

23047



INFORME POLICIAL DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO No. C- 000952300

1. ORGANISMO DE TRÁNSITO		2. GRAVEDAD		3. LUGAR O COORDENADAS GEOGRÁFICAS		3.1 LOCALIDAD O COMUNA	
		CON MUERTOS <input checked="" type="checkbox"/> CON HERIDOS <input type="checkbox"/> SOLO DAÑOS <input type="checkbox"/>		Trómpo Ural Barbo Moravia Km 43+250 VÍA Y KILOMETRO O SITIO, DIRECCIÓN Y CIUDAD		Lat. 01° 29' 1" N Long. 77° 16' 59" O Peno 159	
4. FECHA Y HORA		5. CLASE DE ACCIDENTE		5.1. CHOQUE CON		5.2. OBJETO FIJO	
19082019 0620 FECHA Y HORA DE OCURRENCIA 19082019 0835 FECHA Y HORA DE LEVANTAMIENTO		CHOQUE <input checked="" type="checkbox"/> CAÍDA OCUPANTE <input type="checkbox"/> 4 ATROPELLO <input type="checkbox"/> INCENDIO <input type="checkbox"/> 5 VOLCAMIENTO <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> 6		VEHICULO <input type="checkbox"/> 1 TREN <input type="checkbox"/> 2 SEMOVIENTE <input type="checkbox"/> 3 OBJETO FIJO <input checked="" type="checkbox"/>		MURO <input type="checkbox"/> 1 POSTE <input type="checkbox"/> 2 ARBOL <input type="checkbox"/> 3 BARRANDA <input checked="" type="checkbox"/> 4 VALLA, SEÑAL <input type="checkbox"/> 5 TARIJA, CASETA <input type="checkbox"/> 6 VEHICULO ESTACIONADO <input type="checkbox"/> 7 OTRO <input type="checkbox"/> 8	
6. CARACTERÍSTICAS DEL LUGAR							
6.1. ÁREA		6.2. SECTOR		6.3. ZONA		6.4. DISEÑO	
RURAL <input type="checkbox"/> NACIONAL <input type="checkbox"/> DEPARTAMENTAL <input type="checkbox"/> MUNICIPAL <input type="checkbox"/> URBANA <input type="checkbox"/>		RESIDENCIAL <input type="checkbox"/> INDUSTRIAL <input type="checkbox"/> COMERCIAL <input type="checkbox"/>		ESCOLAR <input type="checkbox"/> TURISTICA <input type="checkbox"/> MILITAR <input type="checkbox"/>		PASO A NIVEL <input checked="" type="checkbox"/> INTERSECCIÓN <input type="checkbox"/> LOTE O PREDIO <input type="checkbox"/>	
7. CARACTERÍSTICAS DE LAS VÍAS							
7.1. GEOMÉTRICAS		7.2. UTILIZACIÓN		7.3. CALZADAS		7.4. CARRILES	
A. RECTA <input checked="" type="checkbox"/> B. PLANO <input checked="" type="checkbox"/> C. BAHÍA DE EST. CON ANGEN CON BERM <input type="checkbox"/> UN SENTIDO <input type="checkbox"/> DOBLE SENTIDO <input checked="" type="checkbox"/> REVERSIBLE <input type="checkbox"/> CONTRAFUJO <input type="checkbox"/> CICLOVIA <input type="checkbox"/> UNA <input checked="" type="checkbox"/> DOS <input type="checkbox"/> TRES O MÁS <input type="checkbox"/> VARIABLE <input type="checkbox"/>		7.5. SUPERFICIE DE RODADURA <input checked="" type="checkbox"/> ASFALTO <input type="checkbox"/> AFIRMADO <input type="checkbox"/> ADOPIN <input type="checkbox"/> EMPEDRADO <input type="checkbox"/> CONCRETO <input type="checkbox"/> TIERRA <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>		7.6. ESTADO <input checked="" type="checkbox"/> BUENO <input type="checkbox"/> CON HUECOS <input type="checkbox"/> DERRUMBES <input type="checkbox"/> EN REPARACIÓN <input type="checkbox"/> HUNDIMIENTO <input type="checkbox"/> INUNDADA <input type="checkbox"/> RIZADA <input type="checkbox"/> FISURADA <input type="checkbox"/> 7.7. CONDICIONES <input checked="" type="checkbox"/> ACEITE <input type="checkbox"/> HUMEDA <input type="checkbox"/> LODO <input type="checkbox"/> ALCANTARILLA DESTAPADA <input type="checkbox"/>		MATERIAL ORGANICO <input type="checkbox"/> MATERIAL SUELO <input type="checkbox"/> SECA <input type="checkbox"/> OTRA <input type="checkbox"/> 7.8. ILUMINACIÓN ARTIFICIAL <input type="checkbox"/> A. CON BUENA MALA <input type="checkbox"/> B. SIN <input checked="" type="checkbox"/> 7.9. CONTROLES DE TRÁNSITO <input type="checkbox"/> A. AGENTE DE TRÁNSITO <input type="checkbox"/> B. SEMAFORO <input type="checkbox"/> OPERANDO <input type="checkbox"/> INTERMITENTE <input type="checkbox"/> CON DAÑOS <input type="checkbox"/> APAGADO <input type="checkbox"/> OCULTO <input type="checkbox"/> C. SEÑALES VERTICALES <input type="checkbox"/> PARE <input type="checkbox"/> CEDA EL PASO <input type="checkbox"/> NO GIRE <input type="checkbox"/> SENTIDO VIAL <input type="checkbox"/> NO ADELANTAR <input type="checkbox"/> VELOCIDAD MÁXIMA <input type="checkbox"/> OTRA <input type="checkbox"/> NINGUNA <input type="checkbox"/>	
8. CONDUCTORES, VEHÍCULOS Y PROPIETARIOS							
8.1 CONDUCTOR		8.2 VEHICULO		8.3 VEHICULO		8.4 DESCRIPCIÓN DAÑOS MATERIALES DEL VEHICULO	
APELLIDOS Y NOMBRES: Figueoa Jimenez Uriel Mauricio D.O.C. 18145109 CIUDAD: Bogotá TELÉFONO: 3148315821 SE PRACTICÓ EXAMEN: SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		IDENTIFICACIÓN No.: 18145109 NACIONALIDAD: Colombiana FECHA DE NACIMIENTO: 09/06/72 SEXO: F GRAVEDAD: MUERTO <input checked="" type="checkbox"/> HERIDO <input type="checkbox"/> AUTORIZÓ EMBRIAGUEZ: SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> POS: POS <input checked="" type="checkbox"/> NEG <input type="checkbox"/> S. PSICOACTIVAS: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		PLACA: 1012B PLACA REMOLQUE/SEMI: NACIONALIDAD: COLOMBIANA <input checked="" type="checkbox"/> EXTRANJERO <input type="checkbox"/> MARCA: Chevrolet LÍNEA: LV 150 B COLOR: Verde MODELO: 2011 CARROCERÍA: Cerrada TON.: 41 PASAJEROS: 1001274889 LICENCIA DE TRANS. No.: EMPRESA: Transportadores del país S.A. NIT.: 8912006451 REV. TEC. MEC. <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> No. 37336333 CANTIDAD ACOMPAÑANTES O PASAJEROS EN EL MOMENTO DEL ACCIDENTE: PORTA LICENCIA: <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 18145109 CATEGORÍA: C2 RESTRICCIÓN: EXP: VEN: 16/10/21 CÓDIGO OF. TRÁNSITO: 52480 (Marin) CHALECO: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> CASCO: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> CINTURÓN: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		HOSPITAL, CLÍNICA O SITIO DE ATENCIÓN: Traumatología DESCRIPCIÓN DE LESIONES: herida ojo derecho, Politraumatismo Brazo izquierdo Torax y cadera.	
8.5. MODALIDAD DE TRANS.							
8.6. RADIO DE ACCIÓN		8.7. FALLAS EN:		8.8. RADIO DE ACCIÓN		8.9. LUGAR DE IMPACTO	
NACIONAL <input checked="" type="checkbox"/> MUNICIPAL <input type="checkbox"/>		FRENOS <input type="checkbox"/> DIRECCIÓN <input type="checkbox"/> LUCES <input type="checkbox"/> BOCINA <input type="checkbox"/> LLANTAS <input type="checkbox"/> SUSPENSIÓN <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>		COLECTIVO <input type="checkbox"/> INDIVIDUAL <input checked="" type="checkbox"/> MASIVO <input type="checkbox"/> ESPECIAL TURISMO <input type="checkbox"/> ESPECIAL ESCOLAR <input type="checkbox"/> ESPECIAL ASALARIADO <input type="checkbox"/> ESPECIAL OCASIONAL <input type="checkbox"/>		8.9. LUGAR DE IMPACTO: FRONTAL <input type="checkbox"/> LATERAL <input type="checkbox"/> POSTERIOR <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>	

