



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:

23,40 %

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

100.23.19.20260049

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

202600179

3.6 REGISTRO PRESUPUESTAL

202600219

3.7 VALOR INICIAL DEL CONTRATO

\$ 13.692.000

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 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 DE 2023





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 FE3329 DEL 04 DE MAYO DE 2026: Registros individuales de prestación de servicios de salud – RIPS en la Nube mes abril 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: abril 2026

RIPS JSON: 15.014

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	\$ 13.692.000	15/04/2026
CUOTAS ANTERIORES	\$ 0	
PAGO AUTORIZADO EN EL PRESENTE INFORME	\$ 3.203.900	20/05/2026
VALOR EJECUTADO	\$ 3.203.900	20/05/2026
SALDO DEL CONTRATO POR CANCELAR	\$ 10.488.100	20/05/2026

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





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

¿ENTREGÓ INFORME DE ACTIVIDADES? SI NO

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

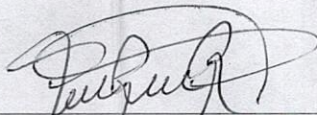
SOPORTE FISICO: CD/DVD USB OTRO N/A

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

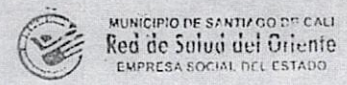
NIT: 800157786-7
CL 22 Nte. #3N-15, VERSALLES
Tel: 6024855757
CALI - VALLE DEL CAUCA



CUFE: a51ea012899812c48bbf29434414f6c9975a00b521a5c44e8ac771a427d2e2ed0cf7bb6623d608d27279e8eb9e5e9fb1

CLIENTE: RED DE SALUD DEL ORIENTE EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO NIT: 805027337-4 Persona Jurídica Responsable de IVA Dirección CL 72 U 28 E 00 BRR POBLADO II TEL: 6024377777 Correo: financiero.rso@redoriente.gov.co CALI - VALLE DEL CAUCA - CO-COLOMBIA	Factura electrónica de Venta	FE3329
	Fecha de Emisión	04/05/2026 18:16
	Fecha de Vencimiento	03/06/2026 18:16
	Fecha de Validación	04/05/2026 19:00
	Forma de Pago	CREDITO (30) días
	Medio de Pago	TRANSFERENCIA

#	Codigo	Descripcion	Medida	Cant.	Vr.Unitario	Desc.	Vr. Total	IVA
1		REGISTROS INDIVIDUALES DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD - RIPS EN LA NUBE PRESTACION DEL SERVICIO EN LA NUBE PARA GENERACIÓN, VALIDACIÓN Y ENVÍO DE LOS ARCHIVOS RIPS, EN FORMATO JSON, REQUERIDOS POR EL MINISTERIO DE SALUD EN CUMPLIMIENTO DE LA NORMATIVIDAD VIGENTE - DE ACUERDO AL CONTRATO No 100.23.19.20260059 - CORRESPONDIENTE AL MES DE ABRIL 2026	ZZ	1	\$ 3,203,900.00	0%	\$ 3,203,900.00	0%



21 MAY 2026

RECIBIDO CONTABILIDAD

OBSERVACIONES: ABRIL 2026	SUBTOTAL:	\$ 3,203,900.00
	IVA:	\$.00
Documento Referenciado:	RETEIVA:	.00%
	RETEFUENTE:	4.00%
	RETEICA:	10.00x1000 \$ 32,039.00
	ANTICIPOS:	\$.00
	Cargos y descuentos:	\$.00
	TOTAL A PAGAR:	\$ 3,203,900.00

TRES MILLONES DOSCIENTOS TRES MIL NOVECIENTOS PESOS M/CTE

Firma Digital
 qHSE8skFv5wB+HwKGFAMUjPv7mBV/MLVYefWT+NA+S+kNboNtvVgX0aJwQJStE8qhmFFn7zy+xiD6JgAYJocNxYd5YX7vKQEMacp4xRQpJ4Nisamm51y1ggO99vJegataReVKUBhd9w5oIzZ3pQJYsGUbU50sTcRHXRN5EC59vixUHRubupBWa
 +DQ6XsdNR0Y6x3WabtzekxsGqKD2/eEsoM1YF57l0opch1bSG8Lm+5cRfGAeT3kVx5xungPpomPr0SMuRkBX6QOr1sdtIKR/EIAUwKH11VcgFeABdqFaXJef1XdLujZCS17/RvMRVGuQ==

