

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.116.236.309**
ARRIGUI ORTEGON

APELLIDOS
DIANA ALEJANDRA

NOMBRES



FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO

23-ENE-1987

**TULUA
(VALLE)**

LUGAR DE NACIMIENTO

1.57
ESTATURA

A+
G.S. RH

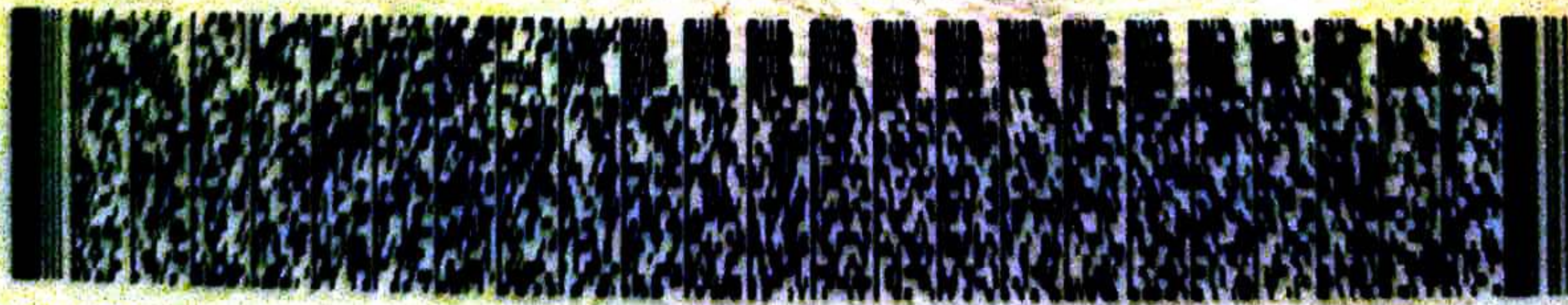
F
SEXO

23-FEB-2005 TULUA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-3110600-00570478-F-1116236309-20140508

0038372268A 1

3012855328



REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

LICENCIA DE CONDUCCIÓN

No. 1116240371

NOMBRE

ANDRES MAURICIO CASTILLO LIZARAZO

FECHA DE NACIMIENTO

16-02-1988

SANGRE-RH

O+

FECHA DE EXPEDICION

24-04-2019

RESTRICCIONES DEL CONDUCTOR



ORGANISMO DE TRÁNSITO EXPEDIDOR

STRIA TTO MCPAL TULUA



Libertad y Orden

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE



LICENCIA DE TRÁNSITO No.

10022018361

PLACA

SSK860

MARCA

MERCEDES BENZ

LÍNEA

SPRINTER 413

MODELO

2011

CILINDRADA CC

2.150

COLOR

BLANCO ARTICO

SERVICIO

PÚBLICO

CLASE DE VEHÍCULO

MICROBUS

TIPO CARROCERÍA

CERRADA

COMBUSTIBLE

DIESEL

CAPACIDAD Kg/PSJ

19

NÚMERO DE MOTOR

61198170116914

REG

N

VIN

8AC904663BE040420

NÚMERO DE SERIE

REG

N

NÚMERO DE CHASIS

8AC904663BE040420

REG

N

PROPIETARIO: APELLIDO(S) Y NOMBRE(S)

ARRIGUI ORTEGON DIANA ALEJANDRA

IDENTIFICACIÓN

C.C. 1116236309

REPÚBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

1.116.240.371

NUMERO

CASTILLO LIZARAZO

APELLIDOS

ANDRES MAURICIO

NOMBRES

Andres M. Castillo L.

FIRMA



CATEGORIAS AUTORIZADAS

CATEGORIA	CLASE DE VEHICULO	VIGENCIA	SERVICIO
A2	MOTOCICLETA Y MOTOTRICICLO DE CUALQUIER CILINDRAJE	10-01-2022	PARTICULAR
B2	AUTOMOVIL, MOTOCARRO, CUATRIMOTO, CAMPERO, CAMIONETA, MICROBUS, CAMION, BUSETA Y BUS	24-04-2029	PARTICULAR
C2	AUTOMOVIL, MOTOCARRO, CAMPERO, CAMIONETA, MICROBUS, CAMION, BUSETA Y BUS	24-04-2022	PUBLICO



ESTA LICENCIA ES VALIDA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL

LC03003540775

60947.0.0-23 10/18

RESTRICCION MOVILIDAD

BLINDAJE

POTENCIA HP

129

DECLARACION DE IMPORTACION

482010000367246

I/E FECHA IMPORT.

PUERTAS

1 30/11/2010

1

LIMITACION A LA PROPIEDAD

FECHA MATRICULA

FECHA EXP. LIC. TTO.

