

La República de Colombia y en su Nombre



El Centro de Educación Básica  
y Media Comercial No. 162

**Miguel Angel Builes**

de Barranquilla - Atlántico

Aprobado por la Secretaría de Educación Departamental  
Según Resolución No. 20017 del 3 de Diciembre de 1985

Confiere a:

**Gissella Judith Torres Osorio**

Identificado con Cédula de Ciudadanía No. T.I. 02236 de B/quilla

El Título de:

**Bachiller Comercial**

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al nivel de  
Educación Media Vocacional, según los planes y programas vigentes.



*Mra. Hortencia Elena Felipe L.*  
Rectora (a)



*William Bastardo*  
Secretario (a)

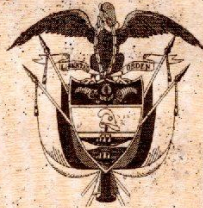


Anotado al folio No. 44 del Libro de Registro No. 07 del colegio

Hecho en Barranquilla, a los 27 días del mes de Noviembre de 1999

REPUBLICA DE COLOMBIA

Acta de Grado



**Centro de Educación Básica y Media Comercial N° 162  
MIGUEL ANGEL BUILES**

Aprobado por el Ministerio de Educación Nacional  
Resolución N° 20017 del 3 de Diciembre de 1.985

En la ciudad de Barranquilla, a los 27 días del mes de Noviembre del año 1999 se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, los suscritos Rector y Secretario en la Rectoría del CENTRO DE EDUCACION BASICA Y MEDIA COMERCIAL N° 162 MIGUEL ANGEL BUILES modalidad COMERCIAL, institución aprobada hasta nueva visita en el nivel de Educación Básica y Media Vocacional y autorizada por el Ministerio de Educación Nacional para otorgar el Título de BACHILLER en la Modalidad COMERCIAL, según Resolución(es) Número(os) 20017 de Diciembre 3 de 1.985.

Comprobada la situación Legal y Académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al nivel de Educación Media Vocacional, se procedió a otorgar el Título de BACHILLER COMERCIAL, al graduando cuyo número de orden, nombre, apellidos y número del documento de identificación se relacionan a continuación:

N° 32 NOMBRE: Gissella Judith Torres Osorio

DOCUMENTO DE IDENTIDAD T.I.02236 de Barranquilla

Es fiel copia tomada del Acta original N° 18 de fecha 4 de Diciembre 1999

que consta de 75 alumnos graduados, comienza con el nombre de Acosta Ortega  
Maryuris Isabel

y se cierra con el nombre de Villa Olivera Darlys ROCIO

firmado y sellado por la hermana Martha Elena Velásquez López (Rector) y Nidian Esther Castillo Orozco (Secretario)

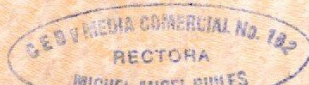
Dado en Barranquilla, a los 27 días del mes de Noviembre de 1.999.

En Constancia se firma la presente, por quienes intervinieron, en cumplimiento de lo ordenado en el artículo 88 de la ley 115 de 1994.

Firmado y Sellado

Martha Elena Velásquez L.  
El Rector ó Director (a)  
C.C. N° 22.058.772 Sta Rosa

Nidian Esther Castillo Orozco  
El Secretario (a)  
C.C. N°



Medellín, 04 de Abril de 2018


**INVAMER S.A.S**  
NIT 890.909.099 – 0

Hace constar que el (la) señor(a) **TORRES OSORIO GISELA JUDITH** identificado(a) con cédula de Ciudadanía N° **22.733.268** laboró en la empresa desde el 16 de Febrero de 2018 hasta el 04 de Abril de 2018, desempeñando el cargo de **ENCUESTADOR CAMPO PERSONAL**, devengando un salario de SETECIENTOS OCHENTA Y UN MIL DOSCIENTOS CUARENTA Y DOS PESOS (\$781.242) con un **FIJO INFERIOR A UN MES**.