ORIGINAL: AUTORIDAD COMPETENTE

22803

000952300

8. CONDUCTORES, VEHÍCULOS Y PROPIETARIOS									
8.1 CONDUCTOR		APELLIDOS Y NOMBRES		DOC	IDENTIFICACIÓN No.	NACIONALIDAD	FECHA DE NACIMIENTO	SEXO	GRAVEDAD
							DÍA MES AÑO	M F	MUERTO HERIDO
DIRECCIÓN DE DOMICILIO				CIUDAD		TELÉFONO	SE PRACTICÓ EXAMEN		
							SI NO		
PORTA LICENCIA				LICENCIA DE CONDUCCIÓN No.		CATEGORÍA	RESTRICCIÓN	EXP	VEN
SI NO									
HOSPITAL, CLÍNICA O SITIO DE ATENCIÓN				DESCRIPCIÓN DE LESIONES					
8.2 VEHÍCULO									
PLACA	PLACA REMOLQUE / SEMI	NACIONALIDAD	MARCA	LÍNEA	COLOR	MODELO	CARROCERÍA	TON.	PASAJEROS
		COLOMBIANO EXTRANJERO							
EMPRESA			MATRICULADO EN:		INMOBILIZADO EN:		TARJETA DE REGISTRO No.		
NIT.							A DISPOSICIÓN DE:		
REV. TEC. MEC.			SI NO		No.		CANTIDAD ACOMPAÑANTES O PASAJEROS EN EL MOMENTO DEL ACCIDENTE		
PORTA SOAT			PÓLIZA No.		ASEGURADORA		VENCIMIENTO		
SI NO							DÍA MES AÑO		
PORTA SEG. RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL			SI NO		VENCIMIENTO		PORTA SEG. RESP. EXTRA CONTRACTUAL		
No.			ASEGURADORA		DÍA MES AÑO		No.		
							DÍA MES AÑO		
PROPIETARIO									
MISMO CONDUCTOR		APELLIDOS Y NOMBRES		DOC	IDENTIFICACIÓN No.				
SI NO									
8.3. CLASE VEHÍCULO									
AUTOMÓVIL <input type="checkbox"/> M. AGRICOLA <input type="checkbox"/> M. INDUSTRIAL <input type="checkbox"/> PÚBLICO <input type="checkbox"/> PASAJEROS <input type="checkbox"/> COLECTIVO <input type="checkbox"/> INDIVIDUAL <input type="checkbox"/>									
BUS <input type="checkbox"/> M. INDUSTRIAL <input type="checkbox"/> PÚBLICO <input type="checkbox"/> PASAJEROS <input type="checkbox"/> MASIVO <input type="checkbox"/>									
BUSETA <input type="checkbox"/> MOTOCARRO <input type="checkbox"/> DIPLOMÁTICO <input type="checkbox"/> ESPECIAL TURISMO <input type="checkbox"/>									
CAMIÓN <input type="checkbox"/> MOTOCICLO <input type="checkbox"/> 8.5. MODALIDAD DE TRANS. <input type="checkbox"/> ESPECIAL ESCOLAR <input type="checkbox"/>									
CAMIONETA <input type="checkbox"/> TRACCIÓN ANIMAL <input type="checkbox"/> MIXTO <input type="checkbox"/> ESPECIAL ASALARIADO <input type="checkbox"/>									
CAMPERO <input type="checkbox"/> MOTOCICLO <input type="checkbox"/> CARGA <input type="checkbox"/> ESPECIAL OCASIONAL <input type="checkbox"/>									
MICROBUS <input type="checkbox"/> CUATRIMOTO <input type="checkbox"/> EXTRADIMENSIONADA <input type="checkbox"/> 8.6. RADIO DE ACCIÓN <input type="checkbox"/>									
TRACTOCAMIÓN <input type="checkbox"/> REMOLQUE <input type="checkbox"/> EXTRAPESADA <input type="checkbox"/> NACIONAL <input type="checkbox"/>									