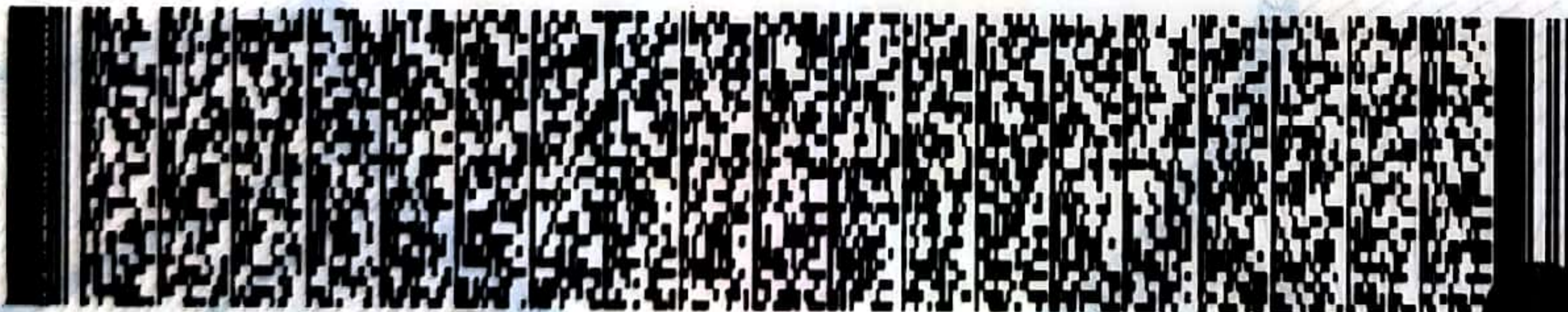
FECHA VENCIMIENTO

15/03/2011

12/01/2021

ORGANISMO DE TRANSITO

INSP TTEYTTO GUADALAJARA DE BUGA



LT01008503904



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO

16-FEB-1988

TULUA (VALLE)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.70

O+

M

ESTATURA

G.S. RH

SEXO

27-ABR-2006 TULUA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS BALINDO VACHA



P-3110600-43155744-M-1116240371-20070502

0616307120Q 02 199910001

REGISTRADORA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL



CERTIFICADO DE TRADICIÓN



Pagina: 1 de 2

El vehículo de placas SSK860 tiene las siguientes características:			
Placa:	SSK860	Clase:	MICROBUS
Estado:	ACTIVO	Servicio:	Público
Marca:	MERCEDES BENZ	Línea:	SPRINTER 413
Carrocería:	CERRADA	Modelo:	2011
Cilindraje:	2150	Vin:	8AC904663BE040420
Motor:	61198170116914	Serie:	
Chasis:	8AC904663BE040420	Color:	BLANCO ARTICO
Capacidad Pasajeros:		Pasajeros Sentados:	19
Capacidad Carga:	0	Puertas:	1
T. de Operación:	257446	Fecha Exp. T.O	09/08/2021

Medidas Cautelares y Limitaciones

SIN MEDIDAS CAUTELARES NI LIMITACIONES

Prenda o Pignoración

Propietario(s) Actual(es)

DOCUMENTO	NOMBRE	DESDE
Cédula Ciudadanía 1116236309	DIANA ALEJANDRA ARRIGUI ORTEGON	12/01/2021

Historial de Propietarios

DOCUMENTO	NOMBRE	DESDE	HASTA
Cédula Ciudadanía 14885940	RODRIGO VIVEROS RENDON	15/03/2011	01/12/2014
Cédula Ciudadanía 29801066	RENDON CARDONA EVANGELINA	15/03/2011	01/12/2014
Cédula Ciudadanía 4316330	ROBERTO ARTURO BARBOSA	01/12/2014	13/06/2019
Cédula Ciudadanía 1112099982	MAURICIO ANTONIO VALENCIA TABORDA	13/06/2019	12/01/2021

Observaciones

Historial de Trámites

FECHA SOLICITUD	TRÁMITE	ENTIDAD
12/01/2021 03:54:30	Tramite traspaso,	INSP TTEyTTO GUADALAJARA DE BUGA
13/06/2019 09:50:29	Tramite traspaso,	INSP TTEyTTO GUADALAJARA DE BUGA
01/12/2014 05:21:44	Tramite traspaso, Tramite levantamiento alerta,	INSP TTEyTTO GUADALAJARA DE BUGA
15/03/2011 03:56:35	Tramite matricula inicial, Tramite inscripción alerta,	INSP TTEyTTO GUADALAJARA DE BUGA

SECRETARIA DE MOVILIDAD DE GUADALAJARA DE BUGA

calle 4 # 23-91. Terminal de Transportes, segundo piso, oficina 200

3044973848

direcciondeoperaciones@consorciosemovilbuga.com.co

Consortio Servicios De Movilidad de Buga



CERTIFICADO DE TRADICIÓN



Pagina: 2 de 2

Dado en GUADALAJARA DE BUGA, 03 de noviembre de 2021 a las 04:12:02 PM

Nazareth Guerra C.

FUNCIONARIO CONSORCIO SEMOVIL

Secretaria de Movilidad de Guadalajara de Buga

Usuario que genera el Certificado: 1115092830

SECRETARIA DE MOVILIDAD DE GUADALAJARA DE BUGA

calle 4 # 23-91. Terminal de Transportes, segundo piso, oficina 200

3044973848

direcciondeoperaciones@consorciosemovilbuga.com.co

Consortio Servicios De Movilidad de Buga



INFORME POLICIAL DE ACCIDENTE DE TRÁNSITO

No.A

1. ORGANISMO DE TRANSITO 76892000

Transito Yumbo

2. GRAVEDAD

CON MUERTOS

CON HERIDOS

SOLO DAÑOS



MinTransporte

3. LUGAR COORDENADAS GEOGRÁFICAS

CÓDIGO DE RUTA VÍA Y KILÓMETRO O SITIO, DIRECCIÓN Y CIUDAD

Lat. Long.