Cualquier inquietud adicional con gusto será atendida en el teléfono (4) 250 7080 Ext. 147- 137.

Cordialmente.

**INVAMER S.A.S**  
**GESTIÓN HUMANA**

  
**CLAUDIA SORAIDA ALFONSO ANGULO**  
Gerente de Gestión Humana.

*Gissella Torres*  
22.733.268

# A QUIEN INTERESE

## CERTIFICA

Yo PEDRO PEREZ GUTIERREZ identificado al pie de mi correspondiente firma, certifico que GISELLA JUDITH TORRES OSORIO, identificada con cédula de ciudadanía N° 22.733.268, laboró como CUIDADORA DE ADULTO MAYOR EN CASA, en la vivienda de propiedad familiar ubicada en el Barrio Hipódromo del Municipio de Soledad-Atlántico, desde el día 04 Noviembre del 2021 hasta el 25 de Junio del 2023, devengando un salario mensual de OCHOCIENTOS MIL PESOS M/L (\$ 800.000.00)

Se expide la presente a solicitud del interesado en Barranquilla, a los 25 días del mes de Julio de 2023.

Atentamente,



PEDRO PEREZ GUTIERREZ  
C.C. 72.195.414 B/quilla  
Cel. 3007818484



TEMPORAL S.A.S.

www.staffing.com.co

NIT:860030811-5

CERTIFICA QUE:

**GISELLA JUDITH TORRES OSORIO**, identificado(a) con Cedula de Ciudadanía No. 22.733.268, ingresó a laborar al servicio de la empresa desde el día **15 de Abril de 2024** hasta el día **06 de Diciembre de 2024** mediante un contrato **Obra o Labor** en las instalaciones de **SODEXO S A S**, desempeñando el cargo de **AUXILIAR GENERAL DE ALIMENTACIÓN** con una asignación básica mensual de **UN MILLON TRESCIENTOS MIL PESOS M.CTE.(\$1,300,000)** con auxilio de transporte según ley.

A continuación se relaciona el Promedio de otros conceptos Prestacionales y Extralegales devengados por el colaborador:

Prestacional

\$ 478.300

Esta certificación se expide a solicitud del interesado en Bogotá D.C el **14 del mes de Diciembre de 2024**.

Cordialmente,

**SORAIDA PINEDA VALENCIA**  
**DIRECTOR (A) OPERACIONES Y SERVICIO**

## CERTIFICA QUE

El (La) Señor(a) **GISELLA JUDITH TORRES OSORIO** identificado con **Cédula de ciudadanía** número **22733268** registra en nuestra Base de Datos en condición de: **COTIZANTE**.

Estado Afiliado: **Activo**

IPS de atención: **PEREZ RADIOLOGOS SAS**

Categoría: **A**

Fecha afiliación: **17/09/2025**

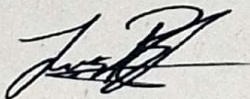
Régimen: **Contributivo**

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) a **QUIEN INTERESE** ; el 17 de septiembre 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.org](http://www.mutualser.org)
- Línea permanente 24 Horas 018000116882 o #603

Cordialmente,



LUIS BARRAZA

Director de Operaciones - Contributivo

[infocontributivo@mutualser.com](mailto:infocontributivo@mutualser.com)

MUTUAL SER EPS

*Atención sin tanta vuelta*

Barrio La Concepción, Carretera troncal No. 71 B - 105, Teléfono: (5) 651 73 93  
Línea permanente de atención al usuario 01 8000 1168 82 / E-mail: [mutualser@mutualser.org](mailto:mutualser@mutualser.org)  
Cartagena de Indias

VIGILADO Supersalud

**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS  
PORVENIR S.A.**

**En su condición de administradora del  
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

NIT 800.224.808-8

**CERTIFICA QUE:**

**GISSELLA JUDITH TORRES OSORIO**, identificado(a) con cédula de ciudadanía **22.733.268**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 13 de Septiembre del 2025.

Cordialmente,



---

Gerencia de Clientes



**Tenga en cuenta:**

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.



