



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 **2**

1.1 PERÍODO A QUE CORRESPONDE EL INFORME: 01/03/2026 a : 31/03/2026

1.2 ¿SE REPORTA DESEMPEÑO DEFICIENTE O A MEJORAR?

SI

NO

X

1.3 PORCENTAJE DE EJECUCIÓN:

44,99 %

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





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 FE3289 DEL 01 DE ABRIL DE 2026: Registros individuales de prestación de servicios de salud – RIPS en la Nube mes marzo 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: marzo 2026

RIPS JSON: 12.052

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

Deficiente	<input type="checkbox"/>	A mejorar	<input type="checkbox"/>	Satisfactorio	<input checked="" type="checkbox"/>	Sobresaliente	<input type="checkbox"/>	No Aplica	<input type="checkbox"/>
------------	--------------------------	-----------	--------------------------	---------------	-------------------------------------	---------------	--------------------------	-----------	--------------------------

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	01/02/2026	19/03/2026	15.393.500
SALUD	01/03/2026	19/03/2026	3.808.400
RIESGOS PROFESIONALES	01/02/2026	19/03/2026	476.200
PARAFISCALES	01/02/2026	19/03/2026	3.890.400
NUMERO DE PLANILLA	67245132		

6. AVANCE FINANCIERO

ITEM	VALOR	FECHA (DD/MM/AAAA)
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	\$ 13.692.000	25/02/2026
CUOTAS ANTERIORES	\$ 3.080.600	19/03/2026
PAGO AUTORIZADO EN EL PRESENTE INFORME	\$ 3.080.600	21/04/2026
VALOR EJECUTADO	\$ 6.161.200	21/04/2026
SALDO DEL CONTRATO POR CANCELAR	\$ 7.530.800	21/04/2026

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

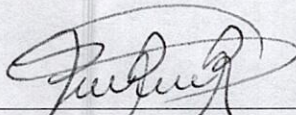
SOPORTE FISICO: CD/DVD USB OTRO N/A

OBSERVACIONES: El valor aprobado para el presente informe de supervisión corresponde al periodo comprendido entre el 01 de marzo al 31 de marzo 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

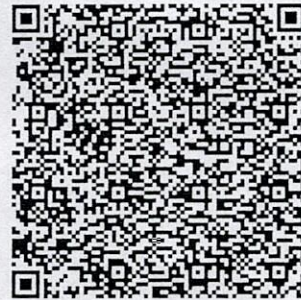
21 de abril de 2026
 FECHA DE ELABORACIÓN





SOLUCIONES INTEGRALES DE OFICINA S.A.S EN REORGANIZACION

NIT: 800157786-7
CL 22 Nte. #3N-15, VERSALLES
Tel: 6024855757
CALI - VALLE DEL CAUCA



CUFE: b86a1b2febe4241fd55638fc22208366a1f0c3d377911827ea9ac2b4904cb84352e14408bd433ab79473103c38fd9983

Table with client information (RED DE SALUD DEL ORIENTE EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO) and invoice details (Factura electrónica de Venta FE3289, Fecha de Emisión, Fecha de Vencimiento, etc.)

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

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

Firma Digital (digital signature block), Fabricante del SW: SOLUCIONES INTEGRALES DE OFICINA S.A.S EN REORGANIZACION NIT:800157786-7 SW SAMAN SOFT

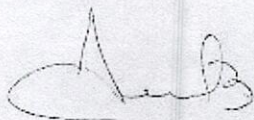
**LA SUSCRITA REVISORA FISCAL DE
SOLUCIONES INTEGRALES DE OFICINA S.A.S EN
REORGANIZACION
NIT. 800.157.786-7**

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 veinte (20) días del mes de marzo de 2026.



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

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE			
TIPO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCION	TELEFONO
NI	SOLUCIONES INTEGRALES DE OFICINA SAS EN REORGANIZA...	CALLE 29 NITE # 3N-15 CUARTO PISO	3005770106
FORMA PRESENTACION	NOMBRE BUCRSAL	DEPARTAMENTO	CUIDAD / MUNICIPIO
UNICA	B - menos de 200 personas	VALLE DEL CAUCA	CALI
CORREO			EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CORREO			lideladimon@iao.com.co
CIUDAD / MUNICIPIO			SI

DATOS DE LA PLANILLA			
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (PARAFISCALES)	FECHA PAGO (PARAFISCALES)	CANTIDAD EMPLEADOS
		19/03/2026	27
PERIODO SALUD	PERIODO PENSION	TIPO PLANILLA	TOTAL A PAGAR
2026-03	2026-02	E	\$99,023,099
			\$23,568,500

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
		NIT		Cotización Obligatoria		UPC Adicional		Incapacidades		Licencia Maternidad						
		No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	70.400	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	70.400	1	
EPS005	Santitas EPS	800251440-6	1.331.400	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1.331.400	9	
EPS010	EPS Sura	800088702-2	1.566.200	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1.566.200	9	
EPS012	Comfenalco Valle EPS	890303093-5	330.100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	330.100	3	
EPS018	Serv. Ovc. Salud - EPS	802001157-2	140.200	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	140.200	1	
EPS037	Nueva EPS	900756264-2	201.900	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	201.900	2	
EPSIG5	Entidad Promotora de Salud Mallamab	837000084-5	84.300	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	84.300	1	
ESSC62	ASNET SALUD EPS SAS	900935126-7	83.600	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	83.600	1	

TOTALES PENSION

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	Protección (ING + Protección)	800229799-0	1.176.300	0	0	0	0	0	0	0	1.176.300	3
230301	Punvenir	800224808-8	6.007.700	0	0	0	0	0	0	0	6.007.700	14
25-14	Compensaciones	500336004-7	8.043.900	0	0	82.800	82.800	0	0	0	8.209.500	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	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
14-11	ARL SUJRA	890903790-5	476.200	0	0	0	476.200	0	0	0	4.762	476.200	27

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Dias Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF36	Caja Filar Nariño	897260009-1	456.000	0	0	456.000	4
CCF56	Comfenalco Valle	890303093-5	3.434.400	0	0	3.434.400	23

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE			
TIPO	NUMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCION
NI	800157786-7	SOLUCIONES INTEGRALES DE OFICINA SAS EN REORGANIZA...	CALLE 22 NTE # 5N-15 CUARTO PISO
FORMA PRESENTACION	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	DEPARTAMENTO
UNICA	B - menos de 200		VALLE DEL CAUCA
EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD			SI
CORREO			CALI
TELÉFONO			
CIUDAD / MUNICIPIO			

DATOS DE LA PLANILLA				
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DINERO/ANO)	NUMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DINERO/ANO)	CANTIDAD EMPLEADOS
		67245132	19/03/2026	27
PERIODO SALUD	PERIODO PENSION	TIPO PLANILLA	TOTAL NOMINA	TOTAL A PAGAR
2026-03	2026-02	E	\$99,023,099	\$23,568,500

TOTALES PARAFISCALES		
Valor Aporte	Dias Mora	Total a Pagar
0	0	0
0	0	0
0	0	0
0	0	0
0	0	0

TOTALES POR SUBSISTEMA		
Tipo Administradora	No. Administradores Reportados	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora
Salud	8	3.898.400
Pensión	3	15.393.500
Riesgos Laborales	1	476.200
CCF	2	3.890.400
ESAP	0	0
ICBF	0	0
MEN	0	0
SENA	0	0
TOTALES	14	23.568.500

Total a Pagar	
3.898.400	15.393.500
476.200	3.890.400
0	0
0	0
0	0
0	0
0	0
0	0
23.568.500	23.568.500

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:

MARZO 2026

- **RIPS:**

Cantidad: 12.052

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