3.1 LOCALIDAD O COMUNA

4. FECHA Y HORA

FECHA Y HORA DE LA OCURRENCIA

FECHA Y HORA DEL LEVANTAMIENTO

5. CLASE DE ACCIDENTE

CHOQUE CAÍDA OCUPANTE
ATROPELLO INCENDIO
VOLCAMIENTO OTRO

5.1 CHOQUE CON

VEHÍCULO MURO SEMÁFORO
TREN POSTE INMUEBLE
SEMOVIENTE ÁRBOL HIDRANTE
OBJETO FIJO BARANDA VALLA SEÑAL

5.2 OBJETO FIJO

6. CARACTERÍSTICAS DEL LUGAR

6.1. ÁREA RURAL RESIDENCIAL ESCOLAR DEPORTIVA
6.2. SECTOR INDUSTRIAL TURÍSTICA PRIVADA
6.3. ZONA COMERCIAL MILITAR HOSPITALARIA
6.4. DISEÑO GLORIETA PASO A NIVEL PASO ELEVADO PUENTE
6.5. CONDICIÓN CLIMÁTICA GRANIZO VIENTO LLUVIA NORMAL NIEBLA

7. CARACTERÍSTICAS DE LAS VÍAS

7.1. GEOMÉTRICAS A RECTA B CURVA C PLANO D PENDIENTE E BAHÍA DE EST. CON ANDÉN CON BERMA
7.2. UTILIZACIÓN UN SENTIDO DOBLE SENTIDO REVERSIBLE CONTRA FLUJO CICLO VÍA
7.3. CALZADAS UNA DOS TRES O MÁS VARIABLE
7.4. CARRILES UNA DOS TRES O MÁS VARIABLE
7.5. SUPERFICIE DE RODADURA ASFALTO AFIRMADO ADOQUÍN EMPEDRADO CONCRETO TIERRA OTRO
7.6. ESTADO BUENO CON HUECOS DERRUMBES EN REPARACIÓN HUNDIMIENTO INUNDADA PARCHADA RIZADA FISURADA
7.7. CONDICIONES ACEITE HUMEDA LODO ALCANTARILLA DESTAPADA
7.8. ILUMINACIÓN ARTIFICIAL A CON BUENA MALA B SIN
7.9. CONTROLES DE TRÁNSITO A AGENTE DE TRÁNSITO B SEMÁFORO OPERANDO INTERMITENTE CON DAÑOS APAGADO OCULTO C SEÑALES VERTICALES PARE CEDE EL PASO NO GIRE SENTIDO VIAL NO ADELANTAR VELOCIDAD MÁXIMA OTRA NINGUNA
D SEÑALES HORIZONTALES ZONA PEATONAL LINEA DE PARE LINEA CENTRAL AMARILLA CONTINUA SEGMENTADA LINEA DE CARRIL BLANCA CONTINUA SEGMENTADA LINEA DE BORDE BLANCA LINEA DE BORDE AMARILLA LINEA ANTI BLOQUEO FLECHAS LEYENDAS SÍMBOLOS OTRA
E REDUCTOR DE VELOCIDAD BANDAS SONORAS RESALTO MÓVIL FIJO SONORIZADOR ESTOPEROL OTRO
F DELINEADOR DE PISO TACHA ESTOPEROL TACHONES BOYAS BORDILLOS TUBULAR BARRERAS PLÁSTICAS HITOS TUBULARES CONOS OTROS
7.10. VISIBILIDAD NORMAL DISMINUIDA POR CASETAS CONSTRUCCIÓN VALLAS ÁRBOL VEGETACIÓN VEHÍCULO ESTACIONADO ENCANDILAMIENTO POSTE OTROS

