I

Objetivo: El propósito de este Instructivo es facilitar a
corte de cuentas, según la información requerida.

Los documentos que se deben anexar para certificar
entidad considera necesario anexar otra información
pensionado o beneficiario correspondiente. Estos doc
Hacienda y crédito Público, en consecuencia, no se re

La información de este formato debe ser diligenciada

1. Que se vincularon a la entidad hospitalaria antes
2. Que fueron certificados como **BENEFICIARIOS I**

Descentralización y Desarrollo Territorial del entonces

DILIGE

Nota: Diligenciar todas las columnas marcadas en roj
con los soportes, soporte faltante o información que r
únicamente la Columna AL.

También se deben diligenciar los campos de las fila 1
corresponden a nombre del Hospital, Municipio y Dep

Nota: Favor tener en cuenta que el formato en el que
y el orden señalado. Es decir, si la fecha a diligenciar
registrarlo como 2024-2-1. No dejar espacios en blan

Información de	
Columna A:	No.
Columna B:	NIT ENTIDAD ACREEDORA
Columna C:	NOMBRE ENTIDAD ACREEDORA
Columna D:	TIPO DE DOCUMENTO PENSIONADO
Columna E:	NÚMERO DE DOCUMENTO DEL PENSIONADO
Columna F:	NOMBRES DEL PENSIONADO
Columna G:	APELLIDOS DEL PENSIONADO
Columna H:	FECHA DE NACIMIENTO DEL PENSIONADO
Columna I:	GÉNERO DEL PENSIONADO

Columna J:	FECHA DE FALLECIMIENTO DEL PENSIONADO
Columna K:	TIPO DE CUOTA PARTISTA PENSIONADO
Columna L:	ESTADO CUOTA PARTE PENSIONAL
Columna M:	NOMBRE ENTIDAD QUE PAGÓ LA CUOTA PARTE PENSIONAL
Columna N:	MESADA COMPARTIDA CON EL ISS
Columna O:	MESADA CON EXPECTATIVA DE SER COMPARTIDA CON EL ISS
Columna P:	FECHA INCIO PERIODO LIQUIDACIÓN
Columna Q:	VALOR MESADA PENSIONAL A FECHA DE INICIO DEL PERIODO A LIQUIDAR
	Informac
Columna R:	NO. ACTO ADMINISTRATIVO RECONOCIMIENTO DE PENSIÓN
Columna S:	FECHA ACTO ADMINISTRATIVO
Columna T:	DÍAS TOTALES PARA RECONOCIMIENTO DE PENSIÓN
Columna U:	DÍAS DE CONCURRENCIA
Columna V:	PORCENTAJE CUOTA PARTE
Columna W:	FECHA EFECTIVA PENSIÓN
Columna X:	TASA DE SUSTITUCIÓN

Columna Y:	VALOR INICIAL MESADA PENSIONAL
Columna Z:	TIPO DE PENSIÓN
Columna AA:	NÚMERO DE MESADAS
Columna AB:	MES PAGO DE LA MESADA 13
Columna AC:	TIPO DE BENEFICIARIO
Columna AD:	ESTADO DEL BENEFICIARIO
Columna AE:	TIPO DE DOCUMENTO DEL BENEFICIARIO
Columna AF:	NÚMERO DE DOCUMENTO DEL BENEFICIARIO
Columna AG:	NOMBRES DEL BENEFICIARIO
Columna AH:	APELLIDOS DEL BENEFICIARIO
Columna AI:	GÉNERO DEL BENEFICIARIO
Columna AJ:	FECHA DE NACIMIENTO DEL BENEFICIARIO
Columna AK:	FECHA DE FALLECIMIENTO DEL BENEFICIARIO
Columna AL:	OBSERVACIONES INSTITUCIÓN DE SALUD
Columna AM:	OBSERVACIONES MINISTERIO DE HACIENDA Y CRÉDITO PÚBLICO
Esperamos que el anterior instructivo le sea de utilida alguna información adicional, puede comunicarse co Seguridad Social, al teléfono (571) 381 17 00, extensi	

Soportes

Nota: Los soportes correspondientes a cuotas partes
de cuotas partes, la información de bonos debe ser re
"Soportes Cuotas Partes" debe haber **una carpeta p**
formulario Nombre del pensionado. El No. del pensio
cada carpeta estarán todos los soportes de cada pens
correspondiente. Esto ayudará a que la información p
podrán disminuir.
Nota: Cuando haya lugar a devoluciones por falta de
que la revisión sea más eficiente.

