Personería de MONTERÍA

GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA

FORMATO RADICACIÓN CUENTA DE COBRO

CÓDIGO	VERSIÓN	FECHA
GAF-F-06	1	30/03/2023

NOMBRE DEL CONTRATISTA	PREVISORA S.A COMPAÑÍA DE SEGUROS		
DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN	**NÚMERO CONTRATO**	**VALOR INICIAL**	**PLAZO**
860,002,400-2	PM-MIC-008-2025	$ 943.100,00	HASTA EL 31 DIC/2025
OBJETO	CONTRATAR EL SEGURO DE SOAT QUE AMPARE EL VEHÍCULO DE PLACAS IUR-944 DE PROPIEDAD DE LA PERSONERÍA MUNICIPAL DE MONTERÍA		

CDP	25000151	**RP**	25000182	**NRO. PAGOS**	1

FECHA SUSCRIPCIÓN	FECHA INICIO	FECHA FINAL
26/12/2025	29/12/2025	31/12/2025

CONTROL DE PAGOS

PAGO NÚMERO	PERIODO DE EJECUCIÓN	VALOR	VALOR ACUMULADO
1	29/12/2025 A 31/12/2025	$ 943.100,00	$ 943.100,00
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			

DATOS DEL SUPERVISOR

NOMBRE SUPERVISOR	DIANA ESTELA CONEO CUADRADO
CARGO	PROFESIONAL UNIVERSITARIO
FECHA DE RADICACIÓN	31/12/2025
FIRMA DEL CONTRATISTA	Diana Caballero C

AYL

PREVISORA SEGUROS

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA NO: 12SO

18235
La Previsora S.A. Compañía de Seguros
Nit: 860.002.400-2
Calle 57 No 9-07 Bogotá
Fecha de emisión: 29/12/2025
Hora de emisión: 15:12:53-05:00
Fecha de vencimiento: 29/03/2026
Fecha de Validacion: 29/12/2025
Hora de Validacion: 18:12:51

IFactura Transfiriendo
Proveedor Tecnológico Autorizado DIAN Nit: 900.032.159-4

SUCURSAL DE EMISIÓN:
MONTERIA

CLIENTE:
PERSONERIA MUNICIPAL DE MONTERIA

IDENTIFICACIÓN:
800253846

DIRECCIÓN:
CL 31 6 20

CIUDAD:
Montería

TELÉFONO:
3016049389

TIPO DE MONEDA:
COP

VALOR DE LA TRM:

TOMADOR:
PERSONERIA MUNICIPAL DE MONTERIA

IDENTIFICACIÓN TOMADOR:
800253846

FORMA DE PAGO:
Credito

MEDIO DE PAGO:
Efectivo

RESOLUCION FACTURACION ELECTRONICA No. 18764090617110 DEL 17/03/2025 AUTORIZA DEL No.15310 A 65000
VIGENCIA HASTA 17/09/2026

SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES RESOLUCIÓN No. 000200 DEL 27 DE DICIEMBRE DE 2024 - RESPONSABLES DE IVA - AGENTES RETENEDORES DE IVA - ACTIVIDAD ECONÓMICA 6511 Y 6512 - SOMOS ENTIDAD DE ECONOMÍA MIXTA, EN LA QUE EL ESTADO TIENE PARTICIPACIÓN SUPERIOR AL 90%, POR LO TANTO ABSTENERSE DE PRACTICAR RETENCIONES

LAS PRIMAS DE SEGUROS NO SON SUJETAS A RETENCIÓN EN LA FUENTE, SEGÚN DECRETO REGLAMENTARIO No. 2509 DE 1985 ADICIONADO EN EL ARTÍCULO 1.2.4.9.3. DEL DECRETO ÚNICO REGLAMENTARIO EN MATERIA TRIBUTARIA 1625 DE 2016

No	COD	DESCRIPCIÓN	UND	%IVA	CANT	VALOR
1		08 Póliza N° 1208004047818000	IP	0	1.00	$ 618,900.00
2		08 Contribuciones Póliza N° 1208004047818000	IP	0	1.00	$ 321,800.00
3		08 RUNT Póliza N° 1208004047818000	IP	0	1.00	$ 2,400.00

Total
3

SUBTOTAL	$	943,100.00
DESCUENTOS	$	0.00
IVA (0%)	$	0.00
IMPUESTO AL CONSUMO (0%))	$	0.00

TOTAL $ 943,100.00

SON: NOVECIENTOS CUARENTA Y TRES MIL CIEN PESOS CON CERO CENTAVOS M/CTE

DETALLE DE IMPUESTOS

Base gravable IVA $ 0,00	Base no gravada IVA $ 943,100.00
Base gravable impoconsumo $ 0.00	Base no gravada impoconsumo $ 943,100.00

No de Poliza: 1208004047818000
No de endoso: 00
Ramo: Seguro Obligatorio
Sucursal:
Tipo de negocio: Previsora 100%

OBSERVACIONES:

CUFE: 5cb9e4ceb604d946f5a6032685ce022e329ff46b46d4e6bae7e4f17fccfefcc3197bb6e0e396d6d91104ac7d0f18aad9

La presente factura cambiaria de venta se asimila para todos sus efectos a la letra de cambio, según artículo 774 del código del comercio

Personería de MONTERÍA	Gestión Administrativa y Financiera		
	FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN		
	CÓDIGO	VERSIÓN	FECHA DE ELABORACIÓN
	GAF-F-07	02	13/03/2024

INFORME DE EJECUCIÓN FINAL

31 de diciembre de 2025

CONTRATO:	PM-MIC-008-2025
CONTRATANTE:	PERSONERIA MUNICIPAL DE MONTERÍA
CONTRATISTA:	PREVISORA S.A COMPAÑÍA DE SEGUROS
OBJETO DEL CONTRATO	CONTRATAR EL SEGURO DE SOAT QUE AMPARE EL VEHÍCULO DE PLACAS IUR-944 DE PROPIEDAD DE LA PERSONERÍA MUNICIPAL DE MONTERÍA
VALOR DEL CONTRATO:	$943.100
PLAZO DE EJECUCIÓN:	Hasta el 31 de diciembre de 2025
FECHA ACTA DE INICIO:	29/12/2025
PERIODO DE EJECUCIÓN CORRESPONDIENTE AL PRESENTE INFORME	29/12/2025 A 31/12/2025
VALOR A PAGAR:	$ 943.100

Mediante el presente escrito, de conformidad con las obligaciones pactadas en el contrato de prestación de servicios Nro. PM-MIC-008-2025, presento el informe de ejecución que se relaciona en el encabezado de esta página para conocimiento del supervisor y los demás fines pertinentes.