8. CONDUCTORES, VEHÍCULOS Y PROPIETARIOS

VEHÍCULO 1

8.1 CONDUCTOR APELLIDOS Y NOMBRES DOC IDENTIFICACIÓN No. NACIONALIDAD FECHA DE NACIMIENTO SEXO GRAVEDAD
Largo Gil Luis Humberto C.C. 1056799586 Colombia 20/05/88 M F MUERTO
DIRECCIÓN DE DOMICILIO CIUDAD TELÉFONO SE PRACTICÓ EXAMEN SI NO
Carretera 8 No 6-38 Samaca Boyaca 3138205051 AUTORIZO EMBRIAGUEZ GRADO S. PSICOACTIVAS
SI NO POS NEG SI NO
PORTA LICENCIA LICENCIA DE CONDUCCIÓN No. CATEGORÍA RESTRICCIÓN EXP VEN CÓDIGO DE TRANSITO CHALECO CASCO CINTURÓN
SI NO 03003956955 C3 26/06/20 Villa de Leyva SI NO SI NO SI NO
HOSPITAL CLÍNICO O SITIO DE ATENCIÓN DESCRIPCIÓN DE LESIONES8.2 VEHÍCULO PLACA PLACA REMOLQUE/SEM NACIONALIDAD MARCA LINEA COLOR MODELO CARROCERÍA TON PASAJEROS LICENCIA DE TRANS No.
5XL489 R34011 COLOMBIANO Mack CXU613 Blanco 2013 SR5 10017714285
EMPRESA MATRICULADO EN INMOVILIZADO EN PATIOS los coches TARJETA DE REGISTRO No.
NIT villa de Leyva A DISPOSICIÓN DE
REV TEC MEC. No. 151123521 CANTIDAD ACOMPAÑANTES O PASAJEROS EN EL MOMENTO DEL ACCIDENTE
PORTA SOAT PÓLIZA No. ASEGURADORA VENCIMIENTO
SI NO 12256000005720 13/03/22
PORTA SEG RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL VENCIMIENTO PORTA SEG RESPONSABILIDAD EXTRA CONTRACTUAL VENCIMIENTO
No. ASEGURADORA DIA MES AÑO No. ASEGURADORA DIA MES AÑOPROPIETARIO APELLIDOS Y NOMBRES DOC IDENTIFICACIÓN No.
MISMO CONDUCTOR SI NO Cel y Gil Jose Antonio y otros (5) C.C. 6754311
8.3 CLASE DE VEHÍCULO 8.4 CLASE DE SERVICIO PASAJEROS
AUTOMÓVIL M. AGRÍCOLA OFICIAL
BUS M. INDUSTRIAL PÚBLICO
BUSETA BICICLETA PARTICULAR
CAMIÓN MOTOCARRO DIPLOMÁTICO
CAMIONETA MOTOTRICICLO 8.5 MODALIDAD DE TRANSPORTE
CAMPERO TRACCIÓN ANIMAL MIXTO
MICROBÚS MOTOCICLO CARGA
TRACTO CAMIÓN CUATRIMOTO EXTRA PESADA
VOLQUETA REMOLQUE MERCANCÍA PELIGROSA
MOTOCICLETA SEMI REMOLQUE CLASE DE MERCANCIA
8.6 RADIO DE ACCIÓN NACIONAL MUNICIPAL
8.8 DESCRIPCIÓN DAÑOS MATERIALES DEL VEHÍCULO
Bumper delantero y par delimitar

8.7 FALLAS EN: FRENOS DIRECCIÓN LUCES BOCINA LLANTAS SUSPENSIÓN OTRA

8.9 LUGAR DE IMPACTO FRONTAL LATERAL POSTERIOR



VIGILADO SUPERTRANSPORTE

8. CONDUCTORES, VEHÍCULOS Y PROPIETARIOS

8.1 CONDUCTOR				VEHÍCULO <u>2</u>							
APELLIDOS Y NOMBRES		DOC	IDENTIFICACIÓN No.	NACIONALIDAD	FECHA DE NACIMIENTO			SEXO	GRAVEDAD		
Escobar Ramirez Nelson		C.C.	6537470	Colombia	DÍA	MES	AÑO	<input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	MUERTO <input type="checkbox"/> HERIDO <input checked="" type="checkbox"/>		
DIRECCIÓN DE DOMICILIO				CIUDAD	TELÉFONO	SE PRACTICÓ EXAMEN		SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
Calle 4 No 2-33				Yoloco	3165018296	AUTORIZO <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		EMBRIAGUEZ POS <input type="checkbox"/> NEG <input checked="" type="checkbox"/>		GRADO <input type="checkbox"/> S. PSICOACTIVAS <input type="checkbox"/>	
PORTA LICENCIA	LICENCIA DE CONDUCCIÓN No.	CATEGORÍA	RESTRICCIÓN	EXP. <input type="checkbox"/>	VEN <input checked="" type="checkbox"/>	CÓDIGO DE TRANSITO		CHALECO	CASCO	CINTURÓN	
<input checked="" type="checkbox"/> NO	6537410	B1		DÍA	MES	AÑO		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
HOSPITAL CLÍNICA O SITIO DE ATENCIÓN				DESCRIPCIÓN DE LESIONES							
Clínica Cristo Rey				Laceraciones, contusiones y por determinar							

8.2 VEHÍCULO

PLACA	PLACA REMOLQUE / SEM	NACIONALIDAD	MARCA	LÍNEA	COLOR	MODELO	CARROCERÍA	TON	PASAJEROS	LICENCIA DE TRANS No.
KAJ869		COLOMBIANO <input checked="" type="checkbox"/> EXTRANJERO <input type="checkbox"/>	Chevrolet Aveo		GRIS	2011	Sedan		5	10021318444
EMPRESA			MATRICULADO EN	INMOVILIZADO EN			TARJETA DE REGISTRO No.			
			Envigado	Patios los coches						
NIT.			A DISPOSICIÓN DE							
REV. TEC MEC <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> No. 149814421			CANTIDAD ACOMPAÑANTES O PASAJEROS EN EL MOMENTO DEL ACCIDENTE <u>4</u>							
PORTA SOAP	POLIZA No.	ASEGURADORA								
<input checked="" type="checkbox"/> NO	1508064580979000									
PORTA SEG. RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL			VENCIMIENTO			PORTA SEG. RESPONSABILIDAD EXTRA CONTRACTUAL			VENCIMIENTO	
No.			DÍA MES AÑO			No.			DÍA MES AÑO	