**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: 16 Septiembre /2025

Firma: *Cassella Torres*

Nombre: *Cassella Torres Osorio*

Identificación: 22 733 268





## CERTIFICADO DE INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES

El suscrito(a), GISSELLA TORRES OSORIO identificado(a) con la cédula de ciudadanía número, No. 22733268 expedida en Barranquilla \_ 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:

Firma: *Gissella Torres*  
C.C. *22733268*  
Nombre: *Gissella Torres Osorio*



**CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL**

<b>INGRESO:</b> X	<b>PERIÓDICO:</b>	<b>EGRESO:</b>	<b>REUBICACIÓN:</b>	<b>REINTEGRO:</b>	<b>ALTURA:</b>
-------------------	-------------------	----------------	---------------------	-------------------	----------------

<b>EMPRESA:</b>		ESE MATERNO INFANTIL DE SOLEDAD			
<b>DATOS PERSONALES: C.C. No</b>		22733268			
<b>APELLIDOS:</b>		TORRES OSORIO			
<b>NOMBRES:</b>		GISSELLA			
<b>SEXO: FEMENINA</b>	<b>EDAD: 43</b>	<b>FECHA DE NAC: 18-07-1982</b>			
<b>CARGO: SERVICIOS GENERALES</b>			<b>FECHA VALORACIÓN: 18-09-2025</b>		
<b>EXÁMENES REALIZADOS</b>					
<b>Coolesterol:</b>	<b>Triglicéridos:</b>	<b>Glicemia:</b>	<b>Hemograma: X</b>	<b>Ekg:</b>	<b>Visiometría:</b>
<b>Frotis Faringeo:</b>	<b>Coprológico:</b>	<b>Prueba Psicoactiva:</b>	<b>Rayos:</b>	<b>Koh:</b>	<b>Audiometría:</b>
<b>Espirometría:</b>	<b>SEROLOGIA:</b>				

**EXAMEN CON ÉNFASIS**

<b>Examen Físico: X</b>	<b>Altura:</b>	<b>Osteomuscular: X</b>	<b>Cardiovascular:</b>	<b>Otro:</b>
-------------------------	----------------	-------------------------	------------------------	--------------

**APTITUD OCUPACIONAL (INGRESO)**

<b>El Examen Médico No Presenta Defectos Ni Patologías: X</b>
<b>El Examen Médico Presenta Condiciones De Salud Que No Disminuyen Su Capacidad Laboral:</b>
<b>El Examen Médico Presenta Condiciones De Salud Que Pueden Agravarse Con El Trabajo:</b>
<b>El examen médico presenta condiciones de salud que deben ser tratadas antes de ingresar por su EPS: O ARL:</b>
<b>Condición de salud a tratar:</b>

**RECOMENDACIONES**

<b>PARA EL TRABAJADOR:</b> Seguir recibiendo formación en higiene postural, uso epi, continuar pausas activas. Cumplir con medidas de bioseguridad siempre que sea necesario.
<b>PARA LA EMPRESA:</b> seguir realizando examen médico periódicamente según la normatividad.

**RESTRICCIONES**

Ninguna.

**CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL**

<b>APTO SIN LIMITACIONES : X</b>	<b>APTO CON RECOMENDACIONES:</b>	<b>NO APTO:</b>
<b>APTO PARA ALTURAS:</b>	<b>NO APTO PARA ALTURAS:</b>	<b>APLAZADO:</b>

ESTA VALORACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL FUE REALIZADA POR EL DOCTOR VIRGINIA ANGELINA CAICEDO MELO LIC.SST 2952 MAYOR INFORMACIÓN EN EL CORREO [vcmserviciosensalud@gmail.com](mailto:vcmserviciosensalud@gmail.com) y/o cel. 3004375600-3126684342



Virginia A. Caicedo Melo  
E.S. SEGURIDAD EN EL TRABAJO  
RESOLUCIÓN N° 1997 DE 2015

**FIRMA MEDICO**

**FIRMA PACIENTE**