



INFORME POLICIAL DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO No. C-

1. ORGANISMO DE TRÁNSITO

73319

Guamo

2. GRAVEDAD

CON MUERTOS ☒ CON HERIDOS ☐ SOLO DAÑOS ☐

La movilidad es de todos

Mietransporte

3. LUGAR O CORDENADAS GEOGRÁFICAS

CÓDIGO DE RUTA

VIA Y KILOMETRO O SITIO, DIRECCIÓN Y CIUDAD

Lat.

4° 13' 66"

Long.

74° 58' 02"

3.1 LOCALIDAD O COMUNA

Caello

4. FECHA Y HORA

20 11 20 22 07 00

FECHA Y HORA DE OCURRENCIA

20 11 20 22 08 00

FECHA Y HORA DE LEVANTAMIENTO

5. CLASE DE ACCIDENTE

CHOQUE ☐ CAIDA OCUPANTE ☐ ATROPELLO ☐ INCENDIO ☐ VOLCAMIENTO ☒ OTRO ☐

5.1. CHOQUE CON

VEHICULO ☐ TREN ☐ SEMOVIENTE ☐ OBJETO FIJO ☐

5.2. OBJETO FIJO

MURO ☐ SEMAFORO ☐ TARIMA CASETA ☐ POSTE ☐ INMUEBLE ☐ VEHICULO ESTACIONADO ☐ ARBOL ☐ HIDRANTE ☐ OTRO ☐ BARANDA ☐ VALLA, SEÑAL ☐

6. CARACTERÍSTICAS DEL LUGAR

6.1. ÁREA

RURAL ☐ NACIONAL ☐ DEPARTAMENTAL ☐ MUNICIPAL ☐ URBANA ☐

6.2. SECTOR

RESIDENCIAL ☐ INDUSTRIAL ☐ COMERCIAL ☐

6.3. ZONA

ESCOLAR ☐ DEPORTIVA ☐ TURISTICA ☐ PRIVADA ☐ MILITAR ☐ HOSPITALARIA ☐

6.4. DISEÑO

GLORIETA ☐ PASO A NIVEL ☐ PASO ELEVADO ☐ INTERSECCIÓN ☐ PONTÓN ☐ PASO INFERIOR ☐ PEATONAL ☐ LOTE O PREDIO ☐ CICLO RUTA ☐ TÚNEL ☐