PROPIETARIO

MISMO CONDUCTOR	APELLIDOS Y NOMBRES	DOC	IDENTIFICACIÓN No.
<input checked="" type="checkbox"/> NO	Escobar Ramirez Nelson	C.C.	6537410

8.3 CLASE DE VEHÍCULO

AUTOMÓVIL <input checked="" type="checkbox"/>	M. AGRÍCOLA <input type="checkbox"/>
BUS <input type="checkbox"/>	M. INDUSTRIAL <input type="checkbox"/>
BUSETA <input type="checkbox"/>	BICICLETA <input type="checkbox"/>
CAMIÓN <input type="checkbox"/>	MOTOCARRO <input type="checkbox"/>
CAMIONETA <input type="checkbox"/>	MOTOTRICICLO <input type="checkbox"/>
CAMPERO <input type="checkbox"/>	TRACCIÓN ANIMAL <input type="checkbox"/>
MICROBUS <input type="checkbox"/>	MOTOCICLO <input type="checkbox"/>
TRACTOCAMIÓN <input type="checkbox"/>	CUATRIMOTO <input type="checkbox"/>
VOLQUETA <input type="checkbox"/>	REMOLQUE <input type="checkbox"/>
MOTOCICLETA <input type="checkbox"/>	SEMI-REMOLQUE <input type="checkbox"/>

8.4 CLASE DE SERVICIO

OFICIAL <input type="checkbox"/>
PÚBLICO <input type="checkbox"/>
PARTICULAR <input type="checkbox"/>
DIPLOMÁTICO <input type="checkbox"/>
8.5 MODALIDAD DE TRANSPORTE
MIXTO <input type="checkbox"/>
CARGA <input type="checkbox"/>
* EXTRADIMENSIONADA <input type="checkbox"/>
* EXTRAPESADA <input type="checkbox"/>
* MERCANCÍA PELIGROSA <input type="checkbox"/>
* CLASE DE MERCANCÍA <input type="checkbox"/>

PASAJEROS

* COLECTIVO <input type="checkbox"/>
* INDIVIDUAL <input 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"/>
8.6 RADIO DE ACCIÓN
NACIONAL <input type="checkbox"/>
MUNICIPAL <input type="checkbox"/>

8.8 DESCRIPCIÓN DAÑOS MATERIALES DEL VEHÍCULO

Bomper delantero, bumper trasero y por determinar

8.7 FALLAS EN:

FRENOS ☐ DIRECCIÓN ☐ LUCES ☐ BOCINA ☐ LLANTAS ☐ SUSPENSIÓN ☐ OTRA ☐

8.9 LUGAR DE IMPACTO

FRONTAL ☒ LATERAL ☐ POSTERIOR ☐ OTRO ☐

9. VÍCTIMAS: PASAJEROS, ACOMPAÑANTES O PEATONES No. 2 DEL VEHÍCULO No. 2

APELLIDOS Y NOMBRES		DOC	IDENTIFICACIÓN No.	NACIONALIDAD	FECHA DE NACIMIENTO			SEXO
Carmen Cecilia Escobar R		C.C.	66657609	Colombia	DÍA	MES	AÑO	M <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/>
DIRECCIÓN DE DOMICILIO				CIUDAD	TELÉFONO	9.1 DETALLES DE LA VÍCTIMA		
Vereda el Vidal				Vijes	3185416362	CINTURÓN		
HOSPITAL CLÍNICA O SITIO DE ATENCIÓN				SE PRACTICÓ EXAMEN		SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>		
Clínica Cristo Rey				AUTORIZO <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>		EMBRIAGUEZ POS <input type="checkbox"/> NEG <input type="checkbox"/>		
DESCRIPCIÓN DE LESIONES				GRADO		S. PSICOACTIVAS		
Laceraciones, contusiones y por determinar						SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
						CASCO		
						SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
						CHALECO		
						SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
						CONDICIÓN		
						PEATÓN <input type="checkbox"/>		
						PASAJERO <input type="checkbox"/>		
						ACOMPAÑANTE <input checked="" type="checkbox"/>		
						GRAVEDAD		
						MUERTO <input type="checkbox"/>		
						HERIDO <input checked="" type="checkbox"/>		

10. TOTAL VÍCTIMAS PEATÓN ☐ ACOMPAÑANTE 4 PASAJERO ☐ CONDUCTOR 1 TOTAL HERIDOS 5 MUERTOS ☐

11. HIPÓTESIS DEL ACCIDENTE DE TRANSITO

5XL489	DEL CONDUCTOR	DEL VEHÍCULO	DEL PEATÓN
1211			
OTRA <u>1211</u>	¿ESPECIFICAR CUAL? No mantener distancia de seguridad		

