LA JEFE DE LA OFICINA GESTIÓN ÁREA DE LA SALUD DEL HOSPITAL DE AGUAZUL JUAN HERNANDO URREGO E.S.E.

C E R T I F I C A QUE:

VISIONAMOS SALUD CENTRO DE DIAGNOSTICO CLÍNICO S.A.S., con Nit 832.000.464-2, R/L **SANDRA MILENA MORALES PATIÑO**, identificada con Cedula de Ciudadanía No. 46.371974 expedida en Sogamoso, ha cumplido con el Contrato de Prestación de Servicios No. 323 del 04 de marzo de 2026 del periodo comprendido entre el 01 de junio de 2026 al 30 de junio de 2026, para lo cual anexó Factura Electrónica de Venta No. FTV209755 y los pagos al sistema de seguridad social en salud de julio de 2026 y pensión, ARL y parafiscales de junio de 2026.

Nº DE CONTRATO:	**CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS Nº 323 DEL 04 DE MARZO DE 2026.**
CONTRATANTE:	HOSPITAL DE AGUAZUL JUAN HERNANDO URREGO E.S.E.
NIT.	844.001.355-6
CONTRATISTA:	**VISIONAMOS SALUD CENTRO DE DÍAGNOSTICO CLINICO S.A.S.**
NIT. No.	832.000.464-2
R/L	**SANDRA MILENA MORALES PATIÑO**
C.C.N°	46.371.974 expedida en Sogamoso
OBJETO:	**CONTRATAR A TODO COSTO LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO INTEGRAL DE PROCESAMIENTO Y GENERACIÓN DE RESULTADOS DE LAS MUESTRAS DEL LABORATORIO CLÍNICO OFERTADAS DENTRO DEL PORTAFOLIO DE SERVICIOS DEL HOSPITAL DE AGUAZUL JUAN HERNANDO URREGO E.S.E.**
VALOR DEL CONTRATO:	**CIENTO VEINTE MILLONES DE PESOS M/CTE ($120.000.000)**
VALOR ADICIONAL No. 01:	**SESENTA MILLONES DE PESOS M/CTE ($60.000.000)**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	**CIENTO OCHENTA MILLONES DE PESOS M/CTE ($180.000.000)**
FORMA DE PAGO:	El Hospital de Aguazul Juan Hernando Urrego E.S.E. cancelará al contratista el valor del presente contrato mediante acta de ejecución final acorde al balance financiero determinado por las muestras procesadas y reportadas v/s valor unitario pactado. Que requerirá de los siguientes anexos: **1-)** Informe de los servicios reportadas; **2-)** Soportes de pagos al sistema de seguridad social integral y parafiscales de acuerdo a la normatividad vigente en la materia, con la respectiva certificación de encontrarse al día en el pago al sistema de seguridad social integral en los términos de la Ley 789 de 2002, **3-)** Certificación del cumplimiento expedida por quien ejercerá la supervisión **4-)** Presentación de factura, si por ley está obligado. **5-)** Para el último pago, se requerirá suscripción de acta de liquidación. Los pagos se realizarán por medio de la Tesorería, dentro de los treinta (30) días siguientes al recibo a satisfacción de la factura por parte del Hospital de Aguazul Juan Hernando Urrego E.S.E, en pesos colombianos, a través de la consignación en la cuenta corriente o de ahorros que el contratista señale. **Nota:** Sin el cumplimiento de tales requisitos, la factura o documento equivalente se entenderá como no presentada. Sin perjuicio de lo anterior, para efectos de los desembolsos se deberá verificar el valor por ítem de la factura o documento