1. Copia Cédula de Ciudadanía
2. Copia Acto Administrativo de Reconocimiento
3. En caso de que exista sustituto, enviar copia Ce
4. En caso de que exista sustituto, enviar copia Ac
5. Copia Oficio último cobro de la Cuota Parte Per
6. En caso de ser una cuota pagado, enviar soport
7. En caso de que la fecha inicial de solicitud no s
inicial de la solicitud

NSTRUCTIVO PARA EL DILIGENCIAMIENTO DEL
FORMATO CORTE DE CUENTAS - RETIRADOS

a las Instituciones de salud, el diligenciamiento de los diferentes campos del formato destinado para el

la información diligenciada en el formato, están en el presente instructivo en la sección de anexos. Si la o soportes podrá hacerlo dejando la observación en la columna de observaciones y en la fila del cumentos deben radicarse en el Sistema Integrado Electrónico Documental (SIED) del Ministerio de ecibirán soportes por otros medios o canales.

para los servidores de la entidad de salud que cumplan ambos de los siguientes requisitos:

del 31 de diciembre de 1993, y
RETIRADOS del Fondo del Pasivo Prestacional del Sector Salud, por la Dirección General de s Ministerio de Salud, por concepto de pensiones.

ENCIAMIENTO HOJA CUOTAS PARTES PENSIONALES

jo, como se describe en el presente manual. Cualquier formato de celda errado, dato que no coincida no pueda ser verificada, será causante de devolución. Cualquier anotación adicional, favor utilizar

que corresponde a NIT del Hospital, Municipio y Departamento. Los campos de la fila 2 que artamento.

se deben diligenciar las fechas es AAAA-MM-DD, de forma que todas las fechas tengan 10 caracteres es 1 de febrero de 2024, se debe diligenciar como 2024-02-01, el formato de celda no le permitirá co, ni utilizar, puntos, comas o ningún otro carácter distinto a números y "-" como separador.

l pensionado y aspectos generales de la cuota parte pensional

Corresponde al identificador de cada pensionado o beneficiario en el formato. De forma consecutiva, iniciando en 1 se asigna un número a cada pensionado o beneficiario.
Registrar el Número de Identificación Tributaria, de la entidad que está efectuando el cobro de la cuota parte pensional
Registrar el nombre de la entidad que está efectuando el cobro de la cuota parte pensional.
Escoger de la lista desplegable el tipo del documento de identificación del pensionado, entre: Cédula de ciudadanía; Cédula de extranjería y Tarjeta de identidad.
Registrar el número del documento de identificación del pensionado. El formato de la columna solo permitirá el uso de números, no dejar espacios en blanco, ni utilizar, puntos, comas o ningún otro carácter.
Registrar el nombre completo del pensionado. Sólo los NOMBRES.
Registrar el apellido completo del pensionado. Sólo los APELLIDOS.
Registrar la fecha de nacimiento del pensionado, en formato AAAA-MM-DD.
Escoger de la lista desplegable el género del pensionado entre: Femenino o Masculino, según corresponda.

En caso de que el pensionado haya fallecido, registrar la fecha de fallecimiento del pensionado, en formato AAAA-MM-DD.
Escoger de la lista desplegable, el tipo de cuota partista, entre: "Pensionado" o "Beneficiario o sustituto"
Escoger de la lista desplegable, si la cuota parte es Cobrada con pago o Cobrada sin Pago, según corresponda
Si en la Columna N, se escogió la opción Cobrado con pago, se deberá registrar el nombre de la entidad que pagó la cuota parte pensional.
En este campo deberá escoger de la lista desplegable, entre: Si o No, a la pregunta si la mesada del pensionado o beneficiario es compartida con el ISS
En este campo deberá escoger de la lista desplegable, entre: Si o No, a la pregunta si la mesada del pensionado o beneficiario podría ser compartida en un futuro con el ISS.
Corresponde a la fecha de corte de la solicitud menos 3 años. En el caso de que la entidad de salud haya hecho solicitudes previas para la financiación del pasivo prestacional por concepto de la reserva de retirados, y por tanto, puedan demostrar que la fecha inicial de la solicitud es diferente a la fecha de corte, en esta columna se debe registrar la fecha inicial de la solicitud menos 3 años. Esta información debe ser soportada adjuntando los radicados y las comunicaciones correspondientes, los cuales serán revisados y validados
Teniendo en cuenta la información registrada en la columna P y en la columna Y. En esta columna debe registrar el valor de la mesada a fecha del inicio del periodo a liquidar, es decir a corte de la fecha registrada en la columna Q.
ción Acto Administrativo de Reconocimiento de Pensión
Diligenciar el número de resolución del acto administrativo de reconocimiento de pensión de cada pensionado o beneficiario.
Diligenciar la fecha del acto administrativo de reconocimiento de pensión correspondiente, en formato AAAA-MM-DD
En el acto administrativo de reconocimiento, encontrará esta información. Deberá diligenciar el total de días que se tomaron para reconocer la pensión, independientemente que haya otra entidad involucrada. Si no aparece el total, deberá sumar cada rubro y diligenciar solo el total.
En el acto administrativo de reconocimiento, encontrará esta información. Deberá diligenciar solo los días al servicio de la entidad de salud que se le adjudican en el acto administrativo.
Porcentaje al que corresponden los días de concurrencia de la entidad de salud, sobre los días totales tomados para el reconocimiento de la pensión. Esta información no aparece en el acto administrativo y queda formulada en el presente formulario, favor revisar el resultado y si tiene alguna observación al respecto relacionarla en la columna AG
En el acto administrativo de reconocimiento, encontrará esta información. Corresponde a la fecha a partir de la cual se reconoce la pensión. Se debe diligenciar en formato AAAA-MM-DD
Registrar la tasa de sustitución de la pensión