6.5. CONDICIÓN CLIMÁTICA

GRANIZO ☐ VIENTO ☐ LLUVIA ☒ NORMAL ☐ NIEBLA ☐

7. CARACTERÍSTICAS DE LAS VÍAS

7.1. GEOMÉTRICAS

A. RECTA ☒B. PLANO ☒C. BANEA DE EST. ☒CON ANDÉN ☒CON BERMA ☒

7.2. UTILIZACIÓN

UN SENTIDO ☒DOBLE SENTIDO ☐REVERSIBLE ☐CONTRAFUJO ☐CICLOVÍA ☐

7.3. CALZADAS

UNA ☒DOS ☒TRES O MÁS ☐VARIABLE ☐

7.4. CARRILES

UN ☒DOS ☒TRES O MÁS ☐VARIABLE ☐

7.5. SUPERFICIE DE RODADURA

ASFALTO ☒AFIRMADO ☐ADOQUIN ☐EMPERADO ☐CONCRETO ☐TIERRA ☐OTRO ☐

7.6. ESTADO

BUENO ☒CON HUECOS ☐DERRUMBES ☐EN REPARACIÓN ☐HUNDIMIENTO ☐INUNDADA ☐PARCHADA ☐RIZADA ☐FISURADA ☐

7.7. CONDICIONES

ACEITE ☐HÚMEDA ☒LODO ☐ALCANTARILLA DESTAPADA ☐

MATERIAL ORGÁNICO

MATERIAL SUELTO ☐SECA ☐OTRA ☐

7.8. ILUMINACIÓN ARTIFICIAL

A. CON ☐BUENA ☐MALA ☐B. SIN ☒

7.9. CONTROLES DE TRÁNSITO

A. AGENTE DE TRÁNSITO ☐SEMÁFORO ☐OPERANDO ☐INTERMITENTE ☐CON DAÑOS ☐APAGADO ☐OCULTO ☐

C. SEÑALES VERTICALES

PARE ☐CEDA EL PASO ☐NO GIRE ☐SENTIDO VIAL ☐NO ADELANTAR ☐VELOCIDAD MÁXIMA ☐OTRA ☐NINGUNA ☐

D. SEÑALES HORIZONTALES

ZONA PEATONAL ☐LÍNEA DE PARE ☐LÍNEA CENTRAL AMARILLA ☐CONTINUA ☐SEGMENTADA ☐LÍNEA DE CARRIL BLANCA ☐CONTINUA ☐SEGMENTADA ☒LÍNEA DE BORDE BLANCA ☐LÍNEA DE BORDE AMARILLA ☐LÍNEA ANTIBLOQUEO ☐FLECHAS ☐LEYENDAS ☐SÍMBOLOS ☐OTRA ☐

E. REDUCTOR DE VELOCIDAD

BANDAS SONORAS ☐RESALTO ☐MÓVIL ☐SONORIZADOR ☐ESTOPEOL ☐OTRO ☐

F. DELINEADOR DE PISO

TACHA ☐ESTOPEOLES ☐TACHONES ☐BOYAS ☐BORDILLOS ☐TUBULAR ☐BARRERAS PLÁSTICAS ☐HITOS TUBULARES ☐CONOS ☐OTRO ☐

7.10. VISIBILIDAD

A. NORMAL ☐

B. DISMINUIDA POR

CASSETAS ☐CONSTRUCCIÓN ☐VALLAS ☐ÁRBOL VEGETACIÓN ☐VEHICULO ESTACIONADO ☐ENCANILAMIENTO ☐POSTE ☐OTROS ☐

8. CONDUCTORES, VEHICULOS Y PROPIETARIOS

VEHICULO 1

8.1. CONDUCTOR

APELLIDOS Y NOMBRES

Granados Brítez Jaime Eduardo

DOC.

C. 14-106-547

NACIONALIDAD

Colombiano

FECHA DE NACIMIENTO

14/03/80

SEXO

F

GRAVEDAD

MUERTO ☒ HERIDO ☐

DIRECCIÓN DE DOMICILIO

Calle 162 # 21 sur -129

CIUDAD

Ibagué

TELÉFONO

3135831128

SE PRACTICÓ EXAMEN

SI ☐ NO ☐

PORTA LICENCIA

LICENCIA DE CONDUCCIÓN No.

CATEGORÍA

RESTRICCIÓN

EXP

VEN

CÓDIGO OF. TRÁNSITO

CHALECO

CASCO

CINTURÓN

SI ☒ NO ☐SI ☒ NO ☐SI ☒ NO ☐SI ☒ NO ☐SI ☒ NO ☐SI ☒ NO ☐SI ☒ NO ☐SI ☒ NO ☐SI ☒ NO ☐SI ☒ NO ☐SI ☒ NO ☐SI ☒ NO ☐SI ☒ NO ☐SI ☒ NO ☐SI ☒ NO ☐SI ☒ NO ☐

HOSPITAL, CLÍNICA O SITIO DE ATENCIÓN

DESCRIPCIÓN DE LESIONES

Hospital San Rafael

Trauma en codo izquierdo, dolor y limitacion funcional

Funcional

8.2. VEHICULO

PLACA

PLACA REMOLQUE / SEMI

NACIONALIDAD

MARCA

LÍNEA

COLOR

MODELO

CARROCERIA

TON.

PASAJEROS

LICENCIA DE TRANS. No.

TARJETA DE REGISTRO No.

EMPRESA

NIT

REV. TEC. MEC.

No.

PORTA SOAT

PÓLIZA No.

ASEGURADORA

PLACA

PLACA REMOLQUE / SEMI

NACIONALIDAD

MARCA

LÍNEA

COLOR

MODELO

CARROCERIA

TON.

PASAJEROS

LICENCIA DE TRANS. No.

TARJETA DE REGISTRO No.

EMPRESA

NIT

REV. TEC. MEC.

No.

PORTA SOAT

PÓLIZA No.