VOLQUETA <input type="checkbox"/> SEMI-REMOLQUE <input type="checkbox"/> MERCANCÍA PELIGROSA <input type="checkbox"/> MUNICIPAL <input type="checkbox"/>									
MOTOCICLETA <input type="checkbox"/>									
- CLASE DE MERCANCÍA <input type="checkbox"/>									
8.7. FALLAS EN: FRENSOS <input type="checkbox"/> DIRECCIÓN <input type="checkbox"/> LUCES <input type="checkbox"/> BOCINA <input type="checkbox"/> LLANTAS <input type="checkbox"/> SUSPENSIÓN <input type="checkbox"/> OTRA <input type="checkbox"/>									
8.9. LUGAR DE IMPACTO									
FRONTAL <input type="checkbox"/> LATERAL <input type="checkbox"/> POSTERIOR <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/>									
9. VÍCTIMAS: PASAJEROS, ACOMPAÑANTES O PEATONES No. 1 DEL VEHÍCULO No. 1									
APELLIDOS Y NOMBRES		DOC	IDENTIFICACIÓN No.	NACIONALIDAD	FECHA DE NACIMIENTO	SEXO	9.1. DETALLES DE LA VÍCTIMA		
Masquera Perilla Jose Arlesp		cc	94325313	Colombiano	13 02 78	M F	CONDICIÓN		
DIRECCIÓN DE DOMICILIO		CIUDAD		TELÉFONO			CASCO		
Calle 7 CS B 39 El Placer		Cento Valle		314471412			PASAJERO <input checked="" type="checkbox"/>		
HOSPITAL, CLÍNICA O SITIO DE ATENCIÓN		SE PRACTICÓ EXAMEN		SI NO	GRADO		ACOMPAÑANTE		
		AUTORIZO		SI NO	EMBRIAGUEZ		GRAVEDAD		
		POS		SI NO	NEG		MUERTO <input checked="" type="checkbox"/>		
							HERIDO <input type="checkbox"/>		
DESCRIPCIÓN DE LESIONES		Deformidad antebrazo, lesión area parietal derecha							
10. TOTAL VÍCTIMAS: PEATÓN <input type="checkbox"/> ACOMPAÑANTE <input type="checkbox"/> PASAJERO 8 CONDUCTOR 1 TOTAL HERIDOS 9 MUERTOS 1									
11. HIPÓTESIS DEL ACCIDENTE DE TRÁNSITO									
DEL CONDUCTOR		DEL VEHÍCULO		DEL PEATÓN					
118		2012							
OTRA		ESPECIFICAR ¿CUÁL?:							
12. TESTIGOS									
APELLIDOS Y NOMBRES		DOC.	IDENTIFICACIÓN No.	DIRECCIÓN Y CIUDAD		TELÉFONO			
APELLIDOS Y NOMBRES		DOC.	IDENTIFICACIÓN No.	DIRECCIÓN Y CIUDAD		TELÉFONO			
APELLIDOS Y NOMBRES		DOC.	IDENTIFICACIÓN No.	DIRECCIÓN Y CIUDAD		TELÉFONO			
13. OBSERVACIONES									
Urgencia Poliza 010919 Responsabilidad civil									
codigo hipotesis 118 Fallo de Mantenimiento mecanico,									
codigo hipotesis 202 Fallos en los frenos									
14. ANEXOS									
ANEXO 1 (Conductores, Vehículos)		ANEXO 2 (víctimas, peatones o pasajeros)		OTROS ANEXOS (Fotos y videos)					
		<input checked="" type="checkbox"/>							
15. DATOS DE QUIEN CONOCE EL ACCIDENTE									
Nombre	APELLIDOS Y NOMBRES		DOC.	IDENTIFICACIÓN No.	PLACA	CANTIDAD	Firma		
Pi	Cruz Mongui Edwin Quintero		cc	103120749092529	Falta	1	Edwin Cruz		
16. CORRESPONDIO									
NÚMERO ÚNICO DE INVESTIGACIÓN		Día	Mes	Ent.	U. receptora	Año	Consecutivo		
52001600049/201901415									

