



DANE
Para tomar decisiones
Departamento Administrativo Nacional de Estadística

60
AÑOS
1953 — 2013

**PROSPERIDAD
PARA TODOS**

21 de Enero de 2014



COMUNICADO No. 002

ENCUESTA DE DESARROLLO E INNOVACION TECNOLOGICA

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 22 de Enero de 2014, hasta las 12:00 M; para los roles de monitor 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 mes de Enero
- Consulta boletín antecedentes Fiscales – Contraloría mes de Enero
- Salud y pensión, como independiente. (ver nota.)
- Copia de la cédula de ciudadanía

..... continua





DANE
Para tomar decisiones
Departamento Administrativo Nacional de Estadística

60
AÑOS
1953 — 2013

**PROSPERIDAD
PARA TODOS**

... continua

- Copia de la libreta militar – cuando aplique
- Copia del RUT.
- 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 Enero de 2014, que acrediten estado activo e independiente al sistema - certificaciones con fecha de expedición de Enero de 2014, que acrediten la misma condición o pagos del mes de octubre. El plazo máximo para cargar estos soportes en el aplicativo es el día (22) de Enero de 2014 hasta las 12:00 M.

..... continua





DANE
Para tomar decisiones
Departamento Administrativo Nacional de Estadística

60
AÑOS
1953 — 2013

**PROSPERIDAD
PARA TODOS**

- 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 Jueves 23 de Enero de 2014 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.
- 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





DANE
Para tomar decisiones
Departamento Administrativo Nacional de Estadística

60
AÑOS
1953 — 2013

**PROSPERIDAD
PARA TODOS**

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 Traslado de AFP - Obligatorio Traslado de Régimen - Obligatorio

Marque con X si el cotizante va a cotizar por primera vez y no ha estado afiliado nunca a una AFP, ISS o Caja y desea vincularse a Porvenir. (Permanencia mínima de 6 meses en otra AFP) (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)

Pensiones Obligatorias Cesantías Entidad Origen del Traslado (Cesantías) Entidad Origen del Traslado (Pensiones Obligatorias) Entidad Origen del Traslado (Pensiones Obligatorias)

2. Datos Básicos

Tipo de Documento: TI CC CE PAS RC C D
N° de Documento de Identidad: 52801870
Fecha de Nacimiento (Año/Mes/Día): 11/09/22
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:

Género: M F
Nacionalidad: Colombiana
Otra ¿Cuál?:

Es Pensionado (Jubilado):

3. Datos de Localización

Dirección de Residencia: Avenida Subía Alta
Ciudad: Bogotá
Departamento: Bogotá
N° de Teléfono Celular: 3138724387
Dirección de Correo Electrónico (e-mail):

4. Datos Beneficiarios

Nombre y Apellidos:

5. Clientes Considerados PEP'S

¿Usted Maneja Fondos Públicos? SI NO ¿Es Reconocido Públicamente? SI NO

Si es reconocido públicamente indique en cuál actividad:

6. Datos Empleador e Información del Vínculo Laboral

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

Tipo de Documento: TI CC CE PAS TI
N° de Documento de Identidad: 52801870
Nombre y/o Razón Social: ARIANA SUAREZ RAMIREZ
Departamento: Bogotá
Ciudad: Bogotá

Tipo de Trabajador: Dependiente Independiente Contratista Asociado Voluntario Mixto

Salario o Ingreso Mensual: \$
Ocupación o Cargo Actual:
Envío de Notificación: Suncursal Principal Suncursal Ciudad

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 SANCHEZ

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 coticé 150 meses. 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.

10. Voluntad de Afiliación al Fondo Seleccionado

Recibí copia de esta solicitud de vinculación o traslado Firma de Aceptación: RODRIGO SANCHEZ

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: 52801870
Huella Índice Derecho: RODRIGO SANCHEZ

REPUBLICA DE COLOMBIA
SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

FORMULARIO ÚNICO DE INSCRIPCIÓN DE AFILIADOS No. 101573612

PARTE I. INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR EL COTIZANTE O CABEZA DE GRUPO. Por favor seleccionar con una equis (X), el tipo de cotizante que representa.

EMPLEADO PENSIONADO INDEPENDIENTE

PARTE 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: Colombia, Bogotá, 101573612, Rodríguez Rodríguez Christian, Camilo XI DAIÓN 1994

2. Beneficiarios: (Table with columns for Name, ID, Birth Date, etc.)

3. Datos de Ubicación: Dirección Residencia: Calle 52 # 20-05 Bogotá, Bogotá, Cundinamarca

4. Información Exklusiva del Cotizante: Tipo de Identificación: C.C., C.E., P.A., T.A., C.D.

5. Datos de Ubicación: Dirección Residencia: Calle 52 # 20-05 Bogotá, Bogotá, Cundinamarca

6. Información sobre el Empleado Cotizante: Fecha de Ingreso a la Empresa, Ocupación o Cargo, Salario, Régimen de Ingreso, etc.

