

HOSPITAL UNIVERSITARIO  
DEL VALLE  
Evaristo García E.S.E

01.

**PARA:** PERSONAL RETIRADO DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE  
"EVARISTO GARCIA" E.S.E.

**DE:** IRNE TORRES CASTRO  
GERENTE GENERAL

**ASUNTO:** ACTUALIZACIÓN INFORMACIÓN PASIVOCOL RETIRADOS

Atento saludo,

Con el ánimo de fortalecer el desarrollo y ejecución del proyecto de "Seguimiento y Actualización de los Cálculos Actuariales de las Entidades Territoriales de Colombia", el **Ministerio de Hacienda y Crédito Público**, puso a disposición de las gobernaciones, alcaldías y demás entidades del sector público el aplicativo PASIVOCOL. Este es un proyecto que emprendió el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, requiriendo a las entidades para que reporten información de calidad para la realización de los cálculos actuariales y la estimación del pasivo pensional.

Considerando la obligatoriedad para la entidad de reportar información **actualizada y de calidad**, es vital contar con la colaboración de la totalidad de los **FUNCIONARIOS RETIRADOS** de la entidad, a fin de determinar y/o confirmar los siguientes datos, los cuales se clasifican en tres (03) núcleos:

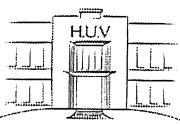
1. INFORMACION PERSONAL DEL EX - FUNCIONARIO
2. INFORMACION DEL NÚCLEO FAMILIAR
3. HISTÓRICO ENTIDADES DONDE SE LABORÓ Y COTIZACIÓN A FONDO DE PENSIONES

Así las cosas, se ha diseñado un formulario (Se anexa a la presente circular) el cual les solicitamos se diligencie y sea radicado en la ventanilla única de la entidad a la menor brevedad, a fin de dar oportuno cumplimiento a lo requerido.

Atentamente,

  
**IRNE TORRES CASTRO**  
Gerente General

Anexos: Formulario.  
Proyectó: Evelyn Duque Corrales – Profesional Administrativa AGESOC  
Revisó: Natalia Arroyave Moreno – Profesional Administrativa AGESOC  
Aprobó: Xilena Ramírez Palomeque – Jefe Oficina Coordinadora de Talento Humano



HOSPITAL UNIVERSITARIO  
DEL VALLE  
Evaristo García S.S.E

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO				
DÍA		MES		AÑO

## INFORMACIÓN PASIVOCOL - RETIRADOS

### 1. INFORMACIÓN PERSONAL DEL EX - FUNCIONARIO

NOMBRE		CEDULA	CC	CE	No.
FECHA DE EXPEDICIÓN		LUGAR DE EXPEDICIÓN			
FECHA DE NACIMIENTO		GÉNERO			
ACTUALMENTE PRESENTA ALGÚN TIPO DE INVALIDEZ?		SI	NO	ESTADO CIVIL	
CÉDULA CONYUGE	CC	CE	No.	FECHA DE EXPEDICIÓN CÉDULA CONYUGE	
FECHA DE NACIMIENTO DEL CONYUGE		GÉNERO DEL CONYUGE			
DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA					
MUNICIPIO		DEPARTAMENTO			
CORREO ELECTRÓNICO					
CELULAR		TELÉFONO			

### 2. INFORMACIÓN DEL NUCLEO FAMILIAR

No	NOMBRE	GÉNERO	TIPO DE IDENT. (CC/CE/ET)	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	FECHA DE NACIMIENTO	PARENTESCO	PRESENTA ALGÚN TIPO DE DISCAPACIDAD	DETALLE DE LA DISCAPACIDAD

### 3. HISTÓRICO ENTIDADES DONDE SE LABORÓ Y COTIZACIÓN A FONDO DE PENSIONES

No	NOMBRE DE LA ENTIDAD	NIT	MUNICIPIO Y DEPARTAMENTO	FECHA DE INGRESO (DD/MM/AAAA)	FECHA DE RETIRO (DD/MM/AAAA)	FONDO DE PENSIONES EN EL CUAL COTIZÓ

Firma \_\_\_\_\_