ORIGINAL: AUTORIDAD COMPETENTE

VIGILADO
SUPERTRANSPORTE

FIRMA DE CONFORMIDAD CON EL INFORME, CONDUCTORES INVOLUCRADOS

FIRMA CONDUCTOR, VÍCTIMA O TESTIGO C.C.

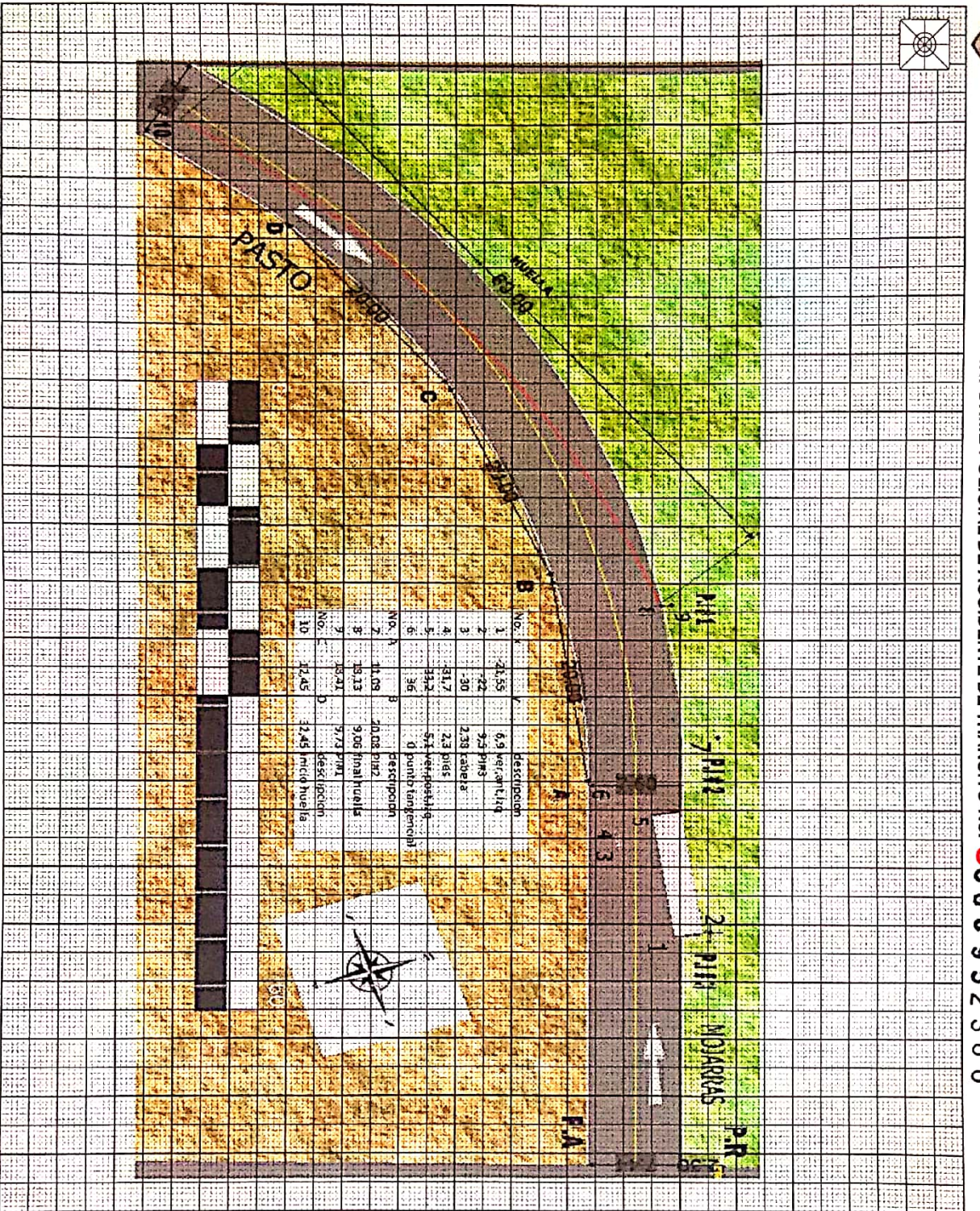
FIRMA CONDUCTOR, VÍCTIMA O TESTIGO C.C.

TODA PERSONA HERIDA SE NOTIFICA DE LOS DERECHOS CONFORME AL CÓDIGO DE PROCEDIMIENTO PENAL.

Chavez DAIRIO F. 19/08/2019



17. CROQUIS (BOSQUEJO TOPOGRÁFICO)
INFORME POLICIAL DE ACCIDENTE DE TRÁNSITO No. **C000952300**



PUNTO DE REFERENCIA		P	R
TABLA DE MEDIDAS		IDENTIFICACIÓN DEL PUNTO	
No.	"X" o "Y"	"Y" o "B"	IDENTIFICACIÓN DEL PUNTO
1	-2,5	6,9	Ver Ant I 29
2	-22	9,5	PI #3
3	-30	2,38	Cabeza
4	-31,7	2,3	PI #5
5	-32	5,1	Ver Post I 29
6	-36	6	Punto largado
7	A	B	
8	11,09	2,8	PI #2
9	18,13	9,06	Inicio huella
10	18,41	9,33	PI #1
11	C	D	
12	13,45	3,28	Inicio huella
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			

FIRMA CONDUCTOR, VÍCTIMA O TESTIGO C.C. *CHOCARRO F. GONZALEZ*

LONG. HUELLAS	
No.	METROS CM TIPO DE HUELLA
1	6000

15. DATOS DE QUIEN CONOCE EL ACCIDENTE

GRADO	APellidos y Nombres	DOC. IDENTIFICACIÓN No.	PLACA	ENTIDAD	FIRMA
PT	Gonzalez Edwin Cárdenas	CC 103112099	99299	1001	Edwin Cruz

Long.	27° 16' 59" 0
Lat.	01° 29' 1" N.
ESCALA:	
PLANO:	
VISTA:	

RADIO	VIA 1	VIA 2
PERALTE		
PENDIENTE		

16. CORRESPONDIO

NÚMERO ÚNICO DE INVESTIGACIÓN	Dpto.	Mu/plo.	Ent.	U. receptora	Año	Consecutivo
520016000991201901415						

ORIGINAL: AUTORIDAD COMPETENTE

9. VICTIMAS: PASAJEROS, ACOMPAÑANTES O PEATONES										No. <input type="text"/>		DEL VEHICULO No. <input type="text"/>		NACIONALIDAD		FECHA DE HACIMIENTO			SEXO									
APELLIDOS Y NOMBRES										DTC.		IDENTIFICACION No.				DIA			MES			AÑO		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F				
Pardo Montalvo Yari Catherine										CC		11 44 026 718		Ecuatoriana														
DIRECCION DE DOMICILIO												CIUDAD		TELEFONO														
HOSPITAL, CLINICA O SITIO DE ATENCION										SE PRACTICÓ EXAMEN		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>							CINTURÓN			CONDICION						
Traumedical										AUTORIZO		EMBRIGUEZ		GRADO		S PSICOACTIVAS			CASCO			PEATÓN						
DESCRIPCION DE LESIONES										SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		POS <input type="checkbox"/> NEG <input type="checkbox"/>				SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			PASAJERO <input checked="" type="checkbox"/>						
																				ACOMPAÑANTE								
																							GRAVEDAD					
																							MUERTO			<input checked="" type="checkbox"/>		
																							HERIDO			<input checked="" type="checkbox"/>		

9. VÍCTIMAS: PASAJEROS, ACOMPAÑANTES O PEATONES		No. <input type="text"/>		DEL VEHÍCULO No. <input type="text"/>		NACIONALIDAD		FECHA DE NACIMIENTO		SEXO	
APELLIDOS Y NOMBRES		DOC.		IDENTIFICACIÓN No.				DÍA MES AÑO		<input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> F	
Dominguez Moreno Oscar Efrén		CC		9455 6041		Colombiana		12 10 85			
DIRECCIÓN DEL VEHÍCULO		CIUDAD		TELÉFONO		CINTURÓN		B.1. DETALLES DE LA VÍCTIMA			
Car 1 F # 72-73		Cali		3136970604		<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		CONDICIÓN			
HOSPITAL, CLÍNICA O SITIO DE ATENCIÓN		SE PRÁCTICO EXAMEN		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		CASCO		PEATÓN <input type="checkbox"/>			
Triquimedica		AUTORIZO		EMBRIGUEZ		GRADO		S PSICOACTIVAS		PASAJERO <input checked="" type="checkbox"/>	
DESCRIPCIÓN DE LESIONES		<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		POS <input type="checkbox"/> NEG <input type="checkbox"/>		<input type="text"/>		<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		ACOMPAÑANTE <input type="checkbox"/>	
Politraumatismo, torox y area infraescapular								<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		GRAVEDAD	
								<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO		MUERTO <input type="checkbox"/>	
								<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO		HERIDO <input checked="" type="checkbox"/>	

9. VÍCTIMAS: PASAJEROS, ACOMPAÑANTES O PEATONES		No. <input type="text"/>	DEL VEHÍCULO No. <input type="text"/>							
APELLIDOS Y NOMBRES		ROC.	IDENTIFICACIÓN No.		NACIONALIDAD		FECHA DE NACIMIENTO		SEXO	
Hamandey GueGue Anilli Loreny		CC	1036672085		Colombiana		12/04/95		M	
DIRECCIÓN DE DOMICILIO		CIUDAD		TELÉFONO		CINTURÓN		8.1. DETALLES DE LA VÍCTIMA		
39 calle 2da 12870		Bella		313299986		SI NO		CONDICIÓN		
HOSPITAL, CLÍNICA O SITIO DE ATENCIÓN		SE PRÁCTICO EXAMEN		SI NO		CASCO		PEATÓN		
Clínica Valle de Atriz		AUTORIZO		EMBRIGUEZ		GRADO		PASAJERO		
DESCRIPCIÓN DE LESIONES		SI NO		POS. NEG		S. PSICOACTIVAS		ACOMPAÑANTE		
Politraumatismo, extremidades inferiores y superiores		SI NO		SI NO		SI NO		GRAVEDAD		
		SI NO		SI NO		SI NO		MUERTO		
		SI NO		SI NO		SI NO		HERIDO		

9. VICTIMAS: PASAJEROS, ACOMPAÑANTES O PEATONES		No. <input type="checkbox"/>	DEL VEHICULO No. <input checked="" type="checkbox"/>		NACIONALIDAD		FECHA DE NACIMIENTO		SEXO	
APELLIDOS Y NOMBRES					DOC.	IDENTIFICACION No.	PAIS	AÑOS	M	
Anastatal Moncada Lina Marcela					CC	1015407576	Colombiano	04	09	05
DIRECCION DE DOMICILIO					CIUDAD		TELÉFONO		A.1. DETALLES DE LA VICTIMA	
H- 14 casa B Gilberto Paez					Bogotá D.C.		2411535		CONDICION	
HOSPITAL, CLINICA O SITIO DE ATENCION					SE PRACTICO EXAMEN		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		CINTURON	
Traumático					AUTORIZO		EMBRIGUEZ		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
DESCRIPCION DE LESIONES					POS <input type="checkbox"/> NEG <input type="checkbox"/>		GRADO		CASCO	
Fractura Brazo derecho y Polidraumatismo					SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		PSICOACTIVAS		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Torax, encorvaciones rostro					SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		CHALECO	
					SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		GRAVEDAD	
					SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		MUERTO	
					SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		HERIDO	

[illegible]

9. VICTIMAS: PASAJEROS, ACOMPAÑANTES O PEATONES				No.	DEL VEHICULO No.		NACIONALIDAD		FECHA DE NACIMIENTO		SEXO		
APELLIDOS Y NOMBRES				DOC.	IDENTIFICACION No.				DIA		MES AÑO		
Moncacho Gomez Daniel Octavio				CE	13899683-2		Chileno				<input checked="" type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> F		
DIRECCION DE DOMICILIO				CIUDAD		TELEFONO						8.1. DETALLES DE LA VICTIMA	
												CONDICION	
HOSPITAL, CLINICA O SITIO DE ATENCION				SE PRACTICO EXAMEN		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		CINTURON		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		PEATON <input type="checkbox"/>	
Traumático				AUTORIZO		EMBRIGUEZ		GRADO		S PSICOACTIVAS		PASAJERO <input checked="" type="checkbox"/>	
DESCRIPCION DE LESIONES				SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		POS <input type="checkbox"/> NEG <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		ACOMPAÑANTE <input type="checkbox"/>	
												GRAVEDAD	
												MUERTO <input type="checkbox"/>	
												HERIDO <input checked="" type="checkbox"/>	

		SI	NO
13. OBSERVACIONES			

15. DATOS DE QUIEN CONOCE EL ACCIDENTE						
PAIS	APELLIDOS Y NOMBRES	DOC.	IDENTIFICACION No	PLACA	ENTIDAD	FIRMA
PI	Cruz Morga Edwin Curdio	CC	103120799	0012524	Panamá	Edwin Cruz

16. CORRESPONDIO	520016000491201901915					
NÚMERO ÚNICO DE INVESTIGACIÓN	Dto.	Mu/plo.	Ent.	U. receptora	Año	Consultivo

- ORIGINAL: AUTORIDAD COMPETENTE -





ANEXO No. 2
VÍCTIMAS: PASAJEROS, ACOMPAÑANTES O PEATONES

FORMATO ANEXO AL INFORME DE ACCIDENTES FORMULARIO 9152300



9. VÍCTIMAS: PASAJEROS, ACOMPAÑANTES O PEATONES		No.	DEL VEHÍCULO No.	NACIONALIDAD	FECHA DE NACIMIENTO	SEXO
APELLIDOS Y NOMBRES		DOC.	IDENTIFICACIÓN No.		DÍA MES AÑO	M F
Mayra Nogues Harold Estiven		cc	1085296047	Colombiana	04/04/92	F
DIRECCIÓN DE DOMICILIO		CIUDAD		TELÉFONO	9.1. DETALLES DE LA VÍCTIMA	
Calle 1412 #04B12B		Pasto		3177920628	CONDICIÓN	
HOSPITAL, CLÍNICA O SITIO DE ATENCIÓN		SE PRACTICÓ EXAMEN		CINTURÓN	PEATÓN	
Clínica Valle de Atrá		SI NO		SI NO	PASAJERO	
DESCRIPCIÓN DE LESIONES		AUTORIZO EMBRIAGUEZ GRADO S PSICOACTIVAS		CASCO	ACOMPAÑANTE	
Politraumatismo, Cabeza, Hombro Superior Izquierdo		SI NO POS NEG		SI NO	GRAVEDAD	
miembro Inferior Izquierdo		SI NO		SI NO	MUERTO	
				CHALECO	HERIDO	
				SI NO		

9. VÍCTIMAS: PASAJEROS, ACOMPAÑANTES O PEATONES		No.	DEL VEHÍCULO No.	NACIONALIDAD	FECHA DE NACIMIENTO	SEXO
APELLIDOS Y NOMBRES		DOC.	IDENTIFICACIÓN No.		DÍA MES AÑO	M F
Sandra Lili Damiriz Herrera		cc	66659893	Colombiana	24/10/82	F
DIRECCIÓN DE DOMICILIO		CIUDAD		TELÉFONO	9.1. DETALLES DE LA VÍCTIMA	
Calle 7 C5 B39 El Placer		Cerrito		314471412	CONDICIÓN	
HOSPITAL, CLÍNICA O SITIO DE ATENCIÓN		SE PRACTICÓ EXAMEN		CINTURÓN	PEATÓN	
Clínica Valle de Atrá		SI NO		SI NO	PASAJERO	
DESCRIPCIÓN DE LESIONES		AUTORIZO EMBRIAGUEZ GRADO S PSICOACTIVAS		CASCO	ACOMPAÑANTE	
Politraumatismo Extremidad superior Izquierda.		SI NO POS NEG		SI NO	GRAVEDAD	
Lesión Rodilla Izquierda		SI NO		SI NO	MUERTO	
				CHALECO	HERIDO	
				SI NO		

