ACTA DE CUMPLIMIENTO PARCIAL E INFORME DE ACTIVIDADES N° 01 DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 380-2026

No. CONTRATO:	CONTRATO No.380-2026
CONTRATANTE:	E.S.E HOSPITAL REGIONAL DEL MAGDALENA MEDIO
NIT:	No. 900.136.865-3
CONTRATISTA	REPREFARCOS S.A.S
NIT o CC	No. 901.214.435-8
OBJETO	"SUMINISTRO DE MATERIAL MEDICO QUIRURGICO PARA LA ESE HOSPITAL REGIONAL DEL MAGDALENA MEDIO"
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	CUATROCIENTOS MILLONES DE PESOS ($400.000.000) M/CTE
PLAZO INICIAL	DOS (02) MESES O HASTA AGOTAR DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL
FECHA DE SUSCRIPCION	SEIS (06) DE AGOSTO DEL 2026
FECHA DE INICIO	DIEZ (10) DE AGOSTO DEL 2026
FECHA DE TERMINACIÓN	NUEVE (09) DE OCTUBRE DEL 2026 O HASTA AGOTAR DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL
IMPUTACIÒN PRESUPUESTAL	CDP 26-00976 DEL 04-08-2026 ($400.000.000)
	RP 26-00001638 DEL 06-08-2026 ($400.000.000)
GARANTIAS	NÚMERO DE PÓLIZA: 100082937
	CONCEPTO DEL AMPARO: CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO
	VIGENCIA: DESDE 06-08-2026 HASTA 12-04-2027
	CONCEPTO DEL AMPARO: CALIDAD Y CORRECTO FUNCIONAMIENTO
	VIGENCIA: DESDE 06-08-2026 HASTA 12-10-2027
INTERVENTOR O SUPERVISOR	MELBA LUZ MAYA MENESES – P.U RECURSOS FIDICOS

En la ciudad de Barrancabermeja (Santander), se reúnen en las instalaciones del Hospital Regional del Magdalena Medio, la Dra. **MELBA LUZ MAYA MENESES** P.U RECURSOS FISICOS de la E.S.E. HRMM mediante Resolución No. 101 del 22 de junio de 2026, en calidad de **SUPERVISORA** del Contrato de Prestación de Servicios No. **380-2026** de fecha de seis (06) de agosto de 2026 y **JAVIER REINALDO MORENO,** identificada con cédula de ciudadanía No. 1.098.611.459 de Bucaramanga (Santander), quien actúa como Representante Legal de **REPREFARCOS S.A.S,** de NIT. No. 901.214.435-8 como **CONTRATISTA** con el fin de suscribir la presente ACTA PARCIAL No.1. del

contrato antes identificado. Para completar y soportar los trámites necesarios para su correspondiente pago, así:

1. **INFORME DE ACTIVIDADES.**

Que el contratista ha cumplido a cabalidad durante el término comprendido entre el 01 de Agosto del 2026 hasta el 31 del mes de Agosto de 2026 con las actividades descritas en el contrato N°.380-2026, tal y como se relaciona a continuación:

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	ACTIVIDADES EJECUTADAS	SOPORTES EN DRIVE
OBLIGACIONES ESPECIFICAS: 1. Suministrar tanto en calidad, cantidad como en tiempo, todos los insumas requeridos (MATERIAL MEDICO QUIRURGICO) por el contratante, relacionados en las especificaciones del objeto contractual del estudio de oportunidad y conveniencia según precios presentados en la propuesta del contratista, los cuales forman parte integral del contrato. 2. Entregar los productos contratados en el almacén de la E.S.E Hospital Regional del Magdalena Medio en perfectas condiciones, que garanticen su uso adecuado. 3. Ejecutar con plena autonomía técnica y científica todas las actividades y procedimientos en el objeto del' contrato. 4. Cumplir a cabalidad con el objeto del contrato, suministrando material médico quirúrgico, que fueron cotizados, de acuerdo con las especificaciones y cantidades descritas y la cotización presentada. 5. EL CONTRA TISTA se compromete a suministrar el material médico quirúrgico requeridos en el presente contrato con estándares de calidad una vez se legalice el presente contrato. 6 Que el CONTRATISTA tenga la capacidad de suministrar tanto en calidad, cantidad, como en tiempo, todos los insumas, necesarios para la ejecución del contrato.	Durante el periodo comprendido entre el entre el 01 de Agosto del 2026 hasta el 31 de Agosto 2026, se ejecutaron las siguientes actividades para dar cumplimiento al alcance contractual: * Se suministró el material médico quirúrgico solicitado por la E.S.E. Hospital Regional del Magdalena Medio. *Se entregaron los insumos en el Almacén, cumpliendo con las cantidades y especificaciones requeridas. * Se verificó que los productos entregados estuvieran en buenas condiciones y fueran aptos para su uso. * Se realizó el transporte adecuado de los insumos hasta el lugar de entrega. * Se atendieron oportunamente las solicitudes y	Se adjunta en link suministrado por la entidad con las evidencias de las actividades ejecutadas.

