FORMULARIO UNICO DE CUENTA DE COBRO PARA LA RECLAMACION DE INDEMNIZACIONES POR EL SEGURO OBLIGATORIO DE ACCIDENTES DE TRANSITO - SOAT o FONSAT A PERSONAS NATURALES

NO DILIGENCIAR LOS ESPACIOS SOMBREADOS

INFORME No. _____

FECHA DE AVISO _____

1 DATOS DE LA PERSONA QUE RECLAMA

1.1 APELLIDOS Y NOMBRES Gonzalez Mina Hugo Edikson 1.2 C.C. 4.662.255 DE Padilla

1.3 DIRECCION Cll 72A #28D-60 Bloque 4 Apto 102 1.4 CIUDAD Cali 1.5 TEL. 4057599 1.6 RELACION VICTIMA Victima

2.1 DATOS DEL ACCIDENTE:

2.2 INFORMACION DEL ACCIDENTADO

APELLIDOS Y NOMBRES Gonzalez Mina Hugo EDAD: AÑOS 30 SEXO: M [X] F [ ] DOCUMENTO IDENTIDAD CC [ ] TI [ ] DE Padilla No. 4662.255

DIRECCION Cll 72A #28D-60 CIUDAD Cali TEL. 4057599

CONDICIONES DEL ACCIDENTADO CONDUCTOR: [ ] OCUPANTE [X] PEATON [ ] FECHA EN CASO DE MUERTE AÑO MES DIA

IDENTIFICACION DEL ACCIDENTE:

LUGAR O DIRECCION DONDE OCURRIO EL ACCIDENTE Cll 10 Cr 86 MUNICIPIO: Cali

ZONA URBANA [X] RURAL [ ] DEPTO. _____ FECHA: AÑO MES DIA 01 04 20 HORA: ___ AM ___ PM INTERVENCION TRANSITO [X] NO

INFORME DEL ACCIDENTE (RELATO BREVE DE LOS HECHOS):

Venia en la moto patrullando y en cruce un bus me atropello

2.3 INFORMACION DEL VEHICULO(S) MARCA Honda PLACA 24-254 TIPO Moto SERVICIO Militar

ASEGURADO: [X] NO NOMBRE COMPAÑIA ASEGURADORA: Liberty Seguros SUCURSAL O AGENCIA Bogota

SUCURSAL ATIENDE SINIESTRO Cali

POLIZA No. A0-07360460- VIGENCIA DESDE: AÑO MES DIA 00 11 22 HASTA: AÑO MES DIA 01 11 22

FONSAT [ ] CARRO FANTASMA [ ] POLIZA: VENCIDA [ ] FALSIFICADA: [ ] SIN: [ ]

HUBO OTROS VEHICULOS INVOLUCRADOS [X] NO CUANTOS: [ ] PLACAS Y POLIZA VBD-036 y WLO21

APELLIDOS Y NOMBRES CONDUCTOR: Gonzalez Mina Hugo DOCUMENTO IDENTIDAD No. DE: 4.662.255

DIRECCION: Cll 72A #28D-60 CIUDAD Cali TEL. 4057599

3. DATOS SOBRE LA ATENCION DEL PACIENTE

3.1 CENTRO ASISTENCIAL O MEDICO: NOMBRE: Fundación Valle del Lili

DIRECCION: Cra 98 #18-49 CIUDAD Cali TEL. 3319090

FECHA DE INGRESO: AÑO MES DIA 01 04 20 EGRESO: AÑO MES DIA ___ HISTORIA CLINICA No. _____

TRATAMIENTO OBSERVACION: [ ] AMBULATORIO: [ ] HOSPITALARIO: [ ] AÑO MES DIA

3.2 REMISION: PACIENTE REMITIDO A: Policlinica

DIRECCION: _____ CIUDAD Cali TEL. _____

4. AMPAROS AFECTADOS

	VALOR RECLAMADO	VALOR INDEMNIZADO
GASTOS MEDICOS, QUIRURGICOS Y HOSPITALARIOS	1.305.704	
INCAPACIDAD PERMANENTE		
MUERTE DE LA VICTIMA		
GASTOS FUNERARIOS		
GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIO DE VICTIMAS		
TOTAL		