ASEGURADORA

VENCIMIENTO

DÍA MES AÑO

DÍA MES AÑO

DÍA MES AÑO

DÍA MES AÑO

DÍA MES AÑO

DÍA MES AÑO

DÍA MES AÑO

DÍA MES AÑO

DÍA MES AÑO

DÍA MES AÑO

DÍA MES AÑO

DÍA MES AÑO

DÍA MES AÑO

DÍA MES AÑO

DÍA MES AÑO

DÍA MES AÑO

DÍA MES AÑO

DÍA MES AÑO

DÍA MES AÑO

DÍA MES AÑO

DÍA MES AÑO

DÍA MES AÑO

DÍA MES AÑO

DÍA MES AÑO

DÍA MES AÑO

DÍA MES AÑO

DÍA MES AÑO

DÍA MES AÑO

DÍA MES AÑO

DÍA MES AÑO

DÍA MES AÑO

DÍA MES AÑO

DÍA MES AÑO

DÍA MES AÑO

DÍA MES AÑO

DÍA MES AÑO

DÍA MES AÑO

DÍA MES AÑO

DÍA MES AÑO

DÍA MES AÑO

DÍA MES AÑO

DÍA MES AÑO

DÍA MES AÑO

DÍA MES AÑO

DÍA MES AÑO

DÍA MES AÑO

DÍA MES AÑO

DÍA MES AÑO

DÍA MES AÑO

DÍA MES AÑO

DÍA MES AÑO

DÍA MES AÑO

DÍA MES AÑO

DÍA MES AÑO

DÍA MES AÑO

DÍA MES AÑO

DÍA MES AÑO

DÍA MES AÑO

DÍA MES AÑO

DÍA MES AÑO

DÍA MES AÑO

DÍA MES AÑO

DÍA MES AÑO

DÍA MES AÑO

DÍA MES AÑO

DÍA MES AÑO

DÍA MES AÑO

DÍA MES AÑO

DÍA MES AÑO

DÍA MES AÑO

DÍA MES AÑO

DÍA MES AÑO

DÍA MES AÑO

DÍA MES AÑO

DÍA MES AÑO

DÍA MES AÑO

DÍA

8. CONDUCTORES, VEHÍCULOS Y PROPIETARIOS

8.1 CONDUCTOR

8.2 VEHÍCULO

8.3 CLASE VEHÍCULO

8.4 CLASE SERVICIO

8.5 MODALIDAD DE TRANS.

8.6 RADIO DE ACCIÓN

8.7 FALLAS EN:

8.8 DESCRIPCIÓN DAÑOS MATERIALES DEL VEHÍCULO

8.9 LUGAR DE IMPACTO

9. VÍCTIMAS: PASAJEROS, ACOMPAÑANTES O PEATONES

9.1 DETALLES DE LA VÍCTIMA

10. TOTAL VÍCTIMAS:

11. HIPÓTESIS DEL ACCIDENTE DE TRÁNSITO

12. TESTIGOS

13. OBSERVACIONES

14. ANEXOS

15. DATOS DE QUIEN CONOCE EL ACCIDENTE

16. CORRESPONDIO

FIRMA DE CONFORMIDAD CON EL INFORME, CONDUCTORES INVOLUCRADOS

FIRMA CONDUCTOR, VÍCTIMA O TESTIGO C.C.

FIRMA CONDUCTOR, VÍCTIMA O TESTIGO C.C.

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

ORIGINAL: AUTORIDAD COMPETENTE





Variente de Chicoral Km. 6 + 200m²

PUNTO DE REFERENCIA		P R		29,70	
TABLA DE MEDIDAS					
No.	"X" o "A"	"Y" o "B"	IDENTIFICACIÓN DEL PUNTO		
1	27,40	4,0	H.T	Zona Verde	
2	33,00	4,0	H.T	Zona Verde	
3	61,80	0,80	Vidrios y Freg.		
4	61,80	3,30	H.P.	Metilico	
5	77,80	6,60	Veril.	Post.	
6	83,30	1,0	Vert.	Antena	
7	—	0,40	Sobante	de Vía	
8	—	1,90	Berma		
9	—	3,0	Carril	Colector	
10					
11	→		Sentido Vial		
12	○		Sentido Vehículo		
13	++++		H. Trayectoria en		
14			Zona Verde		
15	↘		Olivella de		
16	—		Arriastre Metilico		
17	80		Fragmentado		
18	P		Vidrio		
19	↘		Ocaso		
20					
21	PR		Punto Referencia		
22	PA		Punto Apoyo		
23	↩		Muro Canal		
24			de desagüe		
25	SP-04				

