



COMUNICADO No. 02

SISBEN

La Dirección Territorial Central del DANE informa al personal seleccionado, que para cargar los documentos en el aplicativo debe hacerlo en el siguiente link:

<http://www.dane.gov.co/aplicativos/convocatorias/inscripcion/index.php?data=docs>

El plazo máximo para incluir la documentación en el aplicativo es el 18 de Noviembre de 2013, hasta las 5:00 p.m.

Los documentos que deben ser anexados son :

- Hoja de vida de la Función Pública en donde relacione la experiencia requerida para esta convocatoria.
- Certificado de antecedentes disciplinarios – Procuraduría.
- Consulta boletín antecedentes Fiscales – Contraloría.
- Salud y pensión, como independiente. (ver nota.)
- Copia de la cédula de ciudadanía

..... continua

- Copia de la libreta militar – cuando aplique
- Copia del RUT actualizada .
- Certificación Bancaria con fecha de expedición no mayor a (3) meses. Es importante tener en cuenta que en caso de cambiar de entidad bancaria y número de cuenta, durante la ejecución del contrato, se informe por medio de una carta manifestando dicha novedad, junto con la nueva certificación bancaria, al grupo de Tesorería de la Territorial Bogotá. Para el respectivo pago de los honorarios.
- Formato de información tributaria.

Los formatos requeridos para la hoja de vida están en el siguiente hipervínculo.
<http://www.dane.gov.co/aplicativos/convocatorias/inscripcion/documentos.php>

- Nota, Salud y pensión:

Deben anexar planillas y recibos de pago del mes de Noviembre de 2013, que acrediten estado activo e independiente al sistema - certificaciones con fecha de expedición de Noviembre de 2013, que acrediten la misma condición o pagos del mes de Noviembre. **El plazo máximo para cargar estos soportes en el aplicativo es el día 18 de noviembre de 2013 hasta las 5:00 pm.**

..... continua



- Es importante tener en cuenta que en caso de que los documentos no sean cargados en el aplicativo por el personal seleccionado en la fecha y horario establecido en este comunicado, automáticamente quedara por fuera del proceso de selección y se procederá a contactar al elegible según el orden establecido en el listado de notas publicado.
- Recordamos que el inicio del operativo es el día Miércoles 20 de Noviembre de 2013.
- Tenga en cuenta que todo el personal seleccionado debe tener la hoja de vida registrada en el sistema SIGEP, una vez le haya sido asignado usuario y contraseña. Si no lo tiene, por favor comunicarse con el Asistente de la Encuesta o Servicios personales de la Territorial Bogotá. Pagina sigep:<http://www.sigep.gov.co/>

GRACIAS



EJEMPLOS DE SOPORTES DE SALUD Y PENSION



DANE
Para tomar decisiones
Departamento Administrativo Nacional de Estadística

60
AÑOS
1953 — 2013

**PROSPERIDAD
PARA TODOS**

AFILIACIONES SALUD Y PENSION.



Solicitud de Vinculación o Traslado - Formulario Único
Pensiones y Cesantías Porvenir
Sociedad Administradora de Fondos de Pensiones y Cesantías Porvenir S.A. Nit 800.144.331-3

N° 15473380



1 5 4 7 3 3 8 0

Ciudad: Bogotá

Fecha de Solicitud de Afiliación (Año/Mes/Día): 2013/05/28

1. Tipo de Vinculación	
☒ Vinculación Inicial	☐ Traslado de Fondo - Cesantías
☐ Cesantías	☐ Traslado de AFP - Obligatorio
☐ Pensiones Obligatorias	☐ Pensiones Obligatorias
☐ Pensiones Obligatorias	☐ Pensiones Obligatorias
☐ Pensiones Obligatorias	☐ Pensiones Obligatorias

2. Datos Básicos	
Tipo de Documento CC CE PAS RC CD	N° de Documento de Identidad 52801870
Fecha de Nacimiento (Año/Mes/Día) 11/08/92	Lugar de Nacimiento Bogotá
Fecha de Expedición del Documento de Identidad (Año/Mes/Día) 11/11/03	
Primer Apellido Suarez	Segundo Apellido Ramirez
Primer Nombre Arriana	Segundo Nombre Arriana
Género M F	Nacionalidad Colombiana
Otro Cui?	

