



COMUNICADO No. 002 MUESTRA TRIMESTRAL DE SERVICIOS

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 04 de Octubre de 2013, hasta las 5:00 p.m.; para los roles de encuestador que aplicaron por convocatoria :

Los documentos que deben ser anexados son :

- Hoja de vida de la Función Pública en donde relacione la experiencia requerida para esta convocatoria.
- Fotocopia de certificaciones laborales exigidas según el rol.
- Fotocopia de las certificaciones académicas requeridas según rol.
- 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 Septiembre de 2013, que acrediten estado activo e independiente al sistema - certificaciones con fecha de expedición de octubre de 2013, que acrediten la misma condición o pagos del mes de octubre. El plazo máximo para cargar estos soportes en el aplicativo es el día cuatro (04) de Octubre 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.
- El día Martes 08 de Octubre de 2013 a partir de las 9:00 a.m. se podrán acercar a la territorial central Bogotá (Calle 64g N° 92-56 Álamos), para subsanar las inconsistencias en los documentos subidos al aplicativo.
- Recordamos que el inicio del operativo es el día miércoles nueve (9º) de Octubre 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/>



Teniendo en cuenta el fuero de maternidad reforzado de que gozan las señoras DIANA DEL PILAR RAMIREZ BRAVO, ANGELA MARIA GOMEZ y CAMILA ANDREA GOMEZ SANTAMARIA quienes tenían contrato de prestación de servicios vigentes suscritos con la entidad durante su etapa de embarazo, el cual tiene como finalidad garantizar la protección de los derechos fundamentales de la mujer gestante, de la madre y del menor de conformidad con lo señalado por la Constitución, y la jurisprudencia de la Corte Constitucional; el DANE debe realizar las acciones necesarias para materializar la protección efectiva de dicho derecho; por lo cual se debe garantizar la continuidad de las mujeres durante su periodo de maternidad y por tal motivo se procederá a la contratación directa de estas personas para la investigación.



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 Marque con X si el afiliado nunca a una AFP, ISS o Caja y desea vincularse a Porvenir. Pensiones Obligatorias Cesantías (También aplica para cambios a ley 5090)	☐ Traslado de Fondo - Cesantías Cesantías Entidad Origen del Traslado (Cesantías):
☐ Traslado de AFP - Obligatorio Pensiones Obligatorias (Permanencia mínima de 6 meses en otra AFP) Entidad Origen del Traslado (Pensiones Obligatorias):	☐ Traslado de Régimen - Obligatorio (Marque con X si el solicitante ha estado vinculado al régimen de prima media en alguna entidad oficial, al ISS o a cajas durante más de 5 años y desea vincularse a Porvenir) Entidad Origen del Traslado (Pensiones Obligatorias):

2. Datos Básicos	
Tipo de Documento T 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 Ariana	Segundo Nombre Ariana
Género M F	Nacionalidad Colombiana
Otro ¿Cuál?	
Es Pensionado (Jubilado) Si No	

3. Datos de Localización	
Dirección de Residencia Calle 52 Suba Alta	Barrio Suba
Ciudad Bogotá	Departamento Cundinamarca
N° de Teléfono Celular 3136724397	Dirección de Correo Electrónico (e-mail) ariana.suarez@porvenir.com.co

4. Datos Beneficiarios	
Nombres y Apellidos	
¿Usted Maneja Fondos Públicos? Si No X	
¿Es Reconocido Públicamente? Si No X	
Si es reconocido públicamente indique en cuál actividad	

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 Ariana Suarez Ramirez	
Departamento Bogotá	
Ciudad Bogotá	
Tipo de Trabajador Dependiente X Independiente Asociado Misto	
Salario o Ingreso Mensual \$	
Ocupación o Cargo Actual Asesor	
Envío de Notificación Sustancial Principal	
Sustancial 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 X 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 Rodrigo Sánchez	

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 X No	
Importante: - Anexe la fotocopia de su documento de identidad ampliada al 150%. Si usted es independiente adjunte la documentación correspondiente.	

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. Rodrigo Sánchez	

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

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	
-----------------------	--