Recibido Unicamente para estudio 2001 JUN -1 P5:57

Liberty Seguros S.A. Cali

GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE VICTIMAS

APELLIDOS Y NOMBRES _____ C.C. _____ DE _____

DIRECCION: _____ CIUDAD _____ TEL. _____

TRANSPORTO LA VICTIMA DESDE: _____ HASTA _____

TIPO DE TRANSPORTE [ ] AMBULANCIA [ ] SERVICIO PUBLICO [ ] PARTICULAR [ ] OTRO PLACA No. _____

YO _____ IDENTIFICADO CON C.C. No. _____ DE _____

DECLARO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE LA INFORMACION DILIGENCIADA EN ESTE DOCUMENTO ES CIERTA Y PUEDE SER VERIFICADA POR LA ENTIDAD ASEGURADORA Y/O EL FONSAT, DE NO SER ASI ACEPTO TODAS LAS CONSECUENCIAS LEGALES QUE PRODUZCA ESTA SITUACION, IGUALMENTE AUTORIZO EXPRESAMENTE AL MEDICO O ENTIDAD HOSPITALARIA QUE SUMINISTRE LA INFORMACION NECESARIA SOBRE EL TRATAMIENTO EFECTUADO, LESIONES O INCAPACIDAD.

4.662.255 padilla. c.

FIRMA DE LA PERSONA QUE RECLAMA

(EN CASO DE QUE PRESENTE RECLAMACION POR GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE VICTIMAS). LA ENTIDAD MEDICA CON RAZON SOCIAL _____ CERTIFICA QUE EL SEÑOR _____

0156040-(4)

15 Liberty Seguros SOAT

01 JUN 06 000079

No.STRO 441-12-01-496

AIOR 1.305.704

LIBERTY SEGUROS S.A.
NIT. 860.039.988-0

POLIZA DE SEGURO DE DAÑOS CORPORALES CAUSADOS A LAS PERSONAS EN ACCIDENTES DE TRANSITO

No. 441 0165555 5

FECHA EXPEDICION AÑO	MES	DIA	VIGENCIA DESDE LAS 24 HORAS DEL AÑO	MES	DIA	HASTA LAS 24 HORAS DEL AÑO	MES	DIA
2000	11	22	2000	11	22	2001	06	18

SUCURSAL EXPEDIDORA	CODIGO	CLAVE PRODUCTOR
BOGOTA	12	10037

TOMADOR (APELLIDOS Y NOMBRES): POLICIA NACIONAL DIRECCIO N ADMINISTRATIVA

C.C. ó NIT.	TELEFONO	CIUDAD
8001413975	03159000	SANTAFE DE BOGOTA

DIRECCION: TRANSV. 45 No. 40-11 CAN

INTERMEDIARIO — NOMBRE: AGENTE [ ] AGENCIA [X] CORREDOR [ ] LINPAO Y CIA. LTDA.

PLACA No	MARCA	TIPO VEHICULO	MODELO
24-254	HONDA	XL 185	1997

CLASE VEHICULO	SERVICIO	CILINDRAJE C.C	CODIGO
MOTOCICLETA	Militares/Po	185	34

No. MOTOR	No. CHASIS ó No. SERIE	CAPACIDAD	PASAJEROS
L185SE5445266	5445266	000	002

TARIFA	$ VALOR PRIMA (SIN COMISION)	$ V/R COMISION	$ V/R CONTRIBUCION	VALOR TOTAL
12	42,095		21,047	$ 63,142

FORMA DE PAGO	REEMPLAZA POLIZA No	RECIBO DE CAJA	FECHA DE PAGO AÑO	MES	DIA
	236 / Pocol		2000	11	22

AMPAROS POR VICTIMAS	HASTA
GASTOS MEDICOS QUIRURGICOS, FARMACEUTICOS Y HOSPITALARIOS	500 SALARIOS MINIMOS
INCAPACIDAD PERMANENTE	180 LEGALES
MUERTE DE LA VICTIMA	600 DIARIOS VIGENTES
GASTOS FUNERARIOS	150
GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE VICTIMAS	10

