

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

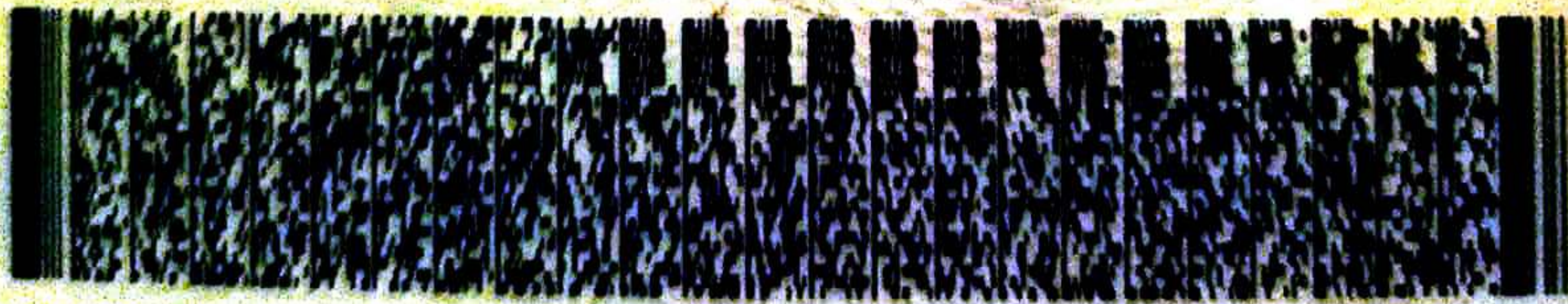
F
SEXO

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



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.

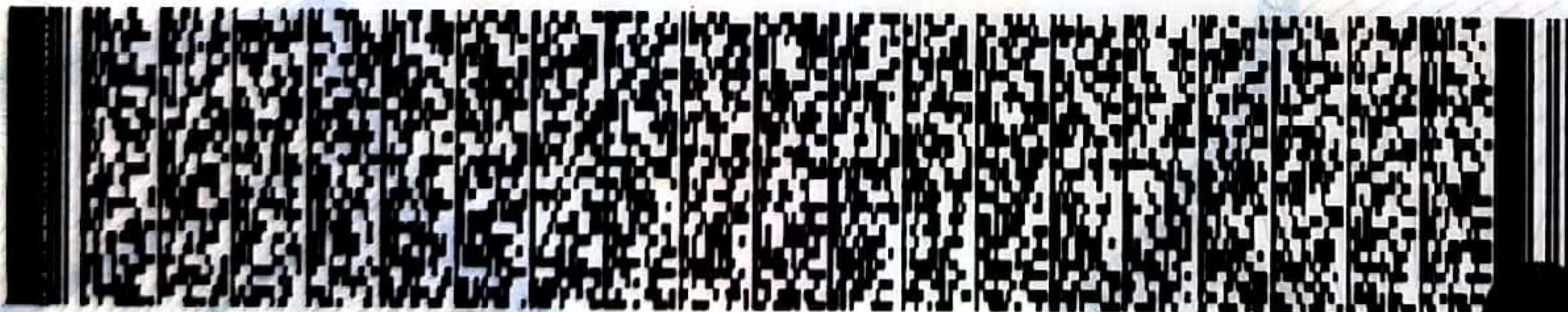
FECHA VENCIMIENTO

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

ESTATURA

O+

G.S. RH

M

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

direccion@operaciones@consorciosmovilbuga.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

Consorcio 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 KILOMETRO 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 4
ATROPELLO 2 INCENDIO 5
VOLCAMIENTO 3 OTRO 6

5.1 CHOQUE CON

VEHICULO 1 MURO 1 SEMÁFORO 5 TARIMA CASETA 9
TREN 2 POSTE 2 INMUEBLE 8 VEHICULO ESTACIONADO 10
SEMIOVIENTE 3 ÁRBOL 3 HIDRANTE 7 OTRO
OBJETO FIJO 4 BARANDA 4 VALLA SEÑAL 8

