JUAN CARLOS	Apellidos	MARIN GUTIERREZ
Tipo de Identificación	CC	Número de Identificación	80740820
Tipo cotizante	DEPEND	Subtipo Cotizante	
Colombiano Temporalmente en el Exterior	NO	Extranjero no obligado a cotizar Pensión	NO
COTIZANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA) :			SI
Departamento	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL	Municipio	BOGOTA DISTRITO CAPITAL
Salario Básico	\$ 5.619.003	Tipo de Salario	FIJO

NOVEDADES																
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
								01-30								

APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL			
PENSIÓN		Administradora	25-14 COLPENSIONES
Días	30	IBC	\$ 7.734.933
Tarifa	16,000 %	Cotización Obligatoria	\$ 1.237.600
FSP - Solidaridad	\$ 38.700	FSP - Subsistencia	\$ 38.700
Aportes Voluntarios Empleador	\$ 0	Aportes Voluntarios Cotizante	\$ 0
Indicador tarifa especial	Normal	Total Aporte	\$ 1.315.000

SALUD		Administradora	EPS005-SANITAS S.A.
Días	30	IBC	\$ 7.734.933
Tarifa	4,000 %	Cotización Obligatoria	\$ 309.400
Nro Incapacidad por Enf. General		Valor	\$ 0
Nro Licencia de Maternidad		Valor	\$ 0
Valor ADRES	\$ 0	Total Aporte	\$ 309.400

RIESGOS PROFESIONALES		Administradora	14-11 - ARL SURA
Días	30	IBC	\$ 7.734.933
Clase de Riesgo	IV	Tarifa	4,350 %
Centro de Trabajo		Total Aporte	\$ 336.500

APORTES REALIZADOS A PARAFISCALES				
Administradora	Días Cotizados	Tarifa	IBC	Total Aporte
CCF24-COMPENSAR	30	4,000 %	\$ 7.734.933	\$ 309.400

TOTAL PAGADO:	\$ 2.270.300
----------------------	---------------------