FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA
EJERCITO NACIONAL

DIRECCION DE SANIDAD EJÉRCITO NACIONAL
DISPENSARIO MEDICO ORIENTE
NIT 901541154

INFORME DE GESTIÓN No. 04

Fecha: Villavicencio, 04 de Junio de 2026

1. No. DEL CONTRATO	124-DIGSA-DMORI-2026
2. FECHA SUSCRIPCIÓN CONTRATO	30 ENERO 2026
3. POLIZA DE SEGUROS	No De la Póliza **801054030-802086942** Entidad que expide la póliza: ASEGURADORA CONFIANZA
4. CDP Y CRP	No. CDP: 18126 Fecha expedición: 24-01-2026 No. CRP: 14526 Fecha expedición: 28-01-2026 Unidas/Sub-unidad ejecutora DMORI Dependencia DMORI Posición catálogo de gasto: A-02-02-02-009-003 SERVICIOS PARA LA COMUNIDAD, SOCIALES Y PERSONALES Fuente: NACION Recurso: 16 Valor $ 90.900.000
5. FECHA INICIO EJECUCIÓN CONTRACTUAL	02 DE FEBRERO 2026
6. CONTRATISTA	Nombre completo: **JHON FREDY ROJAS HUERFANO** Identificación: 1.121.822.554 de Villavicencio Fecha de expedición de la Cédula: 23 Julio de 2004 Dirección: Calle 15 No 47-05 Bl. 05 Apto 303 Bloque 5 Multifamiliares 8va etapa La. Esperanza Ciudad de residencia: Villavicencio Teléfono de contacto: 322 4365653 E-mail de contacto: rojasjhonf@gmail.com
7. SUPERVISOR	Nombre completo: SS. ROBINSON LLANOS ORTIZ Resolución de nombramiento emitida por la oficina de Contratación.
8. OBJETO CONTRACTUAL	**PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO INTERNSTA DEL DISPENSARIO MEDICO ORIENTE DMORI**

9. OBLIGACIONES CONTRACTUALES	1. Atender los pacientes de su especialidad programados por consulta externa, con un mínimo de **248** pacientes por mes, programados cada 30 minutos según directiva No 009 de 2017. 2. Atención de pacientes que requieran valoración y manejo por medicina interna en consulta prioritaria y hospitalizados, en los períodos que se encuentre en las instalaciones del DISPENSARIO MEDICO DE ORIENTE, a demanda. 3. Diligenciamiento de Comité Técnico Científico, tiempo en el que realice esta actividad será compensado por la atención de paciente. 4. Diligenciar la Historia Clínica, a todos los pacientes atendidos, y todos los registros asistenciales del DMORI (hojas de referencias, formulas médicas, evoluciones, incapacidades, certificados) según las normas establecidas vigentes por el Ministerio de Salud y de la Dirección General de Sanidad Militar. 5. Acatar las normas establecidas Institucionalmente relacionadas con formulación, remisión de pacientes, solicitud de ayudas diagnósticas, etc. En los formatos establecidos por la institución. 6. Ordenar los exámenes de diagnóstico que considere convenientes y/o necesarios y que se encuentren amparados por las coberturas de los servicios a los cuales tienen derecho los usuarios del DISPENSARIO MEDICO ORIENTE DMORI, y prescribir tratamientos de acuerdo al diagnóstico, guardando relación estrecha y estricta con los parámetros de calidad y cantidad establecidos tanto por la Ley como por la DIRECCION DE SANIDAD EJERCITO, teniendo en cuenta el Manual único de medicamentos y Terapéutica para el SSMP, sin desconocer las demás normas legales que lo adicionen, complementen, reforman o sustituyan, las cuales se entienden incorporadas dentro del presente contrato. 7. Reportar los casos de enfermedades de notificación obligatoria según formatos establecidos por el Ministerio de Salud. (formatos SIVIGILA) 8. Remitir pacientes a otras especialidades o convenios de servicios médicos cuando se requiera siguiendo las normas establecidas para dicho efecto, diligenciando legible y claramente las hojas de referencia 9. Las consultas que se dejen de realizar por tratarse de un día festivo, se recuperaran en agendas adicionales concertadas con el supervisor del contrato en forma previa a la ocurrencia de dicha fecha.
10. DOCUMENTOS QUE SOPORTAN EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES	1. Atendí los pacientes programados por consulta externa, con un mínimo de **248** pacientes por mes, programados cada 30 minutos según directiva No 009 de 2017. 2. Atendí pacientes que requerían valoración y manejo por medicina interna en consulta prioritaria y hospitalizados a demanda. 3. Diligencie la Historia Clínica, a todos los pacientes atendidos, y todos los registros asistenciales del DMORI. 4. Ordene los exámenes de diagnóstico que considere convenientes y/o necesarios y que se encuentren amparados por las coberturas de los servicios a los cuales tienen derecho los usuarios del DISPENSARIO MEDICO ORIENTE DMORI, y prescribí tratamientos de acuerdo al diagnóstico, guardando relación estrecha y estricta con los parámetros de calidad y cantidad establecidos tanto por la Ley como por la DIRECCION DE SANIDAD EJERCITO, teniendo en cuenta el Manual único de medicamentos y Terapéutica para el SSMP, sin desconocer las demás normas legales que lo adicionen, complementen, reforman o sustituyan, las cuales se entienden incorporadas dentro del presente contrato. 5. Remití pacientes a otras especialidades o convenios de servicios médicos cuando se requirió .

11. CONSTANCIAS	Dejo constancia que, durante el plazo de ejecución del contrato, no se han configurado los presupuestos legales del contrato laboral y que he gozado de plena autonomía para ejecutar las obligaciones contractuales relacionadas en el contrato. Así mismo, tanto el/la suscrito/a y el Ministerio de Defensa – Ejército Nacional – Unidad Ejecutora ha dado cumplimiento a las obligaciones legales y contractuales registradas en el contrato.

Para constancia se firma en, Villavicencio 04 de Junio de 2026

JHON FREDY ROJAS HUERFANO
MEDICO INTERNISTA
CC NO 1.121.822.554 VILLAVICENCIO

SG. ROBINSON LLANOS ORTIZ.
SUPERVISOR DEL CONTRATO N° 124-DMORI-2026

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1121822554	JHON FREDY ROJAS HUERFANO	CALLE 15 # 47 - 05 APTO 303 8VA ETAPA	6086664932	rojasjhonf@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		META	VILLAVICENCIO		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		81529226	08/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	I	$0	$3.353.700	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	1.312.600	0		0		0	0	0	0	1.312.600	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	1.680.100	0	0	52.600	52.600	0	0		1.785.300	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		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
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	255.800				255.800	0	0	255.800			2.558	255.800	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

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. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	1.312.600	1.312.600
Pensión	1	1.785.300	1.785.300
Riesgos Laborales	1	255.800	255.800
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	3.353.700	3.353.700

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1121822554	JHON FREDY ROJAS HUERFANO	CALLE 15 # 47 - 05 APTO 303 8VA ETAPA	6086664932	rojasjhonf@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		META	VILLAVICENCIO		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		81529226	08/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	I	$0	$3.353.700	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN								SALUD				RIESGOS LABORALES					CCF				PARAFISCALES				
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	INS	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 1121822554	ROJAS HUERFANO JHON FREDY	59	0			N																	230301	10.500.161	30	1.680.100	0	0	52.600	52.600	EPS005	10.500.161	30	1.312.600	14-23	10.500.161	30	3	255.800		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información