6. CARACTERÍSTICAS DEL LUGAR

6.1. ÁREA RURAL RESIDENCIAL ESCOLAR DEPORTIVA 6.2. DISEÑO GLORIETA PASO A NIVEL PASO ELEVADO PUENTE 6.3. CONDICIÓN CLIMÁTICA GRANIZO VIENTO LLUVIA NORMAL NIEBLA

7. CARACTERÍSTICAS DE LAS VÍAS

7.1. GEOMÉTRICAS VÍA 1 2 7.2. UTILIZACIÓN VÍA 1 2 7.3. CALZADAS VÍA 1 2 7.4. CARRILES VÍA 1 2 7.5. SUPERFICIE DE RODADURA VÍA 1 2 7.6. ESTADO VÍA 1 2 7.7. CONDICIONES VÍA 1 2 7.8. ILUMINACIÓN ARTIFICIAL VÍA 1 2 7.9. CONTROLES DE TRÁNSITO VÍA 1 2 8.0. SEÑALES HORIZONTALES VÍA 1 2 8.1. DELINEADOR DE PISO VÍA 1 2 8.2. VISIBILIDAD VÍA 1 2

8. CONDUCTORES, VEHÍCULOS Y PROPIETARIOS

VEHICULO 1

8.1 CONDUCTOR APELLIDOS Y NOMBRES DOC IDENTIFICACIÓN No. NACIONALIDAD FECHA DE NACIMIENTO SEXO GRAVEDAD DIRECCIÓN DE DOMICILIO CIUDAD TELÉFONO SE PRACTICO EXAMEN SI NO AUTORIZO EMBRIAGUEZ GRADO S. PSICOACTIVAS PORTA LICENCIA LICENCIA DE CONDUCCIÓN No. CATEGORÍA RESTRICCIÓN EXP VEN CÓDIGO DE TRANSITO CHALECO CASCO CINTURÓN HOSPITAL CLÍNICO O SITIO DE ATENCIÓN DESCRIPCIÓN DE LESIONES

8.2 VEHICULO

PLACA PLACA REMOLQUE/SEM NACIONALIDAD MARCA LINEA COLOR MODELO CARROTERIA TON PASAJEROS LICENCIA DE TRANS No. 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. 12256000005720 ASEGURADORA VENCIMIENTO PORTA SEG RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL VENCIMIENTO PORTA SEG RESPONSABILIDAD EXTRA CONTRACTUAL VENCIMIENTO No. ASEGURADORA No. ASEGURADORA

PROPIETARIO

MISMO CONDUCTOR APELLIDOS Y NOMBRES DOC IDENTIFICACIÓN No. 8.3 CLASE DE VEHICULO 8.4 CLASE DE SERVICIO PASAJEROS 8.5 MODALIDAD DE TRANSPORTE 8.6 RADIO DE ACCIÓN 8.7 FALLAS EN: FRENOS DIRECCIÓN LUCES BOCINA LLANTAS SUSPENSIÓN OTRA 8.8 DESCRIPCIÓN DAÑOS MATERIALES DEL VEHICULO 8.9 LUGAR DE IMPACTO FRONTAL LATERAL POSTERIOR OTRO

