


CONVENCIONES


 Punto de
Referencia
06/7/2013

- Punto Auxiliar

○ → Sentido de los Vehículos

→ Sentido de la vida

Vehicle
No 2
Tipo
Automovil


 Vehículo
 No. 3
 Tipo Muñeca

Vehículo No. 1
Tipo Tractocamión

1Km 16 Vía Jumbo - Mulalo

Mulo/o

Yumbo

3,20

P_A

60

PB

1,60

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 A Kevin	C.C.	1.118311911	014	SIMY	Kevin Perez A	

16. CORRESPONDIO															
NÚMERO ÚNICO DE INVESTIGACIÓN															
Dpto.	Municipio	Ent.	U. receptora	Año	Consecutivo										

Long.


Lat.

ESCALA: Proporcional

PLANO: catésiano

VISTA: Superior

	VIA 1	VIA 2
RADIO		
PERALTE		
PENDIENTE		



VIGILADO
SUPERPOST

MinTransporte

8. CONDUCTORES, VEHICULOS Y PROPIETARIOS

[illegible]

7. **FINANCIAL CONDITION**, including a balance sheet and

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

[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.	NACIONALIDAD
Molina Serrano Rosio del Pilar C.G	66	928 538	Colombia
DIRECCIÓN DE DOMICILIO	CIUDAD	TELÉFONO	FECHA DE NACIMIENTO
Cra 33 B D 30-48		3165018296	24/04/74
HOSPITAL, CLÍNICA O SITIO DE ATENCIÓN	SE PRACTICO EXAMEN	CINTURÓN	9.1. DETALLES DE LA VICTIMA
Clínica Cristo Rey	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	
DESCRIPCIÓN DE LESIONES	AUTORIZO	CASCO	
Lasceraciones, contusiones y por determinar	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	
	EMBRIAGUEZ	CHALECO	CONDICIÓN PEATÓN <input type="checkbox"/> PASAJERO <input type="checkbox"/> ACOMPAÑANTE <input checked="" type="checkbox"/> GRAVEDAD MUERTO <input type="checkbox"/> HERIDO <input checked="" type="checkbox"/>
	POS <input type="checkbox"/> NEG <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	
	GRADO		
	S. PSICOACTIVAS		

9. VICTIMAS: PASAJEROS, ACOMPAÑANTES O PEATONES No. <input checked="" type="checkbox"/>		DEL VEHICULO No. <input checked="" type="checkbox"/>	
APELLIDOS Y NOMBRES	DOC	IDENTIFICACIÓN No.	NACIONALIDAD
Quintero Molina Michell Andrea C.G	1.151	970 635	Colombia
DIRECCIÓN DE DOMICILIO	CIUDAD	TELÉFONO	FECHA DE NACIMIENTO
Cra 33 B D 30-48		3165018296	02/10/99
HOSPITAL, CLÍNICA O SITIO DE ATENCIÓN	SE PRACTICO EXAMEN	CINTURÓN	9.1. DETALLES DE LA VICTIMA
Clínica Cristo Rey	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	
DESCRIPCIÓN DE LESIONES	AUTORIZO	CASCO	
Lasceraciones, contusiones y por determinar	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	
	EMBRIAGUEZ	CHALECO	CONDICIÓN PEATÓN <input type="checkbox"/> PASAJERO <input type="checkbox"/> ACOMPAÑANTE <input checked="" type="checkbox"/> GRAVEDAD MUERTO <input type="checkbox"/> HERIDO <input checked="" type="checkbox"/>
	POS <input type="checkbox"/> NEG <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	
	GRADO		
	S. PSICOACTIVAS		

