



COMUNICADO No. 002

ENCUESTA LONGITUDINAL PROTECCIÓN SOCIAL- ELPS

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 31 de Octubre de 2013, hasta las 5:00 p.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.
- Consulta boletín antecedentes Fiscales – Contraloría.
- Salud y pensión, como independiente. (ver nota.)
- Copia de la cédula de ciudadanía

- 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 Octubre 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 (31) 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 Viernes 01 de Noviembre de 2013 a partir de las 2:00 p.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 Martes (5) cinco 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/>



ACLARACION SERVICIOS PERSONALES.





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 - Obligatorias Pensiones Obligatorias (Permanencia mínima de 6 meses en otra AFP) Entidad Origen del Traslado (Pensiones Obligatorias):	☐ Traslado de Régimen - Obligatorias (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 Primer Apellido SUREZ Género M F Nacionalidad Colombiana Otra ¿Cuál?	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 Segundo Apellido RAMIREZ Primer Nombre ARLEANA Segundo Nombre
Es Pensionado (Jubilado) SI NO	

3. Datos de Localización	
Dirección de Residencia CALLE SUBA ALTA Ciudad BOGOTÁ Departamento BOGOTÁ N° de Teléfono Celular 3136724347 Dirección de Correo Electrónico (e-mail) fura@elencuero.com	Barrio N° de Teléfono Fijo

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

5. Clientes Considerados PEP'S	
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 X NO	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
Tipo de Documento NIT CC CE PAS TI Nombre y Razón Social ARLEANA SUREZ RAMIREZ Departamento BOGOTÁ Ciudad BOGOTÁ	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
Tipo de Trabajador Dependiente Asociado Misto	Salario o Ingreso Mensual Envío de Notificación Sustancial Principal Sustancial Ciudad
Ocupación o Cargo Actual	
Nombre y Apellido de Quien Firma	

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 X	
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.	
Manifiesto bajo la gravedad de juramento que: (i) La información diligenciada en esta solicitud es veraz y en consecuencia, autorizo expresa e irrevocablemente a Porvenir para que la verifique. (ii) Entiendo y acepto las condiciones establecidas en el anverso y reverso de esta solicitud.	

10. Voluntad de Afiliación al Fondo Seleccionado	
Recibi copia de esta solicitud de vinculación o traslado Firma de Aceptación. Rodrigo Sánchez Porvenir	
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 CÓDIGO 913	
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 ☐ Agremiados	
☐ Servicio Público ☐ Prestatario ☐ Contribuyente ☐ Miembro de Cooperativas Sin Adm. Privada	
☐ Cooperativas y Promotorías de Trabajo Asociado ☐ Promotor Comunitario ☐ Miembro de Cooperativas ☐ Miembro de Cooperativas Sin Adm. Privada	
☐ Aprendiz Sane Ejepe Local ☐ Otro: ☐ Tipo 41: Pago por Turno ☐ Agremiados	
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	
3. Datos de Ubicación	
4. Información Exclusiva del Cotizante	
5. Información Exclusiva del Beneficiario	
6. Datos de Ubicación	
7. Información Exclusiva del Beneficiario	
8. Información Exclusiva del Beneficiario	
9. Información Exclusiva del Beneficiario	
10. Información Exclusiva del Beneficiario	
11. Información Exclusiva del Beneficiario	
12. Información Exclusiva del Beneficiario	
13. Información Exclusiva del Beneficiario	
14. Información Exclusiva del Beneficiario	
15. Información Exclusiva del Beneficiario	
16. Información Exclusiva del Beneficiario	
17. Información Exclusiva del Beneficiario	
18. Información Exclusiva del Beneficiario	
19. Información Exclusiva del Beneficiario	
20. Información Exclusiva del Beneficiario	
21. Información Exclusiva del Beneficiario	
22. Información Exclusiva del Beneficiario	
23. Información Exclusiva del Beneficiario	
24. Información Exclusiva del Beneficiario	
25. Información Exclusiva del Beneficiario	
26. Información Exclusiva del Beneficiario	
27. Información Exclusiva del Beneficiario	
28. Información Exclusiva del Beneficiario	
29. Información Exclusiva del Beneficiario	
30. Información Exclusiva del Beneficiario	
31. Información Exclusiva del Beneficiario	
32. Información Exclusiva del Beneficiario	
33. Información Exclusiva del Beneficiario	
34. Información Exclusiva del Beneficiario	
35. Información Exclusiva del Beneficiario	
36. Información Exclusiva del Beneficiario	
37. Información Exclusiva del Beneficiario	
38. Información Exclusiva del Beneficiario	
39. Información Exclusiva del Beneficiario	
40. Información Exclusiva del Beneficiario	
41. Información Exclusiva del Beneficiario	
42. Información Exclusiva del Beneficiario	
43. Información Exclusiva del Beneficiario	
44. Información Exclusiva del Beneficiario	
45. Información Exclusiva del Beneficiario	
46. Información Exclusiva del Beneficiario	
47. Información Exclusiva del Beneficiario	
48. Información Exclusiva del Beneficiario	
49. Información Exclusiva del Beneficiario	
50. Información Exclusiva del Beneficiario	
51. Información Exclusiva del Beneficiario	
52. Información Exclusiva del Beneficiario	
53. Información Exclusiva del Beneficiario	
54. Información Exclusiva del Beneficiario	
55. Información Exclusiva del Beneficiario	
56. Información Exclusiva del Beneficiario	
57. Información Exclusiva del Beneficiario	
58. Información Exclusiva del Beneficiario	
59. Información Exclusiva del Beneficiario	
60. Información Exclusiva del Beneficiario	
61. Información Exclusiva del Beneficiario	
62. Información Exclusiva del Beneficiario	
63. Información Exclusiva del Beneficiario	
64. Información Exclusiva del Beneficiario	
65. Información Exclusiva del Beneficiario	
66. Información Exclusiva del Beneficiario	
67. Información Exclusiva del Beneficiario	
68. Información Exclusiva del Beneficiario	
69. Información Exclusiva del Beneficiario	
70. Información Exclusiva del Beneficiario	
71. Información Exclusiva del Beneficiario	
72. Información Exclusiva del Beneficiario	
73. Información Exclusiva del Beneficiario	
74. Información Exclusiva del Beneficiario	
75. Información Exclusiva del Beneficiario	
76. Información Exclusiva del Beneficiario	
77. Información Exclusiva del Beneficiario	
78. Información Exclusiva del Beneficiario	
79. Información Exclusiva del Beneficiario	
80. Información Exclusiva del Beneficiario	
81. Información Exclusiva del Beneficiario	
82. Información Exclusiva del Beneficiario	
83. Información Exclusiva del Beneficiario	
84. Información Exclusiva del Beneficiario	
85. Información Exclusiva del Beneficiario	
86. Información Exclusiva del Beneficiario	
87. Información Exclusiva del Beneficiario	
88. Información Exclusiva del Beneficiario	
89. Información Exclusiva del Beneficiario	
90. Información Exclusiva del Beneficiario	
91. Información Exclusiva del Beneficiario	
92. Información Exclusiva del Beneficiario	
93. Información Exclusiva del Beneficiario	
94. Información Exclusiva del Beneficiario	
95. Información Exclusiva del Beneficiario	
96. Información Exclusiva del Beneficiario	
97. Información Exclusiva del Beneficiario	
98. Información Exclusiva del Beneficiario	
99. Información Exclusiva del Beneficiario	
100. Información Exclusiva del Beneficiario	