En el acto administrativo de reconocimiento, encontrará esta información. Corresponde al valor de la mesada reconocida en el acto administrativo. El MHCP, solo reconocerá factores salariales legales, en caso de que hayan primas o beneficios extralegales, deberán restarse del valor total. Cuando el valor diligenciado no corresponda únicamente a factores salariales legales, el formulario será devuelto, hasta que este campo sea diligenciado correctamente.
Escoger de la lista desplegable, el tipo de pensión entre: Vejez o Invalidez.
Escoger de la lista desplegable, la cantidad de mesadas del pensionado entre 13 o 14
Escoger de la lista desplegable, el mes en el que se paga la mesada 13 entre: Noviembre o Diciembre
Información del beneficiario
Escoger de la lista desplegable, el parentesco del beneficiario con el pensionado, entre: Cónyuge, Hijo, Madre, Padre, Hermano inválido, Otro, Sin beneficiario
Escoger de la lista desplegable, el estado del beneficiario entre: Válido o No Inválido
Escoger de la lista desplegable el tipo del documento de identificación del beneficiario, entre: Cédula de ciudadanía; Cédula de extranjería y Tarjeta de identidad.
Registrar el número del documento de identificación del beneficiario. El formato de la columna solo permitirá el uso de números, no dejar espacios en blanco, ni utilizar, puntos, comas o ningún otro carácter.
Registrar el nombre completo del beneficiario. Sólo el NOMBRE.
Registrar el apellido completo del beneficiario. Sólo los APELLIDOS.
Escoger de la lista desplegable el género del beneficiario. Femenino o Masculino, según corresponda.
Registrar la fecha de nacimiento del beneficiario, en formato AAAA-MM-DD.
En caso de que el beneficiario se encuentra fallecido, registrar la fecha de nacimiento del beneficiario, en formato AAAA-MM-DD.
Registrar cualquier comentario que consideren relevante.
Espacio de uso exclusivo del Ministerio de Hacienda y Crédito Público, para que se pronuncie respecto de los hallazgos encontrados en el Formato remitido. Favor dejar en blanco, pues esta casilla será diligenciada como respuesta a la validación de la información y soportes recibidos.

ad, para el correcto diligenciamiento del formulario remitido. No obstante lo anterior, en caso de requerir
on Luisa Fernanda Ovalle Arias, Economista de la Dirección General de Regulación Económica de la
ión: 3286, o al correo electrónico luisa.ovalle@minhacienda.gov.co.

, deben ser enviados en un carpeta llamada **"Soportes Cuotas Partes"**, con información únicamente
emitida en una carpeta aparte llamada **"Soportes Bonos Pensionales".** Dentro de la carpeta
or cada pensionado, **nombrada de la siguiente manera:** No. del pensionado en el
nado en el formulario corresponde al diligenciado en la columna A para cada pensionado. Dentro de
sionado y sus beneficiarios o sustitutos, que deberán nombrarse a su vez con el nombre del soporte
ueda ser identificada, revisada y validada de forma más eficiente, por lo que los tiempos de respuesta

algún soporte, **favor adjuntar solo los soportes solicitados en la revisión.** Esto también permitirá

édula de Ciudadanía
cto Administrativo de Reconocimiento
nsional (no mayor a tres años)
te de pago (transferencia o consignación)
sea igual a la fecha de corte, adjuntar soportes de la radicación de los documentos en la fecha

NIT Hospital:	
Nombre Hospital:	

No.	Nit Entidad Acreedora
1	900,336,004
2	900,336,004
3	900,336,004
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	
13	
14	
15	
16	
17	
18	
19	
20	
21	
22	
23	
24	
25	
26	
27	
28	
29	
30	
31	
32	
33	
34	
35	
36	
37	
38	
39	
40	
41	
42	
43	
44	
45	
46	
47	

48	
49	
50	
51	
52	
53	
54	
55	

Nombre Entidad Acreedora	Tipo de documento pensionado
ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES	Cedula de Ciudadanía
ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES	Cedula de Ciudadanía
ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES	Cedula de Ciudadanía

NIT Departamento	890900286
Departamento	ANTIOQUIA

Número de documento del pensionado	Nombres del pensionado	Apellidos del pensionado	Fecha de Nacimiento del Pensionado AAAA-MM-DD
21,953,614	BEDOYA JURADO	MAGNOLIA	1961-07-07
43,060,378	VELEZ MIRA	CLARA INES	1963-10-18
42,877,242	YEPES VELEZ	LAURA VICTORIA	1963-02-26
42,887,044	ALVAREZ HERNANDEZ	MARIA INES	
24,837,215	CARDONA MONTES	LUZ STELLA	
3,558,435	CASTAÑEDA CASTAÑEDA	BALTAZAR	
71,596,074	CHINKOVSKI POSADA	ALEXEI	
15,258,263	MEJIA RIVERA	LUIS CARLOS	
32,466,605	PUERTA MONTOYA	ANA ELVIRA	
43,017,100	RENDON CORTES	PATRICIA ELENA	
43,723,383	URREGO GONZALEZ	LINA MARIA	