3. Datos de Localización	
Dirección de Residencia Calle 52 No. 42-05	Barrio Bogotá
Ciudad Bogotá	Departamento Bogotá
N° de Teléfono Celular 3136724397	Dirección de Correo Electrónico (e-mail)

4. Datos Beneficiarios	
Nombres y Apellidos	
¿Usted Maneja Fondos Públicos? SI NO	
¿Es Reconocido Públicamente? SI NO	

5. Datos Empleador e Información del Vínculo Laboral	
Tipo de Documento NT CC CE PAS TI	
N° de Documento de Identidad 52801870	
Nombre y Razón Social Arriana Suarez Ramirez	
Departamento Bogotá	
Ciudad Bogotá	
Tipo de Trabajador Dependiente	
Salario o Ingreso Mensual	
Ocupación o Cargo Actual	
Envío de Notificación	
Sucursal Principal	
Sucursal Ciudad	

6. Autorización de Envío de Información a Través de Medios Electrónicos	
Autorizo a Porvenir S.A. para enviar notificaciones, extractos y cualquier información de interés a mi correo electrónico y/o a mi teléfono celular.	
SI NO	
7. Certificación de Datos	
Declaro bajo juramento que la información correspondiente al vínculo laboral actual del trabajador es veraz y en consecuencia me declaro notificado de la presente afiliación.	
Firma del Empleador	

8. Derecho a Bono Pensional	
Tengo derecho al Bono Pensional porque antes de mi vinculación a Porvenir S.A. Estuve afiliado al ISS, a una Caja o Fondo Prestacional y cotice 150 meses.	
Tengo Derecho al Bono Pensional	
SI NO	

9. Régimen de Transición e Información del Producto	
Importante: manifiesto que luego de haber recibido asesoría amplia y suficiente sobre el producto ofrecido, conozco y entiendo las implicaciones legales que tiene mi decisión de traslado al régimen de ahorro individual por medio de la vinculación al Fondo de Pensiones Obligatorias de Porvenir S.A. particularmente en lo que tiene que ver con el régimen de transición establecido en la ley. Así mismo fui informado del derecho que me asiste de retractarme de mi decisión dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la fecha de la presente solicitud.	
Recibi copia de esta solicitud de vinculación o traslado	
Firma de Aceptación	

10. Voluntad de Afiliación al Fondo Seleccionado	
Recibi copia de esta solicitud de vinculación o traslado	
Firma de Aceptación	

Autorización	
SI NO	

La presente autorización implica que Porvenir S.A., sus matrices, filiales y subsidiarias podrán circular y compartir con propósitos gerenciales, comerciales, de control de riesgos, consolidación de información, estadísticos y de servicio, los datos suministrados por mí a Porvenir S.A. o sus matrices, filiales o subsidiarias. Adicionalmente, he recibido el reglamento del Fondo de Pensiones Obligatorias. En consecuencia firmo en señal de aceptación.	
N° de Documento de Identidad	
Huella Índice Derecho	