En desarrollo y cumplimiento de las obligaciones contractuales, se desarrollaron las siguientes actividades:

OBLIGACION 1) Entrega de los seguros multirriesgo que ampare los bienes, equipos y contenìdos generales de propiedad de la personería de montería, así como el seguro multirriesgo del vehículo de placas iur-944 de propiedad de esta entidad

Personería de MONTERÍA	Gestión Administrativa y Financiera
	FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN

CÓDIGO	VERSIÓN	FECHA DE ELABORACIÓN
GAF-F-07	02	13/03/2024

ACTIVIDAD	EVIDENCIA
Seguro SOAT, vehiculó placas IUR-944	SOAT

Atentamente.

Diana Caballero C

DIANA CABALLERO CONEO
C.C. de 25.776.943

SOAT

PÓLIZA DE SEGURO DE DAÑOS CORPORALES CAUSADOS A LAS PERSONAS EN ACCIDENTES DE TRÁNSITO

PREVISORA SEGUROS

FECHA DE EXPEDICIÓN AÑO | MES | DÍA	VIGENCIA DESDE LAS 00 HORAS DEL AÑO | MES | DÍA	HASTA LAS 23:59 HORAS DEL AÑO | MES | DÍA
2025-12-29	2025-12-30	2026-12-29

No. DE PÓLIZA.	PLACA No.	CLASE VEHÍCULO	SERVICIO	CILINDRAJE/VATIOS	MODELO
1208004047818000	IUR944	CAMPEROS O CAMIONET	PARTICULAR	1998	2017

PASAJEROS	MARCA	CARROCERÍA
5	RENAULT	WAGON

LÍNEA VEHICULO: DUSTER EXPRESSION 4X4

No. MOTOR	No. CHASIS ó No. SERIE	No. VIN	CAPACIDAD TON.
E410C031917	9FBHSR5B3HM368539	9FBHSR5B3HM368539	0.00

APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR	TELÉFONO DEL TOMADOR	TIPO DE DOCUMENTO DEL TOMADOR	No. DE DOCUMENTO DEL TOMADOR	CIUDAD RESIDENCIA TOMADOR
PERSONERIA MUNICIPAL DE MONTERIA,	*******389	NI	8002538461	MONTERIA

CÓDIGO DE ASEGURADORA	CÓD. SUCURSAL EXPEDIDORA	CLAVE PRODUCTOR	No. FORMULARIO	CIUDAD EXPEDICIÓN
AT1324	12	1203	0	MONTERIA

TARIFA	PRIMA SOAT	CONTRIBUCIÓN FOSYGA	TASA RUNT
221	$ 618900	$ 321800	$ 2400

TOTAL A PAGAR

$ 943100

FIRMA AUTORIZADA

AMPAROS POR VICTIMA	HASTA	
A. GASTOS MÉDICOS QUIRURGICOS, FARMACÉUTICOS Y HOSPITALARIOS	263,13 [1]	UNIDAD VALOR TRIBUTARIO (UVT)
B. GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VICTIMAS	701,68 [2]	
C. INCAPACIDAD PERMANENTE	8,77	
D. MUERTE Y GASTOS FUNERARIOS	HASTA 180 / 750	SALARIOS MÍNIMOS LEGALES DIARIOS VIGENTES

Decreto 2644 de 2022: Tarifas diferenciales y ajuste con base en la UVT 100, 110, 120, 140, 150, 711, 712, 721, 722, 731, 732, 810, 910, 920.

- Es obligatorio **portar la póliza del SOAT**, sin importar el medio de entrega seleccionado por La Previsora S.A.
- La autoridad de transito podrá requerir la póliza en cualquier momento. Esta podrá ser presentada en los siguientes formatos: **Digital:** a través de correo electrónico o mensaje de texto (SMS) o **Físico:** impresa en papel común.
- Si tiene inquietudes sobre el proceso, puede comunicarse desde su teléfono móvil marcando al #345 para recibir la asesoría necesaria.

Circular Externa 013 de 2024 emitida por la **Superintendencia Financiera de Colombia**, se permite que la vigencia mínima del SOAT para **vehículos extranjeros que circulen en zonas de frontera sea diaria.** Los vehículos que no reúnan los dos anteriores supuestos, deben regirse por las disposiciones del numeral 2 del artículo 193 de EOSF, en virtud del cual la vigencia mínima del SOAT debe ser anual.

Señor usuario tenga en cuenta las siguientes recomendaciones:

•Recuerde portar siempre su SOAT, las autoridades de tránsito se lo pueden solicitar en cualquier momento.
•Recuerde validar que su póliza está registrada en el RUNT.
•Esté atento al momento en que deba renovar su póliza. No tener SOAT vigente acarrea multas económicas, la detención del vehículo y en caso de accidente de tránsito el cobro por todos los costos de la atención de las víctimas del accidente.
•Adquiera su SOAT en lugares autorizados.

En caso de accidente de tránsito:

•Si alguien resulta herido, debe ser atendido por el prestador de servicios de salud más cercano al lugar del accidente siempre que tenga la capacidad para brindar la atención requerida por las víctimas.
•Ningún prestador de servicios de salud del país puede negarse a atender víctimas de accidentes de tránsito (artículo 195 Decreto Ley 663 de 1993). En caso contrario, denuncie ante la Superintendencia Nacional de Salud.
•Para los gastos médicos, el cobro ante la aseguradora o el Fosyga lo debe realizar la institución prestadora de servicios de salud.
•Para presentar la reclamación ante la compañía aseguradora no se requiere acudir a terceros.

Clausula de Coexistencia de Pólizas:

En concordancia con lo dispuesto en la Circular Externa 021 de 2017, emitida por la Superintendencia Financiera de Colombia, LA PREVISORA S.A. podrá de manera unilateral y exclusivamente a favor del consumidor, modificar la vigencia de la póliza, cuando al momento de registrar la misma en el RUNT, se corrobore que existe una póliza vigente. En estos casos, LA PREVISORA S.A., modificará la vigencia en su fecha de inicio, teniendo como referente la fecha de vencimiento de la póliza que se encuentra vigente. Dicha modificación deberá ser informada por LA PREVISORA S.A. al tomador del seguro.

Habeas Data:

Declaro que de forma previa, al momento de la emisión de esta póliza, he autorizado a LA PREVISORA S.A. Compañía de seguros, para que consulte, almacene, administre, transfiera la información personal suministrada durante el proceso de emisión de esta póliza, directamente o por medio de terceros o aliados comerciales, para registrarme en sus bases de datos, informarme por medios escritos, correo electrónico, llamadas telefónicas, envío de mensajes de texto y/o utilizando aplicaciones de mensajería instantánea, todo lo relacionado con la emisión, modificación, o anulación de la(s) póliza(s) que he adquirido, todo lo relacionado con este contrato, para estudios estadísticos internos de la compañía de seguros, gestionar campañas de mercadeo y/o comerciales relacionados con la(s) póliza(s) que adquiero, así como de otros ramos de seguros que maneje LA PREVISORA S.A. enviarme información derivada de todas las funciones que directa o indirectamente se les haya otorgado a las aseguradoras o se les otorguen en el futuro, así como novedades, referencias y manejo de la póliza y demás servicios que surjan del presente contrato, el cual conozco y declaro aceptar en todas sus partes.
Declaro que se me ha informado que, como Titular de información tengo derecho a conocer, actualizar y rectificar mis datos personales, solicitar prueba de autorización que he otorgado para su tratamiento, ser informado sobre el uso que se ha dado a los mismos, presentar quejas ante la SIC por infracción a la ley, revocar la autorización y/o solicitar la supresión de sus datos en los casos en que sea procedente y acceder en forma gratuita a los mismos una vez al mes, que podré ejercerlos en la calle 57 # 9-07 en la ciudad de Bogotá, por medio del teléfono 3487555, y que para más información sobre el tratamiento de mis datos es posible acceder a la Política de Tratamiento de Información en la página de internet www.previsora.gov.co

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

PÓLIZA SEGURO DE DAÑOS CORPORALES CAUSADOS A LAS PERSONAS EN ACCIDENTES DE TRÁNSITO

SOP-001-006

PREVISORA SEGUROS

CONDICIONES GENERALES

LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS, DENOMINADA EN ADELANTE PREVISORA Y EL TOMADOR, HAN CONVENIDO EN CONTRATAR EL PRESENTE SEGURO, CONFORME LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES QUE SE DETALLAN EN EL PRESENTE CLAUSULADO GENERAL Y CON SUJECIÓN A LAS CONDICIONES PARTICULARES Y ESPECIALES QUE SE CONSIGNEN EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA.

LOS TÍTULOS Y SUBTÍTULOS QUE SE UTILIZAN A CONTINUACIÓN SON ESTRICTAMENTE ENUNCIATIVOS Y POR LO TANTO DEBEN SER INTERPRETADOS DE ACUERDO AL TEXTO QUE LOS ACOMPAÑA.

1 CLÁUSULA PRIMERA: AMPAROS

PREVISORA INDEMNIZARÁ LOS DAÑOS CORPORALES SUFRIDOS POR LAS PERSONAS INVOLUCRADAS EN ACCIDENTES DE TRÁNSITO, OCURRIDOS DENTRO DEL TERRITORIO NACIONAL, EN LOS QUE PARTICIPE EL VEHÍCULO AUTOMOTOR DESCRITO EN LA CARÁTULA DE LA PRESENTE PÓLIZA, Y CON SUJECIÓN A LAS SIGUIENTES COBERTURAS Y CUANTÍAS ESTABLECIDAS EN LAS NORMAS VIGENTES EN COLOMBIA, DECRETO 056 DE 2015, O EN AQUELLAS POSTERIORES QUE LA MODIFIQUEN O SUSTITUYAN:

a) GASTOS MÉDICOS, QUIRÚRGICOS, FARMACÉUTICOS Y HOSPITALARIOS POR LESIONES CORPORALES CON UNA INDEMNIZACIÓN MÁXIMA DE OCHOCIENTAS (800) VECES EL SALARIO MÍNIMO LEGAL DIARIO, VIGENTE AL MOMENTO DEL ACCIDENTE.

b) INCAPACIDAD PERMANENTE, ENTENDIÉNDOSE POR TAL, LA PREVISTA EN EL ARTÍCULO 12, DECRETO 056 DE 2015, CON UNA INDEMNIZACIÓN MÁXIMA DE CIENTO OCHENTA (180) VECES EL SALARIO MÍNIMO LEGAL DIARIO, VIGENTE AL MOMENTO DEL ACCIDENTE. DICHA SUMA SERÁ ESTABLECIDA CONFORME LA TABLA DE EQUIVALENCIAS PARA LAS INDEMNIZACIONES QUE SE ENCUENTRA PREVISTA EN EL ARTÍCULO 15 DEL DECRETO 056 DE 2015 O EN LAS NORMAS POSTERIORES QUE LA MODIFIQUEN O SUSTITUYAN.

c) MUERTE DE LA VÍCTIMA Y GASTOS FUNERARIOS: EN CASO DE MUERTE DE LA VÍCTIMA COMO CONSECUENCIA DIRECTA DEL ACCIDENTE DE TRÁNSITO, SIEMPRE Y CUANDO OCURRA DENTRO DEL AÑO SIGUIENTE A LA FECHA DE ESTE, SE RECONOCERÁ UNA INDEMNIZACIÓN EQUIVALENTE A SETECIENTAS CINCUENTA (750) VECES EL SALARIO MÍNIMO LEGAL DIARIO, VIGENTE AL MOMENTO DEL ACCIDENTE.

d) GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE LAS VÍCTIMAS A LOS ESTABLECIMIENTOS HOSPITALARIOS O CLÍNICOS Y LAS ENTIDADES DE SEGURIDAD Y PREVISIÓN SOCIAL DE LOS SUBSECTORES OFICIAL Y PRIVADO DEL SECTOR SALUD, HASTA EN CUANTÍA EQUIVALENTE A DIEZ (10) VECES EL SALARIO MÍNIMO LEGAL DIARIO, VIGENTE AL MOMENTO DEL ACCIDENTE.

EL VALOR DE ESTAS COBERTURAS SE ENTIENDE FIJADO PARA CADA VÍCTIMA, POR LO TANTO, SE APLICARÁ CON PRESCINDENCIA DEL NÚMERO DE VÍCTIMAS RESULTANTES DE UN MISMO ACCIDENTE.

LAS TARIFAS PARA LOS SERVICIOS DE SALUD PRESTADOS A LAS VÍCTIMAS DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO DEFINIDOS EN LA CLÁUSULA PRIMERA DE ESTE CONDICIONADO SON LAS ESTABLECIDAS POR EL DECRETO 2423 DE 1996 O LAS NORMAS QUE LO MODIFIQUEN O SUSTITUYAN. DICHAS TARIFAS SON DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO PARA TODAS LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD PÚBLICAS O PRIVADAS.

LAS INCAPACIDADES TEMPORALES QUE SE GENEREN COMO CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE DE TRÁNSITO SERÁN CUBIERTAS POR LA ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO A LA QUE ESTUVIERE AFILIADA LA VÍCTIMA, SI EL ACCIDENTE FUERE DE ORIGEN COMÚN, O POR LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS PROFESIONALES, SI ESTE FUERE CALIFICADO COMO ACCIDENTE DE TRABAJO, CUANDO A ELLO HUBIERE LUGAR.

2 CLÁUSULA SEGUNDA: EXCLUSIONES

EL PRESENTE SEGURO OBLIGATORIO DE DAÑOS CORPORALES CAUSADOS A LAS PERSONAS EN ACCIDENTES DE TRÁNSITO, SOAT, NO SE ENCUENTRA SUJETO A EXCLUSIÓN ALGUNA Y, POR ENDE, AMPARA TODOS LOS EVENTOS Y CIRCUNSTANCIAS BAJO LAS CUALES SE PRODUZCA UN ACCIDENTE DE TRÁNSITO DE CONFORMIDAD CON LO DEFINIDO EN LA NORMATIVIDAD VIGENTE EN COLOMBIA.