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"/> F	MUERTO <input type="checkbox"/> HERIDO <input checked="" type="checkbox"/>		
DIRECCIÓN DE DOMICILIO			CIUDAD	TELÉFONO	SE PRÁCTICO EXAMEN			SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
Calle 4 No 2-33			Yoloco	3165018296	AUTORIZO <input checked="" 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.	VEN	CÓDIGO DE TRANSITO	CHALECO	CASCO	CINTURÓN		
<input checked="" type="checkbox"/> NO	6537410	B1		DÍA	MES	AÑO	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO		
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.				
		Enrigido		Patios los coches							
NIT.		A DISPOSICIÓN DE									
REV. TEC MEC <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		CANTIDAD ACOMPAÑANTES O PASAJEROS EN EL MOMENTO DEL ACCIDENTE		4							
PORTA SOAP		POLIZA No.		ASEGURADORA		VENCIMIENTO					
<input checked="" type="checkbox"/> NO		150 806 4580979000				DÍA MES AÑO 24/12/21					
PORTA SEG. RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL		VENCIMIENTO		PORTA SEG. RESPONSABILIDAD EXTRA CONTRACTUAL		VENCIMIENTO					
<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO				<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO							
No.	ASEGURADORA		DÍA	MES	AÑO	No.	ASEGURADORA		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"/>	OFICIAL <input type="checkbox"/>	PASAJEROS <input type="checkbox"/>			
BUS <input type="checkbox"/>	M. INDUSTRIAL <input type="checkbox"/>	PÚBLICO <input type="checkbox"/>	* COLECTIVO <input type="checkbox"/>			
BUSETA <input type="checkbox"/>	BICICLETA <input type="checkbox"/>	PARTICULAR <input type="checkbox"/>	* INDIVIDUAL <input type="checkbox"/>			
CAMIÓN <input type="checkbox"/>	MOTOCARRO <input type="checkbox"/>	DIPLOMÁTICO <input type="checkbox"/>	* MASIVO <input type="checkbox"/>			
CAMIONETA <input type="checkbox"/>	MOTOTRICICLO <input type="checkbox"/>	8.5 MODALIDAD DE TRANSPORTE	* ESPECIAL TURISMO <input type="checkbox"/>			
CAMPERO <input type="checkbox"/>	TRACCIÓN ANIMAL <input type="checkbox"/>	MIXTO <input type="checkbox"/>	* ESPECIAL ESCOLAR <input type="checkbox"/>			
MICROBUS <input type="checkbox"/>	MOTOCICLO <input type="checkbox"/>	CARGA <input type="checkbox"/>	* ESPECIAL ASALARIADO <input type="checkbox"/>			
TRACTOCAMIÓN <input type="checkbox"/>	CUATRIMOTO <input type="checkbox"/>	* EXTRADIMENSIONADA <input type="checkbox"/>	* ESPECIAL OCASIONAL <input type="checkbox"/>			
VOLQUETA <input type="checkbox"/>	REMOLQUE <input type="checkbox"/>	* EXTRAPESADA <input type="checkbox"/>	8.6 RADIO DE ACCIÓN			
MOTOCICLETA <input type="checkbox"/>	SEMI-REMOLQUE <input type="checkbox"/>	* MERCANCÍA PELIGROSA <input type="checkbox"/>	NACIONAL <input type="checkbox"/>			
		* CLASE DE MERCANCIA	MUNICIPAL <input type="checkbox"/>			

8.7 FALLAS EN:

FRENOS <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 checked="" type="checkbox"/>	LATERAL <input type="checkbox"/>	POSTERIOR <input type="checkbox"/>	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 checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
DIRECCIÓN DE DOMICILIO		CIUDAD	TELÉFONO	8.1 DETALLES DE LA VÍCTIMA				
Vereda el Vidal		Vijes	3185416362	CINTURÓN	CONDICIÓN			
HOSPITAL CLÍNICA O SITIO DE ATENCIÓN		SE PRÁCTICO EXAMEN		<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	PEATÓN <input type="checkbox"/>			
Clínica Cristo Rey		AUTORIZO <input type="checkbox"/> EMBRIAGUEZ POS <input type="checkbox"/> NEG <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	PASAJERO <input type="checkbox"/>			
DESCRIPCIÓN DE LESIONES		GRADO <input type="checkbox"/> S. PSICOACTIVAS <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	ACOMPAÑANTE <input checked="" type="checkbox"/>			
Laceraciones, contusiones y por determinar				<input type="checkbox"/> SI <input checked="" 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"/>			