[illegible]

	VIA 1	VIA 2
RADIO		
PERALTE		
PENDIENTE		

Long. 74° 58' 0" 23"
Lat. 4° 13' 66"

ESCALA: _____

PLANO: _____

VISTA: _____

15. DATOS DE QUIEN CONOCE EL ACCIDENTE														
GRADO	APELLIDOS Y NOMBRES		DOC.	IDENTIFICACIÓN No.	PLACA	ENTIDAD	FIRMA							
pt	CAMERO AYALA		cc	8005235	071264	pona								

6. CORRESPONDÍO			
NÚMERO ÚNICO DE INVESTIGACIÓN			
Día.	Mu/día.	Ent.	U. exceptora
73	26	86	0991
21	20	22	00338
			Consecutivo

16. CORRESPONDÍO

NÚMERO ÚNICO DE INVESTIGACIÓN	Dto.	Mu/bio.	Ent.	U. receptora	Año	Consecutivo
	73	26	86	099	1212022	00338

ORIGINAL: AUTORIDAD COMPETENTE

FORMATO ANEXO AL INFORME DE ACCIDENTES, FORMULARIO										
B. VÍCTIMAS: PASAJEROS, ACOMPAÑANTES O PEATONES			No. 2		DEL VEHICULO No. 1		NACIONALIDAD		FECHA DE NACIMIENTO	
APELLIDOS Y NOMBRES			DOC.		IDENTIFICACION No.		CIVIDAD		DIA MES AÑO	
Briam Smirt Calderon Chala			CC		1022405294		Colombiano		7/05/1995	
DIRECCION DE DOMICILIO			CALLE		TELÉFONO		CINTURON		S.1. DETALLES DE LA VICTIMA	
Cra 8 # 7-28 B/Centro					Ereño 3273518032		<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		CONDICION	
HOSPITAL, CLINICA O SITIO DE ATENCION			SE PRACTICO EXAMEN		SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>		CASCO		PEATON <input type="checkbox"/>	
San Rafael - Espinal			AUTORIZO		EMBRIGUEZ		<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		PASAJERO <input checked="" type="checkbox"/>	
DESCRIPCION DE LESIONES			POS <input type="checkbox"/> NEG <input type="checkbox"/>		GRADO <input type="checkbox"/>		S. PSICOACTIVAS		ACOMPAÑANTE <input type="checkbox"/>	
Traumas internos.							<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		GRAVEDAD	
							CHALECO		MUERTO <input checked="" type="checkbox"/>	
							<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		HERIDO <input type="checkbox"/>	
9. VÍCTIMAS: PASAJEROS, ACOMPAÑANTES O PEATONES										
No. 3			DEL VEHICULO No. 1		NACIONALIDAD		FECHA DE NACIMIENTO		SEXO	
Rodríguez Ramos Juan Diego			CC		1.021.512.412		Colombiano		27/05/1995	
DIRECCION DE DOMICILIO			CALLE		TELÉFONO		CINTURON		S.1. DETALLES DE LA VICTIMA	
Calle 46B # 65					3014188172		<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		CONDICION	
HOSPITAL, CLINICA O SITIO DE ATENCION			SE PRACTICO EXAMEN		SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>		CASCO		PEATON <input type="checkbox"/>	
San Rafael de Espinal			AUTORIZO		EMBRIGUEZ		<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		PASAJERO <input type="checkbox"/>	
DESCRIPCION DE LESIONES			POS <input type="checkbox"/> NEG <input type="checkbox"/>		GRADO <input type="checkbox"/>		S. PSICOACTIVAS		ACOMPAÑANTE <input type="checkbox"/>	
Trauma en cuello y region costal							<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		GRAVEDAD	
							CHALECO		MUERTO <input type="checkbox"/>	
							<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		HERIDO <input checked="" type="checkbox"/>	
9. VÍCTIMAS: PASAJEROS, ACOMPAÑANTES O PEATONES										
No. 4			DEL VEHICULO No. 1		NACIONALIDAD		FECHA DE NACIMIENTO		SEXO	
Hewitt Triana Valerie			CC		1010004988		Colombiano		05/05/1994	
DIRECCION DE DOMICILIO			CALLE		TELÉFONO		CINTURON		S.1. DETALLES DE LA VICTIMA	