No. 0136040

LIBERTY SEGUROS S.A.
NIT 860.039.988-0

FIRMA AUTORIZADA

Liberty Seguros S.A. Cali
2006 MAY 12 AM 9:33
Recibido Unicamente para estudio

ORDEN DE COMPARENDO NACIONAL

No. 238 - 1764145

PROCEDIMIENTO AG/204 TORIJANO TYGE

MINISTERIO DE TRANSPORTE

1. FECHA Y HORA

AÑO	MES			
01	01	02	03	04
DIA	05	06	07	08
20	09	10	11	12

HORA								MINUTO	
00	01	02	03	04	05	06	07	00	10
08	09	10	11	12	13	14	15	20	30
16	17	18	19	20	21	22	23	40	50

2. LUGAR DE LA INFRACCION
VIA KILOMETRO O SITIO, DIRECCION Y CIUDAD: VL 10 Km 56

3. PLACA (MARQUE LAS LETRAS)

A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	V	W	X	Y	Z
A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	V	W	X	Y	Z
A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	V	W	X	Y	Z

3. PLACA (MARQUE LOS NUMEROS)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9

4. CODIGO DE INFRACCION
Daños y lesiones A/T
VBD 086 - VKL021

5. TIPO DE VEHICULO

AUTOMOVIL		CAMION	
BUS		MICROBUS	
BUSETA		VOLQUETA	
CAMPERO		TRACTOCAMION	
CAMIONETA		MOTOCICLETA	*

6. CLASE DE SERVICIO

DIPLOMATICO		CONSULADO	
PARTICULAR		PUBLICO	

OFICIAL
OTRO *

7. EMPRESA
Policía Nacional

CONDUCTOR

8. LICENCIA DE TRANSITO No.

9. TARJETA DE OPERACION No.

10. DATOS DEL CONDUCTOR
DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CC 4'662'255
CATEGORIA
NOMBRES Y APELLIDOS: Gonzalez Hinestroza
GRUPO SANGUINEO | RESTRICCIONES | VENCE FIN DE
CODIGO DE TRANSITO

11. DATOS DEL AGENTE
APELLIDOS Y NOMBRES: Torres Figueroa Armando
PLACA No. 202
ENTIDAD: S.T.M

NOTA: EL AGENTE DE TRANSITO O DE POLICIA VIAL QUE RECIBA DIRECTA O INDIRECTAMENTE DINERO O DADIVAS PARA RETARDAR U OMITIR ACTO PROPIO DE SU CARGO INCURRIRA EN PRISION SEGUN LO ESTABLECIDO EN EL CODIGO PENAL (CONCUSION COHECHO)

12. OBSERVACIONES

13. INMOVILIZACION
PATIOS
TALLER:
PARQUEADERO:

14. DENTRO DE LOS 3 DIAS SIGUIENTES EL CONDUCTOR DEBERA PRESENTARSE PARA SER ESCUCHADO EN AUDIENCIA PUBLICA EN LA OFICINA DE TRANSITO DE:

15. INFRACCION AL TRANSPORTE: EL INFRACTOR SE PRESENTARA EN: U.S.A.C.A

EL INFRACTOR TIENE DERECHO A NOMBRAR APODERADO SI ASI LO DESEA Y EN LA AUDIENCIA SE PRACTICARAN LAS PRUEBAS QUE SOLICITE

FIRMA DEL AGENTE

FIRMA CONDUCTOR

TESTIGO

JURAMENTO

C.C. No.
DIRECCION

Liberty Seguros S.A.
Miembro del Grupo Liberty Mutual

Bogotá D. C. 27 de Junio de 2006

Señor
HUGO EDINSON GONZALEZ
Calle 72A N°28D-60
Cali-Valle

Objeción. 756

REF.: Reclamación póliza seguro obligatorio 136040
Siniestro 441-12-01-496 Reclamo N° 4

Apreciados señor:
LIBERTY SEGUROS S.A., con base en la documentación presentada para el estudio del siniestro que afecto la póliza de la referencia, correspondiente al vehículo con placas 24-254, les comunica que OBJETA su reclamación, en asentimiento con el accidente de tránsito ocurrido el día 20 de Abril de 2001, en el que resultó lesionado **HUGO EDINSON GONZALEZ MINA.** teniendo en cuenta lo siguiente:

1. Revisada la documentación por ustedes presentada, observamos que la acción que da base a la reclamación, se encuentra prescrita conforme con el precepto contenido en él articulo 1081 del Código de Comercio, aplicable al contrato de seguro que es objeto del pronunciamiento de la presente comunicación, por expresa permisión del articulo 35 del decreto 1032 de 1991.