	equivalente contra los valores unitarios ofrecidos por el contratista reflejado en su oferta económica, montos que no podrán ser superiores a lo ofrecido por el contratista. **Nota 2.** Serán de exclusiva responsabilidad del proponente los errores omisiones en que incurra al indicar el valor de su propuesta, debiendo asumir los mayores costos y/o pérdidas que se deriven de dichos errores omisiones, sin que por esta razón haya lugar alegar ruptura del equilibrio contractual
SUPERVISOR:	**JEFE DE LA OFICINA AREA DE LA SALUD**
PLAZO INICIAL:	**CINCO (05) MESES Y/O HASTA AGOTAR PRESUPUESTO OFICIAL**
FECHA DE INICIO:	CINCO (05) DE MARZO DE 2026.
FECHA DE FINALIZACIÓN:	CUATRO (04) DE AGOSTO DE 2026.
Nº DE CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL:	No. PDI- 374 DEL 02 DE MARZO DE 2026.
Nº REGISTRO PRESUPUESTAL:	PR- 381 DEL 04 DE MARZO DE 2026.
No. DE PÒLIZA:	

DESCRIPCION DE AMPAROS					
COMPAÑIA	POLIZA Y CERT. Nº	AMPARO	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEGURADA $
ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA	625-47-994000005441 ANEXO: 0	CUMPLIMIENTO	04/03/2026	14/02/2027	$12.000.000,00
		PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES E INDEMNIZACIONES	04/03/2026	14/08/2029	$6.000.000,00
		CALIDAD DEL SERVICIO (CONTRACTUAL)	04/03/2026	14/02/2027	$12.000.000,00
	625-74-994000002015 ANEXO: 0	POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL	04/03/2026	11/08/2026	$350.181.000,00

POLIZA ADICIONAL No. 01

DESCRIPCION DE AMPAROS					
COMPAÑIA	POLIZA Y CERT. Nº	AMPARO	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEGURADA $
ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA	625-47-994000005441 ANEXO: 1	CUMPLIMIENTO	04/03/2026	14/02/2027	$18.000.000,00
		PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES E INDEMNIZACIONES	04/03/2026	14/08/2029	$9.000.000,00
		CALIDAD DEL SERVICIO (CONTRACTUAL)	04/03/2026	14/02/2027	$18.000.000,00

- ✓ Que de conformidad con la **CLAUSULA SEXTA (FORMA DE PAGO)** el valor del contrato se sujeta al siguiente cuadro de costos:

FACTURA DE VENTA ELECTRONICA No. FTV209755						
ITEM	**CÓDIGO CUPS**	**EXAMEN**	**ENTREGA DE RESULTADOS AL HOSPITAL (Reporte en Días hábiles)**	**VALOR**	**CANTIDAD**	**VALOR TOTAL**
87	904924	TRIYODOTIRONINA LIBRE [T3L]	3 días	$ 15,000	10	$ 150,000
17	901236	UROCULTIVO (ANTIBIOGRAMA CONCENTRACION MINIMA INHIBITORIA AUTOMATIZADO)	3 días	$ 30,800	65	$ 2,002,000
16	901235	UROCULTIVO	3 días	$ 28,000	1	$ 28,000
88	904925	TRIYODOTIRONINA TOTAL [T3]	3 días	$ 12,000	10	$ 120,000
36	903426	HEMOGLOBINA GLICOSILADA AUTOMATIZADA / ANTICUERPOS MONOCLONALES	1 día	$ 17,000	140	$ 2,380,000
103	906130	TOXOPLASMA GONDII ANTICUERPOS IG M MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	3 días	$ 16,500	2	$ 33,000
19	901313	MYCOBACTERIUM IDENTIFICACION (5745)	8 días	$ 210,000	1	$ 210,000
99	906126	TOXOPLASMA GONDII ANTICUERPOS IG A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO (25078)	8 días	$ 40,000	1	$ 40,000
85	904922	TIROXINA TOTAL [T4]	3 días	$ 14,000	3	$ 42,000
104	906131	TRYPANOSOMA CRUZI ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	8 días	$ 24,000	4	$ 96,000
160	908825	MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS IDENTIFICACIÓN REACCIÓN EN CADENA DE LA POLIMERASA	8 días	$ 210,000	3	$ 630,000
39	903605	IONOGRAMA [CLORO SODIO POTASIO Y BICAR BONATO O CALCIO]	1 día	$ 19,800	4	$ 79,200
104	906131	TRYPANOSOMA CRUZI ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	8 días	$ 24,000	28	$ 672,000
172	908890	DETECCION VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO POR PRUEBAS MOLESCULARES (ESPECIFICO)	8 días	$ 90,000	19	$ 1,710,000
151	906610	ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO (PSA)	1 día	$ 17,000	52	$ 884,000
130	906242	RUBEOLA ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO	3 días	$ 18,000	1	$ 18,000
38	903603	CALCIO ABSORCION ATOMICA	8 días	$ 4,000	3	$ 12,000
84	904921	TIROXINA LIBRE [T4L]	2 días	$ 15,000	55	$ 825,000
29	903026-903876	MICROALBUMINURIA/CREATINURIA: RELACIÒN	1 día	$ 22,000	6	$ 132,000
42	903803	ALBUMINA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	1 día	$ 3,300	3	$ 9,900
14	901230	MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS CULTIVO (5729)	50 días	$ 62,000	1	$ 62,000
10	901217	CULTIVO PARA MICROORGANISMOS EN CUALQUIER MUESTRA DIFERENTE A MEDULA OSEA, ORINA Y HECES	3 días	$ 40,000	14	$ 560,000
50	903835	FOSFORO EN SUERO U OTROS FLUIDOS / INORGANICO [FOSFATOS]	1 día	$ 4,500	1	$ 4,500
49	903828	DESHIDROGENASA LACTICA [LDH]	1 día	$ 7,000	3	$ 21,000
129	906241	RUBEOLA ANTICUERPOS IG G AUTOMATIZADO	3 días	$ 23,000	18	$ 414,000
102	906129	TOXOPLASMA GONDII ANTICUERPOS IG M AUTOMATIZADO	3 días	$ 17,000	44	$ 748,000
80	904902	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES [TSH] NEONATAL	2 días	$ 19,000	6	$ 114,000
113	906206	CITOMEGALOVIRUS ANTICUERPOS IG M [CMV-M] POR EIA	3 días	$ 17,000	1	$ 17,000
152	906611	ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO LIBRE	8 días	$ 31,000	4	$ 124,000