7. Información sobre el Empleado Cotizante: Dirección Laboral, Municipio Laboral, Departamento Laboral, Zona Laboral, etc.

8. Información sobre el Empleado Cotizante: Declaración Juramentada, Nombre y Apellidos Representante Legal, etc.

9. Información sobre el Empleado Cotizante: Actividad Económica, Puesto, etc.





PAGOS SALUD Y PENSION.

RECIBO DE PAGO - PAP

www.pagosimple.com

REFERENCIA 8822547751 No. PLANILLA 22547751 No. DE AFILIADOS 1 PERÍODO DE PAGO SALUD 13 08 PENSIÓN 13 08

CÉDULA 51605368 APORTANTE STELLA COCUY CUERVO

IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	COT	NOVEDADES	SALUD APOORTE	PENSIÓN APOORTE	ARP APOORTE	CAJA APOORTE
51605368	STELLA	3		FAMISANAR 73.700	COLFONDOS 94.320	ARP SURA 3.100	--
	COCUY CUERVO		DÍAS BASE COTIZACIÓN	30 589.500	30 589.500	30 589.500	0
			DÍAS BASE COTIZACIÓN				
			DÍAS BASE COTIZACIÓN				
			DÍAS BASE COTIZACIÓN				
			DÍAS BASE COTIZACIÓN				
TOTALES				\$ 73.700	\$ 94.320	\$ 3.100	\$ 0

TAL ICBF	\$ 0
TAL SENA	\$ 0
TAL A PAGAR APORTES	\$ 171.120
IS DE MORA	0
MOROSIDAD DE LA MORA	\$ 0

CHLA LÍMITE DE PAGO: 14/08/2013

TOTAL VALOR A PAGAR

01/Ago/2013 11:28 1250 05 0092 5306213
3888822547751017
CONSULTA CLIENTE
RSD 01. 13 11:28

DOCUMENTO
CUL SUBSIDIADO
TIEMPO ORDEN

Nombre: PLANILLA SIMPLE REGRUPO
CODIGO: 20595
FORMULA: 8822547751

Código Descripción	Cant	Valor
693927 REGRUPO PLA	1	171120
		171120

ASOPAGOS S.A. **PAGADA**

Razón Social:	ALBERTO LEONARDO MALDONADO SILVA	Pagado
Identificación:	CC - 79469081	
Código 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	
Período pensión:	2013 - 07	
Período salud:	2013 - 07	
Número de la planilla:	8002917004	
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	865360184	
Tipo Planilla:	Normal	

COD ENTIDAD	NIT	NOMBRE	MUN. AFIL	VALOR A PAGAR
25-14	900336004	Administradora Colombiana de Pensiones COLPENSIONES	1	\$198,600
EPS005	800251440	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.	1	\$147,400
14-28	800256161	ARP SURA	1	\$6,200
GRAN TOTAL				\$342,200

PAGADO

Página 1 2013-07-29 09:01:27 ASOPAGOS SA -



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	28	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 114524 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 el link señalado

www.dane.gov.co/aplicativos/convocatorias/inscripcion/convo_vigentes.php


Convocatorias vigentes

Resultados | Documentos personal a contratar | **Adjuntar documentos para contrato**

Usuario registrado | Registrarse | Instructivo

- 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 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 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)	<input type="text"/>	Examinar...	Guardar Ver documento
Certificado de antecedentes disciplinarios (Procuraduría)	<input type="text"/>	Examinar...	Guardar Ver documento
Consulta boletín antecedentes Fiscales (Contraloría)	<input type="text"/>	Examinar...	Guardar Ver documento
Formato 6. ARP(Anexo 2)	<input type="text"/>	Examinar...	Guardar Ver documento
Certificación vigente de afiliación a salud como independiente	<input type="text"/>	Examinar...	Guardar Ver documento
Certificación vigente de afiliación a pensión como independiente	<input type="text"/>	Examinar...	Guardar Ver documento
Fotocopia de la cédula de ciudadanía	<input type="text"/>	Examinar...	Guardar Ver documento
Fotocopia de la libreta militar (Hombres)	<input type="text"/>	Examinar...	Guardar Ver documento
Certificado judicial	<input type="text"/>	Examinar...	Guardar Ver documento
Fotocopia del RUT	<input type="text"/>	Examinar...	Guardar Ver documento
Certificado bancario – cuenta personal no mayor a tres meses de expedición	<input type="text"/>	Examinar...	Guardar Ver documento
Formato de información general y tributaria de terceros(Anexo 3)	<input type="text"/>	Examinar...	Guardar Ver documento

Los campos marcados con * son obligatorios.

Salir