9. VÍCTIMAS: PASAJEROS, ACOMPAÑANTES O PEATONES		No.	DEL VEHÍCULO No.	NACIONALIDAD	FECHA DE NACIMIENTO	SEXO
APELLIDOS Y NOMBRES		DOC.	IDENTIFICACIÓN No.		DÍA MES AÑO	M F
DIRECCIÓN DE DOMICILIO		CIUDAD		TELÉFONO	9.1. DETALLES DE LA VÍCTIMA	
HOSPITAL, CLÍNICA O SITIO DE ATENCIÓN		SE PRACTICÓ EXAMEN		CINTURÓN	CONDICIÓN	
DESCRIPCIÓN DE LESIONES		AUTORIZO EMBRIAGUEZ GRADO S PSICOACTIVAS		CASCO	PEATÓN	
		SI NO POS NEG		SI NO	PASAJERO	
				SI NO	ACOMPAÑANTE	
				SI NO	GRAVEDAD	
				SI NO	MUERTO	
				CHALECO	HERIDO	
				SI NO		

9. VÍCTIMAS: PASAJEROS, ACOMPAÑANTES O PEATONES		No.	DEL VEHÍCULO No.	NACIONALIDAD	FECHA DE NACIMIENTO	SEXO
APELLIDOS Y NOMBRES		DOC.	IDENTIFICACIÓN No.		DÍA MES AÑO	M F
DIRECCIÓN DE DOMICILIO		CIUDAD		TELÉFONO	9.1. DETALLES DE LA VÍCTIMA	
HOSPITAL, CLÍNICA O SITIO DE ATENCIÓN		SE PRACTICÓ EXAMEN		CINTURÓN	CONDICIÓN	
DESCRIPCIÓN DE LESIONES		AUTORIZO EMBRIAGUEZ GRADO S PSICOACTIVAS		CASCO	PEATÓN	
		SI NO POS NEG		SI NO	PASAJERO	
				SI NO	ACOMPAÑANTE	
				SI NO	GRAVEDAD	
				SI NO	MUERTO	
				CHALECO	HERIDO	
				SI NO		

9. VÍCTIMAS: PASAJEROS, ACOMPAÑANTES O PEATONES		No.	DEL VEHÍCULO No.	NACIONALIDAD	FECHA DE NACIMIENTO	SEXO
APELLIDOS Y NOMBRES		DOC.	IDENTIFICACIÓN No.		DÍA MES AÑO	M F
DIRECCIÓN DE DOMICILIO		CIUDAD		TELÉFONO	9.1. DETALLES DE LA VÍCTIMA	
HOSPITAL, CLÍNICA O SITIO DE ATENCIÓN		SE PRACTICÓ EXAMEN		CINTURÓN	CONDICIÓN	
DESCRIPCIÓN DE LESIONES		AUTORIZO EMBRIAGUEZ GRADO S PSICOACTIVAS		CASCO	PEATÓN	
		SI NO POS NEG		SI NO	PASAJERO	
				SI NO	ACOMPAÑANTE	
				SI NO	GRAVEDAD	
				SI NO	MUERTO	
				CHALECO	HERIDO	
				SI NO		

9. VÍCTIMAS: PASAJEROS, ACOMPAÑANTES O PEATONES		No.	DEL VEHÍCULO No.	NACIONALIDAD	FECHA DE NACIMIENTO	SEXO
APELLIDOS Y NOMBRES		DOC.	IDENTIFICACIÓN No.		DÍA MES AÑO	M F
DIRECCIÓN DE DOMICILIO		CIUDAD		TELÉFONO	9.1. DETALLES DE LA VÍCTIMA	
HOSPITAL, CLÍNICA O SITIO DE ATENCIÓN		SE PRACTICÓ EXAMEN		CINTURÓN	CONDICIÓN	
DESCRIPCIÓN DE LESIONES		AUTORIZO EMBRIAGUEZ GRADO S PSICOACTIVAS		CASCO	PEATÓN	
		SI NO POS NEG		SI NO	PASAJERO	
				SI NO	ACOMPAÑANTE	
				SI NO	GRAVEDAD	
				SI NO	MUERTO	
				CHALECO	HERIDO	
				SI NO		

13. OBSERVACIONES	

15. DATOS DE QUIEN CONOCE EL ACCIDENTE						
GRADO	APELLIDOS Y NOMBRES	DOC.	IDENTIFICACIÓN No.	PLACA	ENTIDAD	FIRMA
PT	Guillermo Edwin Quiro	cc	108120749	92529	RONAL	Edwin Quiro

16. CORRESPONDIO	
NÚMERO ÚNICO DE INVESTIGACIÓN	Día. Mes. Año. U. receptora. Año. Consecutivo.
520016000491	201901415

- ORIGINAL: AUTORIDAD COMPETENTE -