10	901217	CULTIVO PARA MICROORGANISMOS EN CUALQUIER MUESTRA DIFERENTE A MEDULA OSEA, ORINA Y HECES	3 días	$ 40,000	14	$ 560,000
57	903859	POTASIO SERICO	8 días	$ 5,280	41	$ 216,480
100	906127	TOXOPLASMA GONDII ANTICUERPOS IG G AUTOMATIZADO	3 días	$ 15,500	23	$ 356,500
68	904105	HORMONA FOLICULO ESTIMULANTE [FSH]	3 días	$ 16,000	3	$ 48,000
62	903864	SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	1 día	$ 5,000	43	$ 215,000
81	904904	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES [TSH] ULTRASENSIBLE	2 días	$ 12,800	169	$ 2,163,200
163	911003	ANTICUERPOS IRREGULARES DETECCION (COOMBS INDIRECTO, RASTREO ANTICUERPOS IRREGULARES, PRUEBA DE ANTIGLOBULINA INDIRECTA ESCRUTINIO DE ANTICUERPOS IRREGULARES) POR MICROTECNICA	1 día	$ 32,000	3	$ 96,000
44	903804	ALBUMINURIA/CREATINURIA: RELACIÓN	1 día	$ 6,000	50	$ 300,000
167	906913	PROTEINA C REACTIVA CUANTITATIVO DE ALTA PRECISION	1 día	$ 15,000	1	$ 15,000
28	903026	MICROALBUMINURA AUTOMATIZDA EN ORINA PARCIAL	1 día	$ 12,200	56	$ 683,200
101	906128	TOXOPLASMA GONDII ANTICUERPOS IG G MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	3 días	$ 15,000	1	$ 15,000.00
10	901217	CULTIVO PARA MICROORGANISMOS EN CUALQUIER MUESTRA DIFERENTE A MEDULA OSEA, ORINA Y HECES	3 días	$ 40,000	2	$ 80,000.00
27	903016	FERRITINA	3 días	$ 13,860	1	$ 13,860.00
120	906221	HEPATITIS B ANTICUERPOS CENTRAL TOTALES [ANTI-CORE HBC] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	8 días	$ 22,000	1	$ 22,000.00
69	904107	HORMONA LUTEINIZANTE [LH]	3 días	$ 16,000	1	$ 16,000.00
17	901236	UROCULTIVO (ANTIBIOGRAMA CONCENTRACION MINIMA INHIBITORIA AUTOMATIZADO)	3 días	$ 30,800	42	$ 1,293,600.00
20	902045	PT: TIEMPO DE PROTROMBINA	1 día	$ 10,000	55	$ 550,000.00
64	903876	CREATINURIA (ORINA AL AZAR)	1 día	$ 24,000	56	$ 1,344,000.00
21	902049	PTT: TIEMPO PARCIAL DE TROMBOPLASTINA	1 día	$ 10,000	49	$ 490,000.00
104	906131	TRYPANOSOMA CRUZI ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	8 días	$ 24,000	3	$ 72,000.00
131	906243	RUBEOLA ANTICUERPOS IG M AUTOMATIZADO	3 días	$ 18,000	13	$ 234,000.00
15	9012301	CULTIVO DE MYCOBACTERIAS EN MEDIO LIQUIDO MGIT	50 días	$ 64,000	4	$ 256,000.00
132	906244	IGM RUBEOLA	3 días	$ 18,000	2	$ 36,000.00
6	901007	MYCOBACTERIUM. PRUEBAS DE SENSIBILIDAD+(5682)	8 días	$ 227,000	4	$ 908,000.00
133	906247	VARICELA ZOSTER ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	8 días	$ 19,000	4	$ 76,000.00
1	898101	BIOPSIA SIMPLE	20 días	$ 35,600	6	$ 213,600.00
112	906205	CITOMEGALOVIRUS ANTICUERPOS IG G [CMV-G] POR EIA	3 días	$ 15,000	1	$ 15,000.00
166	903604	CALCIO IONICO	1 día	$ 19,800	3	$ 59,400.00
53	903846	HIERRO TOTAL	2 días	$ 8,500	1	$ 8,500.00
115	906208	DENGUE ANTICUERPOS IG M	1 día	$ 24,000	70	$ 1,680,000.00
60	903862	PROTEINURIA EN ORINA DE 24 HORAS	1 día	$ 4,180	1	$ 4,180.00
		TOTAL				**$ 24,178,120.00**

Que de conformidad con la **CLAUSULA SEXTA (FORMA DE PAGO)** el valor del contrato se sujeta al cuadro de costos relacionado en el clausulado y el valor a pagar corresponde a: **VEINTICUATRO**

MILLONES CIENTO SETENTA Y OCHO MIL CIENTO VEINTE PESOS M/CTE ($24.178.120,00), sustentado en la siguiente ejecución técnica y financiera:

BALANCE ECONÓMICO

DESCRIPCION	VALOR	VALOR
VALOR INICIAL	**$120.000.000**	
VALOR ADICIONAL 01	$60.000.000	
VALOR PAGADO ACTA PARCIAL No. 01		$51.230.420
VALOR PAGADO ACTA PARCIAL No. 02		$32.340.520
VALOR PAGADO ACTA PARCIAL No. 03		$30.314.640
VALOR A PAGAR ACTA PARCIAL No. 04		$24.178.120
SALDO POR EJECUTAR		$41.936.300
SUMAS IGUALES	**$180.000.000**	**$180.000.000**

La supervisora mediante certificación de fecha 09 JUL 2026, certifica que las actividades asignadas al contratista, fueron ejecutadas a satisfacción y de conformidad con lo estipulado en el contrato.

LEIDY GISELA ALVAREZ MESA
Jefe Oficina Gestión Área de la Salud
Supervisora