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

Hipotesis para el vehiculo No 1 tipo Tracto camión de placa 5XL489

14. ANEXOS

ANEXO 1 Conductores, Vehículos ☐ ANEXO 2 Víctimas, peatones o pasajeros ☐ OTROS ANEXOS (Fotos y Videos) ☐

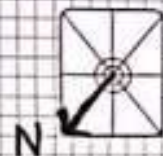
15. DATOS DE QUIEN CONOCE EL ACCIDENTE

GRADO	APELLIDOS Y NOMBRES	DOC	IDENTIFICACIÓN No.	PLACA	ENTIDAD	FIRMA
Agente	Perez H Kevin	C.C.	1558311911	01N	STM	Kevin Perez H

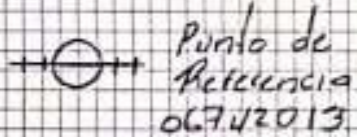
16. CORRESPONDIO

NÚMERO ÚNICO DE INVESTIGACIÓN

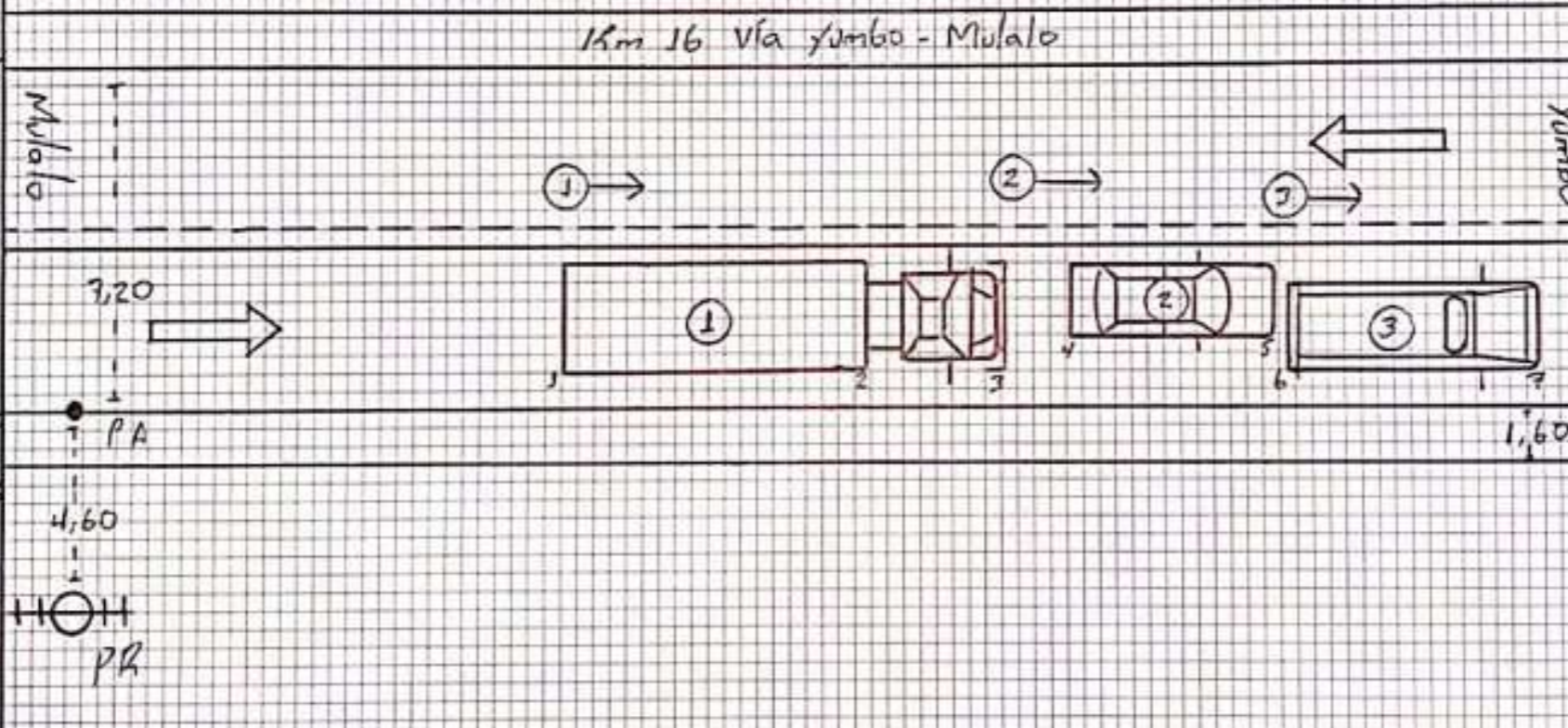
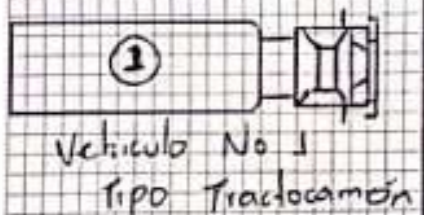
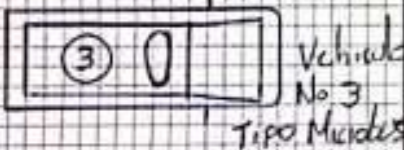
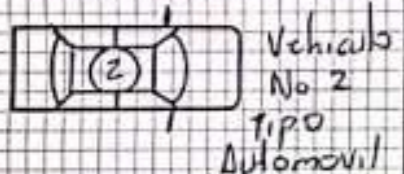
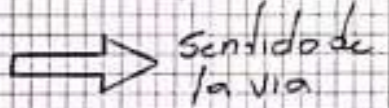
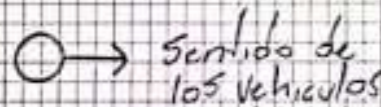