3 CLÁUSULA TERCERA: BENEFICIARIOS Y LEGITIMADOS PARA RECLAMAR

Tendrán acción para reclamar ante previsora, las prestaciones a las que se refiere esta póliza, la entidad prestadora de servicios de salud que hubiera atendido a la víctima; las personas que hubieren cancelado su valor, así como quienes hubieran incurrido en gastos funerarios o de transporte de la víctima.

Se considerará como beneficiario y legitimado para reclamar, en caso de incapacidad permanente la víctima de un accidente de tránsito.

En caso de muerte de la víctima como consecuencia del accidente de tránsito, serán beneficiarios de las indemnizaciones por muerte y gastos funerarios, el cónyuge o compañero(a) permanente de la víctima, en la mitad de la indemnización y sus hijos en la otra mitad, distribuida en partes iguales. de no haber hijos, la totalidad de la indemnización corresponderá al cónyuge o compañero(a) permanente; de no existir alguno de los anteriores, serán beneficiarios los padres y a falta de ellos los hermanos de la víctima.

4 CLÁUSULA CUARTA: PRESENTACIÓN DE LA RECLAMACIÓN

Las personas naturales o jurídicas que consideren tener derecho a las prestaciones amparadas, deberán acreditar la ocurrencia del suceso y su cuantía, para lo cual podrán utilizar los medios probatorios señalados en la ley, siempre que sean conducentes, pertinentes e idóneos para demostrar efectivamente los hechos a los que se refiere; dicha reclamación estará conformada por los formularios adoptados por el ministerio de salud y protección social, acompañados de los documentos correspondientes a cada cobertura, en original o copia auténtica, según el caso, así:

4.1 SERVICIOS DE SALUD:

4.1.1 Formulario de reclamación que para el efecto adopte la dirección de administración de fondos de la protección social del ministerio de salud y de protección social, debidamente diligenciado. el medio magnético deberá contar con una firma digital certificada.

4.1.2 Cuando se trate de una víctima de accidente de tránsito:

4.1.2.1 Epicrisis o resumen clínico de atención según corresponda, documento que debe contener los datos específicos señalados en los artículos 31 y 32 del decreto 056 de 2015.

4.1.2.2 Los documentos que soportan el contenido de la historia clínica o el resumen clínico de atención señalados en la reglamentación que expida el ministerio de salud y protección social para el efecto.

4.1.3 Original de la factura o documento equivalente de la IPS que prestó el servicio, que debe contener como mínimo la información señalada en el artículo 33 del decreto 056 de 2015.

4.1.4 Cuando se reclame el valor del material de osteosíntesis, factura o documento equivalente del proveedor de la IPS.

4.2 INDEMNIZACIÓN POR INCAPACIDAD PERMANENTE:

4.2.1 Formulario de reclamación que para el efecto adopte la dirección de administración de fondos de la protección social del ministerio de salud y protección social debidamente diligenciado.

4.2.2 Dictamen de calificación de pérdida de capacidad laboral en firme emanado de la autoridad competente de acuerdo a lo establecido en el artículo 142 del decreto ley 019 de 2012, en el que se especifique el porcentaje de pérdida de capacidad laboral.

4.2.3 Epicrisis o resumen clínico de atención según corresponda, cuando se trate de una víctima de accidente de tránsito.

4.2.4 Sentencia judicial ejecutoriada en la que se designe el curador, cuando la víctima requiera de curador o representante.

4.2.5 Copia del registro civil de la víctima, cuando esta sea menor de edad, en el que se demuestre el parentesco con el reclamante en primer grado de consanguinidad o sentencia ejecutoriada en la que se designe el representante legal o curador.

4.2.6 Poder en original mediante el cual la víctima autoriza a una persona natural para que presente la solicitud de pago de la indemnización por incapacidad.

4.3 INDEMNIZACIÓN POR MUERTE Y GASTOS FUNERARIOS:

4.3.1 Formulario que para el efecto adopte la dirección de administración de fondos de la protección social del ministerio de salud y protección social, debidamente diligenciado.

4.3.2 Epicrisis o resumen clínico de atención, si la víctima de accidente de tránsito, fue atendida antes de su muerte.

4.3.3 Registro civil de defunción de la víctima.

4.3.4 Certificado de inspección técnica del cadáver o certificado emanado de la fiscalía general de la nación.

4.3.5 copia del registro civil de matrimonio cuando sea el cónyuge quien realice la reclamación o haga parte de los reclamantes, o acta de conciliación extraprocesal o escritura pública, en el caso de compañero (a) permanente donde hayan expresado su voluntad de formar una unión marital de hecho o sentencia judicial en donde se declare la unión marital de hecho.

4.3.6 Copia de los registros civiles de nacimiento cuando sean los hijos de la víctima los reclamantes o hagan parte de los mismos.

4.3.7 Copia del registro civil de nacimiento de la víctima cuando sean los padres de la víctima losreclamantes.

4.3.8 Copia de los registros civiles de nacimiento de la víctima y sus hermanos cuando estos sean los reclamantes.

4.3.9 Copia del documento de identificación de los reclamantes.

4.3.10 Manifestación en la que se indique si existen o no otros beneficiarios con igual o mejor derecho que los reclamantes para acceder a la indemnización.

4.3.11 Sentencia ejecutoriada en la que se designe el representante legal o curador del menor (es) de edad, cuando estos sean los beneficiarios y quien reclama no es uno de sus ascendientes.

4.4 GASTOS DE TRANSPORTE:

4.4.1 Formulario que para el efecto adopte la dirección de administración de fondos de la protección social ministerio de salud y protección social debidamente diligenciado. Dicho formulario deberá estar suscrito por la persona designada por la institución prestadora de servicios de salud, para el trámite de admisiones.

4.4.2 Copia de la cédula de ciudadanía del reclamante.

4.4.3 Cuando el transporte haya sido prestado por una ambulancia, copia de la factura.

5 CLÁUSULA QUINTA. PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN Y SANCIÓN POR MORA.

Las instituciones prestadoras de servicios de salud o las personas beneficiarias, según sea el caso, deberán presentar las reclamaciones económicas a que tengan derecho con cargo a la póliza del soat, ante previsora, dentro del término de prescripción establecido en el artículo 1081 del código de comercio, contado a partir de:

1. La fecha en que la víctima fue atendida o aquella en que egresó de la institución prestadora de servicios de salud con ocasión de la atención médica que se le haya prestado, tratándose de reclamaciones por gastos de servicios de salud.

2. La fecha de defunción de la víctima para indemnizaciones por muerte y gastosfunerarios.

3. La fecha en que adquirió firmeza el dictamen de pérdida de capacidad laboral, tratándose de indemnizaciones por incapacidad permanente.