9. VICTIMAS: PASAJEROS, ACOMPAÑANTES O PEATONES No. <input checked="" type="checkbox"/>		DEL VEHICULO No. <input checked="" type="checkbox"/>	
APELLIDOS Y NOMBRES	DOC	IDENTIFICACIÓN No.	NACIONALIDAD
Escobar Llanos Sara T.1	1.111	478 221	Colombia
DIRECCIÓN DE DOMICILIO	CIUDAD	TELÉFONO	FECHA DE NACIMIENTO
Calle 4 No 2-35	Yoloco	3165018296	13/03/04
HOSPITAL, CLÍNICA O SITIO DE ATENCIÓN	SE PRACTICO EXAMEN	CINTURÓN	9.1. DETALLES DE LA VICTIMA
Clínica Cristo Rey	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	
DESCRIPCIÓN DE LESIONES	AUTORIZO	CASCO	
Lasceraciones, contusiones y por determinar	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	
	EMBRIAGUEZ	CHALECO	CONDICIÓN PEATÓN <input type="checkbox"/> PASAJERO <input type="checkbox"/> ACOMPAÑANTE <input checked="" type="checkbox"/> GRAVEDAD MUERTO <input type="checkbox"/> HERIDO <input checked="" type="checkbox"/>
	POS <input type="checkbox"/> NEG <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	
	GRADO		
	S. PSICOACTIVAS		

9. VICTIMAS: PASAJEROS, ACOMPAÑANTES O PEATONES No. <input type="checkbox"/>		DEL VEHICULO No. <input type="checkbox"/>	
APELLIDOS Y NOMBRES	DOC	IDENTIFICACIÓN No.	NACIONALIDAD
DIRECCIÓN DE DOMICILIO	CIUDAD	TELÉFONO	FECHA DE NACIMIENTO
HOSPITAL, CLÍNICA O SITIO DE ATENCIÓN	SE PRACTICO EXAMEN	CINTURÓN	9.1. DETALLES DE LA VICTIMA
	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
DESCRIPCIÓN DE LESIONES	AUTORIZO	CASCO	
	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
	EMBRIAGUEZ	CHALECO	CONDICIÓN PEATÓN <input type="checkbox"/> PASAJERO <input type="checkbox"/> ACOMPAÑANTE <input type="checkbox"/> GRAVEDAD MUERTO <input type="checkbox"/> HERIDO <input type="checkbox"/>
	POS <input type="checkbox"/> NEG <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
	GRADO		
	S. PSICOACTIVAS		

9. VICTIMAS: PASAJEROS, ACOMPAÑANTES O PEATONES No. <input type="checkbox"/>		DEL VEHICULO No. <input type="checkbox"/>	
APELLIDOS Y NOMBRES	DOC	IDENTIFICACIÓN No.	NACIONALIDAD
DIRECCIÓN DE DOMICILIO	CIUDAD	TELÉFONO	FECHA DE NACIMIENTO
HOSPITAL, CLÍNICA O SITIO DE ATENCIÓN	SE PRACTICO EXAMEN	CINTURÓN	9.1. DETALLES DE LA VICTIMA
	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
DESCRIPCIÓN DE LESIONES	AUTORIZO	CASCO	
	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
	EMBRIAGUEZ	CHALECO	CONDICIÓN PEATÓN <input type="checkbox"/> PASAJERO <input type="checkbox"/> ACOMPAÑANTE <input type="checkbox"/> GRAVEDAD MUERTO <input type="checkbox"/> HERIDO <input type="checkbox"/>
	POS <input type="checkbox"/> NEG <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
	GRADO		
	S. PSICOACTIVAS		