   En efecto, la norma enunciada prevé que "La prescripción de las acciones que se derivan del contrato de seguro o de las disposiciones que lo rigen podrá ser ordinaria o extraordinaria.

   La prescripción ordinaria será de dos (2) años y empezara a correr desde el momento en que el interesado haya tenido o debido tener conocimiento del hecho que da base a la acción.

   La prescripción extraordinaria será de cinco (5) años, correrá contra toda clase de personas y empezara a contarse desde el momento en que nace el respectivo derecho.

   Estos términos no pueden ser modificados por las partes"

2. Aplicando la citada norma a la reclamación por ustedes presentada se evidencia que han transcurrido mas de dos (2) años contados a partir de la fecha en que ustedes tuvieron conocimiento del oficio **N° NT-0677-2003** por el cual se dictamina la pérdida de capacidad laboral, esto es, 07 de Marzo de 2003 y el día en que presentan la documentación para la atención de la reclamación, esto es, 01 de Junio de 2006, operando en consecuencia la prescripción de la acción que los facultaba para obtener de nuestra parte el reembolso de la respectiva indemnización.

Así las cosas, lo antes expuesto demuestra fehacientemente la improcedencia de la reclamación por usted formulada y por ende la liberación de responsabilidad de nuestra parte para el pago por ustedes reclamado.

Adjunto hacemos devolución del FUSOAT y del original de la factura presentadas para soportar la presente reclamación
Cordialmente,

ELIZABETH ANN BERNOSKE MERINO
DIRECTORA SOAT
Sucursal Cali
Valor $1.305.704
prescripción

756

DIRECCION SOAT

FORMATO PARA OBJECIONES SINIESTROS SOAT

VENCE 01 de julio

FECHA DE SOLICITUD DE OBJECION--------12 junio de 2006

Reclamante **HUGO EDISON GONZALEZ**

Dirección envio Objeción: *CALLE 72A # 28D-60 CALI*

Siniestro **4411201496** ---------- **Poliza.136040** **Vigencia:2000-11-22**

Fecha de Accidente: **2001-04-20-- --------**

Amparo Afectado (Muerte, G.Fun., G.Medicos ,Incapacidad, transporte)

Tipo de Objeción: *(Marque con X)*

a) Póliza Falsa	*f) Auditoría Médica*	*k) Limite Máximo del amparo*
b) Póliza otra compañía	*g) Transporte multiple victimas*	*l) Gastos Funerarios*
c) Póliza fuera de vigencia	*h) Transporte Taxi*	*m)Documentos Falsos*
d) Póliza Anulada	*i) Prescripción X*	*n) Otras*
e) No es Accidente Tránsito	*j) Ocupante otro vehículo*	

Aclaración de la Objeción (Dilingencie de forma cronologia y clara las razones de la objeción)

FECHA DE ACCIDENTE ABRIL 20 DE 2001.
FECHA DE RECIBIDO PARA LA RECLAMACIÓN JUNIO 01 DE 2006--PRESCRIPCION

Firma enfermera indemnizaciones: **MARGARITA GAITAN Q.**

** *Registrar la dirección clara con ciudades y departamentos*

Liberty Seguros S.A.
Miembro del Grupo Liberty Mutual

Bogotá D. C. 27 de Junio de 2006

Señor
HUGO EDINSON GONZALEZ
Calle 72A N°28D-60
Cali-Valle

Objeción. 756

REF.: Reclamación póliza seguro obligatorio 136040
Siniestro 441-12-01-496 Reclamo N° 4

Apreciados señor:
LIBERTY SEGUROS S.A., con base en la documentación presentada para el estudio del siniestro que afecto la póliza de la referencia, correspondiente al vehículo con placas 24-254, les comunica que OBJETA su reclamación, en asentimiento con el accidente de tránsito ocurrido el día 20 de Abril de 2001, en el que resultó lesionado **HUGO EDINSON GONZALEZ MINA**, teniendo en cuenta lo siguiente:

1. Revisada la documentación por ustedes presentada, observamos que la acción que da base a la reclamación, se encuentra prescrita conforme con el precepto contenido en él articulo 1081 del Código de Comercio, aplicable al contrato de seguro que es objeto del pronunciamiento de la presente comunicación, por expresa permisión del articulo 35 del decreto 1032 de 1991.