4. La fecha en que se prestó el servicio de transporte, tratándose de gastos relacionados con el transporte y movilización de la víctima.

El pago de la indemnización deberá efectuarse dentro del término establecido en el artículo 1080 del código de comercio o la norma que lo modifique, adicione o sustituya. vencido este plazo, previsora reconocerá y pagará a la institución prestadora de servicio de salud o beneficiario según sea el caso, además de la obligación a su cargo y sobre el importe de ella, un interés moratorio igual al certificado como bancario corriente por la Superintendencia Financiera de Colombia, aumentado en la mitad.

6 CLÁUSULA SEXTA: CONCURRENCIA DE VEHÍCULOS

En los casos de accidentes de tránsito en que hayan participado dos o más vehículos automotores asegurados cada entidad aseguradora correrá con el importe de las indemnizaciones a los ocupantes del vehículo que tenga asegurado. en el caso de los terceros no ocupantes se podrá formular la reclamación a cualquiera de estas entidades; aquella a quien se dirija la reclamación estará obligada al pago de la totalidad de los servicios de salud, indemnizaciones y gastos, sin perjuicio del derecho de repetición a prorrata de las Compañías entre sí.

7 CLÁUSULA SÉPTIMA: INOPONIBILIDAD DE EXCEPCIÓN PARA EL PAGO

A las víctimas de los accidentes de tránsito, a los beneficiarios o a quienes tengan derecho al pago de los servicios de salud, indemnizaciones y gastos de que trata el presente decreto, no les serán oponibles excepciones derivadas de vicios o defectos relativos a la celebración del contrato o al incumplimiento de obligaciones propias del tomador. Por lo tanto, solo serán oponibles excepciones propias de la reclamación tales como pago, compensación, prescripción o transacción.

Con todo, previsora podrá repetir contra el tomador por cualquier suma que haya pagado como indemnización, cuando quien esté conduciendo el vehículo en el momento del accidente haya actuado con autorización del tomador y con dolo, culpa grave o dentro de aquellas circunstancias en que el seguro adolece de vicios o defectos coetáneos a su contratación, de conformidad con lo establecido en numeral 4 del artículo 194 del estatuto orgánico del sistema financiero.

8 CLÁUSULA OCTAVA: SUBORDINACIÓN DE LA ENTREGA DE LA PÓLIZA AL PAGO DE LA PRIMA

La entrega de esta póliza al tomador está condicionada al previo pago de la prima, excepto cuando se encuentren a cargo de entidades de derecho público.

Por lo tanto, una vez pagada la prima por parte del tomador, previsora deberá entregarle las condiciones generales y el correspondiente certificado de seguro.

9 CLÁUSULA NOVENA: IRREVOCABILIDAD

Este contrato de seguro no puede ser revocado por ninguna de las partes intervinientes en el mismo.

10 CLÁUSULA DÉCIMA: CAMBIO DE UTILIZACIÓN DEL VEHICULO Y DE CILINDRAJE

El tomador deberá notificar por escrito a previsora, el cambio en la utilización del vehículo y las variaciones del cilindraje en el mismo. la notificación deberá hacerse a más tardar a los diez (10) días siguientes a la fecha del cambio, evento en el cual, previsora o el tomador, exigirán el reajuste o la devolución a que hubiere lugar en el valor de la prima.

11 CLÁUSULA DÉCIMA PRIMERA: TRANSFERENCIA DEL VEHÍCULO

La transferencia de la propiedad del vehículo descrito en la póliza, no produce la terminación del contrato de seguro, el cual continuará vigente hasta su expiración.

No obstante, el nuevo propietario deberá notificar por escrito a previsora, dentro de los diez (10) días siguientes a la transferencia de dominio, con el objeto de que ésta realice los cambios de la póliza y actualice sus sistemas de información.

12 CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA: DEFINICIONES

Para todos los efectos de la presente póliza se adoptan las siguientes definiciones contenidas en las normas que actualmente regulan el seguro obligatorio de accidentes de tránsito:

1. ACCIDENTE DE TRÁNSITO. Suceso ocurrido dentro del territorio nacional, en el que se cause daño en la integridad física o mental de una o varias personas, como consecuencia del uso de la vía por al menos un vehículo automotor.

No se entenderá como accidente de tránsito para los efectos de este decreto, aquel producido por la participación del vehículo automotor en espectáculos o actividades deportivas.

De conformidad con lo anterior y en concordancia con las definiciones de vía, víctima y vehículo automotor, la configuración de un accidente de tránsito, requiere que confluyan los siguientes elementos:

A) Que ocurra en el territorio Nacional

B) Que involucre al menos un vehículo automotor

C) Que el vehículo automotor involucrado cause daño en la integridad física o mental de una o varias personas.

D) Que el daño causado a la(s) persona(s) se produzca con ocasión del tránsito o movilización por una vía, del vehículo automotor involucrado.

2. BENEFICIARIO. Es la persona que acredite tener derecho a los servicios médicos, indemnizaciones y/o gastos de que trata el título iii del presente decreto, de acuerdo con las coberturas allí señaladas.

3. VEHÍCULO AUTOMOTOR. De conformidad con lo establecido en el numeral 3 del artículo 192 del estatuto orgánico del sistema financiero, se entiende por vehículo automotor todo aparato provisto de un motor propulsor, destinado a circular por el suelo para el transporte de personas o de bienes, incluyendo cualquier elemento montado sobre ruedas que le sea acoplado.

No quedan comprendidos dentro de esta definición los vehículos que circulan sobre rieles y los vehículos agrícolas e industriales siempre y cuando no circulen por vías o lugares públicos por sus propios medios.

4. VÍA. De conformidad con lo establecido en la ley 769 de 2002, o la norma que lo modifique, adicione o sustituya, entiéndase por vía toda zona de uso público o privado destinada al tránsito de vehículos, personas y animales.

5. VÍCTIMA. Es toda persona que ha sufrido daño en su salud como consecuencia de un accidente de tránsito.

6. SERVICIOS DE SALUD: Son los servicios médicos, quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios, suministrados a la víctima por un prestador de servicios de salud habilitado, destinados a lograr su estabilización, tratamiento y la rehabilitación de sus secuelas y de las patologías generadas como consecuencia de los mencionados eventos, así como el tratamiento de las complicaciones resultantes de dichos eventos a las patologías que esta traía.

7. INCAPACIDAD PERMANENTE: Se entiende por incapacidad permanente la pérdida no recuperable mediante actividades de rehabilitación, de la función de una o unas partes del cuerpo que produzca la pérdida de su capacidad para desempeñarse laboralmente a la víctima.

13 CLÁUSULA DÉCIMA TERCERA: RÉGIMEN LEGAL

Lo no previsto en este contrato, se rige por lo dispuesto en el artículo 192 y siguientes del estatuto orgánico del sistema financiero, los decretos que lo reglamenten y, las normas que regulan el contrato de seguro en el código de comercio y demás disposiciones concordantes.