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

11. HIPÓTESIS DEL ACCIDENTE DE TRÁNSITO

DEL CONDUCTOR	DEL VEHÍCULO	DEL PEATÓN
5XL489		
DEL PASAJERO	DEL VÍA	
OTRA <input checked="" type="checkbox"/>	¿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

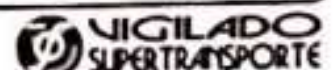
ANEXO 1 Conductores, Vehículos <input type="checkbox"/>	ANEXO 2 Víctimas, peatones o pasajeros <input type="checkbox"/>	OTROS ANEXOS (Fotos y Videos) <input type="checkbox"/>
---	---	--

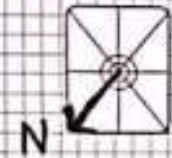
15. DATOS DE QUIEN CONOCE EL ACCIDENTE

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	Dto	Municipio	Ent	U receptora	Año	Consecutivo





CONVENCIONES

⊕ Punto de
Referencia
06742013

• Punto Auxiliar

⊙ → Sentido de
los Vehículos

→ Sentido de
la Vía

② Vehículo
No 2
Tipo
Automovil

③ Vehículo
No 3
Tipo Muñeca

① Vehículo No 1
Tipo Tractocamión

1Km 16 Vía Yumbo - Mulato

Mulato

Yumbo

3,20

PA

4,60

PR

1,60

PUNTO DE REFERENCIA <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> 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		