   En efecto, la norma enunciada prevé que "La prescripción de las acciones que se derivan del contrato de seguro o de las disposiciones que lo rigen podrá ser ordinaria o extraordinaria.

   La prescripción ordinaria será de dos (2) años y empezara a correr desde el momento en que el interesado haya tenido o debido tener conocimiento del hecho que da base a la acción.

   La prescripción extraordinaria será de cinco (5) años, correrá contra toda clase de personas y empezara a contarse desde el momento en que nace el respectivo derecho.

   Estos términos no pueden ser modificados por las partes"

2. Aplicando la citada norma a la reclamación por ustedes presentada se evidencia que han transcurrido mas de dos (2) años contados a partir de la fecha en que ustedes tuvieron conocimiento del oficio **N° NT-0677-2003** por el cual se dictamina la pérdida de capacidad laboral, esto es, 07 de Marzo de 2003 y el día en que presentan la documentación para la atención de la reclamación, esto es. 01 de Junio de 2006, operando en consecuencia la prescripción de la acción que los facultaba para obtener de nuestra parte el reembolso de la respectiva indemnización.

Así las cosas, lo antes expuesto demuestra fehacientemente la improcedencia de la reclamación por usted formulada y por ende la liberación de responsabilidad de nuestra parte para el pago por ustedes reclamado.

Adjunto hacemos devolución del FUSOAT y del original de la factura presentadas para soportar la presente reclamación
Cordialmente,

146277463
Liberty Seguros S.A.
28 JUN 2006
COMUNICACIONES

ELIZABETH ANN BERNOSKE MERINO
DIRECTORA SOAT
Sucursal Cali
Valor $1.305.704
prescripción

Agricola de Seguros
Compañía Agrícola de Seguros S.A.
NIT. 860.002.527-9

POLIZA DE SEGURO DE DAÑOS CORPORALES CAUSADOS A LAS PERSONAS EN ACCIDENTES DE TRANSITO

AT1307 7962091 4

FECHA EXPEDICION			VIGENCIA								
AÑO	MES	DIA		DESDE LAS 24 HORAS AÑO	MES	DIA		HASTA LAS 24 HORAS AÑO	MES	DIA
2001	06	16	DEL	2001	06	17	DEL	2002	06	17

SUCURSAL EXPEDIDORA	CODIGO	CLAVE PRODUCTOR
OFICINA AVENIDA CHILE	1020	82066

TOMADOR (APELLIDOS Y NOMBRES): POLICIA NACIONAL .

C.C. ó NIT.	TELEFONO	CIUDAD
8001413975	3159247	SANTAFE DE BOG

DIRECCION: TRANSV. 45 No. 40 - 11

INTERMEDIARIO: AGENTE [ ] AGENCIA [ ] CORREDOR [ ] NOMBRE: I.F. SOAT

PLACA No.	MARCA	TIPO VEHICULO	MODELO
24-236	HONDA	MOTOCICLETA	1997

CLASE VEHICULO	SERVICIO	CILINDRAJE C.C.	CODIGO
MOTOS	OFICIAL	185	1

No. MOTOR	No. CHASIS ó No. SERIE	CAPACIDAD	PASAJEROS
L185SE-54456	545660	00	1

TARIFA	$ VALOR PRIMA (SIN COMISION)	$ V/R COMISION	$ V/R CONTRIBUCION	VALOR TOTAL
11	61.000	0	30.500	$ 91.500

FORMA DE PAGO	REEMPLAZA POLIZA No.	RECIBO DE CAJA	FECHA DE PAGO AÑO	MES	DIA
	0036				

AMPAROS POR VICTIMAS	HASTA
A. GASTOS MEDICOS QUIRURGICOS, FARMACEUTICOS Y HOSPITALARIOS	500 SALARIOS MINIMOS
B. INCAPACIDAD PERMANENTE	180 LEGALES
C. MUERTE DE LA VICTIMA	600 DIARIOS VIGENTES
D. GASTOS FUNERARIOS	150
E. GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE VICTIMAS	10