NIT Municipio	
Municipio	

Género del Pensionado	Fecha de Fallecimiento del Pensionado AAAA-MM-DD	Tipo de cuota partista pensionado	Estado cuota parte pensional	Nombre entidad que pagó la cuota parte pensional
Femenino			Cobrada con pago	
Femenino			Cobrada con pago	
Femenino			Cobrada con pago	

Mesada compartida con el ISS	Mesada con expectativas de ser compartida con el ISS	Fecha incio periodo liquidación	Valor mesada pensional a fecha de inicio del periodo a liquidar
No	No		
No	No		
No	No		

Acto administrativo reconocimiento de pensión	Fecha acto administrativo AAAA-MM-DD	Días totales para reconocimiento de pensión	Días de concurrencia
SUB 330763	2019-12-02	9635	1145
2021_6333808	2021-06-02	10317	360
2023_15792696_9-2023_237092.	2023-01-05	11824	360

Porcentaje Cuota Parte	Fecha Efectiva Pensión AAAA-MM-DD	Tasa de sustitución	Valor Inicial Mesada Pensional	Tipo de pensión
11.88	2020-01-01		$ 1,720,682	Vejez
3.51	2021-11-01		$ 5,516,100	Vejez
2.73	2023-01-01		$ 2,774,071	Vejez
#DIV/0!				
#DIV/0!				
#DIV/0!			

#DIV/0!				
#DIV/0!				
#DIV/0!				
#DIV/0!				
#DIV/0!				
#DIV/0!				
#DIV/0!				
#DIV/0!				

Número de mesadas	MES PAGO DE LA MESADA 13	Tipo de Beneficiario	Estado del Beneficiario	Tipo de documento del beneficiario
13	Diciembre			
13	Diciembre			
13	Diciembre			

Número de documento del beneficiario	Nombres del beneficiario	Apellidos del beneficiario	Género del Beneficiario	Fecha de Nacimiento del Beneficiario DD/MM/AAAA

Fecha de Fallecimiento del Beneficiario DD/MM/AAAA	Observaciones Institución de salud

Observaciones Ministerio
Se realizó reliquidación mediante Resolución No. SUB 173478 del 13 de agosto de 2020, incrementando la mesada a $1,788,526

INSTRUCTI
FORMATO

Objetivo: El propósito de este Instructivo es facilitar a las Inst
para el corte de cuentas, según la información requerida.

Los documentos que se deben anexar para certificar la inform
anexos. Si la entidad considera necesario anexar otra informa
y en la fila del pensionado o beneficiario correspondiente. Est
(SIED) del Ministerio de Hacienda, en consecuencia, no se re

La información de este formato debe ser diligenciada para los

1. Que se vincularon a la entidad hospitalaria antes del 31 d
2. Que fueron certificados como **BENEFICIARIOS RETIRA**

Descentralización y Desarrollo Territorial del entonces Ministe

INSTRUCTIVO DILI

Nota: Diligenciar todas las columnas marcadas en rojo, como
coincida con los soportes, soporte faltante o información que
favor utilizar únicamente la Columna U.

También se deben diligenciar los campos de las fila 1 que co
corresponden a nombre del Hospital, Municipio y Departamer

Nota: Favor tener en cuenta que el formato en el que se debe
caracteres y el orden señalado. Es decir, si la fecha a diligenc
no le permitirá registrarlo como 2024-2-1. No dejar espacios e
separador.

Columna A:	No.
Columna B:	NIT ENTIDAD ACREEDORA
Columna C:	NOMBRE ENTIDAD ACREEDORA
Columna D:	NIT ENTIDAD QUE PAGÓ EL BONO PENSIONAL
Columna E:	NOMBRE ENTIDAD QUE PAGÓ EL BONO PENSIONAL
Columna F:	NOMBRES DEL PENSIONADO O BENEFICIARIO
Columna G:	APELLIDOS DEL PENSIONADO O BENEFICIARIO

Columna H:	TIPO DE DOCUMENTO PENSIONADO O BENEFICIARIO
Columna I:	NÚMERO DE DOCUMENTO DEL PENSIONADO O BENEFICIARIO
Columna J:	GÉNERO DEL PENSIONADO O BENEFICIARIO
Columna K:	FECHA INICIO LABORES HOSPITAL
Columna L:	FECHA TERMINACIÓN LABORES HOSPITAL
Columna M:	DÍAS A CARGO DEL HOSPITAL
Columna N:	TEMPO DE SERVICIO TOTAL
Columna O:	ESTADO BONO PENSIONAL
Columna P:	BONO PAGADO. FECHA DE PAGO EN QUE ENTIDAD HOSPITALARIA REALIZO EL PAGO A LA ADMINISTRADORA DE PENSIONES
Columna Q:	BONO PAGADO. VALOR DEL BONO A FECHA EN QUE LA ENTIDAD HOSPITALARIA REALIZO EL PAGO A LA ADMINISTRADORA DE PENSIONES
Columna R:	BONO PAGADO. VALOR DEL BONO PAGADO CON ESTAMPILLAS DEL HOSPITAL
Columna S:	BONO PAGADO. VALOR DEL BONO PAGADO CON ESTAMPILLAS DE LA DSSA
Columna T:	BONO PAGADO. VALOR DEL BONO PAGADO CON ESTAMPILLAS DE LA SECRETARÍA DE SALUD
Columna U:	OBSERVACIONES INSTITUCIÓN DE SALUD

