FORMATO COMPLETO

Libertad y Orden

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1. DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
Barreto	Magon	Norma Celi

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 31477354 — SEXO: F (X) M ( ) — NACIONALIDAD: COL. (X) EXTRANJERO ( ) — PAÍS: COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA: DIA 10 MES 09 AÑO 1974

PAÍS: COLOMBIA

DEPTO: VALLE DEL CAUCA

MUNICIPIO: YUMBO

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

AVENIDA 2 B 1 E 73 BIS NORTE - 65 T B A 401 APARTAMENTO

PAÍS: COLOMBIA DEPTO: VALLE DEL CAUCA

MUNICIPIO: CALI

TELÉFONO: EMAIL: normiss1009@hotmail.com

2. FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO	BASICA SECUNDARIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	07	AÑO	1993
										X				

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	
POSTGRADO	2	X			05	2013	
PREGRADO	10	X			11	2005	31477354

CAPACITACIONES / OTROS CONOCIMIENTOS

MEDIO DE CAPACITACIÓN	INSTITUCIÓN	MODALIDAD	CURSO	TERMINACION	
				MES	AÑO

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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*

3 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 INGENIO MAYAGUEZ				*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO VALLE DEL CAUCA	*MUNICIPIO* CANDELARIA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 23692300	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	26	*Mes*	07	*Año*	2007	*Día*	28	*Mes*	01	*Año*	2019
CARGO O CONTRATO ACTUAL JEFE DE BIENESTAR SOCIAL	*DEPENDENCIA*					*DIRECCIÓN* KILOMETRO 2 VIA PRADERA CANDELARIA						

4 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*						

5 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	11	6
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	11	6

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

6 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

3142711354

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

7 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.

Cumbal, Feb. 2023

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

31.477.354

NUMERO

BARRETO MAGON

APELLIDOS

NORMA CELI

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **10-SEP-1974**

YUMBO

(VALLE)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.62 ESTATURA

A+ G.S. RH

F SEXO

30-NOV-1992 YUMBO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL

ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

A-3112100-65135661-F-0031477354-20051019 04009 05292A 02 199085250

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Certificado de Ingresos y Retenciones por Rentas de Trabajo y de Pensiones
Año gravable 2021

220

Antes de diligenciar este formulario lea cuidadosamente las instrucciones

4. Número de formulario: 0000062092

Retenedor

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV.	7. Primer apellido	8. Segundo apellido	9. Primer nombre	10. Otros nombres
8 9 0 3 9 9 0 1 1	3				

11. Razón social: **SANTIAGO DE CALI DISTRITO ESPECIAL**

Emplea o

24. Tipo de documento	25. Número de Identificación	26. Primer apellido	27. Segundo apellido	28. Primer nombre	29. Otros nombres
31	3 1 4 7 7 3 5 4 2	BARRETO	MAGON	NORMA	CELI

Período de la certificación		32. Fecha de expedición	33. Lugar donde se practicó la retención	34. Cód. Dpto.	35. Cód. Ciudad Municipio
30. DE: 2021 01 01	31. A: 2021 12 31	2022 03 31	CALI - VALLE DEL CAUCA	76	0 0 1

Concepto de los Ingresos		Valor
Pagos por salarios o emolumentos eclesiásticos	36	
Pagos realizados con bonos electrónicos o de papel de servicio, cheques, tarjetas, vales, etc.	37	0,00
Pagos por honorarios	38	38.592.000,00
Pagos por servicios	39	0,00
Pagos por comisiones	40	0,00
Pagos por prestaciones sociales	41	0,00
Pagos por viáticos	42	0,00
Pagos por gastos de representación	43	0,00
Pagos por compensaciones por el trabajo asociado cooperativo	44	0,00
Otros pagos	45	0,00
Cesantías e intereses de cesantías efectivamente pagadas al empleado	46	0,00
Cesantías consignadas al fondo de cesantias	47	0,00
Pensiones de jubilación, vejez o invalidez	48	0,00
Total de ingresos brutos (Sume 36 a 48)	**49**	38.592.000,00

Concepto de los aportes		Valor
Aportes obligatorios por salud a cargo del trabajador	50	0,00
Aportes obligatorios a fondos de pensiones y solidaridad pensional a cargo del trabajador	51	0,00
Cotizaciones voluntarias al régimen de ahorro individual con solidaridad - RAIS	52	0,00
Aportes voluntarios a fondos de pensiones	53	0,00
Aportes a cuentas AFC	54	0,00
Valor de la retención en la fuente por ingresos laborales y de pensiones	55	671.514,00

Nombre del pagador o agente retenedor: LUIS ALFONSO PARRA SAENZ

Profesional con funciones de pagador

De acuerdo con el artículo 10 del Decreto Reglamentario 836 de 1991, Este Certificado es válido sin la firma autógrafa.