PAGOS SALUD Y PENSION.

 www.pagosimple.com		RECIBO DE PAGO - PAP									
		Contratado CAJAM Comfandi Famisanar Promotora y Centro de Atención al Cliente									
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							
TOTAL A PAGAR APORTES	\$	171.120							
INTERÉS DE MORA	\$	0							
TOTAL INTERÉS DE MORA	\$	0							
LÍMITE DE PAGO: 14/08/2013				01/Ago/2013 11:28 1250 05 0092 5306213 (COPIA CLIENTE) AGD 01. 13 11 28 NOMBRE : PLANILLA SIMPLE REGRUPO CÓDIGO : 20595 FÓRMULA : 8822547751 Código Descripción Cont Valor 633927 REGRUPO PLG 1 171120 171120					

DOCUMENTO SOPORTE

TIENEN GRATIA

CON SUBSIDIO

Recuerde entrar alguna se realice la



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:		2013-07-02		
Entidad de pago:		Av Villas		
Periodo pensión:		2013 - 07		
Periodo salud:		2013 - 07		
Número de la planilla:		8682917084		
REFERENCIA DE PAGO (FIN):		8683640154		
Tipo Planilla:		Normal		
COD ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NUM. AFIL.	VALOR A PAGAR
25-14	900336094	Administradora Colombiana de Pensiones COLPENSIONES	1	\$128,600
EPE005	800251440	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.	1	\$147,400
14-28	800286161	ARP SURA	1	\$6,200
GRAN TOTAL:				\$342,200

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

CERTIFICACIONES SALUD Y PENSION.



COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

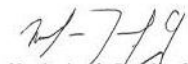
CERTIFICA QUE:

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	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.

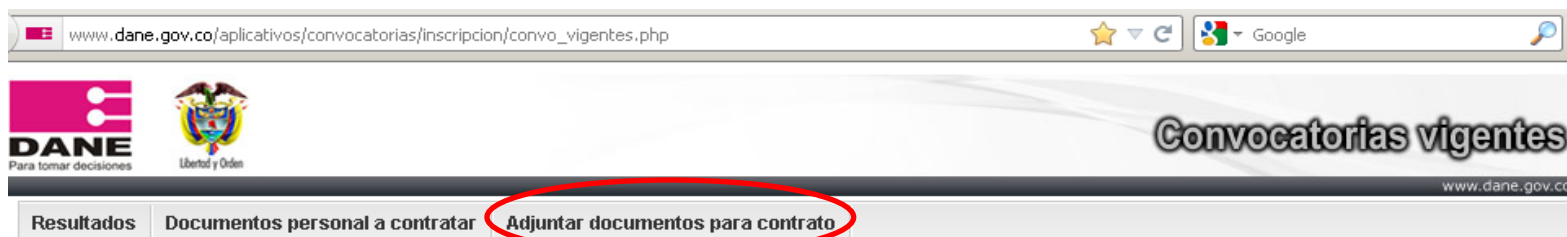
Cordialmente,



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

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