7. El CONTRATISTA deberá asumir el transporte adecuado de los insumas requeridos. 8. De presentarse pendientes al momento del despacho o entrega del pedido a suministrar, EL CONTRATISTA deberá hacer la entrega de estos máximos en un término de ocho (08) días calendario siguientes al despacho inicial. 9. El contratista deberá realizar el mantenimiento preventivo y correctivo según las necesidades de los automotores, la que deberá informarle al respectivo supervisor a la realización de esta para su visto bueno y previa cotización. 10. Presentar facturas o cuentas de cobro de conformidad con lo estipulado. 11. Responder por los impuestos que cause la legalización del contrato. 12. Responder civil y penalmente por todo el daño que se cause por sus acciones u omisiones en la actuación contractual, a bienes al personal que se utilice y a terceros en la ejecución del contrato en los términos de la Ley. 13. El CONTRATISTA se obliga a entregar los insumas requeridos en el Almacén de nuestra institución y cumplir con el transporte adecuado de los mismos. 14. Acatar las órdenes e instrucciones del supervisor del contrato. 15. De presentarse devoluciones por deterioro, mala calidad, defecto de fabricación, o especificaciones diferentes, EL CONTRATISTA hará reposición de los mismos en un plazo no mayor de ocho (08) días calendario 16. De presentarse la falta de algún elemento (material médico quirúrgico) por no disponibilidad en el mercado, EL CONTRATISTA deberá presentar en las siguientes veinticuatro (24) horas soporte que justifique el evento expedido y vigente de las autoridades competentes (INVIMA, MINISTERIO DE LA PROTECION SOCIAL) o en su defecto deberá	requerimientos realizados durante el periodo. * Se hizo seguimiento a los pedidos y entregas pendientes para garantizar su cumplimiento. * Se atendieron las instrucciones dadas por el supervisor del contrato. * Se revisaron las fechas de vencimiento y condiciones de los productos suministrados. * Se presentaron las facturas y documentos necesarios para el trámite correspondiente. * Se cumplieron las demás actividades necesarias para el buen desarrollo del contrato.	

proveer el material médico quirúrgico con la misma calidad contratada. 17. Si los elementos tienen un plazo menor a seis meses se recibirán previo acuerdo con el supervisor del contrato y con carta de compromiso para su cambio por fechas vigentes. 18. Todo el material médico quirúrgico no podrá tener un periodo de vencimiento inferior a dos años como mínimo y cantidad según las solicitudes emitidas por el Almacén, en la periodicidad requerida de acuerdo con el consumo histórico promedio observado. 19. Suministrar como requisito para el pago y la continuidad del contrato, los aportes parafiscales, salud, pensión y riesgos profesionales y la correspondiente certificación firmada por el representante legal o el contador. 20. Entregar los suministros en perfectas condiciones de higiene y salud, que garanticen su uso adecuado. 21. Las demás que sean inherentes al objeto contractual.		
OBLIGACIONES GENERALES: 1. Garantizar la prestación del SUMINISTRO contratado de forma, oportuna, diligente y con calidad. 2. Cumplir a cabalidad con el objeto del contrato. 3. Garantizar el cumplimiento de las obligaciones legales en el tema de seguridad social integral y parafiscal. 4. Mantener la Garantía Única vigente y los demás amparos requeridos en la ejecución del objeto contractual. 5. Las demás que se deriven de la naturaleza del contrato.	Durante el periodo comprendido entre el entre el 15 de julio del 2026 hasta el 31 de julio 2026, se ejecutaron las siguientes actividades para dar cumplimiento al alcance contractual: *Se realizó el suministro de los insumos requeridos por la entidad. * Se efectuaron las entregas de acuerdo con las solicitudes realizadas. * Se verificó que los productos fueran	Se adjunta en link suministrado por la entidad con las evidencias de las actividades ejecutadas

	entregados en buenas condiciones. *Se atendieron los requerimientos e instrucciones del supervisor del contrato. * Se dio cumplimiento a las actividades necesarias para el adecuado desarrollo del objeto contractual.	

Teniendo en cuenta lo anterior, CERTIFICO que el contratista cumplió de manera satisfactoria con las actividades mencionadas anteriormente, las cuales fueron entregadas de manera oportuna a esta área.

