

 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:		48,00 %		
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		100.23.19.20260027		
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		202600078		
3.6 REGISTRO PRESUPUESTAL		202600116		
3.7 VALOR INICIAL DEL CONTRATO		\$ 14.262.000		
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 FACTURACIÓN ELECTRÓNICA, NOTAS CREDITO Y DEBITO PARA LA RED DE SALUD DEL ORIENTE, GENERANDO TODOS LOS DOCUMENTOS ELECTRONICOS POR SOFTWARE, EN CUMPLIMIENTO DE LAS NORMAS ESTABLECIDAS POR LA DIAN SEGUN NORMATIVIDAD VIGENTE				





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 FE3288 DEL 01 DE ABRIL DE 2026: Facturación electrónica en la nube marzo

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
SOFT

Mes: marzo 2026

Facturación electrónica

Facturas: 18.478

Notas crédito: 2.474

Notas débito: 0

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	01/02/2026	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	\$ 14.262.000	26/02/2026
CUOTAS ANTERIORES	\$ 3.423.000	18/03/2026
PAGO AUTORIZADO EN EL PRESENTE INFORME	\$ 3.423.000	21/04/2026
VALOR EJECUTADO	\$ 6.846.000	21/04/2026
SALDO DEL CONTRATO POR CANCELAR	\$ 7.416.000	21/04/2026



Miembro de la
Red GLOBAL de HOSPITALES
VERDES y SALUDABLES
www.hospitalesporlasaludambiental.net

La Excelencia nos Compromete

Calle 72U N° 28F – 00 Barrio Poblado II, E-mail: redoriente@redoriente.gov.co
Sitio Web: www.redoriente.gov.co Teléfono: 4377777 Ext. 7178 Cali, Colombia





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

7. SEGUIMIENTO A PLAN DE MEJORAMIENTO (Si Aplica)

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

8: INFORME DE EJECUCIÓN

¿ENTREGÓ INFORME DE ACTIVIDADES? SI ☒ NO ☐

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

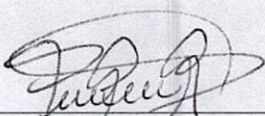
SOPORTE FISICO: ☒ CD/DVD ☐ USB ☐ OTRO ☐ N/A ☐

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



Fabricante del SW: SOLUCIONES INTEGRALES DE OFICINA S.A.S EN REORGANIZACION NIT:800157786-7 SW SAMAN SOFT

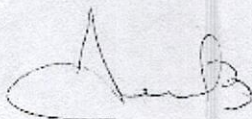
**LA SUSCRITA REVISORA FISCAL DE
SOLUCIONES INTEGRALES DE OFICINA S.A.S EN
REORGANIZACION
NIT. 800.157.786-7**

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

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TÉLEFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCAL Y SALUD
NI	800161786-7	SOLUCIONES INTEGRALES DE OFICINA SAS EN REORGANIZACI...	CALLE 22 NTE # 3N-15 CUARTO PISO	3085770106	Idenradmon@siso.com.co	
FORMA PRESERVACION	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CANTIDAD / MUNICIPIO	SI
UNICA	B - menos de 200			VALLE DEL CAUCA	CAU	

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIAMENSAO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIAMENSAO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC	TOTAL A PAGAR
		61245132	19/03/2026	27	0	
PERIODO SALUD	PERIODO PENSION	TIPO PLANILLA	TOTAL NOMINA			
2026-03	2026-02	E	\$99,023,099	\$23,568,500		

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD												
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades			Licencia Maternidad			Días Mora	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor		
EPS002	Salud Total EPS	800130967-4	70,400	0	0	0	0	0	0	0	0	1
EPS006	Santitas EPS	800261440-6	1,331,400	0	0	0	0	0	0	0	0	9
EPS010	EPS Sura	800089702-2	1,566,200	0	0	0	0	0	0	0	0	9
EPS012	Confitecno Valle EPS	895303093-5	330,100	0	0	0	0	0	0	0	0	3
EPS018	Serv. Occ. Salud - EPS	805001157-2	140,200	0	0	0	0	0	0	0	0	1
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	201,900	0	0	0	0	0	0	0	0	2
EPS105	Entidad Promotora de Salud Maternitas	831000064-5	84,300	0	0	0	0	0	0	0	0	1
ESSC62	ASMET SALUD EPS SAS	900935126-7	83,900	0	0	0	0	0	0	0	0	1

TOTALES PENSION												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor FSP - Cotización	Valor FSP - FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229136-0	1,176,300	0	0	0	0	0	0	0	1,176,300	3
230301	Pension	800224808-8	6,007,700	0	0	0	0	0	0	0	6,007,700	14
25-14	Colpensiones	900135604-7	8,043,500	0	0	82,800	82,800	0	0	0	8,206,300	10

TOTALES RIESGOS LABORALES												
Código ART	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor FSP - Cotización	Subtotal	No. Radicado	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor	Sistemas						
14-11	ART SURA	800603790-5	476,200	0	0	0	476,200	0	0	476,200	0	27

TOTALES CALAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF35	Caja Filar Nariño	891286006-1	456.000	0	0	456.000	4
CCF56	Confitecno Valle	890303093-5	3.434.400	0	0	3.434.400	23

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

PAG 2 de 4

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	800157786-7	SOLUCIONES INTEGRALES DE OFICINA SAS EN RECORONA S.A.	CALLE 22 NTE # 2N-15 CUARTO 1550	3006770106	lideradmon@seo.com.co	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CANTON / MUNICIPIO	
UNICA	B - menos de 200 personas			VALLE DEL CAUCA	CAU	SI

DATOS DE LA PLANILLA				
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (PERIODO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (PERIODO)	CANTIDAD DE APORTES
		67245132	19/03/2026	27
PERIODO SALUD	PERIODO PENSION	TIPO PLANILLA	TOTAL NOMINA	CANTIDAD UTC
2026-03	2026-02	E	\$99.023.099	0
			TOTAL A PAGAR	
			\$23.568.500	

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
		SENA		
0	0	0	0	0
		ICBF		
0	0	0	0	0
		ESAP		
		MEN		

TOTALES POR SUBSISTEMA				
Tipo Administradora	No. Administradores Reportados	Valor antes de ICFE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar	
Salud	8	3.808.400	3.808.400	
Pensión	3	15.393.500	15.393.500	
Riesgos Laborales	1	476.200	476.200	
CCF	2	3.880.400	3.880.400	
ESAP	0	0	0	
ICBF	0	0	0	
MEN	0	0	0	
SENA	0	0	0	
TOTALES	14	23.568.500	23.568.500	

DATOS DEL APORTANTE									
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD			
NI	80015756-7	SOLUCIONES INTEGRALES DE OPCIÓN SAS EN REORGANIZA...	CALE 22 NTE # 2N. 15 CUARTO PISO	3068770106	lideradom@gmail.com.co				
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	Ciudad / MUNICIPIO	SI				
UNICA	B - MENOS DE 200		VALLE DEL CAUCA	CAJÍ	SI				

DATOS DE LA PLANILLA				
PLANILLA ASOCIADA	FECHA EMISIÓN PLANILLA	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO PLANILLA	CANTIDAD DE PLANILLAS
2076-03	2026-02	67245132	19/03/2026	27
PERIODO PENSION		PERIODO PENSION		TOTAL NOMINA
2076-03		2026-02		TOTAL A PAGAR
				\$59,023,099
				\$23,598,500

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOTIFICANTE										PENSIÓN										SALUD										RECURSOS LABORALES										CCF										PARAFISCALES																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
No.	Tip	Apellido y Nombres	Cédula	Salario	Exterior	Exterior	Exterior	ING	RET	TOL	TA	TAP	WSP	VST	W	LMA	VAC	AVP	PLT	REC	CORRECCION	Cad. App	INC App	Dias	Catificación	Voluntario Afiliado	Voluntario Afiliado	Fondo de pensiones	Fondo de pensiones	Cad. EPS	INC EPS	Catificación	Cad. ARL	INC ARL	Clase de Riesgo	Catificación	Código INC CCF	STG	Agente CCF	INC EPS	Agente EPSA	Agente ICBP	Agente ESAP	Agente MEN																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
1	CC	SANCHEZ SANCHEZ MARY VERDEJANA DIANA	280031	5.400.000	30	84.000	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	280031	5.400.000	30	84.000	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	

DATOS DEL APORTANTE					
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TÉLEFONO	CORREO
N	800157786-7	SOLUCIONES INTEGRALES DE OTICIÓN SAS EN REORGANIZACI...	CALLE 22 NIT # 24-15 CUARTO PISO	3006770105	lledaracion@80.com.co
FORMA PRESENTACION	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	COMBO	DEPARTAMENTO	Ciudad / Municipio
ÚNICA	B – menos de 200 personas			VALLE DEL CAUCA	CAJÍ
					SI

DATOS DE LA PLANTILLA					
PLANTILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANTILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		67245132	18/03/2026	27	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSION	TIPO PLANTILLA	TOTAL MUJER	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-02	E	\$99.023.099	\$23.568.500	

DETALLE POR COTIZANTE

[illegible]

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 SOFT**, correspondiente al mes de:

MARZO 2026

- FACTURACION ELECTRONICA:**

Facturas: 18.478

Notas crédito: 2.474

Notas débito: 0

Total: 20.952

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