9. VICTIMAS: PASAJEROS, ACOMPAÑANTES O PEATONES No. <input type="checkbox"/>		DEL VEHICULO No. <input type="checkbox"/>	
APELLIDOS Y NOMBRES	DOC	IDENTIFICACIÓN No.	NACIONALIDAD
DIRECCIÓN DE DOMICILIO	CIUDAD	TELÉFONO	FECHA DE NACIMIENTO
HOSPITAL, CLÍNICA O SITIO DE ATENCIÓN	SE PRACTICO EXAMEN	CINTURÓN	9.1. DETALLES DE LA VICTIMA
	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
DESCRIPCIÓN DE LESIONES	AUTORIZO	CASCO	
	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
	EMBRIAGUEZ	CHALECO	CONDICIÓN PEATÓN <input type="checkbox"/> PASAJERO <input type="checkbox"/> ACOMPAÑANTE <input type="checkbox"/> GRAVEDAD MUERTO <input type="checkbox"/> HERIDO <input type="checkbox"/>
	POS <input type="checkbox"/> NEG <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
	GRADO		
	S. PSICOACTIVAS		

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

FIRMA DE CONFORMIDAD CON EL INFORME CONDUCTORES INVOLUCRADOS

FIRMA CONDUCTOR, VICTIMA O TESTIGO C.C.

FIRMA CONDUCTOR, VICTIMA O TESTIGO C.C.

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

RADICADO 1-101-3-177056 RECLAMACION DAÑOS Y PERJUICIOS MICROBUS PLACA SSK860 - SXL489

ibarranquilla.autos

Jue 20/01/2022 15:20

Para: alejandra1231508@gmail.com <alejandra1231508@gmail.com>;
asistencias@vcastilloabogados.com <asistencias@vcastilloabogados.com>;
Andresm8802161508@gmail.com <Andresm8802161508@gmail.com>
CC: icali.autos <icali.autos@hdi.com.co>; Saltarin Perez, Shadya Carolina
<Shadya.Saltarin.Perez@hdi.com.co>

 1 archivos adjuntos (3 MB)

CHECK LIST - AUTOS - RCE DAÑO A VEHÍCULOS.pdf;

Buen día

Confirmamos recibido y radicado de este caso. RADICADO 1-101-3-177056.

Agradecemos remitirnos los documentos faltantes, según nuestra lista de Chequeo adjunta.

El recibido de la documentación no implica aceptación de responsabilidad por parte de HDI seguros. El pago estará sujeto a la validación de cobertura y condiciones particulares de la póliza.

En caso de que la Compañía requiera mayor información o documentación adicional, oportunamente se le estará informando.

Favor tener en cuenta lo siguiente:

- **Solicitamos que, al responder, elija la opción responder a todos.**
- **Al responder o preguntar por su Pendiente, por favor cite este mismo Asunto, esto nos facilitara la ubicación de su pendiente en la Compañía y así dar una respuesta rápida y oportuna, teniendo en cuenta que en el mismo se encuentra el número del radicado asignado.**

Atentamente,

Área Responsabilidad Civil Extracontractual
HDI Seguros S.A.

-

De: Diana Alejandra Arrigui Ortegón <alejandra1231508@gmail.com>

Enviados: miércoles, 19 de enero de 2022 1:55:20 p. m. (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito, Rio Branco

Para: icali.autos <icali.autos@hdi.com.co>; asistencias@vcastilloabogados.com
<asistencias@vcastilloabogados.com>; Andres Castillo
<Andresm8802161508@gmail.com>

Asunto: RECLAMACION DAÑOS Y PERJUICIOS MICROBUS PLACA SSK860

Buenas tardes, cordial saludo

Mi nombre es DIANA ALEJANDRA ARRIGUI ORTEGÓN, identificada con cédula de Ciudadanía N° 1116236309 y a continuación anexo los documentos pertinentes (tres archivos adjuntos), para realizar la reclamación por daños y perjuicios del MICROBUS PLACAS SSK860

*****AVISO DE CONFIDENCIALIDAD***** Este mensaje incluyendo sus anexos, tiene carácter estrictamente confidencial y reservado. No puede ser usado ni divulgado por persona distinta de su destinatario autorizado. Si Usted no es el destinatario intencional, se le informa que cualquier uso, difusión, distribución o copiado de esta comunicación está terminantemente prohibido. Si usted ha recibido esta comunicación por error, por favor borre el correo de su computador e informe al remitente sobre el error en el envío y la destrucción del correo. El receptor deberá verificar posibles virus u otros defectos informáticos que pueda tener este correo o cualquiera de sus anexos y, por tanto, HDI SEGUROS no se hace responsable por daños derivados del uso de este mensaje.