2. VALOR Y FORMA DE PAGO DEL CONTRATO

El valor del contrato asciende a la suma de CUATROCIENTOS MILLONES DE PESOS ($400.000.000) M/CTE, este se efectuará, mediante la presentación de actas parciales suscritas entre el supervisor y el contratista y un último pago mediante presentación del acta final y acta de liquidación, suscrita entre el supervisor y el contratista; El valor por cancelar corresponderá de acuerdo con las tarifas pactadas y a los servicios prestados correspondientes en el mes a cobrar, con ocasión a que EL CONTRATISTA haya realizado la prestación de los servicios objeto del presente contrato, y adicional por los mantenimientos correctivos realizados correspondientes en el mes, según el valor correspondiente y facturado a la finalización del mes ejecutado; los cuales serán cancelados dentro de los treinta (30) días siguientes a su generación respectiva, previa radicación de la correspondiente factura con sus respectivos soportes.

PARÁGRAFÓ PRIMERO. En el valor se entienden incluidos los costos directos e indirectos que ocasione la ejecución del contrato.

PARÁGRAFO SEGUNDO.- DOCUMENTOS SOPORTES.- El valor pactado será cancelado por el contratante, previo el respectivo informe o recibo a satisfacción junto con el informe de supervisión; el contratista deberá presentar la factura o la cuenta de cobro, según sea el caso, la factura o la cuenta de cobro debe registrar la información que permite la trazabilidad de los productos, constancia de pago de aportes a la seguridad social, parafiscales, riesgos profesionales y demás documentos requeridos para el pago de la cuenta de cobro.

PARÁGRAFO TERCERO.- MODIFICACIÓN DEL VALOR O DEL PLAZO.- Las partes contratantes declaran que cuando por circunstancias especiales, calificadas previamente por el Supervisor de la E.S.E Hospital Regional del Magdalena Medio y autorización del ordenador del gasto, haya necesidad de

modificar el valor o la duración del presente contrato, celebrarán una modificación o una prórroga de acuerdo a las disposiciones legales.

3. BALANCE ECONOMICO

ESTADO FIANCIERO DEL CONTRATO			
VALOR INICIAL DEL CONTRATO 380-2026	**$ 400.000.000,00**		
VALOR EJECUTADO ACTA PARCIAL No. 01			
FR-9869 POR PAGAR		$ 56.807.417,65	
FR-9870 POR PAGAR		$ 22.420.033,80	
FR-9873 POR PAGAR		$ 4.415.328,70	
FR-9875 POR PAGAR		$ 415.928,80	
FR-9881 POR PAGAR		$ 733.722,80	
FR-9882 POR PAGAR		$ 2.377.116,00	
FR-9895 POR PAGAR		$ 2.856.384,70	
FR-9896 POR PAGAR		$ 797.597,50	
FR-9918 POR PAGAR		$ 5.051.300,44	
FR-9919 POR PAGAR		$ 1.295.591,00	
FR-9932 POR PAGAR		$ 5.240.034,20	
FR-9933 POR PAGAR		$ 1.875.162,50	
FR-9953 POR PAGAR		$ 24.791.888,80	
FR-9954 POR PAGAR		$ 8.405.846,30	
FR-9963 POR PAGAR		$ 7.058.412,00	
TOTAL FACTURAS			**$ 144.541.765,19**
SALDO PENDIENTE POR EJECUTAR			**$ 255.458.234,81**
SUMAS IGUALES	**$ 400.000.000**		**$ 400.000.000**

4. Que el contratista presentó el pago de Salud, Pensiones y ARL correspondiente al mes de **Agosto de 2026**, conforme a lo estipulado en la Ley 789 de 2002, así:

APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL			
Número de planilla **9509189158**			
Periodo cotizado	De	Agosto 01 de 2026	
	Hasta	Agosto 31 de 2026	
Concepto	**Valor aporte**	**Valor Intereses**	**Valor total**
Pensión	$6.717.300	$0	$6.717.300
Salud	$3.389.600	$0	$3.389.600
CCF	$1.978.100	$0	$1.978.100
ARL	$1.101.000	$0	$1.101.000
ICBF	$498.200	$0	$498.200

SENA	$332.200	$0	$332.200
Totales	**$14.016.400**	**$0**	**$14.016.400**

5. La presente acta sirve como fundamento para el cobro y tramite de la suma de **CIENTO CUARENTA Y CUATRO MILLONES QUINIENTOS CUARENTA Y UN MIL SETECIENTOS SESENTA Y CINCO CON DIECINUEVE CENTÉSIMAS ($144.541.765,19) M/CTE** a favor del contratista, correspondiente a la presente Acta Parcial No. 01.

6. Los abajo firmantes CERTIFICAN que la información que está en la plataforma del SECOP II es la misma que se radica ante el área de Tesorería para el trámite de cuentas y que todos los documentos cargados corresponden al contrato identificado al inicio de la presente acta a nombre de **REPREFARCOS S.A.S** y cumplen con lo requerido en el anexo de condiciones.

En constancia de lo anterior, se firma en la ciudad de Barrancabermeja D.E (Santander) a los veinticinco (25) días del mes de agosto de 2026, por las personas que en ella intervinieron.

