

398

FORME POLICIAL DE ACCIDENTES DE TRANSITO NO. 000018

ORGANISMO DE TRANSITO 16 1 1 3 0 0 0

Bogota grande

2. GRAVEDAD		
CON MUERTOS	CON HERIDOS	SOLO DAÑOS
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



COORDENADAS GEOGRAFICAS

18-106 Via Comfina - Carretera No. 34796  
CÓDIGO DE RUTA VÍA Y KILOMETRO O SITIO DIRECCIÓN Y CIUDAD

Lat. 4° 11' 64" N  
Long. 76° 09' 62" W

3.1 LOCALIDAD O COMUNA

4. FECHA Y HORA

10/06/2016 04:35

FECHA Y HORA DE OCURRENCIA  
10/06/2016 04:50

FECHA Y HORA DE LEVANTAMIENTO

5. CLASE DE ACCIDENTE

CHOQUE ☒ CHACA COMPARTE ☐  
ATROPELLA ☐ INICIACION ☐  
VOLCAIMIENTO ☐ OTRO ☐

6.1 CHOQUE CON:

VEHICULO ☐  
TREN ☐  
SEMIOBIENTE ☐  
OBJETO FIJO ☒

6.2 OBJETO FIJO:

MURO ☒ SEMAFORO ☐  
POSTE ☐ INMUEBLE ☐  
ARBOL ☐ MIGRANTE ☐  
BARANDA ☐ VALLA, SEÑAL ☐

6.3 TARNIA CASITA

VEHICULO ☐  
ESTACIONAL ☐  
OTRO ☐

7. CARACTERISTICAS DEL LUGAR

7.1. AREA: RESIDENCIAL ☐ ESCOLAR ☐ DEPORTIVA ☐  
7.2. SECTOR: INDUSTRIAL ☐ TURISTICA ☐ PRIVADA ☐  
7.3. ZONA: COMERCIAL ☐ MILITAR ☐ HOSPITALARIA ☐  
7.4. DISEÑO: PASO A NIVEL ☐ PASO ELEVADO ☐ PUENTE ☐  
7.5. CONDICIÓN CLIMÁTICA: GRANIZO ☐ VIENTO ☐  
LLUVIA ☒ NORMAL ☐  
NIEBLA ☐

8. DESCRIPCIÓN DE LAS VIAS

8.1. SUPERFICIE DE RODADURA: ASPHALTO ☒ ASFALTO APURADO ☐  
8.2. ESTADO: BUENO ☒ CON HUECOS ☐  
8.3. ANCHO DE VÍA: 7.5. ILUMINACIÓN: NATURAL ☐  
8.4. DISEÑO: PASO A NIVEL ☐ PASO ELEVADO ☐ PUENTE ☐  
8.5. CONDICIÓN CLIMÁTICA: GRANIZO ☐ VIENTO ☐  
LLUVIA ☒ NORMAL ☐  
NIEBLA ☐

9. CONDUCTORES, VEHICULOS Y PROPIETARIOS

9.1. CONDUCTOR: BENITEZ RODRIGUEZ CARLOS ANDRES CC 6494367 Colombia 02/08/19 A E  
9.2. VEHICULO: TUBO 316707277  
9.3. PROPIETARIO: TUBO 316707277  
9.4. DESCRIPCIÓN DE LESIONES: Fractura clavicular

