

ESE HOSPITAL REGIONAL DEL MAGDALENA MEDIO
NIT - 900136865

1. DATOS DEL BENEFICIARIO

Unidad de Negocio	01 ESE HOSPITAL REGIONAL DEL MAGDALENA MEDIO	Centro de Costo	1 NO APLICA
Tercero	NIT 901214435	REPREFARCOS S.A.S	
Factura	FR9995-9996-10025-10026-38-39-46-47-83	Valor	145.477.882,00
Concepto	SUMINISTRO DE MATERIAL MÉDICO QUIRÚRGICO PARA LA E.S.E. HOSPITAL REGIONAL DEL MAGDALENA MEDIO.		

2. MOVIMIENTO PRESUPUESTAL

CDP	RP	RUBRO	NOMBRE RUBRO	VALOR RUBRO	VALOR APLICADO	SALDO
976	1638	2 4 5 01 03 02	MATERIAL MEDICO QUIRURGICO	400.000.000,00	148.773.534,00	106.684.700,81
Total Aplicado:					148.773.534,00	

3. MOVIMIENTO FINANCIERO Y CONTABLE

CUENTA QUE AFECTA	CONCEPTO	BASE	(%)	DEBITOS	CREDITOS
1 OC 2609000154 30/09/2026					
24010101 BIENES	SUMINISTRO DE MATERIAL MÉD			0,00	145.477.882,00
15140401 MATERIAL MEDICO QUIRUR	SUMINISTRO DE MATERIAL MÉD			99.759.871,00	0,00
15140402 MATERIAL MEDICO QUIRUR	SUMINISTRO DE MATERIAL MÉD			49.013.663,00	0,00
2436080101 PERSONAS JURIDICAS	SUMINISTRO DE MATERIAL MÉD	131.826.069,00	% 2,5000	0,00	3.295.652,00
TOTALES				148.773.534,00	148.773.534,00

SON:

ciento cuarenta y cinco millones cuatrocientos setenta y siete mil ochocientos ochenta y dos pesos con 0/100 m/c.-.-.-.-.-.

 HOSPITAL REGIONAL <small>— DEL MAGDALENA MEDIO —</small>	FORMATO ACTA PARCIAL PARA PROVEEDORES	GAJ-FR-019
	Versión: 003 Fecha de emisión: 18/08/2026	

ACTA DE CUMPLIMIENTO PARCIAL E INFORME DE ACTIVIDADES N° 02 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
IMPUTACIÓN 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. **MELBÁ 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.2. del

 HOSPITAL REGIONAL <small>— DEL MAGDALENA MEDIO —</small>	FORMATO ACTA PARCIAL PARA PROVEEDORES	GAJ-FR-019
	Versión: 003 Fecha de emisión: 18/08/2026	

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 Septiembre del 2026 hasta el 30 del mes de Septiembre de 2026 con las actividades descritas en el contrato N°.380-2026, tal y como se relaciona a continuación:

1. Suministrar tanto en calidad, cantidad como en tiempo, todos los insumos 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.	Se realizó el suministro oportuno y continuo del material médico quirúrgico conforme a los precios y especificaciones pactadas en la propuesta y estudio previo, atendiendo las solicitudes del hospital.	Órdenes de pedido, Notas de entrega, Cuadro de control de insumos suministrados.
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.	Se efectuó la entrega física del material directamente en las instalaciones del almacén general de la E.S.E., verificando el correcto estado de los empaques e insumos.	Actas de recepción técnica y administrativa del almacén, Planillas de entrega.
3. Ejecutar con plena autonomía técnica y científica todas las actividades y procedimientos en el objeto del contrato.	Se dispuso de personal idóneo y capacitado para la gestión, logística y manejo técnico del material médico quirúrgico, sin subordinación técnica con la entidad.	Certificaciones técnicas de idoneidad, Procedimientos estandarizados de manejo de insumos.
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.	Se cumplió rigurosamente con la entrega de las referencias y cantidades proyectadas en la cotización adjudicada (agujas, gasas, cánulas, equipos, etc.).	Remisiones de entrega vs. Cotización aprobada, Listado de verificación de ítems.
5. EL CONTRATISTA se compromete a suministrar el material médico quirúrgico requeridos en el presente contrato con estándares de calidad una vez se legalice el presente contrato.	Una vez formalizado el contrato, se despacharon insumos de marcas reconocidas que cumplen	Registros Sanitarios INVIMA vigentes, Fichas técnicas de los productos.