FORMULARIO ÚNICO DE INSCRIPCIÓN DE AFILIADOS	
SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD	
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD	
No. 101573612	
Fecha de Diligencia: 2013/05/28	
CÓDIGO 913	
PARTE I. INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR EL COTIZANTE O CABEZA DE GRUPO.	
1. Información personal del cotizante	
2. Información de la entidad promotora de salud	
3. Datos de ubicación	
4. Información de la entidad promotora de salud	
5. Información de la entidad promotora de salud	
6. Información de la entidad promotora de salud	
7. Información de la entidad promotora de salud	
8. Información de la entidad promotora de salud	
9. Información de la entidad promotora de salud	
10. Información de la entidad promotora de salud	
11. Información de la entidad promotora de salud	
12. Información de la entidad promotora de salud	
13. Información de la entidad promotora de salud	
14. Información de la entidad promotora de salud	
15. Información de la entidad promotora de salud	
16. Información de la entidad promotora de salud	
17. Información de la entidad promotora de salud	
18. Información de la entidad promotora de salud	
19. Información de la entidad promotora de salud	
20. Información de la entidad promotora de salud	
21. Información de la entidad promotora de salud	
22. Información de la entidad promotora de salud	
23. Información de la entidad promotora de salud	
24. Información de la entidad promotora de salud	
25. Información de la entidad promotora de salud	
26. Información de la entidad promotora de salud	
27. Información de la entidad promotora de salud	
28. Información de la entidad promotora de salud	
29. Información de la entidad promotora de salud	
30. Información de la entidad promotora de salud	
31. Información de la entidad promotora de salud	
32. Información de la entidad promotora de salud	
33. Información de la entidad promotora de salud	
34. Información de la entidad promotora de salud	
35. Información de la entidad promotora de salud	
36. Información de la entidad promotora de salud	
37. Información de la entidad promotora de salud	
38. Información de la entidad promotora de salud	
39. Información de la entidad promotora de salud	
40. Información de la entidad promotora de salud	
41. Información de la entidad promotora de salud	
42. Información de la entidad promotora de salud	
43. Información de la entidad promotora de salud	
44. Información de la entidad promotora de salud	
45. Información de la entidad promotora de salud	
46. Información de la entidad promotora de salud	
47. Información de la entidad promotora de salud	
48. Información de la entidad promotora de salud	
49. Información de la entidad promotora de salud	
50. Información de la entidad promotora de salud	
51. Información de la entidad promotora de salud	
52. Información de la entidad promotora de salud	
53. Información de la entidad promotora de salud	
54. Información de la entidad promotora de salud	
55. Información de la entidad promotora de salud	
56. Información de la entidad promotora de salud	
57. Información de la entidad promotora de salud	
58. Información de la entidad promotora de salud	
59. Información de la entidad promotora de salud	
60. Información de la entidad promotora de salud	
61. Información de la entidad promotora de salud	
62. Información de la entidad promotora de salud	
63. Información de la entidad promotora de salud	
64. Información de la entidad promotora de salud	
65. Información de la entidad promotora de salud	
66. Información de la entidad promotora de salud	
67. Información de la entidad promotora de salud	
68. Información de la entidad promotora de salud	
69. Información de la entidad promotora de salud	
70. Información de la entidad promotora de salud	
71. Información de la entidad promotora de salud	
72. Información de la entidad promotora de salud	
73. Información de la entidad promotora de salud	
74. Información de la entidad promotora de salud	
75. Información de la entidad promotora de salud	
76. Información de la entidad promotora de salud	
77. Información de la entidad promotora de salud	
78. Información de la entidad promotora de salud	
79. Información de la entidad promotora de salud	
80. Información de la entidad promotora de salud	
81. Información de la entidad promotora de salud	
82. Información de la entidad promotora de salud	
83. Información de la entidad promotora de salud	
84. Información de la entidad promotora de salud	
85. Información de la entidad promotora de salud	
86. Información de la entidad promotora de salud	
87. Información de la entidad promotora de salud	
88. Información de la entidad promotora de salud	
89. Información de la entidad promotora de salud	
90. Información de la entidad promotora de salud	
91. Información de la entidad promotora de salud	
92. Información de la entidad promotora de salud	
93. Información de la entidad promotora de salud	
94. Información de la entidad promotora de salud	
95. Información de la entidad promotora de salud	
96. Información de la entidad promotora de salud	
97. Información de la entidad promotora de salud	
98. Información de la entidad promotora de salud	
99. Información de la entidad promotora de salud	
100. Información de la entidad promotora de salud	

www.dane.gov.co



@DANE_Colombia



DANEColombia



DANEColombia

PAGOS SALUD Y PENSION.

 SIMPLE S.A. www.pagosimple.com		RECIBO DE PAGO - PAP 							
REFERENCIA	8822547751	No. PLANILLA	22547751	No. DE AFILIADOS	1	PERÍODO DE PAGO SALUD	13 08	PENSIÓN	13 08
CÉDULA	51605368	APORTANTE		STELLA COCUY CUERO					

DETALLE DE AUTOLICUACIÓN DE APORTES											
AUTENTICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	COT	NOVEDADES	SALUD	APORTE	PENSIÓN	APORTE	ARP	APORTE	CAJA	APORTE
51605368	STELLA	3		FAMISANAR	73.700	COLFONDOS	94.320	ARP SURTA	3.100	--	0
	COCUY CUERO		DÍAS BASE COTIZACIÓN	30	589.500	30	589.500	30	589.500	0	0
			DÍAS BASE COTIZACIÓN								
			DÍAS BASE COTIZACIÓN								
			DÍAS BASE COTIZACIÓN								
			DÍAS BASE COTIZACIÓN								
			DÍAS BASE COTIZACIÓN								
			DÍAS BASE COTIZACIÓN								
TOTALES				\$	73.700	\$	94.320	\$	3.100	\$	0