MELBA LUZ MAYA MENSES
P.U DE RECURSOS FISICOS DE LA ESE HRMM
Supervisor Contrato No. 380-2026

JAVIER REYNALDO MORENO MUÑOZ
C.C. No. 1.098.611.459 de Bucaramanga (Santander)
R/L: **REPREFARCOS S.A.S**
Nit No. 901.214.435-8

	NOMBRE	FIRMA	FECHA
Revisión aspectos Técnicos	T/a Fernanda Rivero		Agosto de 2026
Revisión Financiera	For María Martínez Ballesteros		Agosto de 2026
Revisión Jurídica	Daniel A Martínez Cordero		Agosto de 2026
Los arriba firmantes declaramos que hemos revisado el documento y lo encontramos ajustado a las normas y disposiciones legales vigentes.			

REPREFARCOS S.A.S

Nit: 901214435-8 Responsable de IVA
CR 21 # 24 - 24 Barrio Alarcon - Bucaramanga
Tel: 607-6820870 - 3156129804 - 3176779945
E-mail: reprefarcossas@gmail.com

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

No. FR-9881

Número de Autorización 18764110735328 de 2026-06-03 Rango FR9414 a FR100000 vence 2027-06-03

Doc. Externo: OP-003231

CLIENTE: E.S.E HOSP REGIONAL DEL MAGDALENA MEDIO

NIT/C.C.: 900136865-3 TELÉFONOS: 3187079624

DIRECCIÓN: CR 17 57 119 CIUDAD: BARRANCABERMEJA - SANTANDER

FORMA DE PAGO: **CREDITO** MEDIO DE PAGO: **CREDITO**

FECHA	DÍA	MES	AÑO
	13	08	2026
FECHA DE VENCIMIENTO	DÍA	MES	AÑO
	13	09	2026

No.	CANT.	LABORATORIO	DESCRIPCION	VR. UNI.	DCTO.	% IVA	TOTAL
1	320	ZIBOJECT	BAJALENGUA DE MADERA BOLSAX20 CX500 - ZIBOJECT CX500 : CUM:N/A INVIMA:NA ATC:NA **Lote: 20250410 Vence: 2030-04**	71	0	19	22,720
2	4	QUIRUMEDICAS	QUIRUGER PLUS GALX3650ML - QUIRUMEDICAS GALX3650ML : CUM:20104232 INVIMA:2015DM-0014198 ATC: **Lote: 0080-26 Vence: 2028-03**	117,781	0	0	471,124
3	2	QUIRUMEDICAS	QUIRUGER PLUS GALX3650ML - QUIRUMEDICAS GALX3650ML : CUM:20104232 INVIMA:2015DM-0014198 ATC: **Lote: 0223-25 Vence: 2027-11**	117,781	0	0	235,562

Valor en letras: Setecientos Quince Mil Cuatrocientos Ochenta Y Siete Pesos Con Ochenta Centavos

Observaciones: ESEHRMM-CD-380 2026 DISP MEDICOS ALMACEN

VENDEDOR: JAVIER REYNALDO MORENO MUÑOZ

NIT/C.C.:

CLIENTE:

ACEPTADA

NIT/C.C.:

SUBTOTAL	729,406.00
DCTO	0.00
IVA	4,316.80
RETE FTE (2.5%)	18,235
TOTAL	715,487.80

$733.722.80

1.Favor pagar con cheque cruzado a nombre de REPREFARCOS S.A.S 2.Exija recibo de caja original. 3.La mercancia es cuidadosamente revisada y empacada,

Transcurrido tres(3) dias despues de recibida la mercancia NO ACEPTAMOS RECLAMOS NI DEVOLUCIONES.

4.Nos reservamos la propiedad de la mercancia mientras no sea cancelada totalmente. 5.La presente factura de venta, por si sola,surte los efectos de titulo valor, en cumplimiento de lo establecido en la ley 1231 de 2008. 6.La presente factura presta merito ejecutivo aun cuando este aceptada en copia de la misma 7.Cualquier persona dependiente del girador de la presente factura cambiaria esta autorizada para que su firma preste merito ejecutivo. 8. Los productos de Control Especial y Refrigerados NO SE ACEPTAN en Devolución.