Av. Ambale # 27-73B B/La Esperanza Ibagué					32736884		<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		CONDICION	
HOSPITAL, CLINICA O SITIO DE ATENCION			SE PRACTICO EXAMEN		SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>		CASCO		PEATON <input type="checkbox"/>	
Hospital San Rafael - Espinal			AUTORIZO		EMBRIGUEZ		<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		PASAJERO <input type="checkbox"/>	
DESCRIPCION DE LESIONES			POS <input type="checkbox"/> NEG <input type="checkbox"/>		GRADO <input type="checkbox"/>		S. PSICOACTIVAS		ACOMPAÑANTE <input type="checkbox"/>	
Lesion en hombro izquierdo y refiere muchas traumas dorsalgia.							<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		GRAVEDAD	
							CHALECO		MUERTO <input type="checkbox"/>	
							<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		HERIDO <input checked="" type="checkbox"/>	
9. VÍCTIMAS: PASAJEROS, ACOMPAÑANTES O PEATONES										
No. 5			DEL VEHICULO No. 1		NACIONALIDAD		FECHA DE NACIMIENTO		SEXO	
Rodríguez López Hector Javier			CC		79.812.271		Colombiano		06/02/1978	
DIRECCION DE DOMICILIO			CALLE		TELÉFONO		CINTURON		S.1. DETALLES DE LA VICTIMA	
Calle 46 # 65-03 Sta Marta					318634320		<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		CONDICION	
HOSPITAL, CLINICA O SITIO DE ATENCION			SE PRACTICO EXAMEN		SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>		CASCO		PEATON <input type="checkbox"/>	
Hospital San Rafael - Espinal			AUTORIZO		EMBRIGUEZ		<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		PASAJERO <input checked="" type="checkbox"/>	
DESCRIPCION DE LESIONES			POS <input type="checkbox"/> NEG <input type="checkbox"/>		GRADO <input type="checkbox"/>		S. PSICOACTIVAS		ACOMPAÑANTE <input type="checkbox"/>	
Dolor en Cuello, Columna y cefalea.							<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		GRAVEDAD	
							CHALECO		MUERTO <input type="checkbox"/>	
							<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		HERIDO <input checked="" type="checkbox"/>	
9. VÍCTIMAS: PASAJEROS, ACOMPAÑANTES O PEATONES										
No. 6			DEL VEHICULO No. 1		NACIONALIDAD		FECHA DE NACIMIENTO		SEXO	
Sanchez Benilla Julian Andres			CC		1.006.116.988		Colombiano		14/03/1990	
DIRECCION DE DOMICILIO			CALLE		TELÉFONO		CINTURON		S.1. DETALLES DE LA VICTIMA	
M7. D casa 16 B/Valparaiso					3214318666		<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		CONDICION	
HOSPITAL, CLINICA O SITIO DE ATENCION			SE PRACTICO EXAMEN		SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>		CASCO		PEATON <input type="checkbox"/>	
Hospital San Rafael - Espinal			AUTORIZO		EMBRIGUEZ		<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		PASAJERO <input checked="" type="checkbox"/>	
DESCRIPCION DE LESIONES			POS <input type="checkbox"/> NEG <input type="checkbox"/>		GRADO <input type="checkbox"/>		S. PSICOACTIVAS		ACOMPAÑANTE <input type="checkbox"/>	
Dolor a la palpación en clavícula y hombro izquierdo							<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		GRAVEDAD	
							CHALECO		MUERTO <input type="checkbox"/>	
							<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		HERIDO <input checked="" type="checkbox"/>	
9. VÍCTIMAS: PASAJEROS, ACOMPAÑANTES O PEATONES										
No. 7			DEL VEHICULO No. 1		NACIONALIDAD					