 HOSPITAL REGIONAL <small>— DEL MAGDALENA MEDIO —</small>	FORMATO ACTA PARCIAL PARA PROVEEDORES	GAJ-FR-019
	Versión: 003 Fecha de emisión: 18/08/2026	

	con los estándares de calidad del sector salud.	
6. Que el CONTRATISTA tenga la capacidad de suministrar tanto en calidad, cantidad, como en tiempo, todos los insumos, necesarios para la ejecución del contrato.	Se garantizó el stock suficiente y la capacidad logística para responder sin desabastecimiento a los requerimientos periódicos del hospital.	Certificados de disponibilidad de stock, Cronogramas de despacho.
7. El CONTRATISTA deberá asumir el transporte adecuado de los insumos requeridos.	Se contrataron servicios de transporte y logística especializada que aseguran la cadena de custodia y protección del material médico hasta el hospital.	N/A
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.	Se gestionaron los despachos complementarios de aquellos insumos con falta temporal de stock dentro del plazo estipulado de 8 días calendario.	Actas de entrega de pendientes, Trazabilidad de órdenes complementarias.
9. Presentar para aprobación del supervisor, las actas de entrega parciales y definitivas.	Se elaboraron, radicarón y suscribieron periódicamente las actas correspondientes a las entregas parciales realizadas durante la ejecución contractual.	Actas de entrega parciales y definitivas firmadas por el Supervisor.
10. Presentar facturas o cuentas de cobro de conformidad con lo estipulado.	Se emitieron y radicarón las facturas de venta / cuentas de cobro ajustadas a los requerimientos fiscales y administrativos de la institución.	Facturas electrónicas de venta, Soportes de radicación ante contabilidad.
11. Responder por los impuestos que cause la legalización del contrato.	Se realizó el pago oportuno de las estampillas, impuestos y derechos contractuales aplicables para la legalización.	Comprobantes de pago de estampillas e impuestos de legalización.
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.	Se mantuvo la cobertura mediante pólizas de responsabilidad y se aplicaron protocolos de seguridad en el manejo y	Póliza de Garantía Única y Responsabilidad Civil Extracontractual con aprobación.

 HOSPITAL REGIONAL <small>— DEL MAGDALENA MEDIO —</small>	FORMATO ACTA PARCIAL PARA PROVEEDORES Versión: 003 Fecha de emisión: 18/08/2026	GAJ-FR-019
--	--	-------------------

	transporte del material para evitar daños a terceros.	
13. El CONTRATISTA se obliga a entregar los insumos requeridos en el Almacén de nuestra institución y cumplir con el transporte adecuado de los mismos.	Se descargaron y entregaron los insumos en la zona del almacén institucional garantizando vehículos aptos para transporte de insumos médicos.	Registro fotográfico de entregas, Control de recepción de almacén.
14. Acatar las órdenes e instrucciones del supervisor del contrato.	Se atendieron las recomendaciones, ajustes en entregas y solicitudes realizadas formalmente por la supervisión del contrato.	Comunicados enviados/recibidos, Correos de coordinación con el supervisor.
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.	Se tramitaron las solicitudes de cambio por empaque averiado o defecto dentro del plazo límite de 8 días calendario.	Actas de reposición/devolución de insumos, Registro de cambios de lote.
16. De presentarse la falta de algún elemento por no disponibilidad en el mercado, EL CONTRATISTA deberá presentar en las siguientes 24 horas soporte que justifique el evento expedido por autoridades competentes (INVIMA, Ministerio) o proveer material con la misma calidad.	Ante eventuales no disponibilidades de mercado, se notificó al supervisor en menos de 24 horas con las certificaciones oficiales de desabastecimiento o sustituto de igual/superior calidad.	Cartas de notificación, Certificados de desabastecimiento INVIMA/Laboratorio.
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.	Para productos con vencimiento cercano a 6 meses, se gestionaron previamente las autorizaciones del supervisor adjuntando las cartas de compromiso de rotación/cambio.	Cartas de compromiso de cambio por vencimiento, Autorización escrita del supervisor.
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.	Se verificó que los lotes entregados contaran con fechas de caducidad superiores a 24 meses desde la fecha de recepción.	Matriz de control de lotes y fechas de vencimiento de productos.
19. Suministrar como requisito para el pago y la continuidad del contrato, los aportes parafiscales, salud, pensión y riesgos profesionales y la	Se acreditaron al día los pagos al Sistema de Seguridad Social Integral y Parafiscales	Planillas PILA y Certificación de pago de Parafiscales firmada por

 HOSPITAL REGIONAL <small>— DEL MAGDALENA MEDIO —</small>	FORMATO ACTA PARCIAL PARA PROVEEDORES	GAJ-FR-019
	Versión: 003 Fecha de emisión: 18/08/2026	

correspondiente certificación firmada por el representante legal o el contador.	correspondientes al personal vinculado.	Representante Legal / Contador.
20. Entregar los suministros en perfectas condiciones de higiene y salud, que garanticen su uso adecuado.	Se aplicaron protocolos de limpieza, empaque secundario y bioseguridad en el embalaje de todos los suministros entregados.	Certificados de calidad e higiene del embalaje y transporte.
21. Las demás que sean inherentes al objeto contractual.	Se dio cumplimiento a los requerimientos normativos, legales y administrativos propios de la contratación estatal de insumos de salud.	Expediente contractual completo y comunicaciones generales.

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, **FORMA DE PAGO:** El valor del contrato 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, suscritas entre el supervisor y el contratista. El valor por cancelar corresponderá de acuerdo con las tarifas pactadas y a la cantidad de los suministros solicitados y debidamente entregados correspondientes en el mes, los cuales serán cancelados dentro de los treinta (30) días siguientes a su generación y respecto, previa radicación de la correspondiente factura con sus respectivos soportes.

PARÁGRAFO 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.

 HOSPITAL REGIONAL <small>Empresa Social del Estado</small> <small>DEL MAGDALENA MEDIO</small>	FORMATO ACTA PARCIAL PARA PROVEEDORES		GAJ-FR-019
	Versión: 003 Fecha de emisión: 18/08/2026		

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
VALOR EJECUTADO ACTA PARCIAL No. 02			
FR9995 POR PAGAR		\$ 364.800,00	
FR9996 POR PAGAR		\$ 9.135.546,70	
FR10025 POR PAGAR		\$ 51.803.660,65	
FR10026 POR PAGAR		\$ 634.000,10	
FR10038 POR PAGAR		\$ 3.370.080,00	
FR10039 POR PAGAR		\$ 1.984.845,03	
FR10046 POR PAGAR		\$ 124.310,10	
FR10047 POR PAGAR		\$ 9.764.589,65	
FR10083 POR PAGAR		\$ 1.948.506,00	
FR10085 POR PAGAR		\$ 8.477.730,50	
FR10087 POR PAGAR		\$ 8.309.975,87	
FR10106 POR PAGAR		\$ 10.581.556,16	
FR10107 POR PAGAR		\$ 10.509.832,42	

 HOSPITAL REGIONAL <small>Empresa Social del Estado</small> <small>— DEL MAGDALENA MEDIO —</small>	FORMATO ACTA PARCIAL PARA PROVEEDORES		GAJ-FR-019
	Versión: 003 Fecha de emisión: 18/08/2026		

FR10107 POR PAGAR		\$ 10.509.832,42	
FR10115 POR PAGAR		\$ 937.608,00	
FR10116 POR PAGAR		\$ 3.574.470,00	
FR10128 POR PAGAR		\$ 635.800,34	
FR10148 POR PAGAR		\$ 2.076.385,78	
FR10149 POR PAGAR		\$ 9.459.930,34	
FR10164 POR PAGAR		\$ 291.667,00	
FR10171 POR PAGAR		\$ 1.400.000,00	
FR10174 POR PAGAR		\$ 10.931.153,00	
FR10175 POR PAGAR		\$ 2.457.088,20	
TOTAL FACTURAS			\$ 148.773.535,84
SALDO PENDIENTE POR EJECUTAR			\$ 106.684.698,97
SUMAS IGUALES	\$ 400.000.000,00		\$ 400.000.000,00

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

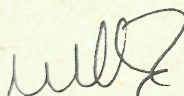
APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL			
Número de planilla 9510764054			
Periodo cotizado	De	SEPTIEMBRE 01 de 2026	
	Hasta	SEPTIEMBRE 30 de 2026	
Concepto	Valor aporte	Valor Intereses	Valor total
Pensión	\$ 8.197.500,00	\$ -	\$ 6.717.300,00
Salud	\$ 4.081.700,00	\$ -	\$ 3.389.600,00
CCF	\$ 2.312.200,00	\$ -	\$ 1.978.100,00
ARL	\$ 1.362.000,00	\$ -	\$ 101.000,00
ICBF	\$ 498.200,00	\$ -	\$ 498.200,00
SENA	\$ 416.400,00	\$ -	\$ 332.200,00
Totales	\$ 16.995.100,00	\$ -	\$ 16.995.100,00

5. La presente acta sirve como fundamento para el cobro y tramite de la suma de **CIENTO CUARENTA Y CIENTO CUARENTA Y OCHO MILLONES SETECIENTOS SETENTA Y TRES MIL QUINIENTOS TREINTA Y CINCO CON OCHENTA Y CUATRO CENTÉSIMAS (\$148.773.535,84) M/CTE** a favor del contratista, correspondiente a la presente Acta Parcial No. 02.
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

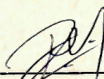
 HOSPITAL REGIONAL <small>— DEL MAGDALENA MEDIO —</small>	FORMATO ACTA PARCIAL PARA PROVEEDORES	GAJ-FR-019
	Versión: 003 Fecha de emisión: 18/08/2026	

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.

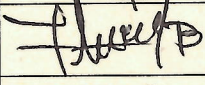
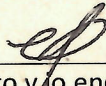
En constancia de lo anterior, se firma en la ciudad de Barrancabermeja D.E (Santander) a los veintinueve (29) días del mes de septiembre de 2026, por las personas que en ella intervinieron.



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



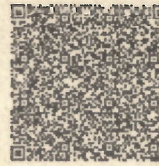
JAVIER REYNALDO MORENO MUÑOZ
 C.C. No. 1.098.611.459 de Bucaramanga (Santander)
 R/L: **REPREFARCOS S.A.S**
 Nit No. 901.214.435-8

	NOMBRE	FIRMA	FECHA
Revisión aspectos Técnicos	Maria Fernanda Rivero		Septiembre de 2026
Revisión Financiera	Hector Martinez Ballesteros		Septiembre de 2026
Revisión Jurídica	Elkin Fabián Pérez R		Septiembre 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-10115

Número de Autorización 18784110735326 de
2026-08-03 Rango FR0414 a FR100000 vence
2027-08-03

Doc. Externo: OP-003464

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
16	09	2026
FECHA DE VENCIMIENTO		
DÍA	MES	AÑO
17	10	2026

No.	CANT.	LABORATORIO	DESCRIPCIÓN	VR. UNI.	DCTO.	% IVA	TOTAL
1	60	CEPILAB	KIT ULTRACITOLOGICO TALLA M - CEPILAB UNIDAD : CUM:20162672 INVIMA:2019DM-0019756 ATC: Lote: 0726 Vence: 2031-07	2,714.29	0	19	162,857.40
2	100	CEPILAB	KIT ULTRACITOLOGICO TALLA S - CEPILAB UNIDAD : CUM:20162672 INVIMA:2019DM-0019756 ATC: Lote: 0626 Vence: 2031-06	3,824	0	19	382,400
3	1	SIEGFRIED	NITROFURAZONA 0.2G/100G (0.2%) UNG TOP FCOX500G CUYDERM - SIEGFRIED :CUYDERM CUM: INVIMA: ATC: Lote: 00740126 Vence: 2029-01	72,188	0	0	72,188
4	1	SIEGFRIED	NITROFURAZONA 0.2G/100G (0.2%) UNG TOP FCOX500G CUYDERM - SIEGFRIED :CUYDERM CUM: INVIMA: ATC: Lote: 16010925 Vence: 2028-09	72,188	0	0	72,188
5	2	SIEGFRIED	NITROFURAZONA 0.2G/100G (0.2%) UNG TOP FCOX500G CUYDERM - SIEGFRIED :CUYDERM CUM: INVIMA: ATC: Lote: 20761024 Vence: 2027-10	72,188	0	0	144,376

Valor en letras: Novecientos Dieciséis Mil Setecientos Cincuenta Y Siete Pesos Con Setenta Y Siete Centavos

Observaciones: ESEHRMM-CD-380 2026 ALMACEN

VENDEDOR: JAVIER REYNALDO MORENO MUÑOZ

CLIENTE:

SUBTOTAL	834,009.14
DCTO	0.00
IVA	103,598.86
RETE FTE (2.5%)	20,850.23
TOTAL	916,757.77

NIT/C.C.:

NIT/C.C.:

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

Transcurrido tres(3) días después de recibida la mercancía NO ACEPTAMOS RECLAMOS NI DEVOLUCIONES.

4.Nos reservamos la propiedad de la mercancía mientras no sea cancelada totalmente. 5.La presente factura de venta, por sí sola surte los efectos de título valor, en cumplimiento de lo establecido en la ley 1231 de 2008. 6.La presente factura presta mérito 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 mérito 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

BODEGA: ALMACEN
Cumple Requisitos S

Fecha Factura 16/09/2026 Fecha Registro 21/09/2026 09:37:37 ESTADO CAUSADO
 Fecha Solicitud 16/09/2026 Fecha Entrega 16/09/2026

Proveedor REPREFARCOS SAS
 Dirección CARRERA 21 24-24

Nit 901214435-8
 Teléfono 6076820870
 Orden de Compra 0

CODIGO	CONCEPTO	CANTIDAD	LOTE	Temp °C	FECHA VEN	VALOR UNI.	% IVA	TOTAL
3647	KIT ULTRACITOLOGICO LAMINA ESMERILADA TALLA S	60,00	0726	0,00	31/07/2031	2.714,29	19,00	193.800,30
3648	KIT ULTRACITOLOGICO LAMINA ESMERILADA TALLA M	100,00	0626	0,00	30/06/2031	3.824,00	19,00	455.056,00
3649	NITROFURAZONA POMADA 454 MG	1,00	00740126	0,00	31/01/2029	72.188,00	0,00	72.188,00
3649	NITROFURAZONA POMADA 454 MG	1,00	16010925	0,00	30/09/2028	72.188,00	0,00	72.188,00
3649	NITROFURAZONA POMADA 454 MG	2,00	20761024	0,00	31/10/2027	72.188,00	0,00	144.376,00

VALOR EN LETRAS
 novecientos treinta y siete mil seiscientos ocho

SUBTOTAL 834.009,40
IVA 103.598,90
TOTAL 937.608,30

Elaboró ROBLES BELEÑO SHIRLEY JOANA

Aprobo

Línea de Inventario

INSUMOS MEDICOS	937.608,30
TOTAL	937.608,30



Hospital Regional
HOSPITAL REGIONAL DE LA SIERRA
CALLE 302 No. 1125, P.O. BOX 3

ACTA DE RECEPCION TECNICA DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MEDICOS
Fecha de solicitud: 16/09/2026

Nombre proveedor: REPREFARCOOS SAS		Orden de compra No: 0		Movimiento: 430		Bodega: ALMACEN				
Fecha número: FP-10115	Fecha factura: 16/09/2026	Fecha recepción: 21/09/2026		Cumple con los requisitos: S						
DESCRIPCION	COD	MARCA	CUM	CANTIDAD RECIBIDA	MUESTRA	LOTE/SERIE	FECHA VENCIMIENTO	REGISTRO SANITARIO	TEMPERATURA	OBSERVACIONES
KIT ULTRACITOLOGICO LAMIN	3647	CEPILAB	20162672	60.00	13	0726	31/07/2031	0219DM-00197	0.00	
KIT ULTRACITOLOGICO LAMIN	3648	CEPILAB	20162672	100.00	20	0626	30/06/2031	2019DM-00197	0.00	
NITROFURAZONA POMADA 45	3649	SIEGFRIED		1.00	20	00740126	31/01/2029	20	0.00	
NITROFURAZONA POMADA 45	3649	SIEGFRIED		1.00	20	16010925	30/09/2028		0.00	
NITROFURAZONA POMADA 45	3649	SIEGFRIED		2.00	2	20761024	31/10/2027		0.00	

Condiciones de transporte:		Material de empaque y embase:	
Manipulación:		Condiciones administrativas:	
Embalaje:		Condiciones técnicas:	

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

Movimiento creado por: ROBLES BELLEÑO SHIRLEY JOANA



aportes
en línea

Planilla Integrada

DATOS GENERALES DEL APORTE																			
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	BUCARANGA-SANTANDER	6820870	SI											
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION																			
Periodo		Clave		Tipo		Fecha		Pago											
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor										
2026-08	2026-09	623180072	E	9510764054	2026/09/08	2026/09/03	BANCO CAJA SOCIAL	0	\$14,995,100										
LIQUIDACION DETALLADA DE APORTE																			
EMPLEADO																			
No.	Id	No Id	Nombre	Tipo Cotizante	Hora Laboradas	Extra Temp. Jero Ext.	Fecha Radicación en el Exterior	Fecha Ing	Fecha ret	tde lue	lue ldp	ldp vsp	Fecha Inicio cor vst	Fecha Inicio sin	Fecha Fin ige	Fecha Fin lna	Fecha Inicio vaci-r	Fecha Fin vaci-r	avo vct
Sucursal: PRINCIPAL (12 Afiliados)																			
Centro de Trabajo: ADMINISTRATIVOS (4 Afiliados)																			
Ciudad: BUCARAMANGA Depto: SANTANDER (4 Afiliados)																			
1	CC	1097827374	CARREÑO RICARTE	Dependiente	0	No								X					
2	CC	63359595	RODRIGUEZ RODRIGUEZ	Dependiente	0	No								X					
3	CC	1091684431	OURAN MUÑOZ LUIS	Dependiente	0	No													
4	CC	1193214914	HERRERA MENDEZ LEIDY PAOLA	Dependiente	0	No													
Centro de Trabajo: BODEGA (1 Afiliados)																			
Ciudad: BUCARAMANGA Depto: SANTANDER (1 Afiliados)																			
5	CC	108577802	ALVARADO JAMES ENRIQUE	Dependiente	0	No													
Centro de Trabajo: DIRECTIVOS (2 Afiliados)																			
Ciudad: BUCARAMANGA Depto: SANTANDER (2 Afiliados)																			
6	CC	9120335	MORENO BAYONA CIRIO EMILIO	Dependiente pensionado activo	0	No													
7	CC	6330877	MUNOZ DE MORENO GLORIA ISABEL	Dependiente pensionado activo	0	No													
Centro de Trabajo: VENTAS Y MENSAJERO (5 Afiliados)																			
Ciudad: BUCARAMANGA Depto: SANTANDER (5 Afiliados)																			
8	CC	13538564	ARENAS GUEVARA EDGAR	Dependiente	0	No													
9	CC	91271352	ZABALLERO HERNANDEZ WILLIAM	Dependiente	0	No													
10	CC	91257383	GARRIDO ESPINO GUSTAVO EDIN	Dependiente	0	No		X	2026/08/03										
11	CC	10969479	HERRERA SUAREZ EDWIN HERNANDO	Dependiente	0	No													
12	CC	1098611459	MORENO MUÑOZ JAVIER REYNALDO	Dependiente	0	No								X					
Total		Afiliados (12)																	

[The page contains faint, repeating text from the reverse side, which appears to be "ANALISA PASADAPASIN".]

Planilla Integrada

C	CCF			RIESGOS			PARAFISCALES																
	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
	\$4,081,700					\$2,312,000						\$1,362,700				\$416,400		\$624,600			\$0	\$0	\$0
	\$777,600					\$777,600						\$101,700				\$0		\$0			\$0	\$0	\$0
	\$777,600					\$777,600						\$101,700				\$0		\$0			\$0	\$0	\$0
\$0	\$407,600	CAJASAN	30	\$10,188,996	4%	\$407,600/ARL SURA		30	\$10,188,996	0.522%	1	\$53,200	30	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
\$0	\$177,900	CAJASAN	30	\$4,447,401	4%	\$177,900/ARL SURA		30	\$4,447,401	0.522%	1	\$23,300	30	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
\$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	\$0
\$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	\$0
	\$86,100					\$86,100						\$11,300				\$0		\$0			\$0	\$0	\$0
	\$86,100					\$86,100						\$11,300				\$0		\$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	\$0
	\$340,000					\$340,000						\$44,400				\$0		\$0			\$0	\$0	\$0
	\$340,000					\$340,000						\$44,400				\$0		\$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	\$0
\$0	\$140,000	CAJASAN	30	\$3,300,000	4%	\$140,000/ARL SURA		30	\$3,300,000	0.522%	1	\$18,300	30	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
	\$2,878,000					\$1,108,500						\$1,205,300				\$416,400		\$624,600			\$0	\$0	\$0
	\$2,878,000					\$1,108,500						\$1,205,300				\$416,400		\$624,600			\$0	\$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	\$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	\$0
\$0	\$65,400	CAJASAN	28	\$1,634,178	4%	\$65,400/ARL SURA		28	\$1,634,178	4.35%	4	\$71,000	28	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$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	\$0
\$0	\$2,692,300	CAJASAN	30	\$20,817,833	4%	\$832,800/ARL SURA		30	\$20,817,833	4.35%	4	\$905,600	30	\$20,817,833	2%	\$416,400	3%	\$624,600	0%		\$0	\$0	\$0
	\$4,081,700					\$2,312,000						\$1,362,700				\$416,400		\$624,600			\$0	\$0	\$0



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 100 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	E	Limite	Pago	Banco	Valor
2024-08	2024-09	623180072	9510764054			2026/09/08	2026/09/03	BANCO CAJA SOCIAL	\$16,995,100
RESUMEN DE PAGO									
RIESGO		CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES/MORA		SALDOS INCAPACIDA
							Fondo Solidaridad Pensional	Intereses de Mora Fondo Solidaridad	Fondo Subsistencia
AFP (ADMINISTRADORAS: 3)					10	\$8,197,500	\$0		
COLPENSIONES		25-14	900,336,004	7	1	\$711,600	\$0	\$0	\$0
PORVENIR		230301	800,224,808	8	5	\$2,938,400	\$51,000	\$0	\$0
PROTECCION		230201	800,229,739	0	4	\$4,547,500	\$104,100	\$0	\$0
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)					12	\$1,362,700	\$0		
ARL SURA		14-11	890,903,790	5	12	\$1,362,700	\$0	\$0	\$0
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)					12	\$2,312,200	\$0		
CAJASAN		CCF39	890,200,106	1	12	\$2,312,200	\$0	\$0	\$0
EPS (ADMINISTRADORAS: 5)					12	\$4,081,700	\$0		
COOSALUD EPS		EPS042	900,226,715	3	1	\$86,100	\$0	\$0	\$0
EPS SURA (ANTES SUSALUD)		EPS010	800,088,702	2	2	\$2,667,700	\$0	\$0	\$0
NUEVA E.P.S.		EPS037	900,156,264	2	5	\$658,100	\$0	\$0	\$0
SALUD TOTAL		EPS002	800,130,907	4	2	\$519,600	\$0	\$0	\$0
SANTITAS		EPS005	800,251,440	6	2	\$150,200	\$0	\$0	\$0
ICBF (ADMINISTRADORAS: 1)					1	\$624,600	\$0		
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR		PAICBF	899,999,239	2	1	\$624,600	\$0	\$0	\$0
SENA (ADMINISTRADORAS: 1)					1	\$416,400	\$0		
SENA		PASENA	899,999,034	1	1	\$416,400	\$0	\$0	\$0
TOTAL					12	\$16,995,100	\$155,100	\$0	\$0

Planilla Integrada

DES	VALOR A PAGAR
\$0	\$8,197,500
\$0	\$711,600
\$0	\$2,938,400
\$0	\$4,547,500
\$0	\$1,362,700
\$0	\$1,362,700
\$0	\$2,312,200
\$0	\$2,312,200
\$0	\$4,081,700
\$0	\$86,100
\$0	\$2,667,700
\$0	\$658,100
\$0	\$519,600
\$0	\$150,200
\$0	\$624,600
\$0	\$624,600
\$0	\$416,400
\$0	\$416,400
\$0	\$16,995,100

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

ENL 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

ESTATURA

A-

G.S. RH

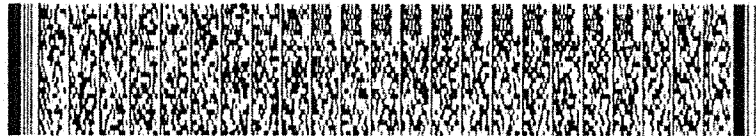
M

SEXO

11-AGO-1978 BUCARAMANGA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sanchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



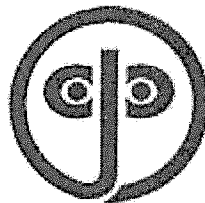
A 2700100-00200823-M-0091205139-20091130

0018489103A 1

6860037783

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

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

Benjamín López Arciniegas

BENJAMIN LOPEZ ARCINEGAS 104974

[Signature]

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.





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, septiembre 1 de 2026.

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

▼ Carrera 21 No. 24-24
☎ 634 42 86 / 634 32 98 / 3156129804
✉ reprefarcossas@gmail.com