VIGILADO
SUPERTRANSPORTE

ANEXO N° 1
CONDUCTORES, VEHICULOS, PROPIETARIOS

PERTENECE AL INFORME DE ACCIDENTES, FORMULARIO No. ☐ 0629



MinTransporte

8. CONDUCTORES, VEHICULOS Y PROPIETARIOS									
8.1 CONDUCTOR		VEHICULO							
APELLIDOS Y NOMBRES		DOC	IDENTIFICACIÓN No.	NACIONALIDAD	FECHA DE NACIMIENTO	SEXO	GRAVEDAD		
Andrés Mauricio Castillo L.		C.C.	1.11624037	Colombiana	11/10/21/88	M	MUERTO		
DIRECCIÓN DE DOMICILIO		Ciudad	TELÉFONO	SE PRACTICÓ EXAMEN		SI		NO	
Calle 22 No 26-13		Tulua	311390099	AUTORIZO		EMBRIAGUEZ		PSICOACTIVAS	
PORTALICENCIA		LICENCIA DE CONDUCCIÓN No.	CATEGORÍA	RESTRICCIÓN	EXP	VEN	CÓDIGO DE TRANSITO	CHALECO	CASCO
<input checked="" type="checkbox"/> NO		03003540375	C2		21/01/19		Tulua	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> SI
HOSPITAL, CLÍNICA O SITIO DE ATENCIÓN		DESCRIPCIÓN DE LESIONES		CANTIDAD ACOMPAÑANTES O PASAJEROS EN EL MOMENTO DEL ACCIDENTE:					
8.2 VEHICULO									
PLACA	PLACA REMOLQUE/SEMI	NACIONALIDAD	MARCA	LÍNEA	COLOR	MODELO	CARROCERÍA	TON	PASAJEROS
55K860		COLOMBIANA	Mercedes	SPRINTER	Blanco	2011	Cerrada	19	10022018361
EMPRESA	MATRICULADO EN	INMOVILIZADO EN	A DISPOSICIÓN DE		TARJETA DE REGISTRO No.				
	Buga		patios los coches						
REV. TEC. MEC.	NO	No.	CANTIDAD ACOMPAÑANTES O PASAJEROS EN EL MOMENTO DEL ACCIDENTE:						
<input checked="" type="checkbox"/> NO		154096359							
PORTA BOAT	POLIZA No.	ASEGURADORA		VENCIMIENTO					
<input checked="" type="checkbox"/> NO	1479300000 4910			DÍA MES AÑO		01/06/21			
PORTA SEG. RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL		VENCIMIENTO		PORTA SEG. REP. EXTRA CONTRACTUAL					
<input checked="" type="checkbox"/> NO				<input checked="" type="checkbox"/> NO					
No.		ASEGURADORA		No.		ASEGURADORA			
PROPIETARIO		APELLIDOS Y NOMBRES		DOC	IDENTIFICACIÓN No.				
<input checked="" type="checkbox"/> SI		Amigui Ortega Diana Alejandra		C.C.	1116236309				
8.3 CLASE VEHICULO		8.4 CLASE DE SERVICIO		PASAJEROS		8.5 DESCRIPCIÓN DAÑOS MATERIALES DEL VEHICULO			
AUTOMOVIL <input checked="" type="checkbox"/>		M.AGRICOLA <input type="checkbox"/>		COLECTIVO <input type="checkbox"/>		Bumper trasero y por			
BUS <input type="checkbox"/>		M.INDUSTRIAL <input type="checkbox"/>		INDIVIDUAL <input type="checkbox"/>		determinar			
BUSETA <input type="checkbox"/>		BICICLETA <input type="checkbox"/>		MASIVO <input type="checkbox"/>					
CAMION <input type="checkbox"/>		MOTOCARRO <input type="checkbox"/>		* ESPECIAL TURISMO <input type="checkbox"/>					
CAMIONETA <input type="checkbox"/>		MOTOTRUCICLO <input type="checkbox"/>		* ESPECIAL ESCOLAR <input type="checkbox"/>					
CAMPERO <input type="checkbox"/>		TRACCION ANIMAL <input type="checkbox"/>		* ESPECIAL ASALARIADO <input type="checkbox"/>					
MICROBUS <input type="checkbox"/>		MOTOCICLO <input type="checkbox"/>		* ESPECIAL OCASIONAL <input type="checkbox"/>					
TRACTOCAMION <input type="checkbox"/>		CUATRIMOTO <input type="checkbox"/>		* RADIO DE ACCIÓN <input type="checkbox"/>					
VOLQUETA <input type="checkbox"/>		REMOLQUE <input type="checkbox"/>		NACIONAL <input type="checkbox"/>					
MOTOCICLETA <input type="checkbox"/>		SEMI-REMOLQUE <input type="checkbox"/>		MUNICIPAL <input type="checkbox"/>					
		* CLASE DE MERCANCIA							
8.6. LUGAR DE IMPACTO									
FRONTAL <input type="checkbox"/> LATERAL <input type="checkbox"/> POSTERIOR <input checked="" type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>									