Personería de MONTERÍA	GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA
	FORMATO INFORME DE SUPERVISIÓN

CÓDIGO	VERSIÓN	FECHA
GAF-F-05	6	1/04/2024

1. DATOS DEL INFORME

INFORME No.	1	PERIODO A EVALUAR	29/12/2025 A 31/12/2025
CLASE (marcar con una x)		NÚMERO DEL CONTRATO U ORDEN CONTRACTUAL	FECHA DEL CONTRATO
CONTRATO	X	PM-MIC-008-2025	26/12/2025

ORDEN CONTRACTUAL	No. CDP INICIAL	25000151	No. RP INICIAL	25000182
	No. CDP ADICION	N/A	No. RP ADICION	N/A

2. INFORMACIÓN DEL CONTRATO

NOMBRE CONTRATISTA:	PREVISORA S.A COMPAÑÍA DE SEGUROS
NIT / CEDULA DE CIUDADANIA:	860,002,400-2
OBJETO DEL CONTRATO:	CONTRATAR EL SEGURO DE SOAT QUE AMPARE EL VEHÍCULO DE PLACAS IUR-944 DE PROPIEDAD DE LA PERSONERÍA MUNICIPAL DE MONTERÍA
FECHA ACTA DE INICIO:	29/12/2025
FECHA DE TERMINACIÓN:	31/12/2025
DURACIÓN:	Hasta el 31 de diciembre de 2025
TIEMPO DE PRORROGA O MODIFICATORIO	N/A
TIEMPO FINAL DE EJECUCIÓN:	31/12/2025
AVANCE EN TIEMPO:	100,00%
VALOR INICIAL	$ 943.100,00
VALOR REAJUSTE:	N/A
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	$ 943.100,00

3. CUMPLIMIENTO

El contratista viene cumpliendo con las obligaciones estipuladas en el contrato de Minima Cuantia No. PM-MIC-008-2025 cuyo objeto es: CONTRATAR EL SEGURO DE SOAT QUE AMPARE EL VEHÍCULO DE PLACAS IUR-944 DE PROPIEDAD DE LA PERSONERÍA MUNICIPAL DE MONTERÍA . En el periodo comprendido del 29 de diciembre al 31 de diciembre de 2025

OBLIGACIÓN	CUMPLE	NO CUMPLE
OBLIGACION 1) Entrega de el seguro multirriesgo del vehiculo de placas iur-944 de propiedad de esta entidad	ANEXO N° SOAT	

CUMPLIMIENTO DE PARAFISCALES Y/O SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL DEL CONTRATISTA Y/O DE SUS TRABAJADORES DE CONFORMIDAD CON LAS NORMAS VIGENTES DEL ORDEN NACIONAL

PAGOS PARAFISCALES			PAGO SEGURIDAD SOCIAL		IBC	N/A
	SI	NO	ENTIDADES		NUMERO DE PLANILLA	
CAJA DE COMPENSACIÓN		X	SALUD	N/A	91821171	
SENA		X	PENSIÓN	N/A	PERIODO	FECHA PAGO
ICBF		X	ARL	N/A	DICIEMBRE	28/11/2025

NOTA: Es responsabilidad del supervisor verificar el pago de los parafiscales y seguridad social, de acuerdo a lo establecido por ley. En el caso de requerir contractualmente un equipo de trabajo, se debe aportar el listado del personal contratado.

PERSONA JURIDICA REPRESENTANTE LEGAL

	SI	NO		
APORTE DE CERTIFICADO			FECHA	

4. MODIFICACIONES AL CONTRATO

MODIFICACIÓN CONTRACTUAL	NÚMERO	FECHA DE MODIFICACIÓN	TIEMPO DE PRORROGA	VALOR DE LA ADICIÓN	JUSTIFICACIÓN DE LA MODALIDAD CONTRACTUAL

NOMBRE DEL CEDENTE		IDENTIFICACIÓN		VALOR	
NOMBRE DEL CESIONARIO		IDENTIFICACIÓN			

TERMINACIÓN ANTICIPADA	FECHA DE TERMINACIÓN	ACTA DE TERMINACIÓN	SI		FECHA DE TERMINACIÓN ANTICIPADA
			NO		

5. ASPECTO FINANCIERO

FORMA DE PAGO:	El valor del contrato se pagará de la siguiente manear: Un pago final del 100% del valor del contrato una vez sean recibidos satisfactoriamente por el supervisor designado los bienes y servicios contratados, previa presentación de la factura acompañada del informe de ejecución, informe de supervisión y certificado de cumplimiento a entera satisfacción suscrita por el supervisor del contrato			
FORMA DE PAGO ADICION:	N/A			
VALOR DEL CONTRATO:	$ 943.100,00			
VALOR PAGADO:	$ 0			
VALOR EN TRAMITE DE PAGO:	$ 943.100			
SALDO:	$ 0			
VALOR A CANCELAR EN LETRAS Y NÚMEROS DE CONFORMIDAD A ESTE INFORME:	NOVECIENTOS CUARENTA Y TRES MIL CIEN PESOS M/L ($943,100)			
NUEVO SALDO:	$ 0			
RELACIONAR EL NUMERO DE EGRESO DE LOS PAGOS				
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	% AVANCE FISICO	100,00%	% AVANCE FINANCIERO	0,00%

OBSERVACIÓN:			
6. RELACIÓN DE ANEXOS			
DESCRIPCIÓN DE LOS ANEXOS	**MARQUE CON UNA (X) LA FORMA DE PRESENCACIÓN DE LOS ANEXOS QUE HACEN PARTE INTEGRAL DEL INFORME**		
	FÍSICO	**MÁGNETICO**	**OTRO, CUAL?**
ANEXO N° 1 SOAT	**X**		

7. EVALUACIÓN DE PROVEEDOR				
	(Marcar con una x)			
ITEM	EXCELENTE	BUENO	REGULAR	MALO
CALIDAD DEL PRODUCTO	X			
CUMPLIMIENTO EN TIEMPO	X			
CUMPLIMIENTO EN CANTIDAD	X			
CALIDAD DEL SERVICIO	X			
OBSERVACIONES:				

8. DATOS DEL SUPERVISOR	
NOMBRES Y APELLIDOS	DIANA ESTELA CONEO CUADRADO
CARGO:	PROFESIONAL UNIVERSITARIA
FIRMA:	
FECHA DE INFORME:	31/12/2025

Carrera 16 No. 97 – 46 Piso 8 Bogotá D.C. | Sucursales: Cali, Medellín y Barranquilla.
+60 1623 0199 bdo@bdo.com.co www.bdo.com.co

EL SUSCRITO REVISOR FISCAL PRINCIPAL DE LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS

NIT: 860.002.400 - 2

C E R T I F I C A:

1. Para los efectos de esta certificación he obtenido de la Administración de LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS la información necesaria y he seguido los procedimientos aconsejados por las Normas Internacionales de Auditoría.