- ORIGINAL: AUTORIDAD COMPETENTE -

VIGILADO
SUPERTRANSPORTE

Escaneado con CamScanner



FORMATO ANEXO AL INFORME DE ACCIDENTES, FORMULARIO



B. VÍCTIMAS: PASAJEROS, ACOMPAÑANTES O PEATONES		No. 1		DEL VEHÍCULO No. 1		NACIONALIDAD		FECHA DE NACIMIENTO		SEXO	
APELLIDOS Y NOMBRES		DOC.		IDENTIFICACIÓN No.		CUIDAD		TELÉFONO		DIA MES AÑO	
Bernal Bernal Danner Alonso C		CC		1.049.394.245		Colombiano		06/11/1981		M	
DIRECCIÓN DE DOMICILIO		CALLE		CÓDIGO		TELÉFONO		CINTURÓN		S.I. DETALLES DE LA VÍCTIMA	
Calle 188 # 11-44		31351064		31351064		31351064		SI NO		CONDICIÓN	
HOSPITAL, CLÍNICA O SITIO DE ATENCIÓN		SE PRACTICÓ EXAMEN		SI NO		GRADO		S. PSICOACTIVAS		CASCO	
Hospital San Rafael		SI NO		POS NEG		SI NO		SI NO		PASAJERO	
DESCRIPCIÓN DE LESIONES		AUTORIZO		EMBRAGUEZ		GRADO		S. PSICOACTIVAS		COMPAÑANTE	
Hemorragia y lesión en cara cabelludo.		SI NO		POS NEG		SI NO		SI NO		GRAVEDAD	
		SI NO		POS NEG		SI NO		SI NO		MUERTO	
		SI NO		POS NEG		SI NO		SI NO		HERIDO	

B. VÍCTIMAS: PASAJEROS, ACOMPAÑANTES O PEATONES		No. 1		DEL VEHÍCULO No. 1		NACIONALIDAD		FECHA DE NACIMIENTO		SEXO	
APELLIDOS Y NOMBRES		DOC.		IDENTIFICACIÓN No.		CUIDAD		TELÉFONO		DIA MES AÑO	
Tique Rincon Nilson Jairo C		CC		93392788		Colombiano		08/04/1973		M	
DIRECCIÓN DE DOMICILIO		CALLE		CÓDIGO		TELÉFONO		CINTURÓN		S.I. DETALLES DE LA VÍCTIMA	
Arado Park baja # 21-103		305858314		305858314		305858314		SI NO		CONDICIÓN	
HOSPITAL, CLÍNICA O SITIO DE ATENCIÓN		SE PRACTICÓ EXAMEN		SI NO		GRADO		S. PSICOACTIVAS		CASCO	
Asotoma - Ibagué		SI NO		POS NEG		SI NO		SI NO		PASAJERO	
DESCRIPCIÓN DE LESIONES		AUTORIZO		EMBRAGUEZ		GRADO		S. PSICOACTIVAS		COMPAÑANTE	
Trauma en región costal		SI NO		POS NEG		SI NO		SI NO		GRAVEDAD	
		SI NO		POS NEG		SI NO		SI NO		MUERTO	
		SI NO		POS NEG		SI NO		SI NO		HERIDO	

B. VÍCTIMAS: PASAJEROS, ACOMPAÑANTES O PEATONES		No. 10		DEL VEHÍCULO No. 1		NACIONALIDAD		FECHA DE NACIMIENTO		SEXO	
APELLIDOS Y NOMBRES		DOC.		IDENTIFICACIÓN No.		CUIDAD		TELÉFONO		DIA MES AÑO	
Malano Nuñez Saul C		CC		93181320		Colombiano		12/10/1982		M	
DIRECCIÓN DE DOMICILIO		CALLE		CÓDIGO		TELÉFONO		CINTURÓN		S.I. DETALLES DE LA VÍCTIMA	
Calle 28 # 5-80 Apto 205		3143581891		3143581891		3143581891		SI NO		CONDICIÓN	
HOSPITAL, CLÍNICA O SITIO DE ATENCIÓN		SE PRACTICÓ EXAMEN		SI NO		GRADO		S. PSICOACTIVAS		CASCO	
Hospital San Rafael Espinal		SI NO		POS NEG		SI NO		SI NO		PASAJERO	
DESCRIPCIÓN DE LESIONES		AUTORIZO		EMBRAGUEZ		GRADO		S. PSICOACTIVAS		COMPAÑANTE	
Cefalea, contusiones y lesiones lumbares.		SI NO		POS NEG		SI NO		SI NO		GRAVEDAD	
		SI NO		POS NEG		SI NO		SI NO		MUERTO	
		SI NO		POS NEG		SI NO		SI NO		HERIDO	