*****AVISO DE CONFIDENCIALIDAD***** Este mensaje incluyendo sus anexos, tiene carácter estrictamente confidencial y reservado. No puede ser usado ni divulgado por persona distinta de su destinatario autorizado. Si Usted no es el destinatario intencional, se le informa que cualquier uso, difusión, distribución o copiado de esta comunicación está terminantemente prohibido. Si usted ha recibido esta comunicación por error, por favor borre el correo de su computador e informe al remitente sobre el error en el envío y la destrucción del correo. El receptor deberá verificar posibles virus u otros defectos informáticos que pueda tener este correo o cualquiera de sus anexos y, por tanto, HDI SEGUROS no se hace responsable por daños derivados del uso de este mensaje.

*****AVISO DE CONFIDENCIALIDAD***** Este mensaje incluyendo sus anexos, tiene carácter estrictamente confidencial y reservado. No puede ser usado ni divulgado por persona distinta de su destinatario autorizado. Si Usted no es el destinatario intencional, se le informa que cualquier uso, difusión, distribución o copiado de esta comunicación está terminantemente prohibido. Si usted ha recibido esta comunicación por error, por favor borre el correo de su computador e informe al remitente sobre el error en el envío y la destrucción del correo. El receptor deberá verificar posibles virus u otros defectos informáticos que pueda tener este correo o cualquiera de sus anexos y, por tanto, HDI SEGUROS no se hace responsable por daños derivados del uso de este mensaje.

EL SUSCRITO GERENTE DE LA COOPERATIVA DE TRANSPORTADORES DE TRUJILLO VALLE

CERTIFICA

Que la Señora **DIANA ALEJANDRA ARRIGUI ORTEGON**, identificada con la cédula de ciudadanía No 1.116.236.309, tiene las siguientes obligaciones mensuales con la Cooperativa por vehículo vinculado a mi representada con número interno 33 de placas SSK 860.

Seguridad Social Conductor Fijo.....	\$ 475.500
Rodamiento.....	\$ 210.000
Póliza Contractual y Extra Contractual.....	\$ 327.750
Cuota de Administración.....	\$ 120.000
Seguridad Social Supernumerario.....	\$ 37.500
Wifi.....	\$ 69.000
TOTAL.....	\$1.266.750

La presente certificación se expide a petición de la parte interesada y se firma en Trujillo Valle a los quince (15) días del mes de diciembre 2021.

OVER ANTONIO CORREA R
Gerente

EL SUSCRITO GERENTE DE LA COOPERATIVA DE TRANSPORTADORES DE TRUJILLO VALLE

CERTIFICA

Que la Señora **DIANA ALEJANDRA ARRIGUI ORTEGON**, identificada con la cédula de ciudadanía No 1.116.236.309, dejo de percibir unos ingresos por **DIEZ MILLONES DOSCIENTOS MIL PESOS M.CTE.** (\$10.200.000) por accidente de tránsito, desde el 22 de octubre 2021 al 11 de diciembre 2021, el vehículo tiene las siguientes características:

CLASE	MICROBUS
MODELO	2011
TIPO	CERRADO
MARCA	MERCEDES BENZ
MOTOR	61198170116914
CAPACIDAD	19 PASAJEROS
PLACAS	SSK860
SERVICIO	PÚBLICO

La presente certificación se expide a petición de la parte interesada y se firma en Trujillo Valle a los catorce (14) días del mes de diciembre 2021.

