



COMUNICADO No. 002

MUESTRA MENSUAL DE COMERCIO AL POR MENOR-MMCM

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 **05 de Noviembre de 2013, hasta las 8:00 a.m.**; para los roles Encuestador 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

..... 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 **05 de Noviembre de 2013 hasta las 8:00 a.m.**

..... 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 Martes 06 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



AFILIACIONES SALUD Y PENSION.

N° 15473380

1 5 4 7 3 3 8 0

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

Ciudad Bogotá
 Fecha de Solicitud de Vinculación o Traslado (dd/mm/aa) 13/21 2013 05 28

1. Tipo de Vinculación			
Vinculación Inicial Marque con X si el solicitante va a iniciar por primera vez y no ha estado afiliado nunca a una AFP, ISS o Caja y desea vincularse a Porvenir: Pensiones Obligatorias ☐ Cesantías ☐ (También aplica para cambios a ley 59/96) ☐	Traslado de Cesantías Cesantías ☐ Entidad Origen del Traslado (Cesantías) <u></u>	Traslado de AFP - Obligaciones Pensiones Obligatorias ☐ (Permanencia mínima de 6 meses en otra AFP) Entidad Origen del Traslado (Pensiones Obligatorias) <u></u>	Traslado de Régimen - Obligaciones (Marque con X si el solicitante ha estado vinculado al régimen de prima media en alguna entidad oficial, el ISS o caja durante más de 5 años y desea vincularse a Porvenir) Entidad Origen del Traslado (Pensiones Obligatorias) <u></u>

2. Datos Básicos			
Tipo de Documento <u>TI</u> C.C. C.E. PAS R.C. C.D. <u>52801870</u>	N° de Documento de Identidad <u>52801870</u>	Fecha de Nacimiento (dd/mm/aa) <u>11/08/09</u> <u>22</u> <u>Bogotá</u>	Lugar de Nacimiento <u>Bogotá</u>
Primer Apellido <u>Suarez</u>	Segundo Apellido <u>Ramirez</u>	Primer Nombre <u>Andrés</u>	Segundo Nombre <u></u>
Género <u>M</u> <u>F</u> <u>Supér</u>	Nacionalidad <u>Colombiana</u>	Otro ¿Cuál? <u></u>	Es Pensionado (Julado) <u>SI</u> <u>NO</u>

3. Datos de Localización			
Dirección de Residencia <u>Urb. Suba Alta</u>		Bento <u>Para el Proceso</u>	N° de Teléfono Fijo <u></u>
Ciudad <u>Bogotá</u>	Departamento <u>Bogotá</u>	N° de Teléfono Celular <u>3138724387</u>	Dirección de Correo Electrónico (e-mail) <u></u>

4. Datos Beneficiarios		5. Clientes Considerados PEP'S	
Nombres y Apellidos <u></u>		¿Usted Maneja Fondos Públicos? <u>SI</u> <u>NO</u> <u>X</u> Si es reconocido públicamente indique en cuál actividad <u></u>	

6. Datos Empleador e Información del Vínculo Laboral		7. Certificación de Datos	
Tipo de Documento <u>NT</u> C.C. C.E. PAS TI <u>52801870</u>	N° de Documento de Identidad <u>52801870</u>	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.	
Nombre y/o Razón Social <u>Andrés Suárez Ramírez</u>	Ciudad <u>Bogotá</u>	Firma del Empleador <u></u>	
Departamento <u>Bogotá</u>	Ocupación o Cargo Actual <u></u>	Nombre y Apellido de Quien Firma <u></u>	
Salario o Ingreso Mensual <u>\$</u>			
Envío de Notificación <u></u>	Sucursal Principal <u></u> Sucursal Ciudad <u></u>		

8. Derecho a Bono Pensional		9. Régimen de Transición e Información del Producto	
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 cotizó 150 semanas.		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.	
"Tengo derecho al Bono Pensional" <u>SI</u> <u>NO</u>			

Importante: - Anexe la fotocopia de su documento de identidad ampliada al 150%.

Si usted es independiente adjunte la documentación correspondiente.

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	
Autorización <u>SI</u> <u>NO</u>	Recibo copia de esta solicitud de vinculación o traslado Firma de Aceptación.

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, he recibido el reglamento del Fondo de Pensiones Obligatorias. En consecuencia, he recibido el reglamento del Fondo de Pensiones Obligatorias.