TOTAL ICBF	\$	0	TOTAL VALOR A PAGAR 01/Ago/2013 11:28 1250 05 0092 5306213 (COPIA CLIENTE) AGD 01. 13 11 28 388882547751017 CONSECUTIVO: 001 DOCUMENTO 171120
TOTAL SENA	\$	0	
TOTAL A PAGAR APORTES	\$	171.120	
DE LA MORA	\$	0	
TOTAL DE LA MORA	\$	0	

DOCUMENTO SOFORTE TITULO CONTRATO CODIGO : 20595 FORMULA : 8822547751 Código Descripción Cant Valor 633927 RECHUDO PLG 1 171120 171120	DISTRADORA ol. Recuerde entra alguna se realice la
--	---

LÍMITE DE PAGO: 14/08/2013	CUL SUBSIDIO
----------------------------	--------------



ASOPAGOS
S.A.

PAGADA

Razón Social:		ALBERTO LEONARDO MALDONADO SILVA	Pagada	
Identificación:		CC - 79469081		
Codigo dependencia o sucursal:		0		
Nombre de dependencia o sucursal:		0		
Fecha generación del reporte:		2013-07-29		
Fecha de pago		2013-07-08		
Entidad de pago		Av Villas		
Periodo pensión:		2013 - 07		
Periodo salud:		2013 - 07		
Número de la planilla:		8682917084		
REFERENCIA DE PAGO (FIN):		8653640154		
Tipo Planilla:		Normal		
COD ENTIDAD	NET	NOBRE	NUM. AFIL	VALOR A PAGAR
25-14	900336094	Administradora Colombiana de Pensiones COLPENSIONES	1	\$188,600
EPE005	800251440	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.	1	\$147,400
14-28	800256161	ARP SURA	1	\$6,200
GRAN TOTAL:				\$342,200

Página 1 2013-07-29 09:01:27 ASOPAGOS S.A.

CERTIFICACIONES SALUD Y PENSION.



COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

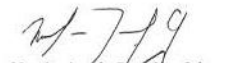
CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) ASTRITH YULIETH HERRERA CAMARGO identificado(a) con C.C No 1.016.032.486 se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias desde el día 02 de diciembre de 2009 a COLFONDOS S.A. y sus recursos se encuentran en el FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS COLFONDOS MODERADO desde el día 15 de septiembre de 2010, de conformidad con lo consagrado en el Decreto 2373 de 2010.

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 01 de agosto de 2013.

El presente certificado fue emitido como mensaje de datos y contiene una firma digital válida para todos sus efectos de conformidad con lo dispuesto en la Ley 527 de 1999.

Cualquier duda o inquietud referente a este certificado comuníquese con nuestra Línea Afiliados al 748 4888 en Bogotá, 386 9888 en Barranquilla, 698 5888 en Bucaramanga, 489 9888 en Cali, 694 9888 en Cartagena, 604 2888 en Medellín o 01 800 05 10000 gratis para el resto del país o escribanos a serviciocliente@colfondos.com.co


Martha Lucia Perafán Gómez
Directora de Cuentas
Colfondos S.A Pensiones y Cesantías

SaludTotal.

Bogotá, Junio 6 de 2013

Señora:
MOLINA ALCALA LESLY ALEJANDRA
CC. 1070611597 DG 54 20 05 - 8328032
Ciudad

REF/ SOLICITUD INFORMACION - AFILIACION SALUD TOTAL EPS S.A.

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Abril 19 de 2013. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliación	Sem cot	Sem Ant	Parentesco	Estado Afiliación	Fecha de desafiliación EPS	Estado Actual	Discapacidad
MOLINA ALCALA LESLY ALEJANDRA	1070611597	C	Abr-19-2013	8	26	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna

De acuerdo con los registros de la base de datos, su grupo familiar presenta la siguiente relación laboral:

Razón social del aportante	Usuario en contrato	Tipo de contrato	Estado de contrato
LESLY ALEJANDRA MOLINA ALCALA	1070611597	Trabajador Independiente Sobre 1 SMLV	VIGENTE

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

En Salud Total apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con Calidad total. Cualquier información adicional, con gusto será atendida por el personal de servicio al cliente de la sede administrativa de su ciudad, o puede comunicarse con nuestra línea gratuita 018000 1 14524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