OVER ANTONIO CORREA R
Gerente

Cooperativa de Transportadores de Trujillo

NIT. 891.901.847 - 0

EL SUSCRITO GERENTE DE LA COOPERATIVA DE
TRANSPORTADORES DE TRUJILLO VALLE

CERTIFICA:

Que el Señor ANDRES MAURICIO CASTILLO LIZARAZO, identificado con cédula de ciudadanía No.1.116.240.371 de Tuluá, labora como motorista de vehículos afiliados a esta Cooperativa en las rutas asignadas por el Ministerio de Transporte, en la modalidad de pasajeros por carretera; desde el 25 de enero de 2021, hasta la fecha, con un contrato de trabajo a término fijo, recibiendo los siguientes ingresos mensuales:

Salario Base.....	\$908.526
Auxilio de Transporte.....	\$106.454
TOTAL.....	\$1.014.980

La presente constancia se expide a solicitud de la parte interesada y se firma en Trujillo Valle a quince (15) días del mes de diciembre de 2021.


OVER ANTONIO CORREA R.
Gerente

Oficina Principal : Calle 21 No. 19-40 Teléfono: 226 7270 Despachos 226 7108 Trujillo - Valle

Riofrio Bolivar Cali
226 8061 317 3834713 6600275
e-mail: gerente@coopetranstrujillo.com

Tuluá Salónica Servicio de
2242435 2008059 Encomiendas
e-mail: tesorera@coopetranstrujillo.com

 **VIGILADO**
SUPERTRANSPORTE

TÉCNICOS AUTOMOTRIZ CORTES CARROCERÍAS

Carlos Alberto Cortes García

Nit. 94.389.050-0 - No Responsable de IVA



FACTURA DE VENTA

№

268

Fecha de Elaboración	D	M	A	Fecha de Vencimiento	D	M	A	Forma de Pago
11	12	21						
Señor (es): Diana Alejandra Arriqui Ortegón								
C.C. Ó NIT: 1116236309				Teléfono: 3113900997				
Dirección: cll 22 # 26-13 Tomas Uribe				Ciudad: Tulua				
CANT	DESCRIPCIÓN			VR. UNITARIO	VR. TOTAL			
-	Desarme parte Trasera puertas Marco Trasero base repuesto llanta							
-	alineación marco Trasero base Repuesto llanta							
-	desgrafe viga posterior inferior							
-	enderizar viga base piso							
-	grafa viga							
-	Cuadro de líneas puertas Trasera y golpes en las mismas							
-	arreglo pasta de bumper y base interna							
-	pintura parte afectada por el golpe puertas, viga y laterales							
	TOTAL				4'058,000			
	Placas SSK 860							

LA PRESENTE FACTURA DE VENTA SE ASIMILA EN TODOS SUS EFECTOS A LA LETRA DE CAMBIO, ARTICULO 774 DEL CÓDIGO DE COMERCIO SI ESTA CUENTA NO SE CANCELA DENTRO DEL PLAZO PACTADO SE COBRARA UN INTERÉS A LA TASA MÁXIMA LEGAL VIGENTE, EL ACEPTANTE DE LA MISMA, A TRÁVES DEL REPRESENTANTE LEGAL O DEPENDIENTE LABORAL DECLARA HABER RECIBIDO REAL Y MATERIALMENTE EL SERVICIO AQUÍ DESCRITO Y SE OBLIGA A PAGAR A FAVOR DEL REPRESENTANTE, EL VALOR TOTAL DE LA MISMA EL DÍA DE SU VENCIMIENTO.

Cordialmente

C.C.

Nit. 94.389.050-0 / Cel: 311 602 2822)

Aceptado

C.C.



CERTIFICADO DE TRADICIÓN



Página: 1 de 2

Consortio Servicios De Movilidad de Buga

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@consorciossemovilbuga.com.co

Consortio Servicios De Movilidad de Buga



CERTIFICADO DE TRADICIÓN



Página: 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

direccion@operaciones@consorciosemovilbuga.com.co

Consortio Servicios De Movilidad de Buga