102079620910 1

FIRMA AUTORIZADA

Cita lunes 30-2017
10:20 am.
Pasodoble cali

Aseguradora Solidaria de Colombia
NIT. 860.524.654-6

ORDEN DE EXAMEN MÉDICO

Ciudad y fecha de la orden: Cali — Día 30 Mes 10 Año 17

Señores: Mauricio Osorio

Dirección IPS: Ed Coomeva 4piso Cons 36 — Teléfono IPS: 5240630

La presente tiene como objeto que le sean efectuados los exámenes médicos señalados al señor(a): Edilson Gonzalez

quien debe identificarse con C.C. No. 4662255 de Padilla

Por favor practicarse la totalidad de los siguientes exámenes:

	Si	No		Si	No
Informe médico	/		Creatinina		
Análisis de Orina (completo)			Triglicéridos		
Glicemia			Ácido Úrico		
Cuadro Hemático			Prueba de H.I.V. (Elisa)		
Colesterol			Transaminasas (TGO - TGP)		
			Electrocardiograma		

Razón del examen médico:

- Por patología (indique cual)
- Por monto (indicar) $ 5'000.000 — Por edad (indicar) Años

Firma autorizada Aseguradora solidaria de Colombia

Tomador (Entidad crediticia): BANCO GNB SUDAMERIS

Agencia: SEAS DIRECTA LICITACIONES - BANCO GNB SUDAMERIS — Código 843

Manuela Betancur

Nombre y Firma Asesor Comercial

cel 3045528596

Nota para la IPS:
Favor entregar los examenes a la Agencia de Aseguradora Solidaria de Colombia que corresponda con copia de la presente orden.
La cuenta de cobro de los exámenes debe presentarse a Aseguradora Solidaria de Colombia adjuntando el original de esta orden.
ESTA ORDEN TIENE UNA VIGENCIA DE TREINTA (30) DIAS A PARTIR DE LA FECHA DE ORDEN.

DANE
INFORMACIÓN PARA TODOS

El futuro es de todos

Total, Indice de Precios al Consumidor (IPC)

Índices - Serie de empalme
2003 - 2019

Base Diciembre de 2018 = 100,00

Mes	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Enero	50,42	53,54	56,45	59,02	61,80	65,51	70,21	71,69	74,12	76,75	78,28	79,95	83,00	89,19	94,07	97,53	100,60
Febrero	50,98	54,18	57,02	59,41	62,53	66,50	70,80	72,28	74,57	77,22	78,63	80,45	83,96	90,33	95,01	98,22	101,18
Marzo	51,51	54,71	57,46	59,83	63,29	67,04	71,15	72,46	74,77	77,31	78,79	80,77	84,45	91,18	95,46	98,45	101,62
Abril	52,10	54,96	57,72	60,09	63,85	67,51	71,38	72,79	74,86	77,42	78,99	81,14	84,90	91,63	95,91	98,91	102,12
Mayo	52,36	55,17	57,95	60,29	64,05	68,14	71,39	72,87	75,07	77,66	79,21	81,53	85,12	92,10	96,12	99,16	102,44
Junio	52,33	55,51	58,18	60,48	64,12	68,73	71,35	72,95	75,31	77,72	79,39	81,61	85,21	92,54	96,23	99,31	102,71
Julio	52,26	55,49	58,21	60,73	64,23	69,06	71,32	72,92	75,42	77,70	79,43	81,73	85,37	93,02	96,18	99,18	102,94
Agosto	52,42	55,51	58,21	60,96	64,14	69,19	71,35	73,00	75,39	77,73	79,50	81,90	85,78	92,73	96,32	99,30	103,03
Septiembre	52,53	55,67	58,46	61,14	64,20	69,06	71,28	72,90	75,62	77,96	79,73	82,01	86,39	92,68	96,36	99,47	
Octubre	52,56	55,66	58,60	61,05	64,20	69,30	71,19	72,84	75,77	78,08	79,52	82,14	86,98	92,62	96,37	99,59	
Noviembre	52,75	55,82	58,66	61,19	64,51	69,49	71,14	72,98	75,87	77,98	79,35	82,25	87,51	92,73	96,55	99,70	
Diciembre	53,07	55,99	58,70	61,33	64,82	69,80	71,20	73,45	76,19	78,05	79,56	82,47	88,05	93,11	96,92	100,00	

Fuente: DANE.

Nota: La diferencia en la suma de las variables, obedece al sistema de aproximación y redondeo

Actualizado el 05 de septiembre de 2019