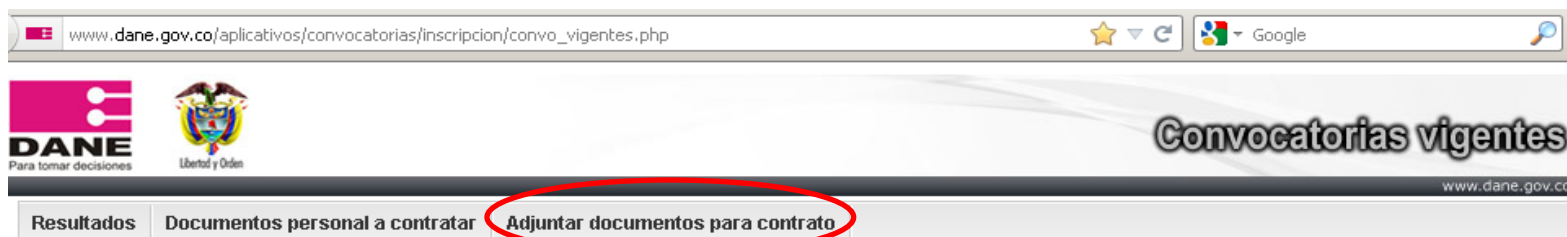
Cordialmente,



MONICA REY DUEÑAS
Gerente de Operaciones Comercial
SALUD TOTAL EPS S.A.

NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el Estado Actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación, siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si es mora, o cancelación por falta de pago, debe informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos

Para adjuntar los documentos requeridos debe ingresar en link señalado



- Solo se puede inscribir a una convocatoria
- Leer en detalle el documento PDF que se encuentra en cada convocatoria.

Próximamente ENCUESTA NACIONAL AGROPECUARIA

Para participar al entrenamiento de la ENCUESTA NACIONAL AGROPECUARIA, se realizará preselección con una prueba de conocimientos generales al inicio del curso. La prueba se efectuará con base al documento Manual del Encuestador ENA II, y la nota mínima será de 3.1 sobre 5.0 

Convocatorias vigentes por ciudad

Ciudad

Seleccione...

Buscar





Al dar click en el botón será dirigido al siguiente formulario, en el cual debe registrar el documento de identificación; posteriormente dar click en validar y digite la clave que le fue asignada en el momento de inscripción.

www.dane.gov.co/aplicativos/convocatorias/inscripcion/index.php?data=docs

DANE Para tomar decisiones

Libertad y Orden

Formulario contratación de personal

www.dane.gov.co

Ingresa el número de documento para verificar si se encuentra inscrito.

Número de documento		Validar
---------------------	----------------------	--

Nota: Es importante que cuente con sus documentos escaneados debidamente firmados. Los formatos estipulados son pdf y/o jpg.

Luego lo llevará al siguiente campo, en donde debe adjuntar los documentos restantes. En ver documentos la persona puede verificar el documento adjunto, así como la legibilidad del mismo.

Para finalizar dar click en salir.



DANE Para tomar decisiones  Libertad y Orden

Documentación contrato

www.dane.gov.co

Información personal

Información personal			
Identificación No:	123456789	Nombre Completo:	BENJAMIN MOTTA GONZALEZ
Nacionalidad:	Colombiana	Sexo:	Masculino
Teléfono fijo:	1 3558969	Teléfono Móvi:	3153698547
Correo Principal:	benmotta@Hotma.com	Correo Secundario:	benmotta@Hotma.com

Adjuntar documentos para contrato

Documento	Examinar...	Guardar	Ver documento
Hoja de vida de la función Publica (Anexo 1)		Examinar...	Guardar Ver documento
Certificado de antecedentes disciplinarios (Procuraduría)		Examinar...	Guardar Ver documento
Consulta boletín antecedentes Fiscales (Contraloría)		Examinar...	Guardar Ver documento
Formato 6. ARP(Anexo 2)		Examinar...	Guardar Ver documento
Certificación vigente de afiliación a salud como independiente		Examinar...	Guardar Ver documento
Certificación vigente de afiliación a pensión como independiente		Examinar...	Guardar Ver documento
Fotocopia de la cédula de ciudadanía		Examinar...	Guardar Ver documento
Fotocopia de la libreta militar (Hombres)		Examinar...	Guardar Ver documento
Certificado judicial		Examinar...	Guardar Ver documento
Fotocopia del RUT		Examinar...	Guardar Ver documento
Certificado bancario – cuenta personal no mayor a tres meses de expedición		Examinar...	Guardar Ver documento
Formato de información general y tributaria de terceros(Anexo 3)		Examinar...	Guardar Ver documento

Los campos marcados con * son obligatorios.

Salir