Banco Caja Social Cte. No. 21004059645 Bancolombia Cte No. 29100010197

SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES EN EL MUNICIPIO DE BUCARAMANGA, NO PRACTICAR RETENCIÓN EN LA FUENTE A TÍTULO DE ICA DENTRO O FUERA DE BUCARAMANGA

ESE HOSPITAL REGIONAL DEL MAGDALENA MEDIO

NI:900136865

DIR:Carrera 17 # 57-119 BARRANCABERMEJA
TEL:(057) 7 6010105

COMPRA SIN ORDEN

DOC: FR-9881 **NRO:** 399

BODEGA: ALMACEN ✓
Cumple Requisitos S

Fecha Factura 13/08/2026 **Fecha Registro** 14/08/2026 16:33:27 **ESTADO** CAUSADO
Fecha Solicitud 13/08/2026 **Fecha Entrega** 13/08/2026

Proveedor REPREFARCOS SAS **Nit** 901214435-8 **Orden de Compra** 0
Dirección CARRERA 21 24-24 **Teléfono** 6076820870

CODIGO	CONCEPTO	CANTIDAD	LOTE	Temp °C	FECHA VEN	VALOR UNI.	% IVA	TOTAL
3210	BAJALENGUAS X 20 UNDS - BOLSA	320,00	20250410	0,00	30/04/2030	71,00	19,00	27.036,80
1056	QUIRUGER DESINFECTANTE GLUTARALDEHIDO	4,00	0080-26	0,00	31/03/2028	117.781,0	0,00	471.124,00
1056	QUIRUGER DESINFECTANTE GLUTARALDEHIDO	2,00	0223-25	0,00	30/11/2027	117.781,0	0,00	235.562,00

VALOR EN LETRAS
setecientos treinta y tres mil setecientos veintidos

SUBTOTAL	729.406,00
IVA	4.316,80
TOTAL	733.722,80

Shirley Robles
ElaboróROBLES BELEÑO SHIRLEY JOANA

Aprobo

Linea de Inventario

INSUMOS MEDICOS	733.722,80
TOTAL	733.722,80

Hospital Regional

ACTA DE RECEPCION TECNICA DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MEDICOS

Fecha de solicitud: 13/08/2026

Nombre proveedor: REPREFARCOS SAS	**Orden de compra No:** 0	**Movimiento:** 399	**Bodega:** ALMACEN
Factura número: FR-9881	**Fecha factura:** 13/08/2026	**Fecha recepción:** 14/08/2026	**Cumple con los requisitos:** S

DESCRIPCIÓN	COD	MARCA	CUM	CANTIDAD RECIBIDA	MUESTRA	LOTE/SERIE	FECHA VENCIMIENTO	REGISTRO SANITARIO	TEMPERATURA	OBSERVACIONES
BAJALENGUAS X 20 UNDS - BO	3210	ZIBOJECT	N/A	320,00	50	20250410	30/04/2030	N/A	0,00	
QUIRUGER DESINFECTANTE	1056	QUIRUMEDIC	20104232	4,00	2	0080-26	31/03/2028	2015DM-00141	0,00	
QUIRUGER DESINFECTANTE	1056	QUIRUMEDIC	20104232	2,00	2	0223-25	30/11/2027	2015DM-00141	0,00	

Condiciones de transporte:	**Material de empaque y embase:**
Manipulación:	**Condiciones administrativas:**
Embalaje:	**Condiciones tecnicas:**

Persona que recibe	Persona que entrega
Nombre: Shirley Robles	Nombre: Melba Maya
Firma: Shirley Robles	Firma:

Movimiento creado por: ROBLES BELEÑO SHIRLEY JOANA

REPREFARCOS S.A.S

• Medicamentos • Dispositivos Médicos • Parque Médico •

Nit: 901.214.435-8

CERTIFICADO DE PAGO APORTES SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES PARAFISCALES.

En mi calidad de Revisor Fiscal, certifico que la sociedad **REPREFARCOS S.A.S.** identificada con Nit 901.214.435 - 8 ha cumplido en los últimos seis meses y se encuentra al día con sus obligaciones correspondientes al sistema de seguridad social; "por los respectivos aportes al sistema de salud - EPS, administradoras de riesgos laborales - ARL, administradoras de fondos de pensiones – AFP y aportes parafiscales; en cuanto a las cajas de compensación familiar CCF, ICBF , SENA y salud ocupacional o equivalentes", a la fecha del presente certificado.

La anterior certificación se expide para efectos de dar cumplimiento al Artículo 50 de la Ley 789 de 2002.

Bucaramanga, agosto 1 de 2026.

OSCAR RAFAEL MONCADA FUENTES
REVISIÓR FISCAL
CC 91.205.139 de Bucaramanga
Tarjeta Profesional 95042-T

Carrera 21 No. 24-24
634 42 86 / 634 23 15 / 3156129604
reprefarcossas@gmail.com

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA



91.205.139
MONCADA FUENTES

OSCAR RAFAEL
NOMBRES

FIRMA



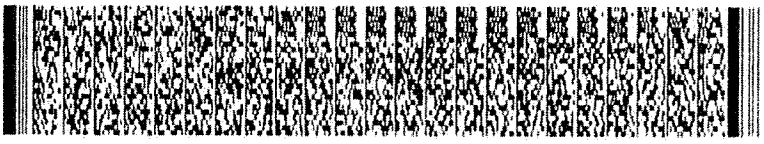
INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 10-JUN-1960
PAMPLONA
(NORTE DE SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.65	A-	M
ESTATURA	G.S RH	SEXO