2. Para los efectos de esta certificación, la Administración es responsable por la correcta preparación de sus registros contables de acuerdo con las Normas de contabilidad y de Información Financiera aceptadas en Colombia.

3. Que, la emisión del dictamen de la revisoría fiscal con respecto a los estados financieros de la Compañía para la vigencia fiscal 2025, se concluirá con la emisión del dictamen de la revisoría fiscal durante el primer trimestre del año 2026.

4. He efectuado los procedimientos de revisión que se detallan a continuación con el propósito de verificar el pago efectuado por la compañía LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS, por concepto de aportes a los sistemas de pensiones, riesgos profesionales, cajas de compensación familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA), durante el periodo de 6 meses comprendido entre el 01 de junio de 2025 y 30 de noviembre de 2025 y a los sistemas de salud del mes durante el periodo de 6 meses comprendido entre el 01 de julio y el 31 de diciembre de 2025.

Mi responsabilidad de acuerdo con lo establecido el artículo 50 de la Ley 789 del 27 de diciembre de 2002, es emitir un informe certificando el cumplimiento de tales obligaciones.

Sin perjuicio de las limitaciones establecidas por las normas legales y contables para el ejercicio de la revisoría fiscal, el alcance de mi trabajo en lo que se refiere a esta certificación se limita únicamente al cruce de los valores incluidos contra los registros contables que me ha suministrado LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS, la información financiera, contable, tributaria y extracontable es responsabilidad de la administración de la compañía.

La presente certificación se expide en Bogotá D.C., por solicitud de la administración de LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS, el dos (02) del mes de diciembre de 2025, con destino a quien interese.

Cordialmente,

VICTOR MANUEL RAMÍREZ VARGAS
Revisor Fiscal
TP No. 151419-T
Miembro de
BDO Audit S.A.S. BIC

BDO en Colombia S.A.S, BIC, BDO Outsourcing S.A.S, BIC, BDO Audit S.A.S, BIC y BDO Shared Services Center S.A.S, BIC, son sociedades por acciones simplificadas colombianas que hacen parte de la red internacional BDO. Son empresas independientes asociadas. Todas estas entidades son miembros de BDO International Limited, una compañía limitada por garantía del Reino Unido.

CO11/3824.05 CO21/962777.00 CO22.06893

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **80124259**

RAMIREZ VARGAS
APELLIDOS

VICTOR MANUEL
NOMBRES

Victor M. Ramirez V.
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **13-AGO-1981**
GIRARDOT
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.75	O+	M
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

05-NOV-1999 SANTAFE DE BOGOTA DC
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR

P-1500115-57082593-M-0080124259-20000715 1108200187A 01 088723191

República de Colombia
Ministerio de Comercio Industria y Turismo

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES
TARJETA PROFESIONAL
DE CONTADOR PUBLICO



151419-T

VICTOR MANUEL
RAMIREZ VARGAS
C.C. 80124259
RESOLUCION INSCRIPCION 204 FECHA 01/07/2010
UNIVERSIDAD JAVERIANA

PRESIDENTE LEONARDO SANCHEZ G.

LEONARDO SANCHEZ GARRIDO 161911

FIRMA DEL TITULAR

76379

Esta tarjeta es el único documento que lo acredita como CONTADOR PUBLICO de acuerdo con lo establecido en la Ley 43 de 1990.
Agradecemos a quien encuentre esta tarjeta devolverla al Ministerio de Comercio Industria y Turismo - Junta Central de Contadores.

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

Certificado No:

0B0988F5F0A77E08

LA REPUBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

CERTIFICA A:
QUIEN INTERESE

Que el contador público **VICTOR MANUEL RAMIREZ VARGAS** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 80124259 de BOGOTA, D.C. (BOGOTA D.C) Y Tarjeta Profesional No 151419-T SI tiene vigente su inscripción en la Junta Central de Contadores y desde la fecha de Inscripción.

NO REGISTRA ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS **********
****
****

Dado en BOGOTA a los 16 días del mes de Octubre de 2025 con vigencia de (3) Meses, contados a partir de la fecha de su expedición.

SANDRA MILENA BARRIOS PULIDO
DIRECTOR GENERAL

ESTE CERTIFICADO DIGITAL TIENE PLENA VALIDEZ DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 2 DE LA LEY 527 DE 1999, DECRETO UNICO REGLAMENTARIO 1074 DE 2015 Y ARTICULO 6 PARAGRAFO 3 DE LA LEY 962 DEL 2005

Para confirmar los datos y veracidad de este certificado, lo puede consultar en la página web www.jcc.gov.co digitando el número del certificado

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	860002400-2	LA PREVISORA S A COMPANIA DE SEGUROS	CL 57 9 07	3485757	novedades.nomina@previsora.gov.co	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	A – Más de 200 cot		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ. D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					786	3
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-12	2025-11	E	28/11/2025	91821171	$1.483.325.000	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
CCFC33	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE SUCRE	901543761-5	39.100	0		0		0	0	0	0	39.100	1
CCFC55	EPS-S Cajacopi	901543211-6	178.000	0		0		0	0	0	0	178.000	1
EPS001	ALIANSALUD EPS S.A.	830113831-0	15.871.700	0		0		0	0	0	0	15.871.700	18
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	25.705.500	0		0		0	0	0	0	25.705.500	80
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	91.619.600	0		0		0	0	0	0	91.619.600	188
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	60.004.400	169,300		0		0	0	0	0	60.173.700	125
EPS010	EPS Sura	800088702-2	69.927.400	166.000		0		0	0	0	0	70.093.400	138
EPS012	Comfenalco Valle EPS	890303093-5	2.897.100	0		0		0	0	0	0	2.897.100	10
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	33.838.000	0		0		0	0	0	0	33.838.000	106
EPS018	Serv. Occ. Salud - EPS	805001157-2	1.915.400	0		0		0	0	0	0	1.915.400	10
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	19.604.200	90.900		0		0	0	0	0	19.695.100	73
EPS040	ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS SAS	900604350-0	178.000	0		0		0	0	0	0	178.000	1
EPS041	NUEVA E.P.S. S.A. MOV	900156264-2	787.600	0		0		0	0	0	0	787.600	6
EPS042	EPS COOSALUD	900226715-3	805.100	0		0		0	0	0	0	805.100	4
EPS046	SALUD MIA EPS	900914254-1	123.400	0		0		0	0	0	0	123.400	1
EPS048	EPS-S Mutual Ser	806008394-7	669.100	0		0		0	0	0	0	669.100	3
EPSC25	Capresoca EPS	891856000-7	123.400	0		0		0	0	0	0	123.400	1
EPSIC3	ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA "A.I.C"	817001773-3	65.100	0		0		0	0	0	0	65.100	1
ESSC07	EPS-S Mutual Ser	806008394-7	253.600	0		0		0	0	0	0	253.600	3
ESSC18	EPS-S Emssanar	901021565-8	303.500	0		0		0	0	0	0	303.500	3
ESSC24	EPS-S Coosalud	900226715-3	767.200	0		0		0	0	0	0	767.200	6
ESSC62	ASMET SALUD EPS SAS	900935126-7	797.300	0		0		0	0	0	0	797.300	7
MIN001	Fondo Sol y Gar Min Salud	901037916-1	421.100	0		0		0	0	0	0	421.100	3