B. VÍCTIMAS: PASAJEROS, ACOMPAÑANTES O PEATONES		No. 1		DEL VEHÍCULO No. 1		NACIONALIDAD		FECHA DE NACIMIENTO		SEXO	
APELLIDOS Y NOMBRES		DOC.		IDENTIFICACIÓN No.		CUIDAD		TELÉFONO		DIA MES AÑO	
Malano Nuñez Elizabeth C		CC		28.544.472		Colombiano		22/10/1981		F	
DIRECCIÓN DE DOMICILIO		CALLE		CÓDIGO		TELÉFONO		CINTURÓN		S.I. DETALLES DE LA VÍCTIMA	
Calle 28 # 5-80 Apto 205		31339475		31339475		31339475		SI NO		CONDICIÓN	
HOSPITAL, CLÍNICA O SITIO DE ATENCIÓN		SE PRACTICÓ EXAMEN		SI NO		GRADO		S. PSICOACTIVAS		CASCO	
Asotoma Ibagué		SI NO		POS NEG		SI NO		SI NO		PASAJERO	
DESCRIPCIÓN DE LESIONES		AUTORIZO		EMBRAGUEZ		GRADO		S. PSICOACTIVAS		COMPAÑANTE	
Contusiones, lesión en rodilla.		SI NO		POS NEG		SI NO		SI NO		GRAVEDAD	
		SI NO		POS NEG		SI NO		SI NO		MUERTO	
		SI NO		POS NEG		SI NO		SI NO		HERIDO	

B. VÍCTIMAS: PASAJEROS, ACOMPAÑANTES O PEATONES		No. 1		DEL VEHÍCULO No. 1		NACIONALIDAD		FECHA DE NACIMIENTO		SEXO	
APELLIDOS Y NOMBRES		DOC.		IDENTIFICACIÓN No.		CUIDAD		TELÉFONO		DIA MES AÑO	
DIRECCIÓN DE DOMICILIO		CALLE		CÓDIGO		TELÉFONO		CINTURÓN		S.I. DETALLES DE LA VÍCTIMA	
								SI NO		CONDICIÓN	
HOSPITAL, CLÍNICA O SITIO DE ATENCIÓN		SE PRACTICÓ EXAMEN		SI NO		GRADO		S. PSICOACTIVAS		CASCO	
		SI NO		POS NEG		SI NO		SI NO		PASAJERO	
DESCRIPCIÓN DE LESIONES		AUTORIZO		EMBRAGUEZ		GRADO		S. PSICOACTIVAS		COMPAÑANTE	
		SI NO		POS NEG		SI NO		SI NO		GRAVEDAD	
		SI NO		POS NEG		SI NO		SI NO		MUERTO	
		SI NO		POS NEG		SI NO		SI NO		HERIDO	

B. VÍCTIMAS: PASAJEROS, ACOMPAÑANTES O PEATONES		No. 1		DEL VEHÍCULO No. 1		NACIONALIDAD		FECHA DE NACIMIENTO		SEXO	
APELLIDOS Y NOMBRES		DOC.		IDENTIFICACIÓN No.		CUIDAD		TELÉFONO		DIA MES AÑO	
DIRECCIÓN DE DOMICILIO		CALLE		CÓDIGO		TELÉFONO		CINTURÓN		S.I. DETALLES DE LA VÍCTIMA	
								SI NO		CONDICIÓN	
HOSPITAL, CLÍNICA O SITIO DE ATENCIÓN		SE PRACTICÓ EXAMEN		SI NO		GRADO		S. PSICOACTIVAS		CASCO	
		SI NO		POS NEG		SI NO		SI NO		PASAJERO	
DESCRIPCIÓN DE LESIONES		AUTORIZO		EMBRAGUEZ		GRADO		S. PSICOACTIVAS		COMPAÑANTE	
		SI NO		POS NEG		SI NO		SI NO		GRAVEDAD	
		SI NO		POS NEG		SI NO		SI NO		MUERTO	
		SI NO		POS NEG		SI NO		SI NO		HERIDO	

13. OBSERVACIONES	

15. DATOS DE QUIEN CONOCE EL ACCIDENTE	
APELLIDOS Y NOMBRES	
Camilo Ayala	

16. CORRESPONDIO	
NÚMERO ÚNICO DE INVESTIGACIÓN	
15716860	

- ORIGINAL: AUTORIDAD COMPETENTE -

VIGILADO
SUPERTRANSPORTE