11-AGO-1978 BUCARAMANGA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



A-2700100-00200823-M-0091205139-20051130 0018489103A 1 6860037783

República de Colombia
Ministerio de Educación Nacional
JUNTA CENTRAL DE CONTADORES
TARJETA PROFESIONAL
DE CONTADOR PUBLICO



95042-T

OSCAR RAFAEL
MONCADA FUENTES
C.C. 91205139
RESOLUCION INSCRIPCION 135 FECHA 2003/08/21
UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA

PRESIDENTE
BENJAMIN LOPEZ ARCINIEGAS

I04914



FIRMA DEL TITULAR

014354

Esta tarjeta es el único documento que lo acredita como CONTADOR PUBLICO de acuerdo con lo establecido en la ley 43 de 1990.
Agradecemos a quien encuentre esta tarjeta devolverla al Ministerio de Educación Nacional - Junta Central de Contadores.

aportes en línea

Planilla Integrada

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901214435	8	REPREFARCOS SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	carrera 21 24 24	BUCARAMANGA-SANTANDER	6820870	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION										
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor	
2026-07	2026-08	542842444	9509189158	E	2026/08/11	2026/08/05	BANCO CAJA SOCIAL	0	$14,016,400	

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO									NOVEDADES																									
No.	Tipo Id	No Id	Nombre	Tipo Cotizante	Horas Laboradas	Extranjero	Temp. Ext.	Fecha Radicación en el Exterior	ing	Fecha ing	ret	Fecha ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	Fecha Inicio vsp	cor	vst	sln	Fecha Inicio sln	Fecha Fin sln	ige	Fecha Inicio ige	Fecha Fin ige	lma	Fecha Inicio lma	Fecha Fin lma	vac-lr	Fecha Inicio vac-lr	Fecha Fin vac-lr	avp	vct
Sucursal: PRINCIPAL (12 Afiliados)																																		
Centro de Trabajo: ADMINISTRATIVOS(5 Afiliados)																																		
Ciudad: BUCARAMANGA Depto: SANTANDER(5 Afiliados)																																		
1	CC	1098782734	CARREÑO RICAURTE YOHAN SEBASTIAN	Dependiente	0	No	No													X														
2	CC	63359595	DUEÑEZ RODRIGUEZ MARIA YAQUELINE	Dependiente	0	No	No													X														
3	CC	1098684431	DURAN MUÑOZ LUIS ALEJANDRO	Dependiente	0	No	No																											
4	CC	1193214916	HERRERA MENDEZ LEIDY PAOLA	Dependiente	0	No	No																											
5	CC	1098676173	MORENO APARICIO DIANA CAROLINA	Dependiente	0	No	No				X	2026/07/23																						
Centro de Trabajo: BODEGA(1 Afiliados)																																		
Ciudad: BUCARAMANGA Depto: SANTANDER(1 Afiliados)																																		
6	CC	1098778025	ALVARADO JAIMES ENRIQUE	Dependiente	0	No	No																											
Centro de Trabajo: DIRECTIVOS(2 Afiliados)																																		
Ciudad: BUCARAMANGA Depto: SANTANDER(2 Afiliados)																																		
7	CC	91203251	MORENO BAYONA CIRO EMILIO	Dependiente - Dependiente pensionado activo	0	No	No																											
8	CC	63302877	MUÑOZ DE MORENO GLORIA ISABEL	Dependiente - Dependiente pensionado activo	0	No	No																											
Centro de Trabajo: VENTAS Y MENSAJERO(4 Afiliados)																																		
Ciudad: BUCARAMANGA Depto: SANTANDER(4 Afiliados)																																		
9	CC	13538566	ARENAS GUEVARA EDGAR	Dependiente	0	No	No																											
10	CC	91271352	CABALLERO HERNANDEZ WILLIAM	Dependiente	0	No	No													X														
11	CC	1096947947	HERRERA SUAREZ EDWIN HERNANDO	Dependiente	0	No	No																											
12	CC	1098611459	MORENO MUÑOZ JAVIER REYNALDO	Dependiente	0	No	No													X														
Total	Afiliados(12)																																	

