

	PROCESO	GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	CÓDIGO	GCOF61
	FORMATO	INFORME DE CUMPLIMIENTO DE AVANCES DE OBLIGACIONES CONTRACTUALES Y PAGO	VERSIÓN	01

Contrato No.	364-2026		
Nombre del Contratista y/o Representante Legal	JORGE EDGAR RUBIO CALDERON		
Nombre del Supervisor y/o Interventor	FRANCISCO JAVIER MORALES OSPINA	Teléfono / Extensión	1782
Dependencia	Subdirección de Infraestructura en Salud		
Objeto del Contrato	Prestar servicios profesionales al MSPS en el proceso de asistencia técnica brindado a entidades territoriales para avanzar en las gestiones técnicas, operativas, administrativas, de seguimiento y cierre a proyectos de infraestructura física y dotación hospitalaria de acuerdo con la normatividad asociada a la fuente de financiación		
Fecha de Inicio	13/01/2026	Fecha de Terminación	12/07/2026

Periodo del Informe de Actividades (mes ejecutado objeto del informe)	Desde	13 de enero de 2026	Hasta	30 de enero de 2026
Adición (En valor \$)	NO APLICA			
Prórroga (En tiempo)	NO APLICA			
Terminación anticipada	NO APLICA			
Suspensión	NO APLICA			
Cesión	NO APLICA			

INFORME PARCIAL DE EJECUCIÓN DE OBLIGACIONES CONTRACTUALES ⁱ

Obligación contractual		Actividad desarrollada	Producto y/o Entregables	Alertas, inconvenientes o situaciones especiales que afectan el cumplimiento de la obligación
1	Elaborar y concertar el plan de trabajo con el/la Supervisor(a) del Contrato y/o con quien el/ella designe.	En cumplimiento de las obligaciones contractuales, se realizó el plan de trabajo durante el periodo conjuntamente con el coordinador y supervisor del contrato y territorio, incluyendo un cronograma con las actividades correspondientes realizadas durante el mes de enero.	Anexo 1 – Plan de Trabajo del 13-enero - 2026 al 30-enero 2026 en PDF	Incluir observaciones por parte del supervisor
2	Apoyar en el proceso de asistencia técnica a las Entidades Territoriales y ESE's para la estructuración, complementación, seguimiento y cierre de proyectos de	Se brindó apoyo durante el periodo del presente informe, participando en las	Anexo 2 - Soporte AT territoriales y Visitas	

	PROCESO	GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	CÓDIGO	GCOF61
	FORMATO	INFORME DE CUMPLIMIENTO DE AVANCES DE OBLIGACIONES CONTRACTUALES Y PAGO	VERSIÓN	01

<p>infraestructura física de centros y puestos de salud, así como los proyectos de dotación biomédica que requieran éstas sedes, en el proceso de viabilización que realiza el MSPS en desarrollo del Plan Maestro de Inversiones en Infraestructura y Dotación en Salud.</p>	<p>visitas de seguimiento a obras en ejecución de adecuaciones menores en los municipios asignados del norte del Tolima.</p>	<p>de seguimiento - presentado en PDF.</p> <ul style="list-style-type: none"> • OE1- 2026-01-20-14 - At-Tolima Anzoátegui Visita De Seguimiento Puesto De Salud Santabárbara • OE2- 2026-01-20-14 - At-Tolima Anzoátegui-Visita De Seguimiento Puesto De Salud Santa Rita • OE3- 2026-01-20-14 - At-Tolima-Anzoátegui-Adecuaciones Menores- Puesto De Salud Lisboa • OE4- 2026 01 23- 14 - At-Tolima Alvarado - Visita De Seguimiento Adecuaciones Menores - C.S Veracruz Ese San Roque • OE5- 2026 01 23- 14 - At-Tolima Alvarado - Visita De 	
---	--	---	--

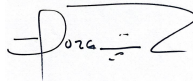
	PROCESO	GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	CÓDIGO	GCOF61
	FORMATO	INFORME DE CUMPLIMIENTO DE AVANCES DE OBLIGACIONES CONTRACTUALES Y PAGO	VERSIÓN	01

			Seguimiento Adecuaciones Menores Ese San Roque	
3	Apoyar en la georreferenciación de los proyectos en sedes existentes o nuevas (lotes propuestos) utilizando la metodología y herramientas propuestas por el MSPS para dicha actividad, de acuerdo con las bases de datos dispuestas por el Ministerio de Salud y Protección Social.	Durante el periodo se expidió apoyo en la georreferenciación de los proyectos en sedes existentes o nuevas (lotes propuestos) utilizando la metodología y herramientas propuestas por el MSPS para dicha actividad	Anexo 3 – Base de datos seguimientos municipio territorial Tolima PDF	
4	Apoyar técnicamente el diligenciamiento de la “Matriz de Valoración y Propuestas” de los Planes Maestros de Inversiones en Infraestructura y Dotación en Salud, así como el de los formatos e insumos necesarios para la formulación y viabilización de proyectos de infraestructura y dotación en salud, manteniendo actualizada la información que sea requerida en los tableros de control dispuestos para tal fin.	Se apoyó al coordinador territorial Tolima con la información de los municipios que se tienen a cargo, para que se actualice la matriz de seguimiento de los proyectos de infraestructura en salud.	Anexo 4 – Seguimiento de infraestructura en salud equipo de apoyo territorial. Esta Matriz de valoración y seguimiento de los proyectos de infraestructura en adecuaciones menores del departamento del Tolima. PDF	
5	Apoyar el desarrollo de actividades de socialización y divulgación de los Planes Maestros de Inversiones en Infraestructura y Dotación en Salud, participando en reuniones, foros, eventos o actividades generales de socialización de resultados de formulación del PMIDS, en coordinación con los entes territoriales previa autorización del MSPS.	Esta actividad no se requirió para el periodo.		
6	Apoyar el desarrollo de actividades de socialización y divulgación de los Planes Maestros de Inversiones en Infraestructura y Dotación en Salud, participando en reuniones, foros, eventos o actividades generales de socialización de resultados de formulación del PMIDS, en coordinación con los entes territoriales previa autorización del MSPS.	Esta actividad no se requirió para el periodo. Se repite el ítem anterior		

	PROCESO	GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	CÓDIGO	GCOF61
	FORMATO	INFORME DE CUMPLIMIENTO DE AVANCES DE OBLIGACIONES CONTRACTUALES Y PAGO	VERSIÓN	01

7	Brindar apoyo al Ministerio de Salud y Protección Social en la búsqueda de datos, generación, estructuración y consolidación de información para dar respuesta oportuna a las solicitudes de información y requerimientos realizados por las diferentes entidades públicas, privadas y entes de control.	Se realizan reuniones para el apoyo del ministerio en la búsqueda de datos para la generación, estructuración y consolidación de información para dar respuesta oportuna a las solicitudes de información y requerimientos.	Anexo 5. Actas de reunión como soporte de las reuniones MT, territoriales Tolima <ul style="list-style-type: none"> 1A. 2026-01-28 – MT -Tolima – reunión virtual – territoriales Tolima 1B. 2026-01-30- MT Tolima – reunión presencial – territoriales Tolima 	
8	Apoyar en el cargue y/o disposición final, en el expediente digital o en el sistema de gestión documental, de toda la información relacionada con respuestas a entes de control, derechos de petición, convenios, contratos, plan, programa o proyecto, en los que apoye a la Dirección.	De acuerdo a las diferentes visitas a los diferentes municipios donde se desarrollan los proyectos de adecuaciones menores, las actas se envían al Ing. Maximiliano Rodriguez Sanchez, apoyo territorial Tolima, para que el revise cargue información. Revisión al sistema de gestión documental.	Anexo – 2 Anexo – 6 – PDF de un Word que muestra los pantallazos de ControlDoc y Viaticos minsalud. Donde se verifica que no se tienen pendientes.	

Hago constar que durante el periodo reportado se adelantaron las anteriores obligaciones y/o actividades.


 Firmado digitalmente por
 Jorge Edgar Rubio
 Calderon

JORGE EDGAR RUBIO CALDERON

Fecha: 2/02/2026

BALANCE ECONÓMICO

Valor Total Contrato (Inicial + Adición)	Valor Pagado	Valor a Pagar	Saldo Liberado	Saldo por Pagar
\$57.120.000,00	\$0,00	\$ 5.712.000,00	\$0,00	\$ 51.408.000,00

El Ministerio de Salud y Protección Social cancelará al CONTRATISTA, la suma de **CINCO MILLONES SETECIENTOS DOCE MIL PESOS M/CTE.** (\$ 5.712.000,00)

	PROCESO	GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	CÓDIGO	GCOF61
	FORMATO	INFORME DE CUMPLIMIENTO DE AVANCES DE OBLIGACIONES CONTRACTUALES Y PAGO	VERSIÓN	01

PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL PERSONAS NATURALES					
CONCEPTO	PLANILLA No.	VALOR	PERIODO		FECHA DE PAGO
			DESDE	HASTA	
Salud	36170760	\$250.000	Enero 2026	Enero 2026	30/01/2026
Pensión	36170760	\$320.000	Enero 2026	Enero 2026	30/01/2026
ARL	36170760	\$48.800	Enero 2026	Enero 2026	30/01/2026

El Contratista tiene otros Contratos de Prestación de Servicios:

SI ☐ NO ☒

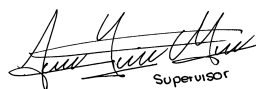
En la eventualidad que la Supervisión verifique que la información suministrada por el Contratista no es consistente o carece de validez, ésta deberá indicar las acciones tomadas: N/A

INFORME PARCIAL DE SUPERVISIÓN	
De conformidad con el seguimiento a la ejecución del contrato, el supervisor certifica que:	
<ol style="list-style-type: none"> El Contratista durante el periodo de ejecución del contrato, desarrolló y cumplió con objeto contractual, las obligaciones generales y específicas, presentó y entregó los productos y/o informes establecidos en el Contrato, Convenio, Contrato interadministrativo, Orden de Compra y Aceptaciones de oferta. Apruebo los informes, productos y demás documentos presentados y entregados por El Contratista durante el periodo mencionado en desarrollo de las obligaciones pactadas en el Contrato, Convenio, Contrato interadministrativo, Orden de Compra y Aceptaciones de oferta. A la fecha, no se han identificado causales de incumplimiento por parte del contratista que ameriten actuaciones conminatorias o la imposición de medidas sancionatorias por parte de la Administración, evidenciándose el cumplimiento de las obligaciones contractuales pactadas. Se realizó la revisión de la matriz de riesgos asociada al contrato, estableciendo que, a la fecha, ninguno de los riesgos identificados se ha materializado Se realizó la validación del examen médico ocupacional presentado por el contratista, evidenciando que dicho documento se encuentra vigente y cumple con los requisitos establecidos en la normativa aplicable para la ejecución del contrato. Esta verificación garantiza el cumplimiento de las condiciones de ingreso y permanencia en la entidad, conforme a lo dispuesto en el Decreto Único Reglamentario 1072 de 2015. Se verificó que el contratista no presenta legalizaciones pendientes por concepto de los desplazamientos autorizados, los cuales han sido gestionados oportunamente a través del módulo de viáticos dispuesto por la entidad. Se verificó que el contratista ha implementado las medidas necesarias para garantizar la continuidad en la gestión de la seguridad de la información durante la ejecución del contrato, en cumplimiento de los lineamientos establecidos por la entidad y en concordancia con las buenas prácticas en materia de protección de activos de información. Se verificó la incorporación e implementación de los controles conforme al numeral A.5.21 de la norma ISO/IEC 27001:2022, incluyendo la identificación de proveedores críticos, actualización de la matriz de riesgos y plan de tratamiento, incorporación de requisitos de seguridad en los contratos, y registros de seguimiento e incidentes, cuando se requirió. 	
OBSERVACIONES	Aprobado para el periodo
ANEXOS	<ol style="list-style-type: none"> Comprobante del pago de los Aportes respectivos al Sistema de Seguridad Social Integral en Salud y Pensiones y/o Aportes Parafiscales por parte del Contratista.

	PROCESO	GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	CÓDIGO	GCOF61
	FORMATO	INFORME DE CUMPLIMIENTO DE AVANCES DE OBLIGACIONES CONTRACTUALES Y PAGO	VERSIÓN	01

2. Soportes relacionados en el formato “GFIF02 Declaración Juramentada” para efectos de la depuración de la base de retención en la fuente. **Únicamente en caso de que alguna de las circunstancias certificadas en dicho formato haya cambiado durante el mes objeto del informe, se recuerda que es obligación exclusiva del contratista informar oportunamente cualquier modificación relacionada con el origen de los ingresos, su proporción o el cambio en la categoría tributaria.**
3. Soportes contractuales cargados en la sección 7 del contrato electrónico (Formato comprimido). Cuenta de cobro o factura, según la responsabilidad tributaria del contratista (responsable o no responsable de IVA)
4.
 - a. Si el contratista está obligado a facturar electrónicamente, deberá presentar la factura electrónica validada previamente por la DIAN y aprobada por el supervisor en el sistema de facturación electrónica dispuesto por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, como requisito **indispensable** para el pago de los bienes y/o servicios contratados, conforme con las disposiciones señaladas en la Resolución única en materia tributaria 227 de 23 de septiembre de 2025.
5. En caso de primer pago debe aportar:
 - a. Soportes relacionados en el formato “GFIF02 Declaración Juramentada” para efectos de la depuración de la base de retención en la fuente.
 - b. Certificado de realización del programa de inducción y reinducción virtual
 - c. Acuerdo de ejecución contractual firmado por el supervisor y el contratista
 - d. Examen médico ocupacional vigente

En constancia, firmo:



Firmado
digitalmente por
Francisco Javier
Morales Ospina

FRANCISCO JAVIER MORALES OSPINA

Supervisor

En constancia, el presente documento se entiende aprobado por las partes una vez el usuario supervisor del contrato efectúe la aprobación respectiva en la plataforma de SECOP II.

Lugar y Fecha: Bogotá, D. C., 2/02/2026

ⁱ Incluir las obligaciones específicas pactadas en el Contrato y/o Convenio.

Representación Gráfica

Datos del Documento

Código Único de Factura - CUFE :
904ca7998b8597a2d507ccded2a7c458da4f494018519e646c9ca3a4daf048ab8332ee9c8baffe318919e8aeb14d1712

Número de Factura: FJR-68

Fecha de Emisión: 03/02/2026

Fecha de Vencimiento: 13/02/2026

Tipo de Operación: 10 - Estándar

Forma de pago: Crédito

Medio de Pago: Instrumento no definido

Orden de pedido:

Fecha de orden de pedido:

Datos del Emisor / Vendedor

Razón Social: RUBIO CALDERON JORGE EDGAR

Nombre Comercial: RUBIO CALDERON JORGE EDGAR

Nit del Emisor: 93396950

Tipo de Contribuyente: Persona Natural

Régimen Fiscal:R-99-PN

Responsabilidad tributaria: 01 - IVA

Actividad Económica: 4290

País: Colombia

Departamento: Tolima

Municipio / Ciudad: Ibagué

Dirección: CR 4 8 23 AP 503 ED TORREON DEL PARQUE BRR LA POLA

Teléfono / Móvil: 6082623590

Correo: jercingcontabilidad@hotmail.com

Datos del Adquiriente / Comprador

Nombre o Razón Social: MINISTERIO DE PROTECCION Y SEGURIDAD SOCIAL

Tipo de Documento: NIT

Número Documento: 900474727

Tipo de Contribuyente: Persona Jurídica

Régimen fiscal: R-99-PN

Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica

País: Colombia

Departamento: Bogotá

Municipio / Ciudad: Bogotá, D.c.

Dirección: carrera 13 n 32-76

Teléfono / Móvil: 0000000

Correo: siifnacion.facturaelectronica@minhacienda.gov.co

Detalles de Productos

Nro.	Código	Descripción	U/M	Cantidad	Precio unitario	Descuento detalle	Recargo detalle	IMPUESTOS				Precio unitario de venta
								IVA	%	INC	%	
1	002	Pago N 01 del periodo del 13 al 30 de enero 2026	NIU	1,00	\$ 4.800.000,00	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 912.000,00	19.00			\$ 4.800.000,00

Notas Finales

#\$19-01-01-000;Contrato364-2026;fmorales@minsalud.gov.co#\$

Línea de negocio: #\$19-01-01-000;Contrato364-2026;fmorales@minsalud.gov.co#\$

Datos Totales



Documento generado el:
03/02/2026 16:57:09
Documento validado por la
DIAN:
03/02/2026 16:57:10
XML Generado por: Solución
Gratuita DIAN
800197268
PDF Generado por:
Solución Gratuita DIAN
Nit:800197268

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	0
Subtotal	4800000
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
Total Bruto Factura	4800000
IVA	912000
INC	0,00
Bolsas	0,00
Otros impuestos	0
Total impuesto (=)	912000
Total neto factura (=)	5712000
Descuento Global (-)	0,00
Recargo Global (+)	0,00
Total factura (=)	COP \$ \$ 5712000

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0
RETENCIONES	
Rete fuente	0,00
Rete IVA	0,00
Rete ICA	0,00

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	
Subtotal	4.800.000,00
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
Total Bruto Factura	4.800.000,00
IVA	912.000,00
INC	0,00
Bolsas	0,00
Otros impuestos	0,00
Total impuesto (=)	912.000,00
Total neto factura (=)	5.712.000,00
Descuento Global (-)	0,00
Recargo Global (+)	0,00
Total factura (=)	COP \$ \$ 5.712.000,00

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0,00
RETENCIONES	
Rete fuente	0,00
Rete IVA	0,00
Rete ICA	0,00

Numero de Autorización: 18764101018527 Rango desde: 62 Rango hasta: 500 Vigencia: 2026-05-04



RAZÓN SOCIAL :	JORGE EDGAR RUBIO CALDERON
IDENTIFICACIÓN:	CC-93396950
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACIÓN REPORTE:	2026-01-29
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2026-02-12
FECHA DE PAGO:	2026-01-30
ENTIDAD DE PAGO:	BANCOLOMBIA
PERÍODO PENSIÓN:	2026-01
PERÍODO SALUD:	2026-01
NÚMERO PLANILLA:	36170760
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	36170760
TIPO DE PLANILLA:	I

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS005	800251440	SANITAS	1	\$ 2.000.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 250.000	\$ 250.000
25-14	900336004	COLPENSIONES	1	\$ 2.000.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 320.000	\$ 320.000
14-11	890903790	ARL SURA	1	\$ 2.000.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 48.800	\$ 48.800
Total a pagar					\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 618.800	\$ 618.800

PAGADO

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	12/03/2026
----------------------------------	------------

	PROCESO	GESTIÓN FINANCIERA	Código	GFIF02
	FORMATO	DECLARACIÓN JURAMENTADA DEPURACIÓN DE BASE DE CÁLCULO DE RETENCIÓN	Versión	08

Bogotá D.C.,

Señores
MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL
Ciudad

Yo JORGE EDGAR RUBIO CALDERON identificado(a) con cedula de ciudadanía 93,396,950 de IBAGUE Contrato de Prestación de Servicios No: 364-2026

De acuerdo a lo establecido en el Estatuto Tributario, Ley 2277 del 13 de diciembre de 2022 Reforma tributaria para la igualdad y justicia social, Decreto 1625 del 11 de octubre de 2016 y sus modificaciones, Decreto 2231 del 22 de diciembre de 2023, **bajo la gravedad de juramento certifico que:**

- Soy declarante del impuesto de renta en los términos definidos por la normatividad vigente SI ☒ NO ☐
- Soy responsable del impuesto a las ventas - IVA SI ☒ NO ☐
- Que en el año anterior o en el año en curso he obtenido ingresos brutos totales provenientes de Contratos con el Estado igual o superior a 4.000 UVT.
(Si la suma de estos contratos es igual o superior a 4.000 UVT es responsable de IVA) SI ☐ NO ☒
- Pertenezco al régimen simple de tributación - RST según lo estipulado en el RUT
(Marque "SI" solo si en el RUT tiene la responsabilidad 47) SI ☐ NO ☒
- Dando aplicación al art. 9 del Decreto 2231 de 2023, manifiesto que durante la vigencia aplicaré costos y deducciones correspondientes a los ingresos provenientes del contrato suscrito con el Ministerio de Salud y Protección Social.
(Si marca "SI" se aplicará la tarifa de retención en la fuente establecida en el artículo 392 del E.T. según el caso, si marca "NO" se aplicará la tarifa de retención en la fuente establecida en el artículo 383 del E.T) SI ☒ NO ☐
- De manera libre y espontanea manifiesto que las siguientes personas dependen económicamente de mí, así mismo manifiesto que ninguna otra persona podrá requerir beneficio en forma adicional en los términos establecidos en la normatividad vigente, para lo cual adjunto documentación que así lo certifica :

NOMBRE	EDAD	PARENTESCO	DOCUMENTO
TATIANA ALEJANDRA RUBIO PATIÑO	21	HIJA	1105460974
JORGE ANDRES RUBIO PATIÑO	19	HIJO	1105464822

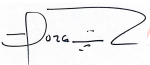
(Adjuntar según el caso: registro civil, certificado contador público, certificado de antecedentes disciplinarios, certificados de pago de estudios por semestre, certificado médico etc). Nota: El certificado de antecedentes disciplinarios en ningún caso podrá ser mayor a 90 días.

- Realicé el pago de intereses por préstamo de vivienda SI ☐ NO ☒
(Adjuntar certificado expedido por la entidad correspondiente del año inmediatamente anterior)

Para fines del beneficio tributario del valor del deducible por el concepto antes señalado, según lo dispone el Decreto Reglamentario 3750 de 1986, Artículo 8°, DUR 1625 de 2016 Art 1.2.4.1. 6 solicito que la deducción prevista sea del siguiente porcentaje: _____ %.

- Realizo ahorros en cuentas AFC (Ahorro para el fomento de la construcción) SI ☐ NO ☒
(Adjuntar mensualmente a la cuenta el soporte de la consignación, en donde indique nombre del titular, número de la cuenta y tipo de cuenta (AFC, AVC, Pensión voluntaria).
- Realizo aportes voluntarios a Fondos de Pensiones (Diferentes a los obligatorios) SI ☐ NO ☒
(Adjuntar mensualmente a la cuenta el soporte de la consignación, en donde indique nombre del titular, número de la cuenta y tipo de cuenta (AFC, AVC, Pensión voluntaria)
- Realicé el pago de planes de medicina prepagada y/o pólizas de salud SI ☐ NO ☒
(Adjuntar certificado expedido por la entidad correspondiente del año inmediatamente anterior)
- Soy Pensionado SI ☐ NO ☒
(Adjuntar Resolución o certificación de pensionado)
- Solicité la devolución de aportes al fondo de pensiones SI ☐ NO ☒
(Adjuntar soporte de devolución)
- PAGO MES ACTUAL DE SEGURIDAD SOCIAL:** He realizado el pago de las contribuciones al Sistema General de Seguridad Social, en debida forma, correspondiente a los ingresos relacionados con la presente cuenta de cobro, de conformidad con lo establecido en el parágrafo 2 del artículo 108 del Estatuto Tributario y el artículo 1.2.4.1.16 del Decreto Único Reglamentario 1625 de 2016, según consta en el soporte adjunto. SI ☒ NO ☐
- PAGO MES VENCIDO DE SEGURIDAD SOCIAL:** He realizado el pago de las contribuciones al Sistema General de Seguridad Social en debida forma, en relación con los ingresos recibidos del mes anterior (Pago mes vencido de Seguridad Social, No aplica para deducción de la base de retención en la fuente de la presente cuenta). SI ☐ NO ☒
- Declaro que los documentos soporte del pago de aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social en Salud, corresponden a los ingresos provenientes del contrato materia del pago sujeto a retención.
- Informaré oportunamente sobre cualquier cambio en el origen, proporción de mis ingresos o cambio respecto a categoría tributaria.

Para constancia se expide y se firma a los (02) días del mes de Febrero de 2026


 Firmado digitalmente
 por Jorge Edgar Rubio
 Calderon
 Firma Electrónica

**LA DIRECTORA DE
ADMISIONES, REGISTRO Y CONTROL ACADÉMICO DE LA
UNIVERSIDAD DEL TOLIMA**

Qué, TATIANA ALEJANDRA RUBIO PATIÑO con Cédula de Ciudadanía No. 1105460974 y código estudiantil 100250662023, Se encuentra activo(a) matriculado(a) en el programa de MEDICINA en el semestre B de 2025, cursando el nivel sexto (6), jornada diurna y presencial; con una intensidad horaria semanal de 4 teóricas, 0 practicas, 18teórico prácticas y 42 independientes.

Esta certificación se expide en la ciudad de Ibagué, a los 26 días del mes de agosto de 2025.

[Handwritten signature]

NAYER DASSMENY CASTAÑEDA MONCALEANO
Directora de Admisiones, Registro y Control Académico

Este documento consta que para su expedición ya se encuentra pago el concepto de estampillas para la Gobernación del Tolima, y será reportado de acuerdo al procedimiento .RA. P03. del Sistema de Gestión de la Calidad de la Universidad del Tolima.

ALUMNO : 118349 - JORGE ANDRES RUBIO PATIÑO	PROGRAMA ING CIVIL	CENTRO COSTO 222401
CONCEPTO	VALOR	
MATRICULAS UNIVERSITARIAS	8.758.000	

PAGUESE EXCLUSIVAMENTE EN LOS SIGUIENTES

AV VILLAS	CUENTA AHORROS No. 40126380
BANCO CAJA SOCIAL	CUENTA AHORROS No. 24508134612
BANCO DAVIVIENDA	CUENTA AHORROS No. 188170840204

CONCEPTO DE PAGO	VALORES	FECHA
Descuento Pronto Pago 3% Hasta	6.555.260	26/12/25
Matrícula Ordinaria Hasta	6.758.000	09/01/26
Matrícula Extemporánea 5% Hasta	7.163.480	30/01/26

EFECTIVO		
CODIGO BANCO	No. CHEQUE	VALOR
TOTAL CONSIGNADO:		

Genera Aquilante ESTIMADO ALUMNO: SU PAGO SERÁ HABILITADO UN DÍA HÁBIL DESPUÉS DE EFECTUADO. POR FAVOR PAGUE ESTE RECIBO EN LÍNEA O EN EFECTIVO EN LOS BANCOS AUTORIZADOS. LA UNIVERSIDAD SE RESERVA EL DERECHO DE APERTURAR EL SEMESTRECURSO PARA ESTE PROGRAMA. EL DESCUENTO PRONTO PAGO APLICA PARA PAGOS DE CONTADO. NO APLICA PARA FINANCIACIÓN DE MATRÍCULA.



RECIBO DE MATRÍCULA 2026A
NIT: 890704382-1
DIR: CRA 22 CL 67 TEL: 2760010
WEB: www.unibague.edu.co
EMAIL: promocionpregrado@unibague.edu.co
Vigilada Mineducación

COPIA PARA LA

REFERENCIA :	1766617
IDENTIFICACIÓN :	1105464822
FECHA DE	26/12/2025

ALUMNO : 118349 - JORGE ANDRES RUBIO PATIÑO	PROGRAMA ING CIVIL	CENTRO COSTO 222401
CONCEPTO	VALOR	
MATRICULAS UNIVERSITARIAS	8.758.000	

PAGUESE EXCLUSIVAMENTE EN LOS SIGUIENTES

AV VILLAS	CUENTA AHORROS No. 40126380
BANCO CAJA SOCIAL	CUENTA AHORROS No. 24508134612
BANCO DAVIVIENDA	CUENTA AHORROS No. 188170840204

CONCEPTO DE PAGO	VALORES	FECHA
Descuento Pronto Pago 3% Hasta	6.555.260	26/12/25
Matrícula Ordinaria Hasta	6.758.000	09/01/26
Matrícula Extemporánea 5% Hasta	7.163.480	30/01/26

EFECTIVO		
CODIGO BANCO	No. CHEQUE	VALOR
TOTAL CONSIGNADO:		

Genera Aquilante ESTIMADO ALUMNO: SU PAGO SERÁ HABILITADO UN DÍA HÁBIL DESPUÉS DE EFECTUADO. POR FAVOR PAGUE ESTE RECIBO EN LÍNEA O EN EFECTIVO EN LOS BANCOS AUTORIZADOS. LA UNIVERSIDAD SE RESERVA EL DERECHO DE APERTURAR EL SEMESTRECURSO PARA ESTE PROGRAMA. EL DESCUENTO PRONTO PAGO APLICA PARA PAGOS DE CONTADO. NO APLICA PARA FINANCIACIÓN DE MATRÍCULA.

AVV 403 20251226 15:08 SC1025 LINEA D
EF 6,555,260.00 CH 0.00
NOMBRE: UNIVERSIDAD DE IBAGUE
CTA:401266380 PIN: 000000000000000000
REF:000001766617
***7248
PIN TXN: 480335766602704
DESTINO:OFICINA 0401
REF1: 000001766617

CERTIFICADO DE APTITUD FÍSICA MENTAL Y DE COORDINACIÓN
MOTRIZSegún lo establecido por la Resolución 000217 de 2014, expedida por el Ministerio de Transporte
ORGANISMO CERTIFICADOR: SIMETRIC SA NIT: 800248545 - 1
CENTRO DE EVALUACIÓN: SIMETRIC IBAGUÉ

Dirección:	CALLE 60 No 2A-55 , Ibagué, Tolima
Teléfono:	2654533
Habilitación Ministerio Transporte:	004705
Sec. Salud - Registro Habilitación:	730010213601
Acreditación:	09CEP064

IDENTIFICACION DE LA PERSONA (USUARIO) CERTIFICADA

			Nombres:	JORGE EDGAR
			Apellidos:	RUBIO CALDERON
			Tipo Identificación:	CC
			Nº Identificación:	93396950
			Grupo Sanguíneo y RH:	B +
			Fecha de Nacimiento:	1975/09/05
			Edad:	49
			Sexo:	M
			Estado Civil:	Casado(a)
			Nivel Educativo:	Especialización
			Ocupación:	INGENIEROS CIVILES
			EPS:	SANITAS S.A. EPS
			Regimen de Afiliación:	Contributivo
			Dirección:	CRA 4 N 823 APT 503
			Teléfono:	3115328875
			Ciudad Residencia:	Ibagué
			Numero de Factura:	3240
			Fecha de Impresión:	19/05/2025 10:12:26

Contacto caso de emergencia y/o acompañante:	JAZMIN PATIÑO
Teléfono (Contacto caso de emergencia y/o acompañante):	3124047664
Parentesco (Contacto caso de emergencia y/o acompañante):	Conyugue
Fecha inicio vigencia:	19/05/2025 10:00:20
Fecha vencimiento:	19/11/2025 10:00:20
Nº de Reconocimiento:	3390

Trámite	Categoría	Grupo	Concepto	Nº Resultado	Nº certificado RUNT
Referenciación	C1	Grupo 2	APTO	A-0041-000004066	48463475

CERTIFICA QUE:

Teniendo en cuenta que el usuario identificado en este documento, solicita ser evaluado de su aptitud medica para conducir de conformidad a lo establecido en la Resolución 0217 de 2014 anexo I, la Resolución 20223040030355 de 2022, Resolución 5228 del 2016 (Ministerio de Transporte) y la NTC ISO/IEC 17024 de 2012 - Por lo que certificamos los resultados obtenidos así:

Concepto de Optometría	Nombre	R.M:	Huella	Firma
Candidato apto, cumple con los criterios de aprobación según la resolución 0217 de 2014, anexo I, numerales 1.1 al 1.7. 19/05/2025 09:48 - 19/05/2025 09:50	MARIA ESPITIA VELASCO	3785		
Concepto de Fonoaudiología	Nombre	R.M:	Huella	Firma
Candidato apto, cumple con los criterios de aprobación según la resolución 0217 de 2014, anexo I, numeral 2.1. la resolución 20223040030355 de 2022. 19/05/2025 09:39 - 19/05/2025 09:42	ADA BONILLA BONILLA	1403089		
Concepto de Psicología	Nombre	R.M:	Huella	Firma
Candidato apto, cumple con los criterios de aprobación según la resolución 0217 de 2014, anexo I, numerales del 10 al 13. 19/05/2025 09:25 - 19/05/2025 09:33	MARIA DEL MARTINEZ LLANOS	148175	N.A. 19/05/2025, 14:22:17	
Concepto de Medicina General	Nombre	R.M:	Huella	Firma
Candidato apto, cumple con los criterios de aprobación según la resolución 0217 de 2014, anexo I. 19/05/2025 09:54 - 19/05/2025 09:59	CARLOS OLARTE DONOSO	73611		

Concepto Final:

Cumple con los criterios de aprobación de la resolución 0217 de 2014 anexo I Resolución 20223040030355 de 2022

Trámite - Categoría

Referenciación C1

(Código) Restricciones - Observación:

Observaciones / Vigencia

Limitaciones físicas progresivas

Fecha Vigencia

Firma Profesional Certificador

MARIA GARCIA ARIAS RM: 2524892008

Declaro bajo la gravedad de juramento que el dictamen se ajusta a la realidad medica del usuario.

N.A.

19/03/2024, 7:50:15

Huella Profesional

Firma Usuario Certificado

Declaro bajo la gravedad de juramento que la información suministrada a los facultativos durante todas las exploraciones y la entrevista de antecedentes referidos al historial médico o diagnóstico clínico, corresponden estrictamente apegos a la verdad

Vigencia del Certificado: este certificado tiene vigencia de seis(6) meses según lo establecido en la resolución 1298 de 2018 del Ministerio de Transporte

Conforme a ley se da cumplimiento a la ley 527 acorde a la resolución 3100 Numeral 11.1.8 Estándares de Historia Clínica y Registros.



(https://www.minsalud.gov.co/)



PROGRAMA DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN VIRTUAL EVALUACIÓN

MinSalud (https://www.minsalud.gov.co/paginas/default.aspx) > Programa de
Inducción y Reinducción Virtual - Evaluación (Evaluacion.aspx) > Evaluacion
2026-01-29

*Campo obligatorio

EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN VIRTUAL

Responda esta evaluación aplicando nuestros valores de Integridad:

Honestidad, Respeto, Compromiso, Diligencia, Justicia e Inclusión

Datos del evaluado: Porfavor debe diligenciar los siguientes
campos

Programa: Inducción

Tipo de identificación:* Cédula de ciudadanía ▼ Número de
identificación:* 93396950

Nombre Completo:* JORGE EDGAR
RUBIO CALDERON
JORGE
EDGAR

Dependencia:*
SUBDIRECCIÓN DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD

Nivel:* PROFESIONAL ▼ Tipo vinculación:*
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS ▼

Cargo:* CONTRATISTA MSPS SIS Correo
electrónico:* jercing@hotmail.com

Evaluación conocimientos de Inducción Institucional Minsalud

Resultado de la Evaluación Virtual

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16



Respuestas
Correctas:
16

Respuestas
Incorrectas:

Tu calificación
es:
Sobresaliente

Volver al formulario
(https://enlinea.minsalud.gov.co/encuestas/Evaluacion.aspx)

Imprimir Resultado

Evaluación virtual

Consultas



Conmutador: (57-1) 330 5000
Central de fax: (57-1) 330 5050
Línea de atención de desastres:
(57-1) 330 5071 - 24 horas



Punto de atención presencial:
Carrera 13 No. 32-76 Piso 1, Bogotá,
Código postal 110311
Lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. en jornada continua



Centro de contacto:
En Bogotá: (57-1) 589 3750
Resto del país: 018000960020

Horario de atención:
Lunes a viernes de 7:00 a.m. a 6:00 p.m. y sábados de 8:00 a.m. a 1:00 p.m. en jornada continua.



D

A⁻A⁺

	PROCESO	GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	Código:	GCOF03
	FORMATO	ACUERDO DE EJECUCIÓN CONTRACTUAL	Versión:	01

Contrato de prestación de Servicios No. 364 de 2026

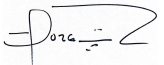
En cumplimiento de la Directiva Presidencial 09 de 2018, la Circular No. 39 del año 2019, y demás normas sobre austeridad del gasto y con el fin de hacer una utilización eficiente de los recursos del Ministerio, atendiendo a la naturaleza del contrato, el objeto y las obligaciones del mismo, la supervisión del contrato y el contratista acuerdan que, para garantizar una adecuada prestación de los servicios contratados, se requiere lo siguiente:

- Tarjeta de Acceso: No
- Carnet Institucional: No
- Usuario institucional: Si
- Puesto de actividades: No
- Extensión: No
- Correo electrónico institucional: Si
- Otros No

¿Cuáles? _____

Las partes declaran que el acuerdo al que han llegado en relación con los diferentes aspectos contenidos en este documento es el resultado de analizar el alcance de las obligaciones contractuales y las mejores condiciones para su prestación y que no implican subordinación o dependencia; y que, conocen con claridad y suficiencia que el contratista realizará las labores de forma independiente y autónoma, bajo su propio riesgo y responsabilidad, sin sujeción o condiciones diversas a aquellas que requieran para el cumplimiento del objeto contractual y sin que ello implique exclusividad, salvo en los eventos en que otras asesorías impliquen conflictos de interés.

Fecha: 13/01/2026

SUPERVISOR Nombre: Francisco Javier Morales Ospina Dependencia: Sub Direccion de Infraestructura en salud	Firma
	 Firmado digitalmente por Francisco Javier Morales Ospina
CONTRATISTA Nombre: Jorge Edgar Rubio Calderón	Firma
	 Firmado digitalmente por Jorge Edgar Rubio Calderon

Nota. La entrega de los insumos requeridos será suministrada por parte del Ministerio de acuerdo a la disponibilidad de recursos al momento de la firma del presente contrato.

	PROCESO	GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	Código:	GCOF03
	FORMATO	ACUERDO DE EJECUCIÓN CONTRACTUAL	Versión:	01