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:

ABRIL 2026

- RIPS:

Cantidad: 15.014

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

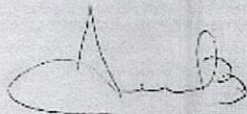
**LA SUSCRITA REVISORA FISCAL DE
SOLUCIONES INTEGRALES DE OFICINA S.A.S EN
REORGANIZACION
NIT. 800.157.786-7**

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

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE			
TIPO	NUMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCION
NI	800157786-7	SOLUCIONES INTEGRALES DE OFICINA SAS EN REORGANIZACION	CALLE 22 NTE # 34-15 CUARTO PISO
FORMA PRESENTACION UNICA	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	DEPARTAMENTO
B - meses de 200			VALLE DEL CAUCA
			CALI
			SI

DATOS DE LA PLANILLA			
PLANILLA ASOCIADA	FECHA VAGO (PLANES/PAOS)	FECHA VAGO (BARRERAS)	CANTIDAD CAPACES
		22/04/2026	27
PERIODO SALUD	PERIODO PENSION	TIPO PLANILLA	TOTAL A PAGAR
2026-04	2026-03	E	\$85,847,027
			\$23,546,000

TOTALES POR SUBSISTEMAS

Codigo EPS	Nombre	Cotización Obligatoria		UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Dias Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
		NIT	UPC		No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS502	Salud Total EPS	600132907-4	72,600	0	0	0	0	0	0	0	0	72,600	1
EPS205	Sinada EPS	800251409-6	1,331,600	0	0	0	0	0	0	0	0	1,331,600	9
EPS310	EPS Sura	800588702-2	1,566,200	0	0	0	0	0	0	0	0	1,566,200	9
EPS016	Comfenalco Valle EPS	890030933-5	337,800	0	0	0	0	0	0	0	0	337,800	3
EPS016	Emp. Occ. Salud - EPS	805001157-2	140,200	0	0	0	0	0	0	0	0	140,200	1
EPS037	Nueva EPS	600155284-2	201,000	0	0	0	0	0	0	0	0	201,000	2
EPS605	Enrude Promotora de Salud Mallamas	837000845-5	84,300	0	0	0	0	0	0	0	0	84,300	1
ESS052	ASMET SALUD EPS SAS	9008351267	83,800	0	0	0	0	0	0	0	0	83,800	1

TOTALES PENSION

Codigo 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
21001	Pensioner	600224898-8	6,039,100	0	0	0	0	0	0	0	6,039,100	14
25-14	Colaboristas	900336004-7	8,043,100	0	0	82,700	82,700	0	0	0	8,209,300	10

TOTALES RIESGOS LABORALES

Codigo ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades	Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Dias Mora	Valor Mora Cotización	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES CAJAS

Codigo CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Dias Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF56	Comfenalco Valle	690300093-5	3,296,700	0	0	3,296,700	23

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE			
TIPO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCION	TELEFONO
NI	SOLUCIONES INTEGRALES DE OFICINAS SAS EN REGIMENIZACION	CALLE 22 NTE # 3N-15 CUARTO PISO	3008770106
FORMA PRESENTACION	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CORREGO
UNICA	B - Reglas de 200		
		CUIDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
		CAJ	SI

DATOS DE LA PLANILLA			
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NUMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)
		74159561	22/04/2025
PERIODO SALUD	PERIODO PENSION	TIPO PLANILLA	TOTAL NOMINA
2025-04	2025-03	E	\$95.947.027
			TOTAL A PAGAR
			\$23.546.000

TOTALES PARAFISCALES		
Valor Aporte	Valor Mora Aporte	Total a Pagar
0	0	0
SENA		
0	0	0
ICBF		
0	0	0
ESAP		
0	0	0
MEN		
0	0	0

TOTALES POR SUBSISTEMA		
Tipo Administradora	No. Administradores Reportados	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora
Salud	8	3.818.300
Pension	3	16.433.000
Riesgos Laborales	1	519.000
CCF	2	3.774.000
ESAP	0	0
ICBF	0	0
MEN	0	0
SENA	0	0
TOTALES	14	23.546.000
		Total a Pagar
		23.546.000