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	81.890.000	0	0	1.415.300	1.415.300	0	0		84.720.600	92
230301	Porvenir	800224808-8	127.734.800	0	0	1.479.100	1.792.300	0	0		131.006.200	169
230901	Skandia Pensiones Obligatorias	800253055-2	12.997.400	0	0	292.800	292.800	0	0		13.583.000	9
231001	Colfondos	800227940-6	31.163.400	0	0	560.100	560.100	0	0		32.283.600	34
25-14	Colpensiones	900336004-7	529.205.000	0	0	10.805.400	13.211.600	0	0		553.222.000	460

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
NI	860002400-2	LA PREVISORA S A COMPANIA DE SEGUROS		CL 57 9 07	3485757	novedades.nomina@previsora.gov.co
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	A – Más de 200 cot			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					786	3
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-12	2025-11	E	28/11/2025	91821171	$1.483.325.000	

TOTALES RIESGOS LABORALES														
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización	Incapacidades		Aportes Otros	Valor Neto	Días	Valor Mora	Subtotal	No. Radicado	Valor Saldo a	Fondo	Total a Pagar	No. Afiliados
			Obligatoria	No. Autorización	Valor	Sistemas	Cotización	Mora	Cotización	Cotización	Saldo a Favor	Favor	Solidaridad		
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	27.145.600				27.145.600	0	0	27.145.600			271.456	27.145.600	786

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF04	Comfama	890900841-9	10.148.500	0	0	10.148.500	44
CCF08	Comfenalco Cartagena	890480023-7	3.712.500	0	0	3.712.500	16
CCF10	Comfaboy	891800213-8	2.868.100	0	0	2.868.100	13
CCF11	Comp Fliar Caldas	890806490-5	2.954.700	0	0	2.954.700	12
CCF13	Comfaca	891190047-2	1.607.300	0	0	1.607.300	6
CCF14	Comfacauca	891500182-0	2.431.300	0	0	2.431.300	10
CCF16	Comfacor	891080005-1	1.822.600	0	0	1.822.600	11
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	150.838.300	0	0	150.838.300	476
CCF29	Caja Fliar Choco	891600091-8	956.500	0	0	956.500	5
CCF30	Caja Fliar La Guajira	892115006-5	1.342.400	0	0	1.342.400	7
CCF32	Comfamiliar Huila	891180008-2	2.539.100	0	0	2.539.100	11
CCF34	Cofrem	892000146-3	2.222.200	0	0	2.222.200	9
CCF35	Caja Fliar Nariño	891280008-1	2.426.800	0	0	2.426.800	13
CCF37	Comfanorte	890500516-3	3.111.100	0	0	3.111.100	10
CCF39	Cajasan	890200106-1	4.358.600	0	0	4.358.600	15
CCF41	Caja Fliar Sucre	892200015-5	1.075.200	0	0	1.075.200	6
CCF43	Comfenalco Quindio	890000381-0	2.754.600	0	0	2.754.600	14
CCF44	Comfamiliar Risaralda	891480000-1	3.000.100	0	0	3.000.100	11
CCF50	Comfenalco	890700148-4	2.881.500	0	0	2.881.500	12
CCF56	Comfenalco Valle	890303093-5	1.786.300	0	0	1.786.300	7
CCF57	Comfamiliar Andi	890303208-5	8.559.200	0	0	8.559.200	40
CCF63	Comfamiliar Putumayo	891200337-8	901.100	0	0	901.100	6
CCF67	Comfiar - Arauca	800219488-4	920.200	0	0	920.200	5
CCF69	Comfacasanare	844003392-8	1.021.100	0	0	1.021.100	5

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	860002400-2	LA PREVISORA S A COMPANIA DE SEGUROS		CL 57 9 07	3485757	novedades.nomina@previsora.gov.co	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	A – Más de 200 cot			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				786	3
					TOTAL A PAGAR	
2025-12	2025-11	E	28/11/2025	91821171	$1.483.325.000	

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
39.121.400	0	0	39.121.400	96
ICBF				
58.682.300	0	0	58.682.300	96
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	23	327.321.000	327.321.000
Pensión	5	814.815.400	814.815.400
Riesgos Laborales	1	27.145.600	27.145.600
CCF	24	216.239.300	216.239.300
ESAP	0	0	0
ICBF	1	58.682.300	58.682.300
MEN	0	0	0
SENA	1	39.121.400	39.121.400
TOTALES	55	1.483.325.000	1.483.325.000

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

Personería de MONTERÍA

ACTA FINAL

Mediante la suscripción de la presente acta, las partes asumen plena responsabilidad por la veracidad de la información en ella contenida.

CONVENIO		**NÚMERO:**	PM-MIC-008-2025	
CONTRATO	X	**FECHA DE SUSCRIPCIÓN:**	26 DE DICIEMBRE DE 2025	
OBJETO: CONTRATAR EL SEGURO DE SOAT QUE AMPARE EL VEHÍCULO DE PLACAS IUR-944 DE PROPIEDAD DE LA PERSONERÍA MUNICIPAL DE MONTERÍA.				
CONTRATANTE	**NOMBRE**	PERSONERÍA MUNICIPAL DE MONTERÍA		
	NIT/C.C	800253846-1		
CONTRATISTA	**NOMBR**	PREVISORA S.A COMPAÑÍA DE SEGUROS		
	NIT/C.C	860,002,400-2		
VALOR	NOVECIENTOS CUARENTA Y TRES MIL CIEN PESOS M/L ($943,100)			
PLAZO	Hasta el 31 de diciembre de 2025			
REGISTRO PRESUPUESTAL	**RP NUMERO**	25000182		
	FECHA DE RP	29 DE DICIEMBRE DE 2025		
FECHA DE APROBACION DE GARANTÍA	N/A			
FECHA DE ACTA DE INCIO	29 DE DICIEMBRE DE 2025			
SUPERVISOR/INTERVENTOR: La Profesional Universitaria con Funciones de Pagador.	**NOMBRE(S) / RAZON SOCIAL**	N.A		
	CONTRATO INTERVENTORIA	N.A		

De conformidad con el plazo establecido en el Contrato No. PM-MIC-008-2025, procede el supervisor y el contratista a suscribir la presente acta final, dejando constancia de la finalización de la ejecución del contrato, cuya fecha de terminación es el 31 de diciembre de 2025.

Para constancia se firma la presente acta a los 31 días del mes de diciembre de 2025.

DIANA ESTELA CONEO CUADRADO
Supervisor

DIANA CAROLINA CABALLERO CONEO
Contratista