



Red de Salud del Oriente
 Empresa Social del Estado E.S.E
 Municipio de Santiago de Cali
 NIT. 805.027.337-4

FORMATO INFORME SUPERVISIÓN

CÓDIGO: GJ-Cb-FR-009

VERSIÓN:002

FECHA:2025/09/08

1. DATOS GENERALES

INFORME PARCIAL

INFORME FINAL

Cuota Número 1

1.1 PERÍODO A QUE CORRESPONDE EL INFORME: 25/02/2026 a : 28/02/2026

1.2 ¿SE REPORTA DESEMPEÑO DEFICIENTE O A MEJORAR?

SI

NO

X

1.3 PORCENTAJE DE EJECUCIÓN:

22,50 %

2. DATOS DEL SUPERVISOR

2.1 NOMBRE DEL SUPERVISOR

SANDRA PATRICIA PEREZ RENDON

2.2 PROCESO O ÁREA

FACTURACION

2.3 CARGO

PROFESIONAL UNIVERSITARIO

3. DATOS DEL CONTRATO SUPERVISADO

3.1 NUMERO DE CONTRATO

100.23.19.20260026

3.2 FECHA DE CONTRATO (DD/MM/AAAA)

25/02/2026

3.3 CONTRATISTA

SOLUCIONES INTEGRALES DE OFICINA SAS

3.4 CEDULA DE CIUDADANÍA O NIT

800.157.786-7

3.5 DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL

202600079

3.6 REGISTRO PRESUPUESTAL

202600117

3.7 VALOR INICIAL DEL CONTRATO

\$ 13.692.000

3.8 PLAZO

EL PLAZO DE EJECUCIÓN DEL OBJETO CONTRACTUAL SERÁ HASTA EL 31 DE MARZO DE 2026, PREVIO CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS DE PERFECCIONAMIENTO Y LEGALIZACIÓN DEL CONTRATO.

3.9 FECHA ACTA DE INICIO (DD/MM/AAAA)

25/02/2026

3.10 FECHA TERMINACIÓN PROYECTADA DEL CONTRATO (DD/MM/AAAA)

31/03/2026

3.11 MODIFICACION (ES) AL CONTRATO

NA

3.12 SUSPENSIÓN

NA

3.13 REANUDACIÓN

NA

3.14 CESIÓN

NA

3.15 TERMINACIÓN ANTICIPADA

NA

3.16 ADICION

NA

3.17 PRORROGA

NA

3.18 OBJETO: PRESTAR EL SERVICIO DE GENERACION, VALIDACION Y ENVIO DE LOS ARCHIVOS RIPS, EN FORMATO JSON, REQUERIDOS POR EL MINISTERIO DE SALUD EN CUMPLIMIENTO DE LA NORMATIVIDAD VIGENTE DE ACUERDO CON LOS LINEAMIENTOS TECNICOS EXIGIDOS EN LA RESOLUCION 2275



HPayra
 20/03/26



Red de Salud del Oriente
 Empresa Social del Estado E.S.E
 Municipio de Santiago de Cali
 NIT. 805.027.337-4

FORMATO INFORME SUPERVISIÓN

CÓDIGO: GJ-Cb-FR-009

VERSIÓN:002

FECHA:2025/09/08

4. SEGUIMIENTO CONTRACTUAL

4.1 Cumplimiento del Objeto:

MEDIANTE FACTURA FE3238 DEL 02 DE MARZO DE 2026: Registros individuales de prestación de servicios de salud – RIPS en la Nube mes febrero 2026

DURANTE EL PERIODO EVALUADO EL CONTRATISTA EJECUTO SATISFACTORIAMENTE EL OBJETO DEL CONTRATO.

El contratista ejecuto las siguientes actividades:

Prestación del servicio de envío de documentos electrónicos desde el aplicativo SAMAN RIPS

Mes: febrero 2026

RIPS JSON: 13.945

4.2 Grado de Cumplimiento de las obligaciones (marque con una X)

Deficiente	A mejorar	Satisfactorio	X	Sobresaliente	No Aplica
------------	-----------	---------------	---	---------------	-----------

INFORME DE SUPERVISIÓN

5. RELACIÓN DE PAGOS A LA SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES PARAFISCALES (Si aplica):

ITEM	PERIODO DE PAGO DD/MM/AAAA	FECHA DE PAGO DD/MM/AAAA	VALOR
PENSIÓN	01/01/2026	19/02/2026	15.338.300
SALUD	01/02/2026	19/02/2026	3.794.800
RIESGOS PROFESIONALES	01/01/2026	19/02/2026	516.100
PARAFISCALES	01/01/2026	19/02/2026	3.784.800
NUMERO DE PLANILLA	50571343		

6. AVANCE FINANCIERO

ITEM	VALOR	FECHA (DD/MM/AAAA)
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	\$ 13.692.000	25/02/2026
CUOTAS ANTERIORES	\$ 0	
PAGO AUTORIZADO EN EL PRESENTE INFORME	\$ 3.080.600	19/03/2026
VALOR EJECUTADO	\$ 3.080.600	19/03/2026
SALDO DEL CONTRATO POR CANCELAR	\$ 10.611.400	19/03/2026

7. SEGUIMIENTO A PLAN DE MEJORAMIENTO (Si Aplica)

¿Existe Plan de Mejoramiento? Si: No: (En caso afirmativo indique el nivel de cumplimiento):





Red de Salud del Oriente
 Empresa Social del Estado E.S.E
 Municipio de Santiago de Cali
 NIT. 805.027.337-4

FORMATO INFORME SUPERVISIÓN

CÓDIGO: GJ-Cb-FR-009

VERSIÓN:002

FECHA:2025/09/08

8. INFORME DE EJECUCIÓN

¿ENTREGÓ INFORME DE ACTIVIDADES? SI NO

¿ENTREGO SOPORTES DE LA EJECUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES? SI NO

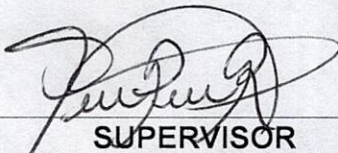
SOPORTE FISICO: CD/DVD USB OTRO N/A

OBSERVACIONES: El valor aprobado para el presente informe de supervisión corresponde al periodo comprendido entre el 26 de febrero al 28 de febrero en caso de presentarse alguna novedad relacionada con la revisión de los procesos judiciales, u otras actuaciones y que están dentro de sus actividades contractuales estas serán reportadas en la siguiente factura o en su defecto en el acta de liquidación.

9. APROBACION DE PÁGO Y/O OBSERVACIONES RELEVANTES DEL SUPERVISOR

9.1 ¿Procede pago en este periodo? Si No:

11. FIRMA Y FECHA DE SUPERVISION


 SUPERVISOR

19 de marzo de 2026
 FECHA DE ELABORACIÓN





SOLUCIONES INTEGRALES DE OFICINA S.A.S EN REORGANIZACION

NIT: 800157786-7
CR 100 14 96, Ciudad Jardin
Tel: 4855757
CALI - VALLE DEL CAUCA



CUFE: d605a0dc2736386f6a76d4221a04bf425114a216ecf6668df8d4e0f026c45b668a51e83a3b1cdb963a6d40b6959e3efb

Table with client information (RED DE SALUD DEL ORIENTE EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO) and invoice details (Factura electrónica de Venta FE3238, Fecha de Emision, Fecha de Vencimiento, etc.)

Main invoice table with columns: #, Codigo, Descripcion, Medida, Cant., Vr.Unitario, Desc., Vr. Total, IVA. Row 1: REGISTROS INDIVIDUALES DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD - RIPS EN LA NUBE

Table with OBSERVACIONES (FEBRERO 2026) and a summary of financial amounts (SUBTOTAL, IVA, RETEIVA, RETEFUENTE, RETEICA, ANTICIPOS, Cargos y descuentos, TOTAL A PAGAR)

Firma Digital
IGWf3Wf7IXQkoZigUYIMROEQLdnzbUPJ2p4EE7gdJolyT9QIKBJBbo65Tm23zTZqfet4zqy9SXIv+x35NXwpiQwz8sbyWShxCasGhPhevbKGxkiImGRbDytzjylHxN3/r925HK1vyPzCDVG8QmrV/NXFGrZ63Y0UOAr3DAtrgw1o0mTbuFV/kBOWKR6vIMzK3RoF
0Ww9TAWF3/1HaRg7masArgWjpk2e3zNWMQ50YkVcZcXvSwMYukJWWaUu3OauZzh5bc03XCRMC2TLwTLgV82UA+MMJgOYI9h0dSHwf+YqkA4Sr3CIXQTUJkqZHagBgVidjYJc7AAh8nF9w==
Factura de venta se asimila para todos sus efectos legales a la letra de cambio Art. 774 del C.C.
NO somos AUTORRETENEDORES Resolución 6730 del 25/07/2024.
NO somos grandes contribuyentes Resolución 000041 de 30/01/2014.
NO somos agentes de retención de IVA a responsables de IVA.

Firma y Sello

INFORME MENSUAL DE DOCUMENTOS ELECTRONICOS ENVIADOS

Estimado,
RED DE SALUD DEL ORIENTE E.S.E.

Se presenta informe de los documentos electrónicos enviados desde el aplicativo **SAMAN RIPS**, correspondiente al mes de:

FEBRERO 2026

- **RIPS:**

Cantidad: 13.945

RANGOS CONTRATADOS

LISTA DE PRECIOS (Plan Mensual)		
PACIENTES POR FACTURA		MENSUAL
0	4.000	\$ 985.800
4.001	6.000	\$ 1.232.300
6.001	8.000	\$ 1.446.000
8.001	10.000	\$ 1.506.100
10.001	12.000	\$ 2.190.700

LISTA DE PRECIOS (Plan Mensual)		
PACIENTES POR FACTURA		MENSUAL
12.001	15.000	\$ 3.080.600
15.001	18.000	\$ 3.203.900
18.001	25.000	\$ 3.423.000
25.001	30.000	\$ 3.696.800
30.001	40.000	\$ 4.381.400

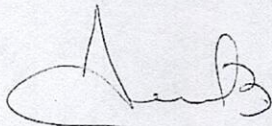
**LA SUSCRITA REVISORA FISCAL DE
SOLUCIONES INTEGRALES DE OFICINA S.A.S EN
REORGANIZACION
NIT. 800.157.786-7**

CERTIFICA

Dando cumplimiento a lo estipulado en la Ley 828 de 2003 que modifica el Artículo 50 de la Ley 789 de 2002, la compañía **SOLUCIONES INTEGRALES DE OFICINA S.A.S. EN REORGANIZACIÓN** identificada con el Nit. 800.157.786-7 efectuó la presentación y cancelación total de los Aportes al Sistema de Salud, Riesgos Profesionales, Pensiones y Aportes a la Caja de Compensación, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, y Servicio Nacional de Aprendizaje, durante los últimos seis (6) meses anteriores a la fecha. **En concordancia con la Ley 1607 de 2012 y su Reglamentario Decreto 0862 de 2013.**

De igual forma a la fecha se encuentra a paz y salvo con los aportes ya mencionados.

Se firma en Santiago de Cali, a los seis (6) días del mes de marzo de 2026.



PAOLA ANDREA BARREIRO GOMEZ
CC: 67.010.815 de Cali
Revisor Fiscal
Tarjeta Profesional No. 117667-T

DATOS DEL APORTANTE									
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD			
NI	800157786-7	SOLUCIONES INTEGRALES DE OFICINA SAS EN REORGANIZA...	CALLE 22 NTE # 3N- 15 CUARTO PISO	3006770106	lideradmon@sto.com.co				
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO				
ÚNICA	B - menos de 200 c			VALLE DEL CAUCA	CALI	SI			

DATOS DE LA PLANILLA									
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	UPC			
					27	0			
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR				
2026-02	2026-01	E	19/02/2026	50571343	\$23.434.000				

TOTALES POR SUBSISTEMAS

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Dias Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	72.800	0	0	0	0	0	0	0	0	72.800	1
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	1.317.500	0	0	0	0	0	0	0	0	1.317.500	9
EPS010	EPS Sura	80008702-2	1.564.700	0	0	0	0	0	0	0	0	1.564.700	9
EPS012	Comfenalco Valle EPS	890303093-5	329.700	0	0	0	0	0	0	0	0	329.700	3
EPS018	Serv. Occ. Salud - EPS	805001157-2	140.200	0	0	0	0	0	0	0	0	140.200	1
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	201.800	0	0	0	0	0	0	0	0	201.800	2
EPSIC5	Entidad Promotora de Salud Mallamas	837000984-5	84.300	0	0	0	0	0	0	0	0	84.300	1
ESSC62	ASMET SALUD EPS SAS	900535126-7	83.800	0	0	0	0	0	0	0	0	83.800	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Dias Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229735-0	1.184.100	0	0	0	0	0	0	0	1.184.100	3
230301	Porvenir	800224808-8	5.948.200	0	0	0	0	0	0	0	5.948.200	14
25-14	Colpensiones	900336004-7	8.045.600	0	0	82.700	82.700	0	0	0	8.206.000	10

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades No. Autorización	Valor	Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Dias Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
14-11	ARL SUURA	890903790-5	516.100	0	0	0	516.100	0	0	516.100	0	0	5.161	516.100	27

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Dias Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF35	Caja Filar Nariño	891280008-1	456.000	0	0	456.000	4
CCF56	Comfenalco Valle	890303093-5	3.328.800	0	0	3.328.800	23