Recibo copia de esta solicitud de vinculación o traslado
Firma de Aceptación.

Rodrigo Sánchez
122859
RODRIGO SANCHEZ
 N° de Documento de Identidad

Formulario 15473380-01/2013

Huella Índice Directora

[illegible]

PAGOS SALUD Y PENSION.

REFERENCIA		8822547751	No. PLANILLA	22547751	No. DE AFILIADOS	1	PERÍODO DE PAGO SALUD	13 08	PENSIÓN	13 08	
CÉDULA	51605368	APORTANTE	STELLA COCUI CUERO								
DETALLE DE AUTOLICUACIÓN DE APOORTES											
IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	COT.	NOVEDADES	SALUD	APOORTE	PENSIÓN	APOORTE	ARP	APOORTE	CAJA	APOORTE
51605368	STELLA COCUI CUERO	3	DÍAS BASE COTIZACIÓN	FAMISANAR	73.700	COLFONDOS	94.320	ARP SURTA	3.100	--	0
			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 SENA	\$	0									
TOTAL PAGAR APORTES	\$	171.120									
MOROSA DE LA MORA	\$	0									
TOTAL MOROSA DE LA MORA	\$	0									
LÍMITE DE PAGO:	14/08/2013										

TOTAL VALOR A PAGAR

\$ 171.120

INFORMACION ADICIONAL:

- FECHA DEL RECIBO: 01/Ago/2013 11:28:12
- CÓDIGO CLIENTE: 388882547751017
- CÓDIGO SUBSIDIO: 001
- RÉGISTRO: REG-01 / 13 / 11 - 28

DOCUMENTO 171120

RECIBO PARA ENTREGA AL SUSCRITO

DEBE SER PRESENTADO EN EL MOMENTO DE REALIZAR EL PAGO.

CONTRIBUCIÓN SOCIAL Y PENSIÓN POR VEJEZ

PLANILLA N° 20593 FORMULARIO N° 8822547751

Nombre: STELLA COCUI CUERO

Código de identificación: 51605368

Valor total a pagar: \$ 171.120

Fecha del pago: 14/08/2013

Se debe cancelar el valor correspondiente al periodo de pago en la fecha indicada.



ASOPAGOS
S.A.

PAGADA

Razón Social:		ALBERTO LEONARDO MALDONADO SILVA		Pagada	
Identificación:		CC - 79466081			
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:		Av7Villas			
Periodo pensión:		2013 - 07			
Periodo salud:		2013 - 07			
Número de la planilla:		8082917084			
REFERENCIA DE PAGO (PIN):		8653640154			
Tipo Planilla:		Normal			
COD ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NUM. AFIL	VALOR A PAGAR	
25-14	900336004	Administradora Colombiana de Pensiones COLPENSIONES	1	\$188,600	
RE0005	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 SA -

CERTIFICACIONES SALUD Y PENSION.



COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

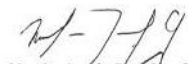
CERTIFICA QUE:

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.

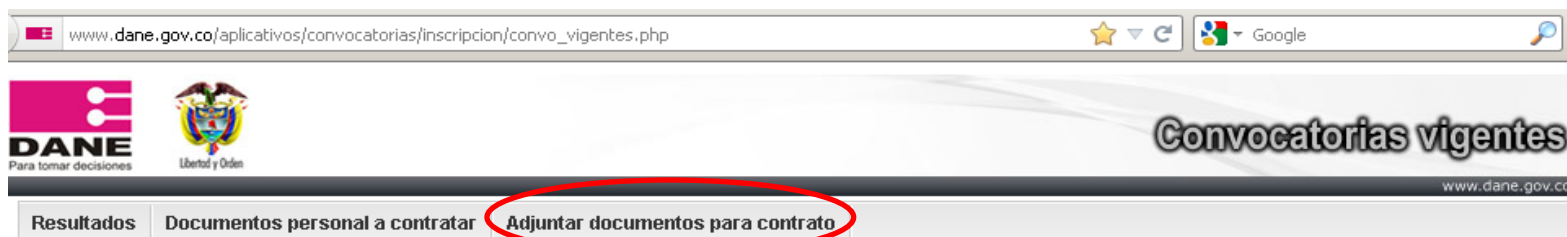
Cordialmente,



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

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