8. CONDUCTORES, VEHICULOS Y PROPIETARIOS									
8.1 CONDUCTOR		VEHICULO							
APELLIDOS Y NOMBRES		DOC	IDENTIFICACIÓN No.	NACIONALIDAD	FECHA DE NACIMIENTO	SEXO	GRAVEDAD		
DIRECCIÓN DE DOMICILIO		Ciudad	TELÉFONO	SE PRACTICÓ EXAMEN		SI		NO	
				AUTORIZO		EMBRIAGUEZ		PSICOACTIVAS	
PORTALICENCIA		LICENCIA DE CONDUCCIÓN No.	CATEGORÍA	RESTRICCIÓN	EXP	VEN	CÓDIGO DE TRANSITO	CHALECO	CASCO
<input checked="" type="checkbox"/> NO								<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> SI
HOSPITAL, CLÍNICA O SITIO DE ATENCIÓN		DESCRIPCIÓN DE LESIONES		CANTIDAD ACOMPAÑANTES O PASAJEROS EN EL MOMENTO DEL ACCIDENTE:					
8.2 VEHICULO									
PLACA	PLACA REMOLQUE/SEMI	NACIONALIDAD	MARCA	LÍNEA	COLOR	MODELO	CARROCERÍA	TON	PASAJEROS
		COLOMBIANA							
EMPRESA	MATRICULADO EN	INMOVILIZADO EN	A DISPOSICIÓN DE		TARJETA DE REGISTRO No.				
REV. TEC. MEC.	NO	No.	CANTIDAD ACOMPAÑANTES O PASAJEROS EN EL MOMENTO DEL ACCIDENTE:						
<input checked="" type="checkbox"/> NO									
PORTA BOAT	POLIZA No.	ASEGURADORA		VENCIMIENTO					
<input checked="" type="checkbox"/> NO				DÍA MES AÑO					
PORTA SEG. RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL		VENCIMIENTO		PORTA SEG. REP. EXTRA CONTRACTUAL					
<input checked="" type="checkbox"/> NO				<input checked="" type="checkbox"/> NO					
No.		ASEGURADORA		No.		ASEGURADORA			
PROPIETARIO		APELLIDOS Y NOMBRES		DOC	IDENTIFICACIÓN No.				
<input checked="" type="checkbox"/> SI									
8.3 CLASE VEHICULO		8.4 CLASE DE SERVICIO		PASAJEROS		8.5 DESCRIPCIÓN DAÑOS MATERIALES DEL VEHICULO			
AUTOMOVIL <input checked="" type="checkbox"/>		M.AGRICOLA <input type="checkbox"/>		COLECTIVO <input type="checkbox"/>					
BUS <input type="checkbox"/>		M.INDUSTRIAL <input type="checkbox"/>		INDIVIDUAL <input type="checkbox"/>					
BUSETA <input type="checkbox"/>		BICICLETA <input type="checkbox"/>		MASIVO <input type="checkbox"/>					
CAMION <input type="checkbox"/>		MOTOCARRO <input type="checkbox"/>		* ESPECIAL TURISMO <input type="checkbox"/>					
CAMIONETA <input type="checkbox"/>		MOTOTRUCICLO <input type="checkbox"/>		* ESPECIAL ESCOLAR <input type="checkbox"/>					
CAMPERO <input type="checkbox"/>		TRACCION ANIMAL <input type="checkbox"/>		* ESPECIAL ASALARIADO <input type="checkbox"/>					
MICROBUS <input type="checkbox"/>		MOTOCICLO <input type="checkbox"/>		* ESPECIAL OCASIONAL <input type="checkbox"/>					
TRACTOCAMION <input type="checkbox"/>		CUATRIMOTO <input type="checkbox"/>		* RADIO DE ACCIÓN <input type="checkbox"/>					
VOLQUETA <input type="checkbox"/>		REMOLQUE <input type="checkbox"/>		NACIONAL <input type="checkbox"/>					
MOTOCICLETA <input type="checkbox"/>		SEMI-REMOLQUE <input type="checkbox"/>		MUNICIPAL <input type="checkbox"/>					
		* CLASE DE MERCANCIA							
8.6. LUGAR DE IMPACTO									
FRONTAL <input type="checkbox"/> LATERAL <input type="checkbox"/> POSTERIOR <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>									
11. HIPÓTESIS DEL ACCIDENTE DE TRANSITO									
5X6489		11211		DEL VEHICULO		DEL PEATÓN			
DEL CONDUCTOR				DE LA VÍA		DEL VIAJERO			
OTRA		ESPECIFICAR ¿CUAL?							
15. DATOS DE QUIEN CONOCE EL ACCIDENTE									
GRADO	APELLIDOS Y NOMBRES		DOC	IDENTIFICACIÓN No.	PLACA	ENTIDAD	FIRMA		
Agente	Perez H Kevin		C.C.	111831191	014	STPV	Kevin Perez H		
16. CORRESPONDIO									
NUMERO ÚNICO DE INVESTIGACIÓN		Dto	Municipio	Ent.	U. receptora	Año	Consecutiva		

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