



EL COLEGIO AMERICANO DE BARRANQUILLA

CON LICENCIA DE FUNCIONAMIENTO NO. 03185 EXPEDIDA
EL 18 DE MAYO DE 2012 POR LA SECRETARÍA DE EDUCACIÓN DISTRITAL

CONFIERE A:

CAMILLO ANDRÉS GUTIÉRREZ OROZCO
IDENTIFICADO (A) CON T.I. NO.98082016724 DE BARRANQUILLA

EL TÍTULO DE:
BACHILLER ACADÉMICO

POR HABER CURSADO LOS ESTUDIOS CORRESPONDIENTES AL NIVEL DE EDUCACIÓN
MEDIA ACADÉMICA SEGÚN EL PROYECTO EDUCATIVO INSTITUCIONAL,
PLANES Y PROGRAMAS DE ESTUDIOS DEL PLANTEL.

RECTORA ACADÉMICA

DIRECTOR GENERAL

DADO EN BARRANQUILLA, A LOS 4 DÍAS DEL MES DE DICIEMBRE DE 2015





República de Colombia
El Ministerio de Educación Nacional
y en su nombre,

La Universidad Autónoma del Caribe

Con Personería Jurídica reconocida por la Gobernación del Departamento del Atlántico, mediante Resolución 303 del 3 de abril de 1967 y con reconocimiento institucional como Universidad, según Decreto número 2694 de diciembre 12 de 1974, emanado del Gobierno Nacional

Representado por el Consejo Superior, la Rectoría, el Decano y los profesores del

Programa de Ingeniería Industrial

Registro Calificado otorgado mediante Resolución No. 5880 del 07 de junio de 2019 y Resolución de Alta Calidad No. 16778 del 25 de agosto de 2017, expedida por el Ministerio de Educación Nacional y código Snies 2850.

En atención a que

CAMILO ANDRÉS GUTIERREZ OROZCO

C.C.: 1.047.238.631

Ha culminado los estudios y cumplido los requisitos académicos y reglamentarios exigidos por la Universidad, por lo que le confiere el título de

INGENIERO INDUSTRIAL

y, en consecuencia, se acredita que es idóneo(a) para ejercer dicha profesión

En fe de lo expuesto, se expide el presente diploma en la ciudad de Barranquilla, a los 01 días del mes de diciembre de 2023.


Mauricio Molinares Cañavero
Rector


José Martínez Campo
Decano

Registro en el folio 1354, bajo el
número 3468 del libro de
registro de 1ª
Barranq 619 -


Carlos Carrillo Tovar
Secretario General


Emilio Armando Zapata
Vicerrector Académico

Resolución R2025029255
del 7/07/2025



INGENIERIA INDUSTRIAL

CAMILO ANDRES GUTIERREZ OROZCO

ID 1047238631

UNIVERSIDAD AUTONOMA DEL
CARIBE



MATRICULA PROFESIONAL

021239-0783470 ATL

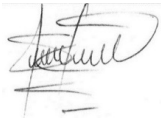
https://tramites.copnia.gov.co/Copnia_Microsite/CertificateOfGoodStanding/WaterMarkmethod?CertificateNumber=021239-0783470%20ATL

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **CAMILO ANDRES GUTIERREZ OROZCO** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1047238631**, se encuentra afiliado/a desde **11/03/2021** 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 08 de octubre de 2025.



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



CERTIFICADO DE INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES

El suscrito(a), _____Camilo Gutiérrez_____ identificado(a) con la cédula de ciudadanía número, NO. _____1047238631_____ expedida en _____Galapa__ actuando en nombre propio, manifiesto que conozco las causales de inhabilidad e incompatibilidad para contratar con las entidades públicas, de conformidad con lo establecido en la Constitución Nacional, así como en el artículo 8 de la Ley 80 de 1993, adicionado por el artículo 18 de la ley 1150 de 2007, los artículos 1, 2 y 4 de la ley 1474 de 2011 y demás normas concordantes; de las sanciones por trasgresión a las mismas establecidas en los artículos 26 numeral 7 de la ley 80 de 1993, así como los efectos legales consagrados en el artículo 44 numeral 1 de la norma precitada, y declaro bajo la gravedad de juramento que se entiende prestado con la firma del presente documento, que no me encuentro incurso en ninguna de ellas.

Que no me encuentro reportado en el Boletín de Responsables Fiscales de la Contraloría General de la República, antecedentes disciplinarios de la Procuraduría General de la Nación y antecedentes expedido por parte de la Policía Nacional de Colombia, de conformidad con las certificaciones adjuntas.