Columna V:	BONO REGISTRADO EN OBP
Columna W:	OBSERVACIONES MINISTERIO DE HACIENDA Y CRÉDITO PÚBLICO

Esperamos que el anterior instructivo le sea de utilidad, para
requerir alguna información adicional, puede comunicarse c
Económica de la Seguridad Social, al teléfono (571) 381 17 0

Soportes

Nota: Los soportes correspondientes a bonos pensionales, d
información únicamente de bonos pensionales, la informació
Partes". Dentro de la carpeta "Soportes Bonos Pensionales" c
del pensionado en el formulario Nombre del pensionado. El N
cada pensionado. Dentro de cada carpeta estarán todos los s
soporte correspondiente. Esto ayudará a que la información p
tiempos de respuesta podrán disminuir.
Nota: Cuando haya lugar a devoluciones por falta de algún so
que la revisión sea más eficiente.

1. Copia Cédula de Ciudadanía
2. Copia Oficio de Cobro de la Administradora (si el oficio no t
3. En caso de ser un bono pagado, enviar soporte de pago (tr

VO PARA EL DILIGENCIAMIENTO DEL
CORTE DE CUENTAS - RETIRADOS

tituciones de salud, el diligenciamiento de los diferentes campos del formato destinado

nación diligenciada en el formato, están en el presente instructivo en la sección de ación o soportes podrá hacerlo dejando la observación en la columna de observaciones os documentos deben radicarse en el Sistema Integrado Electrónico Documental ecibirán soportes por otros medios o canales.

s servidores de la entidad de salud que cumplan ambos de los siguientes requisitos:

de diciembre de 1993, y
DOS del Fondo del Pasivo Prestacional del Sector Salud, por la Dirección General de erio de Salud, por concepto de pensiones.

GENCIAMIENTO HOJA BONOS PENSIONALES

o se describe en el presente manual. Cualquier formato de celda errado, dato que no no pueda ser verificada, será causante de devolución. Cualquier anotación adicional,

rresponde a NIT del Hospital, Municipio y Departamento. Los campos de la fila 2 que nto.

en diligenciar las fechas es **AAAA-MM-DD**, de forma que todas las fechas tengan 10 ciar es 1 de febrero de 2024, se debe diligenciar como 2024-02-01, el formato de celda en blanco, ni utilizar, puntos, comas o ningún otro carácter distinto a números y "-" como

Corresponde al identificador de cada pensionado o beneficiario en el formato. De forma consecutiva, iniciando en 1 se asigna un número a cada pensionado o beneficiario.
Registrar el Número de Identificación Tributaria, de la entidad que está efectuando el cobro del bono pensional.
Registrar el nombre de la entidad que está efectuando el cobro del bono pensional.
Si el pago del bono pensional ya se efectuó, registrar el Número de Identificación Tributaria de la entidad que efectuó el pago. (Departamento, municipio, hospital). Si no se ha pagado se debe registrar N.A.
Si el pago del bono pensional ya se efectuó, registrar el nombre de la entidad que efectuó el pago. (Departamento, municipio, hospital) Si no se ha pagado se debe registrar N.A.
Registrar el nombre completo del pensionado o beneficiario. Sólo los NOMBRES.
Registrar el apellido completo del pensionado o beneficiario. Sólo los APELLIDOS.

Escoger de la lista desplegable el tipo del documento de identificación del pensionado o beneficiario, entre: Cédula de ciudadanía; Cédula de extranjería y Tarjeta de identidad.
Registrar el número del documento de identificación del pensionado o beneficiario. El formato de la columna solo permitirá el uso de números, no dejar espacios en blanco, ni utilizar, puntos, comas o ningún otro carácter.
Escoger de la lista desplegable el género del pensionado o beneficiario entre: Femenino o Masculino, según corresponda.
Registrar la fecha en que el funcionario se vinculó con el Hospital, en formato AAAA-MM-DD.
Registrar la fecha de terminación de la relación laboral con el Hospital, en formato AAAA-MM-DD.
Registrar la cantidad de días a cargo del hospital
Registrar el tiempo de servicio total
Escoger de la lista desplegable el estado del bono pensional entre: cobrado con pago o cobrado sin pago
Si en la columna M seleccionó bono pensional cobrado sin pago, dejar vacía esta celda. Si por el contrario seleccionó bono pensional cobrado con pago, en esta celda debe registrar la fecha de pago del bono, en formato AAAA-MM-DD.
Si en la columna M seleccionó bono pensional cobrado sin pago, dejar vacía esta celda. Si por el contrario seleccionó bono pensional cobrado con pago, en esta celda debe registrar el valor del bono en la fecha en que se realizó el pago.
En caso de que el valor pagado del bono corresponda a pagos con estampillas del Hospital. Registrar únicamente el valor del bono que fue pagado con estampillas del hospital. Si el valor del bono no fue pagado con recursos de estampillas del hospital, dejar vacía la celda
En caso de que el valor pagado del bono corresponda a pagos con estampillas de la Dirección Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia (DSSA). Registrar únicamente el valor del bono que fue pagado con estampillas de la DSSA. Si el valor del bono no fue pagado con recursos de estampillas de la DSSA, dejar vacía la celda
En caso de que el valor pagado del bono corresponda a pagos con estampillas de la Secretaría de Salud. Registrar únicamente el valor del bono que fue pagado con estampillas de la Secretaría de Salud. Si el valor del bono no fue pagado con recursos de estampillas de la Secretaría de Salud, dejar vacía la celda
Registrar cualquier comentario que consideren relevante.