Datos a cargo del trabajador o pensionado

Concepto de otros ingresos		Valor recibido		Valor retenido
Arrendamientos	56		63	
Honorarios, comisiones y servicios	57		64	
Intereses y rendimientos financieros	58		65	
Enajenación de activos fijos	59		66	
Loterías, rifas, apuestas y similares	60		67	
	61		68	
Otros: (Valor recibido: Sume 57 a 61), **(Valor retenido:** Sume 63 a 68)	**62**		**69**	
Total retenciones año gravable 2021 (Sume 55 + 69)			**70**	

Item	71. Identificación de los bienes y derechos poseídos	72. Valor patrimonial
1		
2		
3		
4		
5		
6		
Deudas vigentes a 31 de diciembre de 2021	73	

Identificación del dependiente económico de acuerdo al parágrafo 2 del artículo 387 del Estatuto Tributario

74. Tipo documento	75. No. Documento	76. Apellidos y Nombres	77 . Parentesco

Certifico que durante el año gravable 2021:
1. Mi patrimonio bruto no excedió de 4.500 UVT ($163.386.000).
2. Mis ingresos brutos fueron inferiores a 1.400 UVT ($50.831.000).
3. No fui responsable del impuesto sobre las ventas.
4. Mis consumos mediante tarjeta de crédito no excedieron la suma de 1.400 UVT ($50.831.000).
5. Que el total de mis compras y consumos no superaron la suma de 1.400 UVT ($50.831.000).
6. Que el valor total de mis consignaciones bancarias, depósitos o inversiones financieras no excedieron los 1.400 UVT ($50.831.000).

Por lo tanto, manifiesto que no estoy obligado a presentar declaración de renta y complementario por el año gravable 2021.

Firma del Trabajador o Pensionado

Nota: este certificado sustituye para todos los efectos legales la declaración de Renta y Complementario para el trabajador o pensionado que lo firme.
Para aquellos trabajadores independientes contribuyentes del impuesto unificado deberán presentar la declaración anual consolidada del Régimen Simple de Tributación (SIMPLE).

Consejo Nacional de Trabajo Social

Ley 53 de 1977 Decreto No. 2833 de 1981



REGISTRO PROFESIONAL

N° 31.477.354 de la trabajadora social

Nombre: Norma Celi

Apellidos: Barreto Magon

Inscripción: 14 de marzo de 2019

Resolución: 0415 (29 mar. 2019)

Código interno: 393473103

Registro profesional

Este documento es personal e intransferible y da derecho a ejercer legalmente la profesión de Trabajo Social en Colombia.

Sede del Consejo:

CALLE 78 N° 12 A - 15 • CELS.: 320 304 8933 - 320 304 8020

BOGOTÁ, D. C. - COLOMBIA

CONTAMATIC

DANNY MUÑOZ P.

Médico especialista en seguridad
y salud en el trabajo.



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 1792

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
01 DÍA	11 MES	2022 AÑO	CALI (VALLE DEL CAUCA, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MEDICA OCUPACIONAL INGRESO

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

PARTICULAR	PARTICULAR
Nombre de la empresa	Empresa en misión

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

BARRETO MAGON NORMA CELI	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	FEMENINO	48 AÑOS 1 MESES 22 DÍAS	CC	31.477.354
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
CONTRATISTA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL
SIN DEFECTO FÍSICO NI ENFERMEDAD QUE INTERFIERA SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA
Observaciones: *NO APLICA*

NO APLICA	PARA MANIPULAR ALIMENTOS Y CUMPLE CON LOS REQUISITOS
NO APLICA	PARA TRABAJAR EN ALTURAS
NO APLICA	PARA TRABAJAR EN ESPACIOS CONFINADOS

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	- NO APLICA	- NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

EVALUACIÓN MEDICA OCUPACIONAL	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
-CONTROL POR OPTOMETRIA CADA AÑO.	- USO DE EPP	- HÁBITOS SALUDABLES
	- PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	- FORTALECIMIENTO MUSCULAR
	- SVE OSTEOMUSCULAR	- ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
		- HACER DEPORTE
		- DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor (a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico

Danny Muñoz P.

Danny Muñoz Piedrahita
MÉDICO ESPECIALISTA EN
SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
RESOLUCION 6778 FECHA 29/04/19

Firma:

Nombre: MUÑOZ PIEDRAHITA DANNY DARIO

R. M.: 194573 **L.S.O.:** 077829

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: BARRETO MAGON NORMA CELI

CC: 31.477.354