9.5. DESCRIPCIÓN DE LESIONES: Fractura clavicular

9.6. DESCRIPCIÓN DE LESIONES: Fractura clavicular

9.7. DESCRIPCIÓN DE LESIONES: Fractura clavicular

9.8. DESCRIPCIÓN DE LESIONES: Fractura clavicular

9.9. DESCRIPCIÓN DE LESIONES: Fractura clavicular

9.10. DESCRIPCIÓN DE LESIONES: Fractura clavicular

9.11. DESCRIPCIÓN DE LESIONES: Fractura clavicular

9.12. DESCRIPCIÓN DE LESIONES: Fractura clavicular

9.13. DESCRIPCIÓN DE LESIONES: Fractura clavicular

9.14. DESCRIPCIÓN DE LESIONES: Fractura clavicular

9.15. DESCRIPCIÓN DE LESIONES: Fractura clavicular

000018819

399

8. CONDUCTORES, VEHÍCULOS Y PROPIETARIOS									
8.1. CONDUCTOR					VEHÍCULO 2				
APELLIDOS Y NOMBRES			DOC.	IDENTIFICACIÓN No.	NACIONALIDAD	FECHA DE NACIMIENTO		SEXO	GRAVEDAD
						DÍA MES AÑO		M F	MUERTO <input type="checkbox"/> HERIDO <input type="checkbox"/>
DIRECCIÓN DE DOMICILIO			CIUDAD	TELÉFONO	SE PRACTICÓ EXAMEN				
					SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				
PORTA LICENCIA			LICENCIA DE CONDUCCIÓN No.	CATEGORÍA	RESTRICCIÓN	EXP. <input type="checkbox"/> VEN. <input type="checkbox"/>	CÓDIGO CF. TRÁNSITO	CHALECO	CASCO
								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						
8.2. VEHÍCULO									
PLACA	PLACA REMOLQUE / SEMI	NACIONALIDAD	MARCA	LÍNEA	COLOR	MODELO	CARROCERÍA	TON.	PASAJEROS
		COLOMBIANO <input type="checkbox"/> EXTRANJERO <input type="checkbox"/>							
EMPRESA			MATRICULADO EN:	INMOVILIZADO EN:			TARJETA DE REGISTRO No.		
REV. TEC. MEC. <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			CANTIDAD ACOMPAÑANTES O PASAJEROS EN EL MOMENTO DEL ACCIDENTE						
PORTA SOAT			POLIZA No.	ASEGURADORA			VENCIMIENTO		
							DÍA MES AÑO		
PORTA SEG. RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	VENCIMIENTO			PORTA SEG. RESP. EXTRA CONTRACTUAL		
							SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
No.			ASEGURADORA	DÍA MES AÑO			No.		
PROPIETARIO									
MISMO CONDUCTOR			APELLIDOS Y NOMBRES			DOC.			
						IDENTIFICACIÓN No.			
8.3. CLASE VEHÍCULO									
AUTOMÓVIL	<input type="checkbox"/>	M. AGRÍCOLA	<input type="checkbox"/>	8.4. CLASE SERVICIO	<input type="checkbox"/>	PASAJEROS	<input type="checkbox"/>	8.8. DESCRIPCIÓN DAÑOS MATERIALES DEL VEHÍCULO	
BUS	<input type="checkbox"/>	M. INDUSTRIAL	<input type="checkbox"/>	OFICIAL	<input type="checkbox"/>	* COLECTIVO	<input type="checkbox"/>		
BUSETA	<input type="checkbox"/>	BICICLETA	<input type="checkbox"/>	PÚBLICO	<input type="checkbox"/>	* INDIVIDUAL	<input type="checkbox"/>		
CAMIÓN	<input type="checkbox"/>	MOTOCARRO	<input type="checkbox"/>	PARTICULAR	<input type="checkbox"/>	* MASIVO	<input type="checkbox"/>		
CAMIONETA	<input type="checkbox"/>	MOTOTRÍCULO	<input type="checkbox"/>	DIPLOMÁTICO	<input type="checkbox"/>	* ESPECIAL TURISMO	<input type="checkbox"/>		
CARPERO	<input type="checkbox"/>	TRACCIÓN ANIMAL	<input type="checkbox"/>	8.5. MODALIDAD DE TRANS.	<input type="checkbox"/>	* ESPECIAL ESCOLAR	<input type="checkbox"/>		
MICROBUS	<input type="checkbox"/>	MOTOCICLO	<input type="checkbox"/>	MIXTO	<input type="checkbox"/>	* ESPECIAL ASALARIADO	<input type="checkbox"/>		