F-04-02-CR-01 V.1	
-------------------	--

REPUBLICA DE COLOMBIA SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD	
FORMULARIO ÚNICO DE INSCRIPCIÓN DE AFILIADOS	
POR FAVOR LEA ATENTAMENTE LAS INSTRUCCIONES ANTES DE DILIGENCIAR ESTE FORMULARIO No. 101573612	
CÓDIGO 913	
Fecha de Diligenciando	
PARTES I. INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR EL COTIZANTE O CABEZA DE GRUPO. Por favor seleccione con una equis (X), el tipo de cotizante que representa.	
☐ PENDIENTE ☐ PENSIONADO ☒ INDEPENDIENTE	
☐ Empleado ☐ Aprendiz Universitario ☐ Persona Natural	
☐ Servicio Público ☐ Jubilado ☐ Convierte	
☐ Servicio Doméstico ☐ Cooperador y Promotor(a) de Trabajo Asociado ☐ Substituto de Desempleado	
☐ Aprendiz Sane Ejepe Localiva ☐ Otro: ☐ Tipo 41: Pago por Turnos	
PARTES II. INFORMACIÓN DE COTIZANTE Y BENEFICIARIOS (ESTA INFORMACIÓN DEBE SER DILIGENCIADA EN SU TOTALIDAD Y CORRESPONDE A LOS DATOS REQUERIDOS POR LA EPS DEL COTIZANTE Y SUS BENEFICIARIOS)	
1. Cotizante	
2. Beneficiarios	
ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD ANTERIOR: ENTIDAD DE PREVISIÓN ANTERIOR	
INFORMACIÓN EXCLUSIVA DEL COTIZANTE	
3. Datos de Ubicación	
4. Datos de Ubicación	
5. Datos de Ubicación	
6. Datos de Ubicación	
7. Datos de Ubicación	
8. Datos de Ubicación	
9. Datos de Ubicación	
10. Datos de Ubicación	
11. Datos de Ubicación	
12. Datos de Ubicación	
13. Datos de Ubicación	
14. Datos de Ubicación	
15. Datos de Ubicación	
16. Datos de Ubicación	
17. Datos de Ubicación	
18. Datos de Ubicación	
19. Datos de Ubicación	
20. Datos de Ubicación	
21. Datos de Ubicación	
22. Datos de Ubicación	
23. Datos de Ubicación	
24. Datos de Ubicación	
25. Datos de Ubicación	
26. Datos de Ubicación	
27. Datos de Ubicación	
28. Datos de Ubicación	
29. Datos de Ubicación	
30. Datos de Ubicación	
31. Datos de Ubicación	
32. Datos de Ubicación	
33. Datos de Ubicación	
34. Datos de Ubicación	
35. Datos de Ubicación	
36. Datos de Ubicación	
37. Datos de Ubicación	
38. Datos de Ubicación	
39. Datos de Ubicación	
40. Datos de Ubicación	
41. Datos de Ubicación	
42. Datos de Ubicación	
43. Datos de Ubicación	
44. Datos de Ubicación	
45. Datos de Ubicación	
46. Datos de Ubicación	
47. Datos de Ubicación	
48. Datos de Ubicación	
49. Datos de Ubicación	
50. Datos de Ubicación	
51. Datos de Ubicación	
52. Datos de Ubicación	
53. Datos de Ubicación	
54. Datos de Ubicación	
55. Datos de Ubicación	
56. Datos de Ubicación	
57. Datos de Ubicación	
58. Datos de Ubicación	
59. Datos de Ubicación	
60. Datos de Ubicación	
61. Datos de Ubicación	
62. Datos de Ubicación	
63. Datos de Ubicación	
64. Datos de Ubicación	
65. Datos de Ubicación	
66. Datos de Ubicación	
67. Datos de Ubicación	
68. Datos de Ubicación	
69. Datos de Ubicación	
70. Datos de Ubicación	
71. Datos de Ubicación	
72. Datos de Ubicación	
73. Datos de Ubicación	
74. Datos de Ubicación	
75. Datos de Ubicación	
76. Datos de Ubicación	
77. Datos de Ubicación	
78. Datos de Ubicación	
79. Datos de Ubicación	
80. Datos de Ubicación	
81. Datos de Ubicación	
82. Datos de Ubicación	
83. Datos de Ubicación	
84. Datos de Ubicación	
85. Datos de Ubicación	
86. Datos de Ubicación	
87. Datos de Ubicación	
88. Datos de Ubicación	
89. Datos de Ubicación	
90. Datos de Ubicación	
91. Datos de Ubicación	
92. Datos de Ubicación	
93. Datos de Ubicación	
94. Datos de Ubicación	
95. Datos de Ubicación	
96. Datos de Ubicación	
97. Datos de Ubicación	
98. Datos de Ubicación	
99. Datos de Ubicación	
100. Datos de Ubicación	



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	IN re ini CC	TOTAL VALOR A PAGAR				
TOTAL SENA	\$	0		01/Ago/2013 11:28 1250 05 0092 5306213 (COPIA CLIENTE) AGO 01, 13 11:28 388882547751017 COMSECUTIVO: 001	CODIGO : 20595	FORMULA : 8822547751	Codigo Descripciòn Cont Valor	63927 RECHUD3 PLA 1 171120
TOTAL A PAGAR APORTES	\$	171.120			NOMBRE : PLANILLA SIMPLE RECORDADO DOCUMENTO : SO F O R T E TERMINO CONTRATO COL SUBSIDIO RECUERDE entrar alguna se realice la			
INTERÉS DE MORA	\$	0						
TOTAL DE LA MORA	\$	0						

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



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

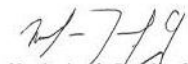
CERTIFICA QUE:

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.

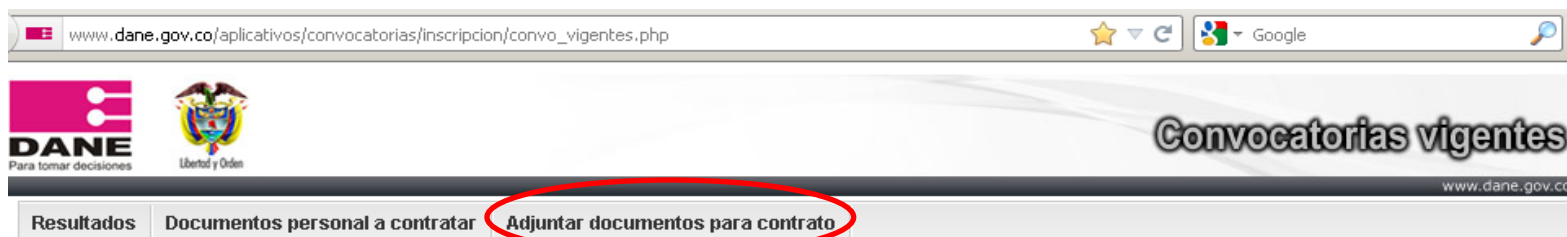
Cordialmente,



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

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

Número de documento

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

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