Espacio de uso exclusivo del Ministerio de Hacienda y Crédito Público (MHCP), para informar a la entidad de salud respecto a la validación del registro del bono en la Oficina de Bonos Pensionales (OBP). Toda la información correspondiente a bonos pensionales registrada en el presente formato y en los soportes correspondientes, debe estar registrada en OBP y debe ser igual a los registrado en e aplicativo, dado que es la fuente de información oficial.

Espacio de uso exclusivo del Ministerio de Hacienda y Crédito Público, para que se pronuncie respecto de los hallazgos encontrados en el Formato remitido. Favor dejar en blanco, pues esta casilla será diligenciada como respuesta a la validación de la información y soportes recibidos.

el correcto diligenciamiento del formulario remitido. No obstante lo anterior, en caso de con Luisa Fernanda Ovalle Arias, Economista de la Dirección General de Regulación 0, extensión: 3286, o al correo electrónico luisa.ovalle@minhacienda.gov.co.

eben ser enviados en un carpeta llamada "Soportes Bonos Pensionales", con
n de cuotas partes debe ser remitida en una carpeta aparte llamada "Soportes Cuotas
debe haber una carpeta por cada pensionado, nombrada de la siguiente manera: No.
No. del pensionado en el formulario corresponde al diligenciado en la columna A para
soportes de cada pensionado, que deberán nombrarse a su vez con el nombre del
pueda ser identificada, revisada y validada de forma más eficiente, por lo que los

oporte, favor adjuntar solo los soportes solicitados en la revisión. Esto también permitirá

tiene el valor del bono, debe enviar la actualización del bono en OBP)
ransferencia o consignación)

NIT Hospital:	
Nombre Hospital:	

No.	Nit Entidad Acreedora	Nombre Entidad Acreedora	Nit Entidad que Pagó el Bono Pensional	Nombre Entidad que Pagó el Bono Pensional
1				
2				
3				

NIT Departamento	890900286
Departamento	ANTIOQUIA

Nombres del pensionado o beneficiario	Apellidos del pensionado o beneficiario	Tipo Documento Identidad del Pensionado o beneficiario

NIT Municipio	
Municipio	

Número Documento Identidad del Pensionado o beneficiario	Género del Pensionado o beneficiario	Fecha Inicio Labores Hospital AAAA-MM-DD	Fecha Terminación Labores Hospital AAAA-MM-DD

Días a cargo del Hospital	Tempo de servicio total	Estado del Bono

Bono Pagado **Fecha de Pago en que Entidad Hospitalaria Realizo el Pago a la Administradora de Pensiones** **AAAA-MM-DD**	**Bono Pagado** **Valor del Bono a Fecha en que Entidad Hospitalaria Realizo el Pago a la Administradora de Pensiones**

Bono pagado. Valor del bono pagado con recursos propios	Bono pagado. Valor del bono pagado con estampillas del hospital	Bono pagado. Valor del bono pagado con estampillas de la DSSA

Observaciones Institución de Salud	BONO REGISTRADO EN OBP

Observaciones Ministerio de Hacienda y Crédito Público



INSTRUCTIV
FORMATO C

Objetivo: El propósito de este Instructivo es facilitar a las Instituciones de salud
la información requerida.

Los documentos que se deben anexar para certificar la información diligenciad
necesario anexar otra información o soportes podrá hacerlo dejando la observa
documentos deben radicarse en el Sistema Integrado Electrónico Documental
canales.

La información de este formato debe ser diligenciada para los servidores de la

1. Que se vincularon a la entidad hospitalaria antes del 31 de diciembre de 1
2. Que fueron certificados como **BENEFICIARIOS RETIRADOS** del Fondo d
Territorial del entonces Ministerio de Salud, por concepto de pensiones.

INSTRUCTIVO DILIGE

Nota: Diligenciar todas las columnas marcadas en rojo, como se describe en e
faltante o información que no pueda ser verificada, será causante de devolució

También se deben diligenciar los campos de las fila 1 que corresponde a NIT d
Hospital, Municipio y Departamento.

Nota: Favor tener en cuenta que el formato en el que se deben diligenciar las
decir, si la fecha a diligenciar es 1 de febrero de 2024, se debe diligenciar com
blanco, ni utilizar, puntos, comas o ningún otro carácter distinto a números y "-"

Columna A:	No.
Columna B:	NIT ENTIDAD ACREEDORA
Columna C:	NOMBRE ENTIDAD ACREEDORA
Columna D:	NIT HOSPITAL
Columna E:	NOMBRE DEL HOSPITAL
Columna F:	MUNICIPIO
Columna G:	DEPARTAMENTO
Columna H:	ESTADO BONO PENSIONAL
Columna I:	NIT ENTIDAD QUE PAGÓ EL TÍTULO PENSIONAL
Columna J:	NOMBRE ENTIDAD QUE PAGÓ EL TÍTULO PENSIONAL

Columna K:	VALOR PAGADO TÍTULO PENSIONAL
Columna L:	FECHA PAGO TÍTULO PENSIONAL
Columna M:	DOCUMENTO DE IDENTIDAD, NÚMERO
Columna N:	DOCUMENTO DE IDENTIDAD, TIPO
Columna O:	TIPO DE ESTIMACIÓN Bono A1, A2, B o Título
Columna P:	CLASIFICACIÓN DEL TRABAJADOR Activo, Retirado empleado
Columna Q:	PASIVO CONTINGENTE. SI o NO
Columna R:	APELLIDOS Y NOMBRES DEL EMPLEADO
Columna S:	GÉNERO
Columnas T, U, V	FECHA DE NACIMIENTO DEL EMPLEADO
Columnas W, X, Y	FECHA DE INGRESO A LA EMPRESA
Columnas Z, AA, AB	FECHA DE RETIRO DE LA EMPRESA
Columnas AC, AD, AE:	FECHA DE INGRESO AL SISTEMA GENERAL DE PENSIONES
Columnas AF, AG, AH:	FECHA DE TRASLADO A UNA AFP (Para Bonos Tipo A)
Columna AI:	AÑOS SERVICIO TOTALES A FECHA DE CORTE

Columna AJ:	AÑOS SERVICIO EMPRESA A FECHA DE CORTE
Columna AK:	EDAD DE REFERENCIA TÍTULO
Columnas AL, AM, AN:	FECHA DE REFERENCIA DEL TÍTULO
Columna AO:	TRANSICION. SI o NO. Para Bonos Tipo B
Columna AP:	SALARIO BASE PARA TÍTULO
Columnas AQ, AR, AS:	FECHA BASE (Del salario reportado)
Columna AT:	SALARIO DE REFERENCIA
Columna AU:	PENSION REFERENCIA
Columna AV:	AUXILIO FUNERARIO REFERENCIA
Columna AW:	BONO / TÍTULO TOTAL A FECHA DE CORTE
Columna AX:	CUOTA PARTE BONO / TÍTULO EMPRESA A FECHA DE CORTE
Columna AY:	BONO / TÍTULO TOTAL A FECHA DE CÁLCULO
Columna AZ:	CUOTA PARTE BONO / TÍTULO EMPRESA A FECHA DE CÁLCULO
Columna BA:	OBSERVACIONES INSTITUCIÓN DE SALUD
Columna BB:	OBSERVACIONES MINISTERIO DE HACIENDA Y CRÉDITO PÚBLICO

Soportes

Nota: Los soportes correspondientes a títulos pensionales, deben ser enviados
pensionales. Dentro de la carpeta "Soportes Títulos Pensionales" debe haber u
formulario_Nombre del empleado. El No. del empleado en el formulario corresp
soportes de cada empleado, que deberán nombrarse a su vez con el nombre d
validada de forma más eficiente, por lo que los tiempos de respuesta podrán d
Nota: Cuando haya lugar a devoluciones por falta de algún soporte, favor adju
eficiente.

1. Copia Cédula de Ciudadanía
2. Copia Oficio de Cobro de la Administradora (debe tener el valor del título o l
3. En caso de ser un título pagado, enviar soporte de pago (transferencia o co

O PARA EL DILIGENCIAMIENTO DEL CORTE DE CUENTAS - RETIRADOS

l, el diligenciamiento de los diferentes campos del formato destinado para el corte de cuentas, según

la en el formato, están en el presente instructivo en la sección de anexos. Si la entidad considera ación en la columna de observaciones y en la fila del empleado o beneficiario correspondiente. Estos (SIED) del Ministerio de Hacienda, en consecuencia, no se recibirán soportes por otros medios o

entidad de salud que cumplan ambos de los siguientes requisitos:

993, y
el Pasivo Prestacional del Sector Salud, por la Dirección General de Descentralización y Desarrollo

NCIAMIENTO HOJA TÍTULOS PENSIONALES

l presente manual. Cualquier formato de celda errado, dato que no coincida con los soportes, soporte n. Cualquier anotación adicional, favor utilizar únicamente la Columna R.

del Hospital, Municipio y Departamento. Los campos de la fila 2 que corresponden a nombre del

fechas es AAAA-MM-DD, de forma que todas las fechas tengan 10 caracteres y el orden señalado. Es o 2024-02-01, el formato de celda no le permitirá registrarlo como 2024-2-1. No dejar espacios en " como separador.

Corresponde al identificador de cada empleado o beneficiario en el formato. De forma consecutiva, iniciando en 1 se asigna un número a cada empleado o beneficiario.
Registrar el Número de Identificación Tributaria, de la entidad que está efectuando el cobro del título pensional.
Registrar el nombre de la entidad que está efectuando el cobro del título pensional.
Registrar el Número de Identificación Tributaria, de la Institución de salud donde el servidor retirado prestó sus servicios.
Nombre de la Institución de salud donde el servidor retirado prestó sus servicios.
Nombre del municipio donde se encuentra ubicada la Institución de salud.
Nombre del departamento donde se encuentra ubicada la Institución de salud.
Escoger de la lista desplegable el estado del título pensional entre: cobrado con pago o cobrado sin pago
Si el pago del título pensional ya se efectuó, registrar el Número de Identificación Tributaria de la entidad que efectuó el pago. (Departamento, municipio, hospital). Si no se ha pagado, dejar la casilla en blanco. En caso de no haber pagado registrar N.A.
Si el pago del título pensional ya se efectuó, registrar el nombre de la entidad que efectuó el pago. (Departamento, municipio, hospital). En caso de no haber pagado registrar N.A.

Registrar el valor pagado del Título pensional. En el caso de que no se haya pagado registrar N.A.
Registrar la fecha de pago del Título pensional. En caso de no haber pagado registrar N.A.
Registrar el número del documento de identificación del jubilado, beneficiario, trabajador o retirado, sin dejar espacios en blanco ni utilizar puntos o comas.
Escoger de la lista desplegable el tipo del documento de identificación del empleado, entre: Cédula de ciudadanía; Cédula de extranjería.
Solo registrar Título Pensional
Solo Registrar Retirado
Indicar SI o NO el bono o título cuantificado es un valor contingente para la Empresa
Registrar en orden alfabético el nombre completo del ex trabajador. Diligenciar primero apellidos y luego nombres.
Escoger de la lista desplegable el género del empleado entre: Femenino o Masculino, según corresponda.
Día, mes, año, en cada casilla y en ese orden
Registrar la fecha de inicio de contrato en el Hospital. Si tuvo varias vinculaciones, referenciar cada una en filas diferentes. Día, mes, año, en cada casilla y en ese orden
Registrar la fecha de terminación de contrato en el Hospital. Si tuvo varias vinculaciones, referenciar cada una en filas diferentes. Día, mes, año, en cada casilla y en ese orden
Día, mes y año de afiliación de la Empresa al Sistema General de Pensiones
Únicamente para bonos Tipo A, indicar día, mes y año del primer ingreso a una Administradora de Fondos de Pensiones Privada
Años de servicio totales del empleado a la fecha de traslado al Sistema General de Pensiones o AFP, según aplique.

Años de servicio del empleado en la empresa a la fecha de traslado al Sistema General de Pensiones o AFP, según aplique.
Edad de referencia o de redención del Bono o título pensional según corresponda
Fecha aproximada de redención del título pensional
Para cálculo de bonos tipo B, indicar SI o NO la persona es beneficiaria del régimen de transición
Salario del empleado a 30/06/1992 o último anterior a esta fecha.
Informar día, mes y año de la fecha base si es diferente al 30/06/1992
Es el salario calculado de conformidad con el Decreto 1748/95 o 1887/94, utilizado para el cálculo de la pensión de referencia
Pensión calculada según el Decreto 1748/95 o 1887/94
Valor calculado según el Decreto 1748/95 o 1887/94
Valor total del Bono o título pensional cuantificado a la fecha de corte para el cálculo, según corresponda
Valor a cargo de la Empresa del Bono o título pensional cuantificado a la fecha de corte para el cálculo, según corresponda
Valor total del Bono o título pensional actualizado y capitalizado a fecha de cálculo, según la metodología correspondiente (Decreto 1748/95 y 1887/94). Nota: Según el Decreto 3798 de 2003, después de la fecha de redención, los bonos sólo deben actualizarse con IPC.
Valor a cargo de la Empresa del Bono o título pensional actualizado y capitalizado a fecha de cálculo, según la metodología correspondiente (Decreto 1748/95 y 1887/94).
Registrar sucintamente texto aclaratorio de alguna situación particular.
Espacio disponible para que el Ministerio se pronuncie respecto de los hallazgos encontrados en el Formato remitido. Favor dejar en blanco, pues esta casilla será diligenciada por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, como respuesta a la validación de la información y soportes recibidos.

s en un carpeta llamada "SoportesTítulos Pensionales", con información únicamente de títulos
una carpeta por cada empleado, nombrada de la siguiente manera: No. del empleado en el
ponde al diligenciado en la columna A para cada empleado. Dentro de cada carpeta estarán todos los
del soporte correspondiente. Esto ayudará a que la información pueda ser identificada, revisada y
isminuir.
ntar solo los soportes solicitados en la revisión. Esto también permitirá que la revisión sea más

a liquidación de este)
nsignación)

Formato Bonos B
V2.220506