TRACTOCAMIÓN	<input type="checkbox"/>	CUATRIMOTO	<input type="checkbox"/>	CARGA	<input type="checkbox"/>	* ESPECIAL OCASIONAL	<input type="checkbox"/>		
VOLQUETA	<input type="checkbox"/>	REMOLQUE	<input type="checkbox"/>	* EXTRADIMENSIONADA	<input type="checkbox"/>	8.8. RADIO DE ACCIÓN	<input type="checkbox"/>		
MOTOCICLETA	<input type="checkbox"/>	SEMI-REMOLQUE	<input type="checkbox"/>	* EXTRAPESADA	<input type="checkbox"/>	NACIONAL	<input type="checkbox"/>		
				* MERCANCÍA PELIGROSA	<input type="checkbox"/>	MUNICIPAL	<input type="checkbox"/>		
				- CLASE DE MERCANCÍA	<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 type="checkbox"/> LATERAL <input type="checkbox"/> POSTERIOR <input type="checkbox"/>									
Otro									
9. VÍCTIMAS: PASAJEROS, ACOMPAÑANTES O PEATONES									
No. 1			DEL VEHÍCULO No. 1						
APELLIDOS Y NOMBRES			DOC.	IDENTIFICACIÓN No.	NACIONALIDAD	FECHA DE NACIMIENTO		SEXO	
Nieto Nieto Luis Arley			CC	94150247	Colombia	DÍA MES AÑO		M F	
DIRECCIÓN DE DOMICILIO			CIUDAD	TELÉFONO					
M236 CASA 17 Barrio Maracibo			Filipa	3182341921					
HOSPITAL CLÍNICA O SITIO DE ATENCIÓN			SE PRACTICÓ EXAMEN		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		CINTURÓN		
San Bernabe.			AUTORIZO		EMBRIAGUEZ		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
DESCRIPCIÓN DE LESIONES			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		GRADO		CASCO		
Fractura tobillo, fractura fémur			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
							CHALECO		
							SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
							GRAVEDAD		
							MUERTO <input type="checkbox"/> HERIDO <input type="checkbox"/>		
10. TOTAL VÍCTIMAS:									
PEATÓN <input type="checkbox"/> ACOMPAÑANTE <input type="checkbox"/> PASAJERO 3 CONDUCTOR 1 TOTAL HERIDOS 4 MUERTOS <input type="checkbox"/>									
11. HIPÓTESIS DEL ACCIDENTE DE TRÁNSITO									
DEL CONDUCTOR			DEL VEHÍCULO			DEL PEATÓN			
1110			DE LA VÍA			DEL PASAJERO			
OTRA			ESPECIFICAR ¿CÓUAL?:						
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									
El vehículo semión de placa T14X-326 al chocar con la alcantarilla causó daños materiales a la misma									

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

400



ANEXO No. 2  
VÍCTIMAS: PASAJEROS, ACOMPAÑANTES O PEATONES

FORMATO ANEXO AL INFORME DE ACCIDENTES FORMULARIO

9. VÍCTIMAS: PASAJEROS, ACOMPAÑANTES O PEATONES		No.	DEL VEHICULO No.	NACIONALIDAD	FECHA DE NACIMIENTO	SEXO
APELLIDOS Y NOMBRES		BOG.	IDENTIFICACION No.		DIA MES AÑO	M F
Rodríguez Vasquez Wilson		CC	94309879	Colombiana	11/02/15	M
DIRECCION DE DOMICILIO		Ciudad	TELEFONO	9.1. DETALLES DE LA VICTIMA		
C/ 6 # 23-08 Villa Colombia		Tulua	31807512	CINTURON	CONDICION	
HOSPITAL, CLINICA O SITIO DE ATENCION		SE PRACTICO EXAMEN	SI NO	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> PEATON	
San Vicente Ferrera Manizales		AUTORIZO	EMBRIAGUEZ	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> PASAJERO	
DESCRIPCION DE LESIONES		POS. <input type="checkbox"/> NEG. