



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: 22/04/2026 a: 30/04/2026

1.2 ¿SE REPORTA DESEMPEÑO DEFICIENTE O A MEJORAR?

SI

NO

X

1.3 PORCENTAJE DE EJECUCIÓN:

24,00 %

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

100.23.19.20260050

3.2 FECHA DE CONTRATO (DD/MM/AAAA)

15/04/2026

3.3 CONTRATISTA

SOLUCIONES INTEGRALES DE OFICINA SAS

3.4 CEDULA DE CIUDADANÍA O NIT

800.157.786-7

3.5 DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL

202600178

3.6 REGISTRO PRESUPUESTAL

202600220

3.7 VALOR INICIAL DEL CONTRATO

\$ 14.262.000

3.8 PLAZO

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

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

22/04/2026

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

31/05/2026

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 FE3328 DEL 04 DE MAYO DE 2026: Facturación electrónica en la nube abril

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: abril 2026

Facturación electrónica

Facturas: 18.096

Notas crédito: 1.276

Notas débito: 0

Total: 19.375

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	01/03/2026	22/04/2026	15.433.900
SALUD	01/04/2026	22/04/2026	3.818.300
RIESGOS PROFESIONALES	01/03/2026	22/04/2026	519.800
PARAFISCALES	01/03/2026	22/04/2026	3.774.000
NUMERO DE PLANILLA	74169961		

6. AVANCE FINANCIERO

ITEM	VALOR	FECHA (DD/MM/AAAA)
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	\$ 14.262.000	15/04/2026
CUOTAS ANTERIORES	\$ 0	
PAGO AUTORIZADO EN EL PRESENTE INFORME	\$ 3.423.000	20/05/2026
VALOR EJECUTADO	\$ 3.423.000	20/05/2026
SALDO DEL CONTRATO POR CANCELAR	\$ 10.839.000	20/05/2026





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 22 de abril al 30 de abril

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

20 de mayo 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: afcb39d711b218adf01cc34524a5b5b4c5931cae21e9e652dc08ad93a147b7c1ed4d54aa41e3ab30d0b2fa2be1e5858e

Table with client information (RED DE SALUD DEL ORIENTE EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO) and invoice details (Factura electrónica de Venta FE3328, Fecha de Emisión 04/05/2026 18:10, etc.)

Main invoice table with columns: #, Codigo, Descripción, Medida, Cant., Vr.Unitario, Desc., Vr. Total, IVA. Row 1: 1, FACTURACION ELECTRONICA EN LA NUBE, ZZ, 1, \$ 3,423,000.00, 0%, \$ 3,423,000.00, 0%

Summary table with OBSERVACIONES (ABRIL 2026), Documento Referenciado, and financial totals (SUBTOTAL: \$ 3,423,000.00, TOTAL A PAGAR: \$ 3,423,000.00)

Firma Digital
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.

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:

ABRIL 2026

- FACTURACION ELECTRONICA:**

Facturas: 18.096
Notas crédito: 1.276
Notas débito: 0
Total: 19.375

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

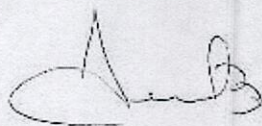
**LA SUSCRITA REVISORA FISCAL DE
SOLUCIONES INTEGRALES DE OFICINA S.A.S EN
REORGANIZACION
NIT. 800.157.786-7**

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 veintitrés (23) días del mes de abril 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 PARAFISCALES Y SALUD			
NI	800157786-7	SOLUCIONES INTEGRALES DE OFICINA SAS EN REORGANIZA...	CALLE 22 NTE # 3N- 15 CUARTO PISO	3008770106	lideradmon@iso.com.co				
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	DIVISIÓN	CÓDIGO	CIUDAD / MUNICIPIO				
ÚNICA	B - menos de 200		VALLE DEL CAUCA		CALI	SI			

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIAMES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIAMES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		74169961	22/04/2026	27	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-03	E	\$65,947,027	\$23,546,000	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria		UPC Adicional		Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
			No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor							
EPS002	Salud Total EPS	800136907-4	72.600	0	0	0	0	0	0	0	0	0	72.600	1	
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	1.331.500	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1.331.500	9	
EPS010	EPS Sura	800088702-2	1.566.200	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1.566.200	9	
EPS012	Comfenalco Valle EPS	890303093-5	337.800	0	0	0	0	0	0	0	0	0	337.800	3	
EPS018	Serv. Doc. Salud - EPS	805001157-2	140.200	0	0	0	0	0	0	0	0	0	140.200	1	
EPS037	Nueva EPS	900156204-2	201.900	0	0	0	0	0	0	0	0	0	201.900	2	
EPSIC5	Entidad Promotora de Salud Mallamás	837000084-5	84.300	0	0	0	0	0	0	0	0	0	84.300	1	
ESSC62	ASMET SALUD EPS SAS	900935126-7	83.800	0	0	0	0	0	0	0	0	0	83.800	1	

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aportes Voluntario Afiliado	Aportes Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229759-0	1.185.500	0	0	0	0	0	0	0	1.185.500	3
230301	Porvenir	800224808-8	6.036.100	0	0	0	0	0	0	0	6.036.100	14
25-14	Colpensiones	900336004-7	8.043.900	0	0	82.700	82.700	0	0	0	8.209.300	10

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades No. Autorización	Valor	Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días 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 SURA	890903790-5	519.800	0	0	0	519.800	0	0	519.800	0	0	5.198	519.800	27

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF35	Caja Flar Nariño	891280008-1	477.300	0	0	477.300	4
CCF56	Comfenalco Valle	860303093-5	3.296.700	0	0	3.296.700	23