Declaro que no soy cónyuge, compañero o compañera permanente, y que tampoco tengo vínculo de parentesco, hasta el segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil con ninguno de los servidores públicos de los niveles directivo, asesor, ejecutivo, o con persona que ejerza el control interno o fiscal de la actual administración del Municipio de Soledad.

Conforme lo anterior, manifiesto ser el único responsable por los efectos de la presente declaración, y por lo tanto asumo todas las consecuencias jurídicas que ello acarrea, tanto penales, como disciplinarias y fiscales.

Igualmente, manifiesto saber el contenido del artículo 442 del Código Penal, Artículo modificado por el artículo 8 de la Ley 890 de 2004. El que, en actuación judicial o administrativa, bajo la gravedad del juramento ante autoridad competente, falte a la verdad o la calle total o parcialmente, incurrirá en prisión de seis (6) a doce (12) años.

Me permito suscribir el presente documento en mi calidad de contratista en la E.S.E

Soledad, 01 de Septiembre de 2025

Firma: Camilo Gutiérrez
C.C 1047238631
Nombre: Camilo





**FORMATO DE AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO PROTECCIÓN
DE DATOS PERSONALES**

Dando cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, "Por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales" y de conformidad con lo señalado en el Decreto 1377 de 2013, con la firma de este documento manifiesto que he sido informado por la **E.S.E HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADDELA METROPOLITANA DE SOLEDAD** de lo siguiente:

1.La **E.S.E HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADDELA METROPOLITANA DE SOLEDAD** actuará como responsable del Tratamiento de datos personales de los cuales soy titular y que, conjunta o separadamente podrá recolectar, usar y tratar mis datos personales conforme la Política de Tratamiento de Datos Personales de la **E.S.E HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADDELA METROPOLITANA DE SOLEDAD**.

2. Que me ha sido informada la (s) finalidad (es) de la recolección de los datos personales, la cual consiste en la Contratación por OPS.

3. Es de carácter facultativo o voluntario responder preguntas que versen sobre Datos Sensibles o sobre menores de edad.

4. Mis derechos como titular de los datos son los previstos en la Constitución y la ley, especialmente el derecho a conocer, actualizar, rectificar y suprimir mi información personal, así como el derecho a revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de datos personales.

5. Los derechos pueden ser ejercidos a través de los canales dispuestos por la **E.S.E HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADDELA METROPOLITANA DE SOLEDAD** y observando la Política de Tratamiento de Datos Personales de la alcaldía.

6. Mediante la página web de la entidad (<https://maternoinfantil.gov.co>), podré radicar cualquier tipo de requerimiento relacionado con el tratamiento de mis datos personales.

7. La **E.S.E HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADDELA METROPOLITANA DE SOLEDAD** garantizará la confidencialidad, libertad, seguridad, veracidad, transparencia, acceso y circulación restringida de mis datos y se reservará el derecho de modificar su Política de Tratamiento de Datos Personales en cualquier momento. Cualquier cambio será informado y publicado oportunamente en la página web.

8. Teniendo en cuenta lo anterior, autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a la **E.S.E HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADDELA METROPOLITANA DE SOLEDAD** para tratar mis datos personales y tomar mi huella y fotografía de acuerdo con su Política de Tratamiento de Datos Personales para los fines relacionados con su objeto y en especial para fines legales, contractuales, misionales descritos en la Política de Tratamiento de Datos Personales la **E.S.E HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADDELA METROPOLITANA DE SOLEDAD**.

9. La información obtenida para el Tratamiento de mis datos personales la he suministrado de forma voluntaria y es verídica.

Se firma en la ciudad de Soledad, el _____

Firma: Camilo Gutiérrez

Nombre: _____ Camilo Andres Gutierrez Orozco _____

Identificación: _____ 1047238631 _____



CERTIFICA QUE:

El (La) Señor(a) **GUTIERREZ OROZCO CAMILO ANDRES** identificado con **Cédula de ciudadanía** número **1047238631** registra en nuestra Base de Datos en condición de: **Cotizante**.

Estado de la Afiliación: **Activo**
IPS de atención: **PEREZ RADIOLOGOS SAS**
Categoría: **A**
Fecha de afiliación: **23/01/2025**

La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a) **A QUIEN INTERESE** el 22 de octubre del 2025. Esta es el reflejo de la información registrada en nuestro sistema de información hoy.

Observaciones:

- NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS
- No válido para prestación de servicios que se realiza entre IPS y EPS
- Puede consultar más detalle en nuestra página web www.mutualser.com opción Ser Afiliado
- Línea permanente 24 Horas 018000116882

Cordialmente,



LUIS BARRAZA
Director de Operaciones - Contributivo
infocontributivo@mutualser.org
MUTUAL SER EPS