

E.S.E. HOSPITAL REGIONAL DE CHIQUINQUIRÁ				
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL REGIONAL DE CHIQUINQUIRÁ				
SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD				
FORMATO: ACTA DE REUNIÓN				
E.S.E. HOSPITAL REGIONAL  CHIQUINQUIRÁ	MACRO PROCESO:	Apoyo Administrativo	PROCESO:	30
	CÓD. MAC:		CÓD. PRC:	30 140 1500 15
	SUBPROCESO:	Transversal del Proceso	PROCEDIMIENTO:	Acta de Inicio
	CÓD. SUBP:	30 210 000	CÓD. PRTO:	1500 15
	TIPO DE DOCUMENTO:	Formato de Actas	ÁREA RESPONSABLE:	Jurídica
	VERSIÓN	1	FECHA DOCUMENTACIÓN:	Abril 7 de 2013

EL PRESENTE DOCUMENTO ES DE USO EXCLUSIVO DE LA IPS

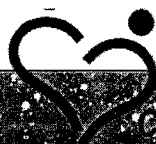
ACTA DE INICIO	
FECHA:	AGOSTO 1 DE 2026
CONTRATO No.	20260801-006 DE AGOSTO 1 DE 2026
OBJETO	CONTRATAR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA EL DESARROLLO DEL PROCESO DE LABORATORIO CLÍNICO Y MANEJO DE HEMODERIVADOS DE BAJA Y MEDIANA COMPLEJIDAD, CULTIVOS Y TOMA DE MUESTRAS DE CULTIVOS MICROBIOLÓGICOS QUE REQUIERE LA ENTIDAD, PARA GARANTIZAR LAS NECESIDADES DE APOYO DIAGNÓSTICO DE ACUERDO CON LOS SERVICIOS HABILITADOS OFERTADOS POR LA E.S.E. HOSPITAL REGIONAL DE CHIQUINQUIRÁ.
CONTRATISTA	COMERCIALIZADORA DE PRODUCTOS PARA LABORATORIOS S.A.S. - COMPROLAB S.A.S.
No. DE IDENTIFICACIÓN	NIT. 860.350.711-1
SUPERVISOR	SUBDIRECCIÓN CIENTÍFICA.
PLAZO DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	DEL 1 DE AGOSTO DE 2026 A 31 DE OCTUBRE DE 2026.
VALOR DEL CONTRATO	MIL OCHOCIENTOS MILLONES DE PESOS MONEDA LEGAL Y CORRIENTE (\$1.800.000.000)
FORMA DE PAGO	La EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL REGIONAL DE CHIQUINQUIRÁ pagará al OPERADOR el valor del presente contrato así: De la facturación mensual con tarifa SOAT UVT menos el veintitrés punto cinco por ciento (-23.5%) y sobre este valor le será cancelado AL OPERADOR el SESENTA por ciento (60%) por la prestación del servicio de laboratorio clínico, para lo cual EL OPERADOR presentará factura - cuenta mes vencido de la prestación del servicio, con la entrega realizada en medio magnético de los registros individuales y los resultados de cada uno de los exámenes procesados resultantes de las atenciones de salud debidamente legalizada con el pago de los aportes correspondientes al Sistema General de Seguridad Social Integral para que LA ENTIDAD proceda a su cancelación, adicionalmente se deberá adjuntar a la factura de venta constancia expedida por la subdirección científica de la E.S.E. acerca del cumplimiento de la prestación del servicio con oportunidad para que el supervisor designado por la Gerencia expida la certificación correspondiente de avance de ejecución del contrato. PARÁGRAFO PRIMERO: Del valor mensual de la facturación presentada por EL OPERADOR, le será descontado el valor correspondiente por provisión para cubrir posibles glosas de un tres punto cinco por ciento (3.5%) del valor a cobrar. Igualmente el operador asumirá el valor de UN MILLÓN OCHOCIENTOS OCHENTA Y UN MIL PESOS (\$1.881.000.00) por



E.S.E. HOSPITAL REGIONAL DE CHIQUINQUIRÁ				
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL REGIONAL DE CHIQUINQUIRÁ				
SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD				
FORMATO: ACTA DE REUNIÓN				
E.S.E. HOSPITAL REGIONAL  CHIQUINQUIRÁ	MACRO PROCESO:	Apoyo Administrativo	PROCESO:	30
	CÓD. MAC:		CÓD. PRC:	30 140 1500 15
	SUBPROCESO:	Transversal del Proceso	PROCEDIMIENTO:	Acta de Inicio
	CÓD. SUBP:	30 210 000	CÓD. PRTO:	1500 15
	TIPO DE DOCUMENTO:	Formato de Actas	ÁREA RESPONSABLE:	Jurídica
	VERSIÓN	1	FECHA DOCUMENTACIÓN:	Abril 7 de 2013
EL PRESENTE DOCUMENTO ES DE USO EXCLUSIVO DE LA IPS				

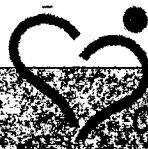
concepto de servicios públicos (agua, luz, internet). En cuanto al valor de los Laboratorios del Paquete de Unidad Renal, y para fortalecer la prestación de los servicios de apoyo diagnóstico y garantizar condiciones comerciales que favorezcan la atención integral de los pacientes con enfermedad renal crónica, la E.S.E. Hospital Regional de Chiquinquirá y EL CONTRATISTA acuerdan establecer tarifas especiales para la realización de los exámenes de Laboratorio Clínico requeridos por las Unidades Renales con las cuales se mantengan relaciones contractuales o comerciales. Estas tarifas preferenciales tienen como finalidad facilitar el acceso oportuno a las ayudas diagnósticas requeridas para el seguimiento y control de los pacientes en terapia de reemplazo renal, promoviendo al mismo tiempo la optimización de la capacidad instalada del Laboratorio Clínico, el fortalecimiento de las relaciones comerciales con las Unidades Renales y el incremento en el volumen de procesamiento de muestras, bajo criterios de eficiencia, calidad, oportunidad y sostenibilidad. Las partes reconocen que las condiciones económicas aquí establecidas constituyen un esquema de precios diferenciales aplicable exclusivamente a los servicios de laboratorio prestados a las Unidades Renales, el cual se fundamenta en el volumen de pruebas procesadas, la continuidad en la prestación del servicio y las economías de escala que permiten ofrecer tarifas competitivas, sin afectar la calidad técnica, científica ni el cumplimiento de los estándares de habilitación y demás requisitos legales aplicables. En consecuencia, la E.S.E. Hospital Regional de Chiquinquirá y EL CONTRATISTA podrán aplicar las tarifas especiales contenidas en el presente documento para la atención de la Unidad Renal, conforme a las condiciones contractuales pactadas entre las partes, por lo tanto, se tendrá en cuenta los siguientes valores:

ÍTEM	TEST DE LABORATORIO	FRECUENCIA	OFERTA COMPROLAB
1	BUN en orina	Mensual	\$ 7.987
2	BUN en sangre	Mensual	\$ 7.987
3	Calcio	Mensual	\$ 14.183
4	Cuadro Hemático	Mensual	\$ 16.616
5	Fósforo	Mensual	\$ 13.403
6	Potasio	Mensual	\$ 23.684
7	Hemoclasificación	Mensual	\$ 21.206
8	Albumina	Bimensual	\$ 6.793
9	Creatinina en orina	Bimensual	\$ 9.593
10	Creatinina en sangre	Bimensual	\$ 9.593
11	Glicemia	Bimensual	\$ 10.006
12	ALT	Trimestral	\$ 17.396



HOSPITAL REGIONAL DE CHIQUEQUIRA				
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL REGIONAL DE CHIQUEQUIRA				
SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD				
FORMATO: ACTA DE REUNION				
E.S.E. HOSPITAL REGIONAL  CHIQUEQUIRA	MACRO PROCESO:	Apoyo Administrativo	PROCESO:	30
	CÓD. MAC:		CÓD. PRC:	30 140 1500 15
	SUBPROCESO:	Transversal del Proceso	PROCEDIMIENTO:	Acta de Inicio
	CÓD. SUBP:	30 210 000	CÓD. PRTO:	1500 15
	TIPO DE DOCUMENTO:	Formato de Actas	ÁREA RESPONSABLE:	Jurídica
	VERSIÓN	1	FECHA DOCUMENTACIÓN:	Abril 7 de 2013
EL PRESENTE DOCUMENTO ES DE USO EXCLUSIVO DE LA IPS				

	13	AST	Trimestral	\$ 17.396
	14	Fosfatasa Alcalina	Trimestral	\$ 12.209
	15	Hemoglobina Glicosilada	Trimestral	\$ 36.720
	16	PTH	Cuatrimestral	\$ 77.709
	17	Colesterol Total	Cuatrimestral	\$ 20.380
	18	Triglicéridos	Cuatrimestral	\$ 11.200
	19	Transferrina	Semestral	\$ 59.716
	20	VDRL	Semestral	\$ 10.603
	21	Core total	Semestral	\$ 57.421
	22	Antic Hep B	Semestral	\$ 72.247
	23	Anticuerpo VIH	Semestral	\$ 57.421
	24	HDL	Semestral	\$ 16.799
	25	LDL	Semestral	\$ 19.783
	26	Hierro sérico	Semestral	\$ 28.274
	27	Ácido úrico	Semestral	\$ 11.200
	28	TIBC	Semestral	\$ 28.274
	29	Ferritina	Semestral	\$ 38.281
	30	Ácido Fólico	Semestral	\$ 42.595
	31	Antic Hep C	N/A	\$ 81.151
	32	Antic Antígeno sup Hep B	N/A	\$ 72.247
	33	TP	Semestral	\$ 24.143
	34	TPT	Semestral	\$ 23.501
	35	INR	Semestral	\$ 4.590
	36	Anti Core Hep B	Semestral	\$ 57.421
	37	KT/V Diálisis	Cuatrimestral	\$ 0.00
	38	Sodio	Trimestral	\$ 19.599
	39	Proteínas Totales	Bimensual	\$ 6.793
	TOTAL			\$ 1.066.120
CDP No. 434		DEL 27 DE JULIO DEL 2026		
REGISTRO PRESUPUESTAL		Nº 791 DE 1 DE AGOSTO DEL 2026		
FECHA DE APROBACIÓN DE PÓLIZAS	DÍA	MES	AÑO	NO. PÓLIZA
	01	08	2026	994000022082
	01	08	2026	994000008095



HOSPITAL REGIONAL DE CHIQUINQUIRÁ				
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL REGIONAL DE CHIQUINQUIRÁ				
SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD				
FORMATO ACTA DE REUNIÓN				
	MACRO PROCESO:	Apoyo Administrativo	PROCESO:	30
	CÓD. MAC:		CÓD. PRC:	30 140 1500 15
	SUBPROCESO:	Transversal del Proceso	PROCEDIMIENTO:	Acta de Inicio
	CÓD. SUBP:	30 210 000	CÓD. PRTO:	1500 15
	TIPO DE DOCUMENTO:	Formato de Actas	ÁREA RESPONSABLE:	Jurídica
	VERSIÓN	1	FECHA DOCUMENTACIÓN:	Abril 7 de 2013

EL PRESENTE DOCUMENTO ES DE USO EXCLUSIVO DE LA IPS

Para constancia de lo anterior, firman la presente acta en la fecha arriba indicada, los que en ella intervinieron asegurando que no han omitido información y la consignada es veraz.


NADIA MARCELA VALBUENA ROJAS
SUBDIRECTORA CIENTIFICA
SUPERVISORA


COMERCIALIZADORA DE PRODUCTOS
PARA LABORATORIOS S.A.S.
COMPROLAB S.A.S.
NIT. 860.350.711-1
PRIMER SUPLENTE
REP.LEGAL MARIA DEL CARMEN LILIANA RODRIGUEZ CASTRO
C.C. 52.618.176 DE BOGOTÁ D.C.
CONTRATISTA