CONVENCIONES



• Punto Auxiliar



PUNTO DE REFERENCIA ☐ P ☐ R

TABLA DE MEDIDAS

No.	"x" o "A"	"y" o "B"	IDENTIFICACIÓN DEL PUNTO
1	20,50	0,50	V.T.D. V1
2	31,92	1,22	E.T.C.D V1
3	37,30	0,70	V.D.D V1
4	41,20	1,55	V.T.D V2
5	44,75	1,55	V.D.D V2
6	45,20	0,90	V.T.D V3
7	52,00	0,80	V.D.D V3

8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		
22		
23		
24		
25		

LONG. HUELLAS

No.	METROS	CM	TIPO DE HUELLA

15. DATOS DE QUIEN CONOCE EL ACCIDENTE

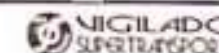
GRADO	APELLIDOS Y NOMBRES	DOC	IDENTIFICACIÓN No.	PLACA	ENTIDAD	FIRMA
Agente	Perez H Kevin	C.C.	1.118311911	014	STMY	Kevin Perez H

16. CORRESPONDIO
NUMERO UNICO DE INVESTIGACIÓN

Dia	Municipio	Ent	U. receptora	Año	Consecutivo				

Long.				
Lat.				
ESCALA	Proporcional			
PLANO	Cartesiano			
VISTA	Superior			

	VIA 1	VIA 2
RADIO		
PERALTE		
PENDIENTE		



MinTransporte

8. CONDUCTORES, VEHICULOS Y PROPIETARIOS

FAMILIA DE COMPOSITAS CON EL INFRARROJO, CONDUCTORES INVOUCADOS

PRIMA CONDUCTOR, VICTIMA O TESTIGO C.C.

PIRELLA GÖTTSCHE LOWE

[illegible]

ANEXO N° 2
VICTIMAS: PASAJEROS, ACOMPAÑANTES O PEATONES

FORMATO ANEXO AL INFORME DE ACCIDENTES, FORMULARIO No. ☐ 0629



MinTransporte
Secretaría de Transportes

9. VICTIMAS: PASAJEROS, ACOMPAÑANTES O PEATONES No. <input checked="" type="checkbox"/>		DEL VEHICULO No. <input checked="" type="checkbox"/>	
APELLIDOS Y NOMBRES		DOC	IDENTIFICACIÓN No.
Molina Serrano Rosio del Pilar C.G		66	928 538
DIRECCIÓN DE DOMICILIO		Ciudad	TELEFONO
Cra 33 B D 30-48			3165018296
HOSPITAL, CLÍNICA O SITIO DE ATENCIÓN		SE PRACTICO EXAMEN	CINTURÓN
Clínica Cristo Rey		SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
DESCRIPCIÓN DE LESIONES		AUTORIZO	EMBRIAGUEZ
Laceraciones, contusiones y por determinar		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	POS <input type="checkbox"/> NEG <input type="checkbox"/>
		GRADO	S. PSICOACTIVAS
			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
		CASCO	CONDICIÓN
		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	PEATÓN <input type="checkbox"/>
		CHALECO	PASAJERO <input type="checkbox"/>
		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	ACOMPAÑANTE <input checked="" type="checkbox"/>
			GRAVEDAD
			MUERTO <input type="checkbox"/>
			HERIDO <input checked="" type="checkbox"/>

9. VICTIMAS: PASAJEROS, ACOMPAÑANTES O PEATONES No. <input checked="" type="checkbox"/>		DEL VEHICULO No. <input checked="" type="checkbox"/>	
APELLIDOS Y NOMBRES		DOC	IDENTIFICACIÓN No.
Quintero Molina Michell Andrea C.G		1.151970	635
DIRECCIÓN DE DOMICILIO		Ciudad	TELEFONO
Cra 33 B D 30-48			3165018296
HOSPITAL, CLÍNICA O SITIO DE ATENCIÓN		SE PRACTICO EXAMEN	CINTURÓN
Clínica Cristo Rey		SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
DESCRIPCIÓN DE LESIONES		AUTORIZO	EMBRIAGUEZ
Laceraciones, contusiones y por determinar		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	POS <input type="checkbox"/> NEG <input type="checkbox"/>
		GRADO	S. PSICOACTIVAS
			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
		CASCO	CONDICIÓN
		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	PEATÓN <input type="checkbox"/>
		CHALECO	PASAJERO <input type="checkbox"/>
		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	ACOMPAÑANTE <input checked="" type="checkbox"/>
			GRAVEDAD
			MUERTO <input type="checkbox"/>
			HERIDO <input checked="" type="checkbox"/>

9. VICTIMAS: PASAJEROS, ACOMPAÑANTES O PEATONES No. <input checked="" type="checkbox"/>		DEL VEHICULO No. <input checked="" type="checkbox"/>	
APELLIDOS Y NOMBRES		DOC	IDENTIFICACIÓN No.
Escobar Llanos Sara T.1		1.1111478221	
DIRECCIÓN DE DOMICILIO		Ciudad	TELEFONO
Calle 4 No 2-35		101060	3165018296
HOSPITAL, CLÍNICA O SITIO DE ATENCIÓN		SE PRACTICO EXAMEN	CINTURÓN
Clínica Cristo Rey		SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
DESCRIPCIÓN DE LESIONES		AUTORIZO	EMBRIAGUEZ
Laceraciones, contusiones y por determinar		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	POS <input type="checkbox"/> NEG <input type="checkbox"/>
		GRADO	S. PSICOACTIVAS
			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
		CASCO	CONDICIÓN
		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	PEATÓN <input type="checkbox"/>
		CHALECO	PASAJERO <input type="checkbox"/>
		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	ACOMPAÑANTE <input checked="" type="checkbox"/>
			GRAVEDAD
			MUERTO <input type="checkbox"/>
			HERIDO <input checked="" type="checkbox"/>

9. VICTIMAS: PASAJEROS, ACOMPAÑANTES O PEATONES No. <input type="checkbox"/>		DEL VEHICULO No. <input type="checkbox"/>	
APELLIDOS Y NOMBRES		DOC	IDENTIFICACIÓN No.
DIRECCIÓN DE DOMICILIO		Ciudad	TELEFONO
HOSPITAL, CLÍNICA O SITIO DE ATENCIÓN		SE PRACTICO EXAMEN	CINTURÓN
		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
DESCRIPCIÓN DE LESIONES		AUTORIZO	EMBRIAGUEZ
		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	POS <input type="checkbox"/> NEG <input type="checkbox"/>
		GRADO	S. PSICOACTIVAS
			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
		CASCO	CONDICIÓN
		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	PEATÓN <input type="checkbox"/>
		CHALECO	PASAJERO <input type="checkbox"/>
		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	ACOMPAÑANTE <input type="checkbox"/>
			GRAVEDAD
			MUERTO <input type="checkbox"/>
			HERIDO <input type="checkbox"/>

9. VICTIMAS: PASAJEROS, ACOMPAÑANTES O PEATONES No. <input type="checkbox"/>		DEL VEHICULO No. <input type="checkbox"/>	
APELLIDOS Y NOMBRES		DOC	IDENTIFICACIÓN No.
DIRECCIÓN DE DOMICILIO		Ciudad	TELEFONO
HOSPITAL, CLÍNICA O SITIO DE ATENCIÓN		SE PRACTICO EXAMEN	CINTURÓN
		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
DESCRIPCIÓN DE LESIONES		AUTORIZO	EMBRIAGUEZ
		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	POS <input type="checkbox"/> NEG <input type="checkbox"/>
		GRADO	S. PSICOACTIVAS
			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
		CASCO	CONDICIÓN
		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	PEATÓN <input type="checkbox"/>
		CHALECO	PASAJERO <input type="checkbox"/>
		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	ACOMPAÑANTE <input type="checkbox"/>
			GRAVEDAD
			MUERTO <input type="checkbox"/>
			HERIDO <input type="checkbox"/>

9. VICTIMAS: PASAJEROS, ACOMPAÑANTES O PEATONES No. <input type="checkbox"/>		DEL VEHICULO No. <input type="checkbox"/>	
APELLIDOS Y NOMBRES		DOC	IDENTIFICACIÓN No.
DIRECCIÓN DE DOMICILIO		Ciudad	TELEFONO
HOSPITAL, CLÍNICA O SITIO DE ATENCIÓN		SE PRACTICO EXAMEN	CINTURÓN
		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
DESCRIPCIÓN DE LESIONES		AUTORIZO	EMBRIAGUEZ
		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	POS <input type="checkbox"/> NEG <input type="checkbox"/>
		GRADO	S. PSICOACTIVAS
			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
		CASCO	CONDICIÓN
		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	PEATÓN <input type="checkbox"/>
		CHALECO	PASAJERO <input type="checkbox"/>
		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	ACOMPAÑANTE <input type="checkbox"/>
			GRAVEDAD
			MUERTO <input type="checkbox"/>
			HERIDO <input type="checkbox"/>

13. OBSERVACIONES	

15. DATOS DE QUIEN CONOCE EL ACCIDENTE	
GRADO	APELLIDOS Y NOMBRES
Agente Perez H	Kevin
DOC	IDENTIFICACIÓN No.
6.6	1118311911
PLACA	ENTIDAD
014	STMY
FIRMA	
Kevin Perez H	

16. CORRESPONDIO	
NUMERO ÚNICO DE INVESTIGACIÓN	
Dto	Municipio
Ent.	U. receptora
Año	Consecutivo