

**FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA
EJERCITO NACIONAL**



**DIRECCION DE SANIDAD EJÉRCITO NACIONAL
DISPENSARIO MEDICO ORIENTE
NIT 901541154
INFORME DE GESTIÓN No. 05**

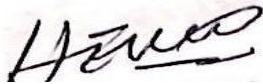
Fecha: Villavicencio, 04 de Junio de 2026

1. No. DEL CONTRATO	025- DMORI-2026
2. FECHA SUSCRIPCIÓN CONTRATO	15 ENERO 2026
3. POLIZA SEGUROS DE	No De la Póliza 620-47-994000059614-802085954 Entidad que expide la póliza: ASEGURADORA SOLIDARIA-CONFIANZA
4. CDP Y CRP	No. CDP: 8926 No. CRP: 3126 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 \$ 48.576.000.00
5. FECHA INICIO EJECUCIÓN CONTRACTUAL	15 DE ENERO 2026
6. CONTRATISTA	Nombre completo: HENRY ARCADIO MONROY ZAMBRANO Identificación: 91.221.869 de Bucaramanga Fecha de expedición de la Cédula: 11/12/1980 Dirección: Cra 19 No 2ª-38 Mz 11 Cs 5 Bosques de Vizcaya Ciudad de residencia: Villavicencio Teléfono de contacto: 313 3833713 E-mail de contacto: hemoza61@hotmail.com
7. SUPERVISOR	Nombre completo: ST. ANGIE DANIELA CACERES MEJIA Cargo: Supervisor Resolución de nombramiento emitida por la oficina de Contratación del DMORI
8. OBJETO CONTRACTUAL	"PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO GENERAL DEL DISPENSARIO MEDICO ORIENTE DMORI".
9. OBLIGACIONES CONTRACTUALES	OBLIGACIONES ESPECIFICAS:

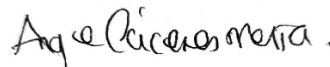
	1. Realizar Atención de consulta externa y en los programas de pacientes de enfermedades crónicas no transmisibles. 2. Elaborar la Historia Clínica Digital (SALUD SIS) como prioridad y la historia clínica manual de acuerdo a disponibilidad del sistema de SALUD SIS como plan de contingencia cuando este falle, así mismo realizar la referencia según las normas establecidas vigentes por el Ministerio de Salud y de la Dirección General de Sanidad Militar. 3. Hacer entrega de los RIPS manuales al área de bioestadística los primeros 2 días de cada mes con el fin de que esta consulta sea tomada en cuenta para la productividad 4. Llevar controles estadísticos con fines científicos y administrativos y reportar los casos de enfermedades de declaración obligatoria según formatos establecidos por el Ministerio de Salud. 5. Remitir pacientes a médicos especialistas o convenios de servicios médicos cuando se requiera siguiendo las normas establecidas para dicho efecto. 6. Diligenciar fichas de notificación de los eventos de notificación obligatoria que haya atendido. 7. Diligenciar el registro Individual de prestación de servicios conforme a los lineamientos del dispensario. 8. Diligenciar en las bases de datos diariamente el registro de la consulta, procedimientos o atenciones realizadas. 9. 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. 10. Las anteriores obligaciones se realizarán en el servicio de Consulta externa del DMORI. Un total de 264 consultas por mes cada 30 minutos. Las consultas se distribuirán de acuerdo a agendas concertadas con el coordinador de consulta externa. 11. Formular los medicamentos establecidos en el Plan de Servicios de Sanidad Militar según el nivel de atención y diligenciar las fórmulas, de acuerdo a lo regulado en los Acuerdos del Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares, en particular el Acuerdo 052 de 2005 y el acuerdo 002 de 2001 sobre el manual de procedimientos de Salud de las Fuerzas Militares o normas que los modifiquen. 12. Teniendo en cuenta el ítem No 24 se recaba el cumplimiento del agendamiento previamente programado para el profesional con Central de citas..
10. DOCUMENTOS QUE SOPORTAN EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES	1) Recibi y entregue turno en el área de salud pública. 2) Remití pacientes a médicos especialistas o convenios de servicios médicos cuando lo requirieron. 3) Reformule medicamentos a los pacientes 4) Ordene los exámenes de diagnóstico que considere convenientes y/o necesarios 5) Las anteriores obligaciones se realizaron en el servicio de Salud pública del DMORI. Un total de 264 consultas por mes cada 20 minutos.

	6) Formule los medicamentos establecidos en el Plan de Servicios de Sanidad Militar según el nivel de atención y diligenciar las fórmulas
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



Nombre: HENRY ARCADIO MONROY ZAMBRANO.
Contratista
CC. 91.221.869 de Bucaramanga



ST. ANGIE DANIELA CACERES MEJIA.
CARGO Supervisor
Supervisor del Contrato N° 025

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	91221869	HENRY ARCADIO MONROY ZAMBRANO.		CARRERA 19 2 A - 38 MZ 11 CASA 5	3133833713	hemoza61@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			META	VILLAVICENCIO	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		80031654	11/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	I	\$0	\$261.600	

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					
MIN001	Fondo Sol y Gar Min Salud	901037916-1	218.900	0		0		0	0	0	0	218.900	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

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	42.700				42.700	0	0	42.700			427	42.700	1

TOTALES CAJAS									
Código CCF	Nombre					NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte

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	218.900	218.900
Pensión	0	0	0
Riesgos Laborales	1	42.700	42.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	2	261.600	261.600

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	91221869	HENRY ARCADIO MONROY ZAMBRANO.		CARRERA 19 2 A - 38 MZ 11 CASA 5	3133833713	hemoza61@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			META	VILLAVICENCIO	

EXONERADO PAGO
PARAFISCALES Y
SALUD

NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		80031654	11/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	I	\$0	\$261.600	

DETALLE POR COTIZANTE																																																			
INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES									PENSIÓN								SALUD				RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES													
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres			Colaborar	Subgrupo Estratégico	Colabor. Exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TAP	UPP	MT	SSA	EGE	LMA	VAC	APP	MT	IRL	CORRECCION	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 91221869	MONROY ZAMBRANO. HENRY ARCADIO			57	2		N																	0	0	0	0	0	0	0	0	MIN001	1.750.905	30	218.900	14-23	1.750.905	30	3	42.700		0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA