1 de septiembre de 2026

Doctor:
CARLOS MARIO ARENAS DURÁN
Gerente E.S.E. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GUADALUPE
Dirección física: Carrera 5 # 5-59
Dirección de correo electrónico: eseguadalupe@hotmail.com - gerenciahospitalguadalupe@gmail.com
Guadalupe, Santander
E.S.D

GLADIS CRISTINA TIRADO NOSSA, mayor de edad, identificada con la cédula de ciudadanía **No. 28.168.919** expedida en Guadalupe, Santander; agradeciendo su amable invitación, me permito presentar la siguiente propuesta para ejecutar el siguiente objeto contractual; ***"PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN COMO TÉCNICO AUXILIAR EN ENFERMERÍA PARA LA EJECUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES 5, 23, 24, 26, 27 Y 28 DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS – PIC EN EL MUNICIPIO DE GUADALUPE, Y APOYO A LAS ACTIVIDADES 12, 17 Y 29, EN EL MARCO DEL CONTRATO INTERADMINISTRATIVO No. CO1.PCCNTR.9592734, SUSCRITO ENTRE EL DEPARTAMENTO DE SANTANDER – SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL Y LA E.S.E. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GUADALUPE"***., de acuerdo a lo que a continuación se detalla:

ALCANCE DEL OBJETO CONTRACTUAL:

El contratista prestará los servicios de apoyo a la gestión como técnico auxiliar en enfermería con plena autonomía técnica y administrativa, bajo su exclusiva responsabilidad y sin que medie relación laboral, subordinación o dependencia de ningún tipo frente a la E.S.E. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GUADALUPE.

El contratista organizará y distribuirá su tiempo de manera autónoma, conforme al plan de trabajo y al cronograma mensual que él mismo proponga, **sin sujeción a jornada u horario determinado.**

El desarrollo de las actividades se realizará conforme a los protocolos y lineamientos propios de la profesión, a los lineamientos técnicos del Ministerio de Salud y Protección Social y de la Secretaría de Salud Departamental de Santander, y a lo establecido en la Cláusula 3 (Alcance) del Contrato Interadministrativo No. CO1.PCCNTR.9592734. En las Actividades 12, 17 y 29, cuya ejecución el contrato interadministrativo asigna conjuntamente con el profesional de enfermería y, en la Actividad 29, también con el profesional de psicología, el contratista concurrirá con dichos perfiles en el desarrollo de las intervenciones bajo su orientación técnica. Las actividades objeto del presente contrato serán ejecutadas de manera conjunta con el otro técnico auxiliar en enfermería vinculado por la E.S.E. para el mismo efecto, conforme a la distribución operativa que se establezca en el plan de trabajo y el cronograma mensual aprobados por la supervisión, y el contratista reportará en su informe mensual las metas efectivamente ejecutadas por él y suscribirá los soportes que produzca, en los siguientes términos:

A. OBLIGACIONES ESPECÍFICAS

ACTIVIDAD 5. Realizar estrategias de información en salud para fortalecer la importancia de las vacunas en los distintos momentos de curso de vida, en el entorno comunitario, ámbito rural. Meta: siete (07) estrategias de información.

a) Realizar la verificación del esquema de vacunación de todos los niños, niñas y adolescentes del municipio mediante cruce de bases de datos con PAIWEB, con el fin de identificar susceptibles y el microterritorio a priorizar.

Soportes: a) Plantilla de verificación del esquema de vacunación de todos los niños, niñas y adolescentes del municipio; b) Informe de identificación de susceptibles, pendientes por vacuna y microterritorios a priorizar; c) Notificación de los susceptibles a las EAPB, mediante oficio y/o correo electrónico; d) Plantilla de seguimiento a la vacunación de susceptibles, canalización y puesta al día de los susceptibles identificados.

b) Realizar estrategias de información en el microterritorio priorizado mensualmente, en el marco de las jornadas de vacunación departamentales y nacionales. Las estrategias deberán realizarse en veredas y/o microterritorios diferentes cada mes, conforme a las características propias del municipio.

Soportes: a) Acta de reunión con la participación del líder comunitario del territorio donde se desarrollará la estrategia, la autoridad local o municipal, las EAPB, la dirección local de salud, las IPS y demás actores en salud; b) Documento con el plan y el contenido teórico de cada campaña, revisado y aprobado por el referente departamental del programa PAI (ficha técnica); c) Certificado de permanencia firmado por el líder comunitario de cada vereda visitada; d) Listados de asistencia.

c) Entregar el material informativo para el desarrollo de las actividades en el entorno comunitario, ámbito rural, en cada uno de los microterritorios priorizados, el cual debe ser concertado, revisado y aprobado por el referente departamental de PAI.

Soportes: Acta de concertación, revisión y aprobación del material informativo a utilizar, suscrita con el referente departamental de PAI.

d) Elaborar informe final con todas las evidencias y el análisis del desarrollo de la estrategia, que contenga objetivo, población objeto, asistencia alcanzada, aspectos positivos, de mejora, oportunidades y observaciones, e incluya los siguientes indicadores: número y porcentaje de personas del territorio abordadas; número y porcentaje de personas por momento de curso de vida que participaron; y número y porcentaje de canalizaciones a servicios de salud con atención oportuna.

Soportes: Documento informe final consolidado con los indicadores solicitados y demás soportes generados.

ACTIVIDAD 23. Desarrollar acciones para la reorganización del medio y eliminación de criaderos de vectores, como prevención y control de las ETV, ámbito urbano, en todos los momentos de curso de vida. Meta: una (01) movilización, a desarrollar en doscientas (200) casas.

a) Planeación y alistamiento operativo: identificación de los territorios urbanos con mayor riesgo epidemiológico, definición de las viviendas y puntos críticos a intervenir, articulación con líderes comunitarios y programación de la jornada.

Soportes: Territorios priorizados y georreferenciados; listado de viviendas y puntos críticos seleccionados para intervención; cronograma de la jornada comunitaria.

b) Sensibilización y movilización comunitaria: desarrollo de actividades de información y sensibilización dirigidas a personas de todos los grupos del curso de vida y de todos los géneros, orientadas a la identificación de criaderos, prácticas de saneamiento ambiental y corresponsabilidad comunitaria en el control del vector, en el entorno comunitario y peridomiciliario.

Soportes: Registro de asistencia y participación comunitaria; evidencia de la comunidad sensibilizada sobre prevención y control de ETV; participación activa de la población en la jornada de reorganización del medio; entrega de materiales para la jornada de movilización.

c) Intervención domiciliaria y eliminación de criaderos: visita a las viviendas y puntos críticos previamente identificados para la identificación de criaderos reales y potenciales, la reorganización del entorno domiciliario y peridomiciliario y la recolección de inservibles generadores de riesgo vectorial.

Soportes: Viviendas intervenidas con eliminación de criaderos; criaderos reales y potenciales identificados y eliminados; inservibles recolectados y dispuestos adecuadamente, expresados en kilogramos; kit de lavado de estanques o pilas entregados con indicaciones de lavado.

d) Saneamiento de puntos críticos: intervención de los puntos críticos comunitarios identificados como focos de proliferación vectorial —lotes, espacios públicos y áreas comunes— mediante reorganización del medio y recolección de inservibles.

Soportes: Puntos críticos saneados y evidencia de la reducción de focos comunitarios de riesgo vectorial.

e) Seguimiento y registro de resultados: consolidación de la información generada durante la jornada, registro de indicadores y evaluación de los resultados de la intervención.

Soportes: Documento informe final consolidado con base de datos de viviendas intervenidas y población impactada; registro de indicadores de control del vector; número de viviendas intervenidas por jornada de movilización; número y porcentaje de personas del territorio abordadas; número y porcentaje de personas

por momento de curso de vida que participaron; y número y porcentaje de canalizaciones a servicios de salud con atención oportuna.

ACTIVIDAD 24. Realizar tamizajes serológicos para el cumplimiento de criterios del plan de certificación de interrupción de la transmisión de la enfermedad de Chagas, en primera infancia, infancia, adolescencia y juventud, mujeres embarazadas y en edad fértil, en el entorno comunitario, ámbito rural. Meta: doscientos (200) tamizajes.

a) Planeación y alistamiento operativo: priorización de veredas rurales con riesgo epidemiológico, definición de la población objeto —niños y niñas de 1 a 4 años, población de 5 a 15 años y mujeres en edad fértil—, programación de la jornada diaria de tamizaje aprobada por el programa de ETV, coordinación con líderes comunitarios y actores del territorio, y alistamiento logístico de las pruebas rápidas en punto de atención y de los formatos de registro.

Soportes: Territorios y veredas priorizadas para tamizaje; cronograma definido de jornadas de tamizaje; insumos diagnósticos y formatos de registro alistados.

b) Sensibilización y movilización comunitaria: desarrollo de acciones de información, educación y comunicación dirigidas a la población priorizada, enfocadas en los mecanismos de transmisión vectorial, oral y congénita de la enfermedad de Chagas, la importancia del tamizaje serológico y las medidas de prevención, así como la convocatoria comunitaria para la jornada.

Soportes: Registro de familias y personas abordadas; evidencia de población sensibilizada sobre la enfermedad de Chagas y su prevención; participación comunitaria activa en la jornada de tamizaje.

c) Búsqueda activa y tamizaje serológico: ejecución de la jornada diaria de tamizaje mediante búsqueda activa casa a casa y en puntos de concentración comunitaria, aplicación de pruebas rápidas en punto de toma para la detección de anticuerpos contra Trypanosoma cruzi, lectura inmediata de resultados y orientación inicial a la población tamizada, con una meta diaria aproximada de cinco (05) tamizajes por día.

Soportes: Pruebas rápidas aplicadas y registradas; resultados serológicos leídos y comunicados oportunamente; cobertura de tamizaje en la población priorizada; consentimientos informados y planillas de reporte de resultados.

d) Identificación de riesgo domiciliario y asesoría preventiva: identificación, durante la jornada, de las viviendas con riesgo estructural y factores asociados a la presencia de triatominos, acompañada de asesoría a las familias sobre medidas de prevención, control del vector y reducción del riesgo de transmisión.

Soportes: Viviendas evaluadas con identificación de factores de riesgo; familias orientadas en medidas de prevención de la enfermedad de Chagas; registro de riesgo domiciliario y comunitario.

e) Articulación para confirmación diagnóstica y seguimiento: remisión de los resultados reactivos para confirmación diagnóstica y pruebas de confirmación al LDSP, articulación con IPS y EAPB para el seguimiento clínico y epidemiológico, y garantía del registro completo de la información conforme a los lineamientos vigentes.

Soportes: Registro completo y oportuno de la información, con los casos reactivos remitidos para confirmación diagnóstica; personas orientadas y vinculadas a la ruta de atención.

f) Consolidación de información y análisis de resultados: consolidación de los datos generados por día de toma, análisis del avance hacia la meta de tamizaje y evaluación del riesgo residual en las veredas priorizadas, como insumo para el plan de certificación de interrupción de la transmisión de Chagas.

Soportes: Base de datos consolidada de tamizajes realizados; avance porcentual hacia la meta definida de personas tamizadas; e informe final con los indicadores de número de personas del territorio abordadas, número de personas por momento de curso de vida que participaron y número de canalizaciones a servicios de salud con atención oportuna.

ACTIVIDAD 26. Desarrollar acciones de información en salud en entorno hogar para la prevención y detección temprana de las Enfermedades Transmitidas por Vectores, ámbito urbano, en todos los momentos de curso de vida. Meta: ciento cuarenta y ocho (148) casas.

a) Planeación y coordinación interinstitucional: elaborar el plan de trabajo concertado con el técnico operativo de ETV de la provincia, estableciendo metas diarias que incluyan al menos nueve (09) visitas efectivas por día para garantizar el cumplimiento del cronograma.

Soportes: Plan de trabajo y cronograma mensual concertado.

b) Diagnóstico inicial y caracterización del riesgo: aplicar la encuesta domiciliaria de factores de riesgo y levantar los índices intra y peridomiciliarios en las viviendas visitadas por primera vez, realizando la evaluación intra y peridomicilio mediante inspección detallada para detectar presencia de triatominos.

Soportes: Cien por ciento (100%) de las viviendas de los territorios intervenidos con encuesta aplicada e índices levantados; meta diaria de nueve (09) viviendas visitadas efectivamente por día.

c) Sistematización de información y georreferenciación: actualizar físicamente el mapa veredal y el proyecto en Epicollect5, incluyendo convenciones, minimapa, rosa de los vientos, identificación de viviendas encuestadas y no encuestadas, anexo con listado de viviendas, responsable y códigos de laboratorio, certificación firmada por miembro de la junta de acción comunal y los ajustes en la plataforma digital.

Soportes: Mapa veredal físico actualizado y registrado en la plataforma Epicollect5; meta diaria de nueve (09) viviendas georreferenciadas e informadas por día durante el levantamiento en campo.

d) Intervención entomológica y control ambiental: recolectar y preservar los vectores encontrados —huevos, ninfas y adultos— en intra y peridomicilio y enviarlos al laboratorio, e implementar acciones de control físico mediante reordenamiento del medio para eliminar infestaciones en las viviendas positivas.

Soportes: Material entomológico ingresado formalmente al laboratorio con código de ingreso; cien por ciento (100%) de las viviendas infestadas intervenidas; kits de lavado entregados; intervención en al menos nueve (09) viviendas efectivas por día, priorizando las colonizadas.

e) Educación sanitaria y participación comunitaria: brindar información y educación sanitaria a los miembros de las viviendas visitadas sobre los determinantes de domiciliación del vector, la promoción de entornos saludables y la recolección y envío comunitario de vectores, con entrega del kit de lavado de estanques o pilas compuesto por un cepillo de cerdas duras e hipoclorito.

Soportes: Cien por ciento (100%) de viviendas con acciones educativas aplicadas; meta diaria de nueve (09) viviendas con actividades educativas por día.

f) Elaborar informe final con todas las evidencias y el análisis del desarrollo de la estrategia, con el contenido y los indicadores señalados para la Actividad 5, incluyendo el número de hogares abordados.

Soportes: Documento informe final consolidado con los indicadores solicitados y demás soportes generados.

ACTIVIDAD 27. Realizar la caracterización de los factores de riesgo laborales a los trabajadores informales de los diferentes sectores de la economía popular y comunitaria, en el entorno laboral, ámbito urbano, en los momentos de curso de vida de juventud, adultez y vejez. Meta: ciento cincuenta (150) encuestas.

a) Realizar una reunión presencial con el secretario de salud del municipio, o quien haga sus veces, y demás actores involucrados, para la presentación de la propuesta a desarrollar, la coordinación de zona y la actividad económica a priorizar.

Soportes: a) Acta de reunión; b) Listado de asistencia; c) Registro fotográfico.

b) Aplicar a ciento cincuenta (150) trabajadores informales del área urbana el Instrumento para la Caracterización de los Trabajadores de la Economía Popular y Comunitaria priorizadas en el municipio, utilizando el software y/o la herramienta de caracterización establecida por la Secretaría.

Soportes: Base de datos de los trabajadores informales según las directrices del referente de economía popular.

c) Elaborar el diagnóstico sanitario y de riesgos ocupacionales que permita determinar los factores de riesgo de la población trabajadora informal, con base en la captura de información realizada en la caracterización.

Soportes: Diagnóstico elaborado según las directrices dadas por el supervisor.

d) Realizar una reunión presencial con el secretario de salud del municipio, o quien haga sus veces, y demás actores involucrados, para socializar los resultados de la caracterización y su correspondiente diagnóstico, y elaborar el informe final con las evidencias y los indicadores señalados para la Actividad 5.

Soportes: a) Acta de reunión; b) Listado de asistencia; c) Registro fotográfico; d) Documento informe final consolidado con los indicadores solicitados y demás soportes generados.

ACTIVIDAD 28. Realizar la caracterización de los factores de riesgo laborales a los trabajadores informales de los diferentes sectores de la economía popular y comunitaria, en el entorno laboral, ámbito rural, en los momentos de curso de vida de juventud, adultez y vejez. Meta: cien (100) encuestas.

a) Realizar una reunión presencial con el secretario de salud del municipio, o quien haga sus veces, y demás actores involucrados, para la presentación de la propuesta a desarrollar, la coordinación de zona y la actividad económica a priorizar.

Soportes: a) Acta de reunión; b) Listado de asistencia; c) Registro fotográfico.

b) Aplicar a cien (100) trabajadores informales de la zona rural el Instrumento para la Caracterización de los Trabajadores de la Economía Popular y Comunitaria priorizadas en el municipio, utilizando el software y/o la herramienta establecida por la Secretaría.

Soportes: Base de datos de los trabajadores informales según las directrices del referente de economía popular.

c) Elaborar el diagnóstico sanitario y de riesgos ocupacionales que permita determinar los factores de riesgo de la población trabajadora informal del área rural, con base en la captura de información realizada en la caracterización.

Soportes: Diagnóstico elaborado según las directrices dadas por el supervisor.

d) Realizar una reunión presencial con el secretario de salud del municipio, o quien haga sus veces, y demás actores involucrados, para socializar los resultados de la caracterización y su correspondiente diagnóstico, y elaborar el informe final con las evidencias y los indicadores señalados para la Actividad 5.

Soportes: a) Acta de reunión; b) Listado de asistencia; c) Registro fotográfico; d) Documento informe final consolidado con los indicadores solicitados y demás soportes generados.

APOYO A LAS ACTIVIDADES 12, 17 Y 29. Actividades de información y educación en salud en entorno comunitario y laboral, ámbito urbano, cuya ejecución el contrato interadministrativo asigna conjuntamente con el profesional de enfermería y, en la Actividad 29, también con el profesional de psicología.

a) Apoyar la ejecución de las cinco (05) movilizaciones civiles de información en salud sexual y reproductiva de la Actividad 12, así como la promoción, difusión y divulgación de las conmemoraciones a través de perifoneo, bajo la orientación técnica del profesional de enfermería.

Soportes: Registros de asistencia y participación suscritos por el contratista, registro fotográfico y demás soportes definidos para la actividad.

b) Apoyar el desarrollo de los dos (02) ciclos educativos de nueve (09) sesiones cada uno de la Actividad 17, incluida la convocatoria de los participantes, la aplicación de pretest y postest y el diligenciamiento de las fichas técnicas por sesión educativa, bajo la orientación técnica del profesional de enfermería.

Soportes: Listados de asistencia suscritos por el contratista, fichas técnicas por sesión educativa y registros fotográficos.

c) Apoyar la identificación e intervención de los cincuenta (50) trabajadores informales de la Actividad 29, la difusión del evento y el desarrollo de la jornada de información, incluido el registro de los participantes y la recolección de los consentimientos informados.

Soportes: Registro de los participantes en físico y digital en los formatos establecidos por el supervisor y consentimientos informados según el modelo entregado por el supervisor.

VALOR DE LA PROPUESTA:

CATORCE MILLONES CIEN MIL PESOS M/CTE. ($14.100.000), incluidos todos los gastos, costos, impuestos, tasas y demás contribuciones o tributos que se generen con ocasión al contrato.

FORMA DE PAGO:

EL CONTRATANTE pagará al **El CONTRATISTA** el valor del presente contrato así: **CUATRO (04) PAGOS PARCIALES** por mensualidades vencidas, cada una por valor de **TRES MILLONES QUINIENTOS VEINTICINCO MIL PESOS ($3.525.000) M/CTE.** Los pagos se realizarán una vez el contratista haya prestado el servicio en cumplimiento del objeto contractual y su alcance.

PLAZO DE EJECUCIÓN:

CUATRO (04) MESES CALENDARIO, contados a partir de la fecha acordada en el acta de inicio.

Nota. En caso de terminación anticipada o ejecución parcial solo habrá lugar al pago proporcional de las actividades de prestación efectiva del objeto contractual.

DECLARACIONES:

La suscrito (a) declara:

- → Conozco el régimen de inhabilidades e incompatibilidades previsto para la contratación estatal especialmente lo establecido en la Constitución Política y la Ley. Por lo anterior, declaro bajo la gravedad de juramento que se entiende prestado con la firma del presente documento, que no me encuentro incurso en causal alguna de inhabilidad e incompatibilidad para celebrar contratos con entidades públicas, particularmente con Empresas Sociales del Estado. Si llegare a sobrevenir inhabilidad o incompatibilidad, cederé el contrato previa autorización escrita de **E.S.E. Hospital Nuestra Señora de Guadalupe, Santander**, o, si ello no fuere posible, renunciará a su ejecución. Cuando la inhabilidad o incompatibilidad sobrevenga dentro de proceso de selección, se entenderá que renuncio a la participación en este y a los derechos surgidos del mismo.
- → Conozco la modalidad de selección empleada y el tipo de contrato a suscribir, por tal motivo, declaró solemnemente que mantendré indemne a la institución por cualquier reclamación derivada del mismo.
- → Ninguna persona o entidad de la aquí nombrada tiene interés en esta propuesta ni en el contrato que como consecuencia llegase a celebrarse y por consiguiente solo compromete al firmante.
- → Manifiesto bajo la gravedad de juramento que es cierto y verdadero que no soy responsable de los aportes parafiscales (Sena, Bienestar Familiar y Cajas de Compensación). Así mismo, comunico que me afiliaré a A.R.L.
- → Que en ejercicio de mi actividad tengo previstas las actividades inherentes al objeto a contratar y la experiencia requerida.
- → Que conozco el sitio donde ejecutara el contrato, que acepto todos los requisitos que implique el desarrollo del objeto contractual y, me someto a cumplir todas las reglamentaciones vigentes en la **E.S.E. Hospital Nuestra Señora de Guadalupe, Santander.**
- → Que me comprometo a realizar todos los trámites tendientes a la legalización del contrato y a firmar el acta de inicio.
- → Que mediante el presente documento manifiesto mi disponibilidad inmediata para desempeñar la prestación de los servicios contratados.

NOTIFICACIÓN ELECTRÓNICA:

En virtud de lo establecido en el Capítulo V, de la Ley 1437 de 2011, ACEPTO voluntariamente ser notificado de los avisos, solicitudes, comunicaciones y demás notificaciones que se deban realizar en virtud de la relación contractual, a través de medio electrónico a la siguiente dirección de correo: gladistirado516@gmail.com.

OBSERVACIONES:

Adjunto a la presente, proporciono copia de la documentación requerida en la invitación, la cual respalda mi idoneidad y experiencia para llevar a cabo las actividades contempladas en el contrato.

Atentamente,

Gladis Cristina Tirado Nossa.

GLADIS CRISTINA TIRADO NOSSA
CC. No. 28.168.919 DE GUADALUPE

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

Libertad y Orden

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
TIRADO	NOSSA	GLADIS CRISTINA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	GENERO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 28168919	F (X) M ( ) NB ( )	COL (X) EXTRANJERO ( )	COLOMBIA

LIBRETA MILITAR
PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NÚMERO D.M.

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA			
FECHA	DIA 01 MES 03 AÑO 1974	vereda san José			
PAÍS	COLOMBIA	PAÍS	COLOMBIA	DEPTO	SANTANDER
DEPTO	SANTANDER	MUNICIPIO	GUADALUPE		
MUNICIPIO	GUADALUPE	TELÉFONO		EMAIL	gladistirado516@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS DE 1o. A 6o. DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6o. A 11o. DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:

TC (TÉCNICA) **TL** (TECNOLÓGICA) **TE** (TECNÓLOGICA ESPECIALIZADA) **UN** (UNIVERSITARIA)

ES (ESPECIALIZACIÓN) **MG** (MAESTRÍA O MAGISTER) **DOC** (DOCTORADO O PHD)

RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY)

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
PREGRADO	4	X		AUXILIAR DE ENFERMERIA	10	2006	

3 EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO; EN LA MODALIDAD, ESCRIBA:

INF (EDUCACIÓN INFORMAL) **TR_DES** (EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO)

INSTITUCIÓN	MODALIDAD	No. TOTAL HORAS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULOS OBTENIDOS	TERMINACIÓN	
			SI	NO		MES	AÑO

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

4 IDIOMAS

ESPECÍFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE: HABLA, LEE, ESCRIBE DE FORMA, REGULAR (**R**), BIEN (**B**) O MUY BIEN (**MB**)

IDIOMA	LO HABLA			LO LEE			LO ESCRIBE		
	R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB

5 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD COOSALUD - IPS SALUD FAMILIAR			PÚBLICA		PRIVADA X	PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO SANTANDER	MUNICIPIO GUADALUPE					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día	01	Mes	10	Año	2004	Día	21	Mes	04	Año	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL 003678 AUXILIAR DE ENFERMERIA	DEPENDENCIA ACCIONES EN SALUD PUBLICA						DIRECCIÓN CARRERA 43 43 3					

6 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE												
INSTITUCIÓN EDUCATIVA			PÚBLICA		PRIVADA	PAÍS						
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO					CORREO ELECTRÓNICO						
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día:		Mes:		Año:		Día:		Mes:		Año:	
AREA DE CONOCIMIENTO	NIVEL EDUCATIVO						DIRECCIÓN					

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

7 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NÚMERO DE AÑOS Y MESES

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	0	0
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	20	6
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

8 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI __ NO __ ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o DE LA LEY 190/95).

Ciudad y fecha de diligenciamiento

Gladis Cristina Tirado Nossa sep·2026.

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

9 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE HAN SIDO PRESENTADOS COMO SOPORTE.

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

Función Pública

PUBLICACIÓN PROACTIVA DECLARACIÓN DE BIENES Y RENTAS Y REGISTRO DE CONFLICTOS DE INTERÉS
(Ley 2013 de 2019, Ley 1437 de 2011, 734 de 2002 y 2003 de 2019)

Tipo de declaración	INGRESO	Fecha de publicación	2026-08-13 10:45

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
GLADIS	CRISTINA	TIRADO	NOSSA

Documento de identificación			
Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	28168919

Lugar de nacimiento					
País	COLOMBIA	Departamento	SANTANDER	Municipio	GUADALUPE

Lugar de domicilio					
País	COLOMBIA	Departamento	SANTANDER	Municipio	GUADALUPE

Nombre de la entidad/organismo/institución/persona jurídica pública o privada que presten función pública o servicios públicos o que administren, celebren contratos y ejecuten bienes o recursos públicos/Notarías/Curadurías/ u otra donde trabaje	HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GUADALUPE - SANTANDER

Lugar de sede					
País	COLOMBIA	Departamento	SANTANDER	Municipio	GUADALUPE

Dirección	["Carrera 3 No.1-26 Casco Urbano"]
Cargo o función que cumple	CONTRATISTA

Tipo de sujeto obligado de acuerdo con el artículo 2 de la Ley 2013 de 2019: Persona natural y jurídica, pública o privada, que presten función pública, que presten servicios públicos respecto de la información directamente relacionada con la prestación del servicio público.

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

De acuerdo con lo consagrado en la Ley 2013 de 2019, a continuación procedo a publicar y divulgar proactivamente mi declaración de bienes y rentas y manifiesto que los únicos bienes y rentas que poseo a la fecha, en forma personal o por interpuesta persona, son los que relaciono a continuación.

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

Los ingresos y rentas que obtuve en el año gravable 2025 fueron:

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	$16.000.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	
Gastos de representación	
Arriendos	
Honorarios	
Otros ingresos y rentas	
TOTAL	$16.000.000,00

Las cuentas bancarias de las que soy titular en Colombia y en el exterior son:

Tipo de cuenta	Sede de la cuenta (País)	Saldo total de la cuenta a diciembre 31 del año inmediatamente anterior
CUENTA DE AHORROS	COLOMBIA	$0,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor
LOTE	COLOMBIA	SANTANDER	GUADALUPE	$10.000.000,00
MUEBLES Y ENSERES	COLOMBIA	SANTANDER	GUADALUPE	$5.000.000,00

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo
MULTICOOP	$14.000.000,00
PICHINCHA	$3.500.000,00

1.2. PARTICIPACIÓN EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y/O ASOCIACIONES

Tengo participación en juntas, consejos o directivos: Sí [ ] No [X]

En la actualidad participo como miembro de las siguientes Juntas o Consejos Directivos:

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro	País

Tengo participación en corporaciones, sociedades y asociaciones: Sí [ ] No [X]

A la fecha soy socio de las siguientes corporaciones, sociedades y/o asociaciones:

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

Tengo actividades económicas privadas: Sí [ ] No [X]

Las actividades económicas de carácter privado, adicionales a las declaradas anteriormente, que he venido desarrollando de forma ocasional o permanente son las siguientes:

Detalle de las actividades	Forma participación

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

De acuerdo con lo consagrado en la Ley 2013 de 2019, a continuación procedo a publicar y divulgar proactivamente el registro de la información que puede ser susceptible de generarme un conflicto de interés, así como aquella relacionada con los intereses de mi cónyuge o compañero(a) permanente, parientes y socios de hecho o de derecho.

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Tengo cónyuge o compañero(a) permanente: Sí [X] No [ ]

Los intereses personales de mi cónyuge o compañero o compañera permanente son susceptibles de generar una posible situación de conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño: Sí [ ] No [X]

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
HERNAN	ALONSO	CORTES	JEREZ

Tipo documento: CEDULA DE CIUDADANIA Número: 5654278

Descripción del potencial conflicto de interés con su cónyuge o compañero(a) permanente:

2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

Tengo parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil con Intereses personales que son susceptibles de generar una posible situación de conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño: Sí [ ] No [X]

A continuación presento la información de los parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil que son susceptibles de generar conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño.

De acuerdo con la Ley 2003 de 2019, los congresistas deben registrar sus parientes hasta el segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil si son susceptibles de generar conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeñan.

Parentesco	Pariente	Tipo de documento de identidad	Documento de identidad	Descripción del potencial conflicto de interés

2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

Tuve intereses directos o actué como representante, asesor, presidente, gerente, director, miembro de junta directiva o socio de gremio, sindicato, sociedad, asociación, grupo social u organización con ánimo o sin ánimo de lucro y esto puede influir en mis decisiones y acciones en el desempeño de mi cargo actual:

Sí [ ] No [X]

Dentro del año anterior tuve interés directo o actué como representante, asesor, presidente, gerente, director, miembro de junta directiva o socio de gremio, sindicato, sociedad, asociación, grupo social u organización con ánimo o sin ánimo de lucro (nacional o extranjera), y a continuación describo cómo puede influir en las decisiones y acciones de mi cargo actual:

2.4. OTRAS INVERSIONES

Tengo fideicomisos en Colombia o en el exterior: Sí [ ] No [X]

Los fideicomisos y encargos fiduciarios de los cuales soy constituyente o beneficiario en Colombia y en el exterior son:

Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario	Calidad	Valor	País

Tengo inversiones en Colombia o en el exterior: Sí [ ] No [X]

Las inversiones en bonos, fondos de inversión, fondos de ahorro voluntario y otras que tengo en Colombia y en el exterior son:

Tipo de inversión	Valor	País

2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí [ ] No [X]

Las donaciones que me representaron reducciones en la declaración de renta del último año gravable son:

Nombre entidad	Valor

2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

Tengo potenciales conflictos personales de interés: Sí [ ] No [X]

Los conflictos de interés pueden generarse a partir de, por ejemplo:
> Actividades y negocios que realiza o tiene con socio o socios de hecho o de derecho.
> Establecimientos que posee.
> Litigio o controversia ante autoridades administrativas o jurisdiccionales.
> Haber hecho parte de listas de candidatos a cuerpos colegiados de elección popular.

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:

GLADÍS TIRADO

AUXILIAR DE ENFERMERÍA

Auxiliar de enfermería con amplia experiencia en atención integral a pacientes, promoción y prevención en salud, vacunación y trabajo comunitario. Comprometida con el cuidado, la humanización y el bienestar de las personas.

DATOS PERSONALES

320 452 7289

gladistirado516@gmail.com

Fecha de nacimiento: 01/03/1974

Guadalupe, Santander

PERFIL PROFESIONAL

Auxiliar de enfermería con amplia experiencia en atención integral al paciente, promoción y prevención en salud, vacunación y trabajo comunitario. Me destaco por mi responsabilidad, empatía, compromiso y capacidad para trabajar en equipo, brindando una atención humanizada y de calidad.

FORMACIÓN ACADÉMICA

BACHILLER ACADÉMICO
Finalizado el 12 de noviembre de 2001.

TÉCNICO AUXILIAR DE ENFERMERÍA
Finalizado el 03 de abril de 2008.

CURSOS Y CERTIFICACIONES

- Curso comunitario de atención integral a niños y niñas sanos y enfermos con énfasis en las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI) – Septiembre 2013.
- Certificado: Comunicación sobre vacunación segura: Orientaciones para apoyar al personal de salud.
- Certificado: Comunicación de riesgos y participación comunitaria frente a emergencias por brotes de dengue – Febrero 2026.

EXPERIENCIA LABORAL

SALUD FAMILIAR IPS
AUXILIAR DE ENFERMERÍA
01 de octubre de 2005 – 21 de abril de 2025
Atención integral a pacientes, apoyo en programas de salud, vacunación, promoción y prevención, y actividades asistenciales.

ESE HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GUADALUPE
AUXILIAR DE ENFERMERÍA
27 de abril de 2025 – 31 de diciembre de 2025
Atención asistencial a pacientes, apoyo en procedimientos de enfermería y acompañamiento en el cuidado integral.

HABILIDADES

- Atención humanizada
- Trabajo en equipo
- Responsabilidad y compromiso
- Comunicación asertiva
- Organización y eficiencia
- Vocación de servicio

Cuidar es nuestra vocación, servir es nuestra misión.

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 28168919

TIRADO NOSSA
APELLIDOS

GLADIS CRISTINA
NOMBRES

Gladis Cristina Tirado
FIRMA





INDICE DERECHO

01-MAR-1974
FECHA DE NACIMIENTO

GUADALUPE
(SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.59 ESTATURA | O+ G.S. RH | F SEXO

14-OCT-1992 GUADALUPE
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR

A-2709700-59105691-F-0028168919-20020917 03724 02260A 01 099204405

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 1 3 Actualización de oficio

4. Número de formulario 141092983096

(415)7707212489984(8020) 000014109298309 6

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
2 8 1 6 8 9 1 9	7	Impuestos y Aduanas de Bucaramanga	4	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	2 8 1 6 8 9 1 9	

Lugar de expedición 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Santander 6 8	Guadalupe 3 2 0

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
TIRADO	NOSSA	GLADIS	CRISTINA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Santander 6 8	Guadalupe 3 2 0

41. Dirección principal
CR 5 # 7 - 26 BRR PALMITO CA

42. Correo electrónico gladistirado@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
6 8 3 0 5 1	3 2 0 4 5 2 7 2 8 9	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica				Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
0 0 1 0	2 0 0 6 1 0 0 4	4 9 2 1	2 0 2 2 0 8 0 1		5 6 1 1	5 5 1 9		

Responsabilidades, Calidades y Atributos

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código	4 9																									

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros										
54. Código	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores					
55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso. Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada.

984. Nombre ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA

985. Cargo

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

	RESOLUCIÓN	CÓDIGO	AP-JC-RG-89
		VERSIÓN	5
		FECHA DE APROBACIÓN	22/05/2017
		PÁGINA	1 de 1

RESOLUCIÓN No. 04327

Por la cual se concede una autorización para el ejercicio profesional

EL SECRETARIO DE SALUD DEPARTAMENTAL

En uso de las atribuciones legales y en especial las que le confiere la Resolución 8211 de 1989 y el Decreto 1875 de Agosto de 1999 y

CONSIDERANDO

Que GLADIS CRISTINA TIRADO NOSSA , identificado (a) con la cédula de Ciudadanía No. 28168919 expedida en BUCARAMANGA, ha solicitado la autorización del ejercicio profesional como: AUXILIAR EN ENFERMERIA.

TITULO que le otorgó, CORPORACION EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO EN SALUD "CORPOSALUD", el 3 DE ABRIL DE 2008.

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO: Autorizar a GLADIS CRISTINA TIRADO NOSSA , identificado (a) con la cédula de Ciudadanía No. 28168919 expedida en BUCARAMANGA, para ejercer la profesión de : AUXILIAR EN ENFERMERIA, en todo el Territorio Nacional.

ARTICULO SEGUNDO. - La presente resolución rige a partir de la fecha de expedición.

COMUNÍQUESE Y CUMPLASE.

25 JUN 2020

JAVIER ALONSO VILLAMIZAR SUAREZ
Secretario de Salud Departamental

Elaboró: SAYDA MILENE PORRAS RIVERA
Revisó: YELITZA L. HERNANDEZ GONZALEZ
VoBo: ALEJANDRO LOZANO URIBE

ReTHUS

A continuación diligencie la identificación o nombre y apellido de la persona a consultar en el Registro Unico Nacional de Talento Humano en Salud.

Tipo de Identificación *

Cedula de Ciudadania

Número de Identificación *

28168919

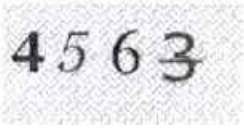
Primer Nombre

GLADIS

Primer Apellido

TIRADO

Confirme los números de la Imagen *



Cambiar

1297

Limpiar

Resultado General -2026-01-06→6:25:20 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:
CC	28168919	GLADIS	CRISTINA	TIRADO	NOSSA	Vigente

De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) GLADIS CRISTINA TIRADO NOSSA identificado(a) con CC 28168919 registra La siguiente información:

2026-01-06→6:25:20 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
AUX	Local	TECNICO LABORAL EN AUXILIAR EN ENFERMERIA	2020-06-25	4327	DTS DEPARTAMENTC DE SANTANDER

La información dispuesta se encuentra en proceso de actualización de conformidad con lo señalado por el Ministerio de Salud y Protección Social. El talento humano en salud puede continuar ejerciendo su profesión u ocupación del área de la salud, presentando los documentos que acreditaron el cumplimiento de los requisitos que se encontraban vigentes (Resolución de autorización de ejercicio en todo el territorio

LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
LA SECRETARÍA DE EDUCACIÓN DEPARTAMENTAL Y EN SU NOMBRE LA

CORPORACIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO EN SALUD

corposalud

Personería Jurídica No. 848
Autorización Oficial, Resolución No. 360 del 13 de Agosto de 1996 Secretaría de Educación de Santander,
Acuerdo No. 14 de Junio 03 de 1996 Ministerio de la Protección Social
y Resolución No. 0563 del 12 de Junio de 2006 SENA

Confiere Certificado de Aptitud Profesional
A

Gladis Cristina Tirado Nossa

Identificado (a) con C.C. *No.* 28.168.919. *de* Guadalupe.

Por haber cursado y aprobado sus estudios, con una intensidad total de 2030 Horas
Que lo capacitan para ejercer como

Técnico Auxiliar de Enfermería

Directora General

Beatriz Clemencia Pinto León
Secretaria General

Directora Académica

Diploma No. 0418 *Anotado al Folio No.* 1034 *del Libro No.* 005 *de Certificados*
Expedido en Bucaramanga, el día 03 *del mes de* Abril *de* 2008.

SECRETARIA DE SALUD DE SANTANDER
Res. No. 4327
Fecha: 25 JUNIO 2020

corposalud

1034

ACTA DE CERTIFICACION

La Secretaria General de la Corporación Educativa para el Trabajo y el Desarrollo Humano en Salud "CORPOSALUD", Hace constar: Que el folio No.1034 del Libro 005 de actas de certificados de Corposalud, figura la siguiente acta de certificación No.1034. En la ciudad de Bucaramanga, Departamento de Santander, República de Colombia, a los tres (03) días del mes de Abril de Dos Mil Ocho (2008) se reunió el Consejo de Dirección de CORPOSALUD. Presidió la sesión BETHY Z. VALENZUELA SUAREZ Directora de la Corporación Educativa para el Trabajo y el Desarrollo Humano en Salud "CORPOSALUD" y obró como secretaria BEATRIZ CLEMENCIA PINTO LEON considerando el consejo que GLADIS CRISTINA TIRADO NOSSA con Cédula de Ciudadanía número 28.168.919 expedida en Guadalupe. Cumplió y aprobó el programa de estudios teórico prácticos, con autorización oficial No. 360 del 13 de Agosto de 1996, según acuerdo Ejecutivo No. 14 de Junio 05 de 1996 del Ministerio de Salud y Resolución 0563 de junio 12 de 2006 SENA, que lo capacitan para el ejercicio del cargo, le confiere el certificado de Aptitud Profesional como Técnico Auxiliar de Enfermería.

Bajo Juramento, el graduado promete cumplir con los deberes propios del ejercicio de su ocupación.

Para constancia se extiende y se firma la presente acta.

El Director(a). (Fdo)

El Director(a) Académico (Fdo)

Beatriz Clemencia Pinto León
El Secretario(a) General (Fdo)

Hay un sello seco con el logo de CORPOSALUD

GOBERNACIÓN DE SANTANDER | SECRETARÍA DE SALUD | etv | CINTROP

CERTIFICA QUE

GLADIS CRISTINA TIRADO NOSSA

CON DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN NÚMERO

28168919

Cursó y aprobó el curso

Enfermedades transmitidas por vectores (ETV): Vigilancia, control y gestión en territorio

Organizado por la Gobernación de Santander a través de la Secretaría de Salud Departamental y la Universidad Industrial de Santander, con una intensidad horaria de 40 horas.

Se firma en Bucaramanga el día 5 de agosto de 2026

Dra. MAGDA DEL ROSARIO CHACÓN SANABRIA
Coordinadora Grupo ETV
Secretaría de Salud de Santander

Dr. JONNY EDWARD DUQUE LUNA
Director del Centro de Investigaciones en Enfermedades Tropicales (CINTROP)
Universidad Industrial de Santander

DEPARTAMENTO DE SANTANDER

SALUD Familiar IPS

COOSALUD EPS-S
En PASS de tu bienestar

COOSALUD EPS-S

Otorga el presente certificado a

GLADYS CRISTINA TIRADO NOSSA

Identificado con cedula de ciudadanía No. 28.168.919

Por su participación en el:

CURSO COMUNITARIO DE ATENCION INTEGRAL A NIÑ@S SANOS Y ENFERMOS CON ENFASIS EN LAS ENFERMEDADES PREVALENTES DE LA INFANCIA (AEIPI).

Bucaramanga, Septiembre de 2013

Con una intensidad horaria de 30 horas académicas.

LYDA MILENA ARIZA PARRA
Coordinadora EBS Salud Familiar IPS
Facilitadora AIEPI

MAGDA PAOLA ROJAS ARENAS
Coordinadora EBS Salud Familiar IPS
Facilitadora AIEPI

GLORIA CECILIA ORTIZ RODRIGUEZ
Profesional Universitario Salud Infantil - AIEPI
Secretaria de Salud Departamental

PEDRO ANTONIO LAMADRID PAJARO
Gerente Coosalud EPS-S
Departamento de Santander

AIEPI
Porque mi vida hay que protegerla hoy

Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud certifica que:

Gladis Tirado

ha participado y aprobado el Curso Virtual:

Comunicación de riesgos y participación comunitaria frente a emergencias por brotes de dengue

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública
Horas: 3 - Porcentaje de aprobación: 82,56 %
5 de febrero de 2026

Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.
Director

OPS
CAMPUS VIRTUAL DE SALUD PÚBLICA

*La autenticidad de este certificado se puede verificar en https://campus.paho.org/mooc/mod/simplecertificate/verify.php?code=7eb6eb8c-0331-45e2-bd24-c12e19d8b9e6

6476d6f4-b058-4322-ba18-50c0ac1f1c2e

Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud

certifica que:

Gladis Tirado Nossa

ha participado y aprobado el curso virtual:

Comunicación sobre vacunación segura:
Orientaciones para apoyar al personal de salud

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

Horas: 3 - Porcentaje de aprobación: 76,00 %

31 de mayo de 2023

Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.
Director

Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud
Américas

OPS
CAMPUS VIRTUAL DE SALUD PÚBLICA

*La autenticidad de este certificado se puede verificar en https://mooc.campusvirtualsp.org/mod/simplecertificate/verify.php?code=6476d6f4-b058-4322-ba18-50c0ac1f1c2e

Corporación Internacional
Líderes Latinoamerica
NIT: 830.086.471-6

Hace constar que:

GLADIS CRISTINA TIRADO NOSSA

C.C. - No. 28168919

Cursó y aprobó los estudios correspondientes al:

CURSO
SOPORTE VITAL BASICO (BLS)

Vigencia de 2 años a partir de la fecha de expedición

Siendo una formación propia, con una intensidad de veinte (20) horas.

Se expide en la ciudad de Bucaramanga a los (25) días del mes de agosto del año 2026

En cumplimiento del decreto 1075 del 26 de mayo del 2015 Art 2.6.6.8. Educación Informal - Ministerio de Educación Nacional de Colombia
Resolución 3100 de 2.019- Ministerio de Salud y Protección de Colombia

Beatriz Eugenia Ramos Suaza
Especialización en Auditoria Clínica, Cuidado Critico
Rehabilitación Cardiopulmonar y
Certificación AHA como proveedor en salud

Luis Carlos Prada Prada
Director
Corporación Internacional Líderes

VALIDAR CERTIFICADO

La validez del documento también la puedes solicitar al 3003905210 o al correo academico@cillatinoamerica.com.co

Corporación Internacional
Líderes Latinoamerica
NIT: 830.086.471-6

Hace constar que:

GLADIS CRISTINA TIRADO NOSSA

C.C. - No. 28168919

Cursó y aprobó los estudios correspondientes al:

CURSO
FORMACION EN ATENCION INTEGRAL EN SALUD PARA
VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL Y DE GENERO

Vigencia de 2 años a partir de la fecha de expedición

Siendo una formación propia, con una intensidad de cincuenta (50) horas.

Se expide en la ciudad de Bucaramanga a los (25) días del mes de agosto del año 2026

En cumplimiento del decreto 1075 del 26 de mayo del 2015 Art 2.6.6.8. Educación Informal - Ministerio de Educación Nacional de Colombia
Resolución 3100 de 2.019- Ministerio de Salud y Protección de Colombia

Beatriz Eugenia Ramos Suaza
Especialización en Auditoria Clínica, Cuidado Critico
Rehabilitación Cardiopulmonar y
Certificación AHA como proveedor en salud

Luis Carlos Prada Prada
Director
Corporación Internacional Líderes

VALIDAR CERTIFICADO

La validez del documento también la puedes solicitar al 3003905210 o al correo academico@cillatinoamerica.com.co

Corporación Internacional Líderes Latinoamerica

NIT: 830.086.471-6

Hace constar que:

GLADIS CRISTINA TIRADO NOSSA

C.C. - No. 28168919

Cursó y aprobó los estudios correspondientes al:

CURSO
FORMACION EN ATENCION INTEGRAL EN SALUD PARA VICTIMAS DE ATAQUE CON AGENTES QUIMICOS

Vigencia de 2 años a partir de la fecha de expedición

Siendo una formación propia, con una intensidad de cincuenta (50) horas.

Se expide en la ciudad de Bucaramanga a los (25) días del mes de agosto del año 2026

En cumplimiento del decreto 1075 del 26 de mayo del 2015 Art 2.6.6.8. Educación Informal - Ministerio de Educación Nacional de Colombia
Resolución 3100 de 2.019- Ministerio de Salud y Protección de Colombia

Beatriz Eugenia Ramos Suaza
Especialización en Auditoria Clínica, Cuidado Critico
Rehabilitación Cardiopulmonar y
Certificación AHA como proveedor en salud

Luis Carlos Prada Prada
Director
Corporación Internacional Líderes

VALIDAR CERTIFICADO

La validez del documento también la puedes solicitar al 3003905210 o al correo academico@cillatinoamerica.com.co

Corporación Internacional
Líderes Latinoamerica
NIT: 830.086.471-6

Hace constar que:

GLADIS CRISTINA TIRADO NOSSA

C.C. - No. 28168919

Cursó y aprobó los estudios correspondientes al:

CURSO
FORMACION EN ATENCION INTEGRAL EN SALUD PARA
MANEJO Y GESTION DEL DUELO

Vigencia de 2 años a partir de la fecha de expedición

Siendo una formación propia, con una intensidad de cincuenta (50) horas.

Se expide en la ciudad de Bucaramanga a los (25) días del mes de agosto del año 2026

En cumplimiento del decreto 1075 del 26 de mayo del 2015 Art 2.6.6.8. Educación Informal - Ministerio de Educación Nacional de Colombia
Resolución 3100 de 2.019- Ministerio de Salud y Protección de Colombia

Beatriz Eugenia Ramos Suaza
Especialización en Auditoria Clínica, Cuidado Critico
Rehabilitación Cardiopulmonar y
Certificación AHA como proveedor en salud

Luis Carlos Prada Prada
Director
Corporación Internacional Líderes

VALIDAR CERTIFICADO

La validez del documento también la puedes solicitar al 3003905210 o al correo academico@cillatinoamerica.com.co

PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN
COLOMBIA

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 302498326

PIB
14:44:09

Bogotá DC, 27 de agosto del 2026

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) GLADIS CRISTINA TIRADO NOSSA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 28168919:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes contiene las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. Anterior, de acuerdo a los incisos 3o. y 4o. del artículo 238 Ley 1952 de 2019.

NOTA: El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la Constitución Política y la ley particular o demás disposiciones vigentes.** El Sistema SIRI reporta como antecedentes solamente las sanciones con debida ejecutoria recibidas de las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el Estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información de antecedentes del aspirante en la página web: https://www.procuraduria.gov.co/Pages/certificado-antecedentes.aspx

Mario Enrique Castro González
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano (C)

ATENCIÓN :
ESTE CERTIFICADO CONSTA DE 01 HOJA(S), SOLO ES VALIDO EN SU TOTALIDAD. VERIFIQUE QUE EL NUMERO DEL CERTIFICADO SEA EL MISMO EN TODAS LAS HOJAS.

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL , INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy jueves 27 de agosto de 2026, a las 14:34:23, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	28168919
Código de Verificación	28168919260907143423

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

Policía Nacional de Colombia

(Default.aspx)

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 27/08/2026 02:50:13 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **28168919** y Nombre: **GLADIS CRISTINA TIRADO NOSSA.**

NO TIENE MEDIDAS CORRECTIVAS PENDIENTES POR CUMPLIR.

De conformidad con la Ley 1801 de 2016 "Por la cual se expide el Código Nacional de Seguridad y Convivencia Ciudadana". Registro interno de validación No. **147163400** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando https://www.policia.gov.co, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda | Imprimir

Policía Nacional de Colombia
Dirección General - Carrera 59 # 26 - 21
Centro Administrativo Nacional CAN , Bogotá D.C
Línea de atención: 018000-910112

GOV.CO

CONSULTA EN LÍNEA DE INHABILIDADES DE QUIENES HAYAN SIDO CONDENADOS POR DELITOS SEXUALES COMETIDOS CONTRA MENORES DE 18 AÑOS

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 14:52:57 horas del **27/08/2026**, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **28168919,** Apellidos y Nombres **TIRADO NOSSA GLADIS CRISTINA**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **ESE HOSPITAL NUESTRA SEÑOA DE GUADALUPE**, con NIT **900186802-3** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

https://inhabilidades.policia.gov.co:8080/consulta

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 02:46:38 PM horas del 27/08/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **28168919**

Apellidos y Nombres: **TIRADO NOSSA GLADIS CRISTINA**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda "NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES" aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las **preguntas frecuentes** o acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.

DIJIN

Dirección: Avenida El Dorado # 75 – 25 barrio Modelia, Bogotá D.C.
Atención administrativa: Lunes a Viernes 8:00 am a 12:00 pm y 2:00 pm a 5:00 pm
Línea de atención al ciudadano:
5159700 ext. 30552 (Bogotá)
Resto del país: 018000 910 112
E-mail: dijin.araic-atc@policia.gov.co

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

CERTIFICA QUE

Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos **REDAM**, el(la) ciudadano(a) con número de identificación CC 28168919 **NO SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS**

Esta certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

Se expide en Bogotá el 27/08/2026 05:30 PM

Código Verificación: **A745JG6NLQ**

Válida hasta: **06/12/2026**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

DR LEONARDO AGUILAR GALVIS

NIT: 91106799

CONTACTOS
3178702891 - 3176856186
especialistasgss117@gmail.com
Carrera 15 No. 15 - 39
Socorro (Santander)

CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL



PACIENTE: GLADIS CRISTINA TIRADO NOSSA | **NÚMERO HIJOS:** 2 | **ESTRATO:** 1 | **GÉNERO:** Femenino

TIPO IDENTIFICACIÓN: CC | **NÚMERO IDENTIFICACIÓN:** 28168919 | **FECHA NACIMIENTO:** 01/03/1974 | **EDAD:** 52 año(s) 5 mes(es) 11 día(s)

EMPRESA CONTRATANTE: TRABAJADOR INDEPENDIENTE | **TIPO EXAMEN:** Ingreso

CARGO DESEMPEÑAR: AUXILIAR DE ENFERMERIA | **JORNADA TRABAJO:** Diurno | **FECHA:** 12/08/2026

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

1. RECOMENDACIONES GENERALES

							Ninguna
	1.1. Remisión a EPS		1.3. Completar esquema vacunación		1.5. Suspender tabaquismo		1.7. Control de peso y nutrición
	1.2. Continuar manejo médico	X	1.4. Inicio o continuar actividad física		1.6. Reducir consumo de alcohol		1.8. Otras

2. RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

							Ninguna
	2.1. Calificación de origen		2.4. Ingreso programa vigilancia epidemiológica	X	2.7. Pausas activas		2.9. Uso diario de bloqueador solar
	2.2. Recomendaciones para el manejo de cargas		2.5. Uso de elementos de protección personal		2.8. Uso de corrección visual		2.10. Otros
	2.3. Seguimiento por ARL		2.6. Pautas ergonómicas				

3. RESTRICCIONES

						X	No Aplica
	3.1. Trabajo en alturas > 1.5 mts		3.4. Trabajos en temperaturas bajas		3.7. Trabajo en espacios confinados		3.10. Cargas
	3.2. Trabajo en altitudes > 2.500 mts		3.5. Trabajo en temperaturas altas		3.8. Para conducción de vehículos		3.11. Viajes
	3.3. Trabajos en ambientes hiperbáricos		3.6. Trabajos con riesgo eléctrico		3.9. Manipulación de alimentos		3.12. Otros

4. CONCEPTO MÉDICO

Tipo Examen: _X_ Ingreso ___ Periódico ___ Retiro ___ Post Incapacidad ___ Cambio Cargo ___ Trabajos Especiales

X	Concepto Sin Restricciones para el cargo		Sin Restricciones para trabajo eléctrico		Requiere evaluar reubicación laboral		Sin restricción para continuar su labor actual
	Concepto Con Restricciones para el cargo (ver restricciones)		Sin Restricciones para trabajo en temperaturas extremas		Requiere nueva valoración		Sin diagnóstico de enfermedad laboral
	Aplazado		Sin Restricciones para trabajo en espacios confinados		Satisfactorio		Presenta patologías que requieren calificación de origen EPS / ARL
	Sin Restricciones para manipulación de alimentos		Sin Restricciones para Conducción de Vehículos / Operación de Maquinaria		Enfermedades de origen común		Secuela de accidente de trabajo / enfermedad laboral
	Sin Restricciones para trabajo en alturas						

5. EXÁMENES REALIZADOS

	Examen Físico		Rx Tórax		Perfil Lipídico		TSH		Frotis Faríngeo
X	Examen Físico con Énfasis Osteomuscular		Rx Columna Lumbo Sacra		Perfil Hepático		Serología		KOH Uñas
	Audiometría		Cuadro Hemático		Perfil Renal		Ácido Úrico		Coprológico
	Optometría		Glicemia		Frotis Sangre Periférica		Tamizaje Drogas		Baciloscopia
	Espirometría		Electrocardiograma		Hemoclasificación		Alcohol		Evaluación Neuropsicológica
	Visiometría		Parcial de Orina		Espermograma		Colinesterasa		Otro

6. OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES

Examen físico con énfasis osteomuscular, cardio cerebro vascular y de equilibrio dentro de parámetros normales. Examen de ingreso sin restricción, paciente con patología de origen común que no limita la labor, se educa en estilos de vida saludable, Bajar 5 kg, auto cuidado y reporte de condiciones de salud y condiciones de riesgo. Control optometra anual.

Este concepto médico se emite basado en los hallazgos de la evaluación médica ocupacional realizada el día de hoy y en la información suministrada por el trabajador y/o la empresa contratante. El paciente firmó la historia clínica como constancia de haber comprendido las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre su estado de salud y de recibir la información que puede obtener la copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

FUNCIONARIO RESPONSABLE:

Leonardo Aguilar Galvis
Médico y Cirujano R.M. 1
Esp. Salud Ocupacional
Lic. 25208/2025

PACIENTE: Gladis Tirado.

1 / 2

Naxvan Soft
www.naxvansoft.com

República de Colombia Gobernación de Santander	RESOLUCIÓN	CÓDIGO	AP-GJ-RG-36
		VERSIÓN	2
		FECHA DE APROBACIÓN	29/05/2024
		PÁGINA	1 de 1

RESOLUCIÓN NÚMERO 25208 **DE 2025**

Por la cual se renueva una Licencia de Seguridad y Salud en el Trabajo

EL SECRETARIO DE SALUD DEL DEPARTAMENTO DE SANTANDER

En uso de sus facultades legales, y en especial las que le confiere la Ley 1562 de 2012 y la Resolución 908 de 2025, y

CONSIDERANDO

Que, **AGUILAR GALVIS LEONARDO** identificado(a) con Cédula de Ciudadanía No. 91106799, ha solicitado Renovación de Licencia para la Prestación de Servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo ante la Secretaria de Salud Departamental de Santander como -MÉDICO Y CIRUJANO - ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL título otorgado por LA FUNDACIÓN UNIVERSITARIA MANUELA BELTRAN el 14/04/2000.

Que, al peticionario le fue otorgada la Licencia de Prestación de Servicios de Seguridad y Salud en el Trabajo, mediante Resolución No 24646 de 24/12/2015 por la Secretaría de Salud del Departamento de Santander y concedida por un término de diez (10) años contados a partir de la expedición de la Resolución, la cual ha cumplido su vigencia.

Que, de conformidad con el Artículo 12 de la Resolución 908 del 15 de mayo de 2025, el peticionario ha presentado la documentación solicitada para la Renovación de la Licencia para la prestación de servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo y cumple con los requisitos establecidos en las normas legales vigentes.

Que, por lo antes expuesto el Secretario de Salud Departamental,

RESUELVE

Artículo 1°: RENOVAR Licencia para la prestación de servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo A: **AGUILAR GALVIS LEONARDO** identificado(a) con Cédula de Ciudadanía No. 91106799, como -MÉDICO Y CIRUJANO -ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL , en los campos de acción de Medicina del trabajo o de seguridad y salud en el trabajo, Investigación en área técnica, Investigación de accidentes de trabajo y enfermedad laboral, Capacitación en seguridad y salud en el trabajo, Diseño, Administración y Ejecución del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo..

Artículo 2°: La Licencia de que trata el artículo anterior se concede por el término de Diez (10) años contados a partir de la fecha de expedición y podrá ser renovada por un témino igual.

Artículo 3°: Esta Licencia es válida en todo el Territorio Nacional y tendrá carácter personal e intransferible.

Artículo 4°: Contra la presente Resolución proceden los recursos de reposición y apelación en primera y segunda instancia el cual podrá interponerse al correo licenciassst_santander@santander.gov.co dentro de los diez (10) dias hábiles siguientes al de su notificación de conformidad con lo establecido en el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

Artículo 5°: La presente Resolución rige a partir de la fecha de su expedición y deroga la Resolución No 24646 de 24/12/2015.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

Expedida en Bucaramanga, 20 NOV 2025

EDWIN ANTONIO PRADA RAMIREZ
Secretario de Salud del Departamento de Santander

Aprobó: Diana Vanessa Rincon Vergel - Directora de Desarrollo de Servicios Inspección Vigilancia y Control
Revisó: Yelitza Lilibeth Hernández González - Coordinadora Grupo de Acreditación en Salud y SOGC
Proyectó: Magaly Andrea Mariño Bayona - Grupo de Acreditación en Salud SOGC

POR REALIZACIÓN EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL.

POSITIVA

GRUPO BICENTENARIO

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

Gladys Cristina Tirado Nossa identificado con CC. 79317676 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

Nombres y/o Razón	ESE HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GUADALUPE
Tipo y Numero de Documento	NI - 900186802

INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL

Fecha de inicio de cobertura	2026/09/08	**Fecha inicio contrato**	2026/09/01
Tipo de vinculación	Independiente con Contrato	**Fecha de fin contrato**	2026/12/30
Riesgo	3	**Código actividad económica**	3861001 - Actividades de hospitales y clinicas, con internacion, comprende las actividades que consisten principalmente en
Estado afiliación	Activa		
Fecha retiro	-	**Estado del contrato**	Activa

Esta certificación se expide a los 7 días del mes de septiembre del 2026.

Tenga en cuenta que, una vez finalice la fecha de terminación del contrato, el sistema aplicará automáticamente el retiro. Si tiene un nuevo contrato o prórroga, registre la novedad en www.positivaenlinea.gov.co para mantener la cobertura.

Para verificar la autenticidad de este certificado, escanea el código QR incluido o visita nuestra página web. Selecciona la opción "Validar certificados de afiliación" e ingresa el siguiente código: **CC07092026G79317676T22255882.** Este código es válido por un mes.

CER_AFI_20260316597 50

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades ARL
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S. A.

Colpensiones

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **GLADIS CRISTINA TIRADO NOSSA** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **28168919,** se encuentra afiliado/a desde **01/12/2025** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 25 de agosto de 2026.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

ADRES

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	28168919
NOMBRES	GLADIS CRISTINA
APELLIDOS	TIRADO NOSSA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	SANTANDER
MUNICIPIO	GUADALUPE

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	NUEVA EPS S.A.	CONTRIBUTIVO	01/08/2013	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión: | 08/25/2026 11:26:24 | **Estación de origen:** | 192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la base de datos, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

Esta información se debe utilizar por parte de las EPS y los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.

Si necesita retirarse, trasladarse, modificar sus datos o su estado de afiliación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, se aclara que estas actualizaciones dependen netamente de las EPS y no de la ADRES, por lo cual la solicitud de actualización debe ser escalada a la EPS donde se presenta la afiliación.

IMPRIMIR CERRAR VENTANA

Nit:802.021.430-3

CERTIFICACIÓN LABORAL

El(La) Señor(a) **GLADIS CRISTINA TIRADO NOSSA** , identificado(a) con **Cédula de Ciudadanía** número **28,168,919** de **GUADALUPE-SOER** , trabajó en esta empresa desde el **01 de OCTUBRE de 2005** hasta el **21 de ABRIL de 2025** desempeñando el cargo de **AGENTE COMUNITARIO.** A través de un **CONTRATO INDEFINIDO**. Desempeñando las siguientes funciones:

- Realizar visitas domiciliarias y/u otras actividades planificadas y establecidas para la atención de la persona, familia o cumunidad.
- Realizar el abordaje de los usuarios de acuerdo con el motivo de la actividad programada: visita de censo, visita de seguimiento, demanda inducida (presencial o telefónica), actividad educativa u otro motivo.
- Diligenciar de forma completa y verás la información de los núcleos familiares de los afiliados a la EPS Coosalud.
- Diligenciar todos los módulos correspondientes de la tarjeta familiar de acuerdo con el motivo de visita, edad, patologías, condición de discapacidad y riesgos de los usuarios de acuerdo con manuales socializados.
- Realizar toma de medidas antropométricas y constantes vitales a los afiliados intervenidos de acuerdo con el manual de medidas antropométricas y toma de signos vitales cada vez que se realice intervención de censo o seguimiento a afiliados.
- Actualizar en caso de visita de Censo, en la tarjeta los núcleos familiares ya visitados en el aplicativo SIGRIS, tarjeta manual o cualquier otro mecanismo de registro previamente definido y validado con el fin de unificar el núcleo familiar.
- Realizar la demanda Inducida a las diferentes rutas integrales de atención en salud de acuerdo con las necesidades en salud identificadas en la intervención del afiliado y su familia.
- Identificar y promover la reducción y posible eliminación de factores de riesgo que puedan ser perjudiciales para la salud, enfocados en la prevención de enfermedades transmisibles y crónicas no transmisibles, a través de la educación y el seguimiento del afiliado.
- Promover a la realización del censo a todos los afiliados de su área de influencia manteniendo el censo actualizado de acuerdo con la frecuencia establecida
- Realizar el seguimiento a riesgo de los usuarios con patologías crónicas y/o eventos de interés, entre otros, de acuerdo con las frecuencias de visita y condiciones establecidas en el procedimiento.
- Proceder a la detección de situaciones de riesgo e identificación de población expuesta Ej.: embarazadas, sintomáticos respiratorios, desnutridos, niños sin vacunas, etc.
- Realizar gestión de cita de acuerdo con las necesidades identificadas en la intervención del afiliado y lo requerido por la Coordinación de equipos básicos.
- Realizar charlas educativas individuales y grupales a afiliados de la EPS Coosalud de acuerdo con el procedimiento definido y socializado.
- Promover la promoción del cuidado integral de la salud a los afiliados intervenidos.
- Mantener contacto permanente con las familias, líderes, población, movilizando acciones que apunten a la promoción de la salud y mejoramiento de la calidad de vida.
- Participar en las jornadas de vacunación y todas aquellas actividades de salud de mini concentración a través de la ejecucion de actividades educativas, realización de demanda inducida (telefónica o presencial)
- Realizar seguimiento al afiliado, a través de la revisión de las historias clínicas en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y el diligenciamiento de las listas de chequeo en el aplicativo SIGRIS.
- Realización de pruebas rápidas de tamizaje de VIH, Sífilis, Hepatitis B y de embarazo.
- Recopilar datos relevantes relacionados con indicadores de calidad, como la satisfacción de los usuarios, el acceso a los servicios de salud, la adherencia a los tratamientos, entre otros.

La presente se expide a solicitud del interesado el 21 de ABRIL de 2025.

Cordialmente.

SALUD Familiar IPS
RECURSOS HUMANOS

IVETH PATRICIA BAYTER MALKUN
DIRECTORA RECURSOS HUMANOS

ACTA DE LIQUIDACIÓN POR MUTUO ACUERDO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN No. 059-2025

CONTRATANTE	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GUADALUPE
IDENTIFICACIÓN	NIT. 900.186.802-3
CONTRATISTA	GLADIS TIRADO NOSSA
IDENTIFICACIÓN	C.C. No 28.168.919 DE GUADALUPE S
DIRECCIÓN	VDA SAN JOSÉ FINCA SAN ISIDRO
CORREO ELECTRÓNICO	gladistirado516@gmail.com
TELÉFONO	3204527289
OBJETO DE CONTRATO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN COMO TÉCNICO AUXILIAR DE ENFERMERÍA, PARA LA EJECUCIÓN Y CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES CONTEMPLADAS EN LOS PLANES DE INTERVENCIONES COLECTIVAS (PIC), CONFORME A LOS CONTRATOS INTERADMINISTRATIVOS SUSCRITOS ENTRE EL MUNICIPIO DE GUADALUPE, SANTANDER, Y LA E.S.E. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GUADALUPE, SANTANDER, ASÍ COMO ENTRE EL DEPARTAMENTO DE SANTANDER Y LA MISMA ENTIDAD HOSPITALARIA
VALOR DEL CONTRATO	DIECISEIS MILLONES DE PESOS ($16.000.000) M/CTE
PLAZO DEL CONTRATO	SIETE (07) MESES Y VEINTISIETE (27) DIAS CALENDARIO, CONTADOS A PARTIR DE LA SUSCRIPCIÓN DEL ACTA DE INICIO.

En Guadalupe, Santander, se reunieron en las instalaciones de la E.S.E HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GUADALUPE, SANTANDER, el Dr. **CARLOS MARIO ARENAS DURÁN**, en calidad de representante legal y Gerente de la E.S.E. HNSG, la Dra. **CLAUDIA PATRICIA JAIMES AMOROCHO**, Profesional Universitario de la E.S.E., en calidad de supervisora, por una parte, y por la otra, **GLADIS CRISTINA TIRADO NOSSA**, mayor de edad, identificada con la cédula de ciudadanía identificada con cédula de ciudadanía **No.** 28.168.919 de Guadalupe, Santander, quien para efectos del presente documento se denominará **EL CONTRATISTA**, y atendiendo que a la fecha se encuentran revisados todos los requisitos de ejecución del contrato, se suscribe la presente acta de liquidación, previas las siguientes:

CONSIDERANDO:

1) Que entre la E.S.E. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GUADALUPE, SANTANDER y EL CONTRATISTA, suscribieron el día **CINCO (05)** días del mes de **MAYO** de **DOS MIL VEINTICINCO (2025).**, la minuta contractual correspondiente al **Contrato de Prestación de Servicios de Apoyo No. 059-2025.**

2) Que entre la supervisora del contrato y el contratista, suscribieron el mismo dia **CINCO (05)** días del mes de **MAYO** de **DOS MIL VEINTICINCO (2025).** el acta de inicio del contrato en mención, cuyo plazo de ejecución es de SIETE (07) MESES Y VEINTISIETE (27) DIAS CALENDARIO, CONTADOS A PARTIR DE LA SUSCRIPCIÓN DEL ACTA DE INICIO

3) Que en el acta de inicio, se acordó como fecha de inicio el día **SEIS (06)** días del mes de MAYO del año **2025** y como fecha de terminación del contrato el día **TREINTA Y UNO (31)** del mes de DICIEMBRE del año **2025.**

4) Que el valor del contrato ascendió a la suma de DIECISEIS MILLONES DE PESOS ($16.000.000) M/CTE

5) Que se verificó por parte de la supervisora del contrato, el cumplimiento del objeto contractual, las actividades específicas del alcance del objeto contractual, y las demás obligaciones relacionadas en el contrato de prestación de servicios.

6) Que así mismo, la supervisora del contrato, dejo constancia que durante el tiempo de ejecución del contrato se verificó el cumplimiento de las obligaciones de la contratista frente a los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral (salud, pensión y ARL), de conformidad con el artículo 50 de la ley 789 de 2002.

7) Que, entre el contratante, la supervisora y el contratista, suscribieron el día **TREINTA Y UNO (31)** del mes de **DICIEMBRE** del **2025**, el acta de terminación del **Contrato de Prestación de Servicios No. 059-2025**, en la cual se acordó dar por terminado dicho contrato a partir del día **TREINTA Y UNO (31)** de **DICIEMBRE** de **2025.**

8) Que a la fecha el balance financiero del contrato es el siguiente:

VALOR DEL CONTRATO		**$16.000.000,00**
VALOR A PAGAR ESTA ACTA	**$ 2.000.000,00**	
VALOR PAGADO No 01	**$ 2.000.000,00**	
VALOR PAGADO No 02	**$ 2.000.000,00**	
VALOR PAGADO No 03	**$ 2.000.000,00**	
VALOR PAGADO No 04	**$ 2.000.000,00**	
VALOR PAGADO No 05	**$ 2.000.000,00**	
VALOR PAGADO No 06	**$ 2.000.000,00**	
VALOR PAGADO No 07	**$ 2.000.000,00**	
VALOR SIN EJECUTAR	**$000,00**	
SUMAS IGUALES	**$16.000.000,00**	**$16.000.000,00**

9) Que en consecuencia se procederá a la liquidación del **Contrato de Prestación de Servicios No. 059-2025**, de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 21 del Acuerdo de Junta Directiva No. 12 de 2020 "PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN COMO TÉCNICO AUXILIAR DE ENFERMERÍA, PARA LA EJECUCIÓN Y CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES CONTEMPLADAS EN LOS PLANES DE INTERVENCIONES COLECTIVAS (PIC), CONFORME A LOS CONTRATOS INTERADMINISTRATIVOS SUSCRITOS ENTRE EL MUNICIPIO DE GUADALUPE, SANTANDER, Y LA E.S.E. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GUADALUPE, SANTANDER, ASÍ COMO ENTRE EL DEPARTAMENTO DE SANTANDER Y LA MISMA ENTIDAD HOSPITALARIA""

10) Que, como resultado de lo antepuesto, las partes por voluntad propia manifestamos estar de acuerdo con la presente acta de liquidación y dejamos los siguientes acuerdos bilaterales:

ACUERDOS:

PRIMERO. – LIQUIDACIÓN: Dar por liquidado a partir del día **TREINTA Y UNO (31)** del mes de **DICIEMBRE** del año **2025**, el **Contrato de Prestación de Servicios No. 059-2025**, suscrito entre la **E.S.E. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GUADALUPE, SANTANDER** y EL CONTRATISTA, **GLADIS CRISTINA TIRADO NOSSA**, mayor de edad, identificada con la cédula de ciudadanía identificada con cédula de ciudadanía **No.** 28.168.919 de Guadalupe, Santander, cuyo objeto contractual es: "PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN COMO TÉCNICO AUXILIAR DE ENFERMERÍA, PARA LA EJECUCIÓN Y CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES CONTEMPLADAS EN LOS PLANES DE INTERVENCIONES COLECTIVAS (PIC), CONFORME A LOS CONTRATOS INTERADMINISTRATIVOS SUSCRITOS ENTRE EL MUNICIPIO DE GUADALUPE, SANTANDER, Y LA E.S.E. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GUADALUPE, SANTANDER, ASÍ COMO ENTRE EL DEPARTAMENTO DE SANTANDER Y LA MISMA ENTIDAD HOSPITALARIA

PARÁGRAFO. Que las partes intervinientes se declaran a **PAZ Y SALVO** por todo concepto derivado del Contrato de Prestación de Servicios.

SEGUNDO. – RECLAMACIONES: EL CONTRATISTA, renuncia a cualquier reclamación judicial o extrajudicial por concepto derivado del **Contrato de Prestación de Servicios No. 059-2025**, cuyo objeto es: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN COMO TÉCNICO AUXILIAR DE ENFERMERÍA, PARA LA EJECUCIÓN Y CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES CONTEMPLADAS EN LOS PLANES DE INTERVENCIONES COLECTIVAS (PIC), CONFORME A LOS CONTRATOS INTERADMINISTRATIVOS SUSCRITOS ENTRE EL MUNICIPIO DE GUADALUPE, SANTANDER, Y LA E.S.E. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GUADALUPE, SANTANDER, ASÍ COMO ENTRE EL DEPARTAMENTO DE SANTANDER Y LA MISMA ENTIDAD HOSPITALARIA"

TERCERO. – CONTENIDO DEL ACTA: Que las partes están de acuerdo con el contenido de la presente acta, que se realizó de conformidad con lo estipulado en el **Contrato de Prestación de Servicios No. 059 de 2025**, y a lo dispuesto en el Artículo 21 del Acuerdo de Junta Directiva No. 12 de 2020 "*POR EL CUAL SE 9DOPTA EL ESTATUTO CONTRACTUAL DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GUADALUPE*".

Para constancia de lo anterior, se firma la presente acta bajo la responsabilidad expresa de los que intervienen en ella, a los **TREINTA Y UN (31)** días del mes de **DICIEMBRE** del año dos mil **VEINTICINCO (2025).**

EL CONTRATANTE,

CARLOS MARIO ARENAS DURÁN
GERENTE E.S.E. HNSG

EL CONTRATISTA,

Gladis Cristina Tirado Nossa.

GLADIS CRISTINA TIRADO NOSSA
CC. 128.168.919, Guadalupe SANTANDER

LA SUPERVISORA,

CLAUDIA PATRICIA JAIMES AMOROCHO
Profesional Universitaria E.S.E. HNSG