PLANILLA PAGADA PLANILLA PAGADA PLANILLA PAGADA

aportes en línea

Planilla Integrada

						SALARIO			PENSION														SALUD					
Fecha Inicio vct	Fecha Fin vct	Irl	Fecha Inicio Irl	Fecha Fin Irl	Vip	Valor	Integral	Tipo de Salario	Administradora	Días	IBC	Tarifa	Tarifa Alto Riesgo Pensión	Valor Cotización	Cotización Voluntaria Empleador	Cotización Voluntaria Afiliado	Fondo Solidaridad Pensional	Fondo Subsistencia	Valor No retenido	Total	AFP Destino	Administradora	Días	IBC	Tarifa	Valor Cotización	Valor UP
																				$6,717,300						$3,389,600	
																				$2,686,300						$671,700	
																				$2,686,300						$671,700	
						$2,500,000	No	Fijo	PORVENIR	30	$6,517,433	16%	SIN RIESGO	$1,042,800	$0	$0	$0	$0	$0	$1,042,800		SALUD TOTAL	30	$6,517,433	4%	$260,700	
						$2,000,905	No	Fijo	COLPENSIONES	30	$3,170,071	16%	SIN RIESGO	$507,300	$0	$0	$0	$0	$0	$507,300		NUEVA E.P.S.	30	$3,170,071	4%	$126,900	
						$2,800,000	No	Fijo	PROTECCION	30	$2,800,000	16%	SIN RIESGO	$448,000	$0	$0	$0	$0	$0	$448,000		SALUD TOTAL	30	$2,800,000	4%	$112,000	
						$2,000,905	No	Fijo	PORVENIR	30	$2,000,905	16%	SIN RIESGO	$320,200	$0	$0	$0	$0	$0	$320,200		SANITAS	30	$2,000,905	4%	$80,100	
						$3,000,000	No	Fijo	COLPENSIONES	23	$2,300,000	16%	SIN RIESGO	$368,000	$0	$0	$0	$0	$0	$368,000		SANITAS	23	$2,300,000	4%	$92,000	
																				$344,200						$86,100	
																				$344,200						$86,100	
						$2,150,905	No	Fijo	PORVENIR	30	$2,150,905	16%	SIN RIESGO	$344,200	$0	$0	$0	$0	$0	$344,200		COOSALUD EPS	30	$2,150,905	4%	$86,100	
																				$0						$340,000	
																				$0						$340,000	
						$5,000,000	No	Fijo		0	$0	0%	SIN RIESGO	$0	$0	$0	$0	$0	$0	$0		NUEVA E.P.S.	30	$5,000,000	4%	$200,000	
						$3,500,000	No	Fijo		0	$0	0%	SIN RIESGO	$0	$0	$0	$0	$0	$0	$0		NUEVA E.P.S.	30	$3,500,000	4%	$140,000	
																				$3,686,800						$2,291,800	
																				$3,686,800						$2,291,800	
						$1,750,905	No	Fijo	PORVENIR	30	$1,750,905	16%	SIN RIESGO	$280,200	$0	$0	$0	$0	$0	$280,200		NUEVA E.P.S.	30	$1,750,905	4%	$70,100	
						$1,750,905	No	Fijo	PROTECCION	30	$1,894,939	16%	SIN RIESGO	$303,200	$0	$0	$0	$0	$0	$303,200		SANITAS	30	$1,894,939	4%	$75,800	
						$1,750,905	No	Fijo	PROTECCION	30	$1,750,905	16%	SIN RIESGO	$280,200	$0	$0	$0	$0	$0	$280,200		NUEVA E.P.S.	30	$1,750,905	4%	$70,100	
						$2,500,000	No	Fijo	PROTECCION	30	$16,605,724	16%	SIN RIESGO	$2,657,000	$0	$0	$83,100	$83,100	$0	$2,823,200		EPS SURA (ANTES SUSALUD)	30	$16,605,724	12.5%	$2,075,800	
																				$6,717,300						$3,389,600	

aportes en línea

Planilla Integrada

			CCF					RIESGOS						PARAFISCALES										
C	Total	EPS Destino	Administradora	Días	IBC	Tarifa	Valor Cotización	Administradora	Días	IBC	Tarifa	Clase Riesgo	Valor Cotización	Días	IBC	Tarifa SENA	Valor Cotización SENA	Tarifa ICBF	Valor Cotización ICBF	Tarifa ESAP	Valor Cotización ESAP	Tarifa MEN	Valor Cotización MEN	Exonerado SENA e ICBF
	$3,389,600						$1,978,700						$1,101,000				$332,200		$498,200		$0		$0	
	$671,700						$671,700						$88,000				$0		$0		$0		$0	
	$671,700						$671,700						$88,000				$0		$0		$0		$0	
$0	$260,700		CAJASAN	30	$6,517,433	4%	$260,700	ARL SURA	30	$6,517,433	0.522%	1	$34,100	30	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	SI
$0	$126,900		CAJASAN	30	$3,170,071	4%	$126,900	ARL SURA	30	$3,170,071	0.522%	1	$16,600	30	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	SI
$0	$112,000		CAJASAN	30	$2,800,000	4%	$112,000	ARL SURA	30	$2,800,000	0.522%	1	$14,700	30	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	SI
$0	$80,100		CAJASAN	30	$2,000,905	4%	$80,100	ARL SURA	30	$2,000,905	0.522%	1	$10,500	30	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	SI
$0	$92,000		CAJASAN	23	$2,300,000	4%	$92,000	ARL SURA	23	$2,300,000	0.522%	1	$12,100	23	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	SI
	$86,100						$86,100						$11,300				$0		$0		$0		$0	
	$86,100						$86,100						$11,300				$0		$0		$0		$0	
$0	$86,100		CAJASAN	30	$2,150,905	4%	$86,100	ARL SURA	30	$2,150,905	0.522%	1	$11,300	30	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	SI
	$340,000						$340,000						$44,400				$0		$0		$0		$0	
	$340,000						$340,000						$44,400				$0		$0		$0		$0	
$0	$200,000		CAJASAN	30	$5,000,000	4%	$200,000	ARL SURA	30	$5,000,000	0.522%	1	$26,100	30	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	SI
$0	$140,000		CAJASAN	30	$3,500,000	4%	$140,000	ARL SURA	30	$3,500,000	0.522%	1	$18,300	30	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	SI
	$2,291,800						$880,300						$957,300				$332,200		$498,200		$0		$0	
	$2,291,800						$880,300						$957,300				$332,200		$498,200		$0		$0	
$0	$70,100		CAJASAN	30	$1,750,905	4%	$70,100	ARL SURA	30	$1,750,905	4.35%	4	$76,200	30	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	SI
$0	$75,800		CAJASAN	30	$1,894,939	4%	$75,800	ARL SURA	30	$1,894,939	4.35%	4	$82,500	30	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	SI
$0	$70,100		CAJASAN	30	$1,750,905	4%	$70,100	ARL SURA	30	$1,750,905	4.35%	4	$76,200	30	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	SI
$0	$2,075,800		CAJASAN	30	$16,605,724	4%	$664,300	ARL SURA	30	$16,605,724	4.35%	4	$722,400	30	$16,605,724	2%	$332,200	3%	$498,200	0%	$0	0%	$0	No
	$3,389,600						$1,978,100						$1,101,000				$332,200		$498,200		$0		$0	

aportes en línea

Planilla Integrada

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901214435	8	REPREFARCOS SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	carrera 21 24 24	BUCARAMANGA-SANTANDER	6820870	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-07	2026-08	542842444	9509189158	E	2026/08/11	2026/08/05	BANCO CAJA SOCIAL	0	$14,016,400

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 3)				10	$6,717,300	$0	$0	$6,717,300
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	2	$875,300	$0	$0	$875,300
PORVENIR	230301	800,224,808	8	4	$1,987,400	$0	$0	$1,987,400
PROTECCION	230201	800,229,739	0	4	$3,854,600	$0	$0	$3,854,600
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				12	$1,101,000	$0	$0	$1,101,000
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	12	$1,101,000	$0	$0	$1,101,000
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				12	$1,978,100	$0	$0	$1,978,100
CAJASAN	CCF39	890,200,106	1	12	$1,978,100	$0	$0	$1,978,100
EPS (ADMINISTRADORAS: 5)				12	$3,389,600	$0	$0	$3,389,600
COOSALUD EPS	EPS042	900,226,715	3	1	$86,100	$0	$0	$86,100
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$2,075,800	$0	$0	$2,075,800
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	5	$607,100	$0	$0	$607,100
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	2	$372,700	$0	$0	$372,700
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	3	$247,900	$0	$0	$247,900
ICBF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$498,200	$0	$0	$498,200
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR	PAICBF	899,999,239	2	1	$498,200	$0	$0	$498,200
SENA (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$332,200	$0	$0	$332,200
SENA	PASENA	899,999,034	1	1	$332,200	$0	$0	$332,200
TOTAL				12	$14,016,400	$0	$0	$14,016,400

2026/08/05 11:25 a. m.

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

Certificado No:



LA REPUBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

CERTIFICA A:
QUIEN INTERESE

Que el contador público **OSCAR RAFAEL MONCADA FUENTES** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 91205139 de BUCARAMANGA (SANTANDER) Y Tarjeta Profesional No 95042-T SI tiene vigente su inscripción en la Junta Central de Contadores y desde la fecha de Inscripción.

NO REGISTRA ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS **********
****
****

Dado en BOGOTA a los 23 días del mes de Julio de 2026 con vigencia de (3) Meses, contados a partir de la fecha de su expedición.

SANDRA MILENA BARRIOS PULIDO
DIRECTOR GENERAL

ESTE CERTIFICADO DIGITAL TIENE PLENA VALIDEZ DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 2 DE LA LEY 527 DE 1999, DECRETO UNICO REGLAMENTARIO 1074 DE 2015 Y ARTICULO 6 PARAGRAFO 3 DE LA LEY 962 DEL 2005

Para confirmar los datos y veracidad de este certificado, lo puede consultar en la página web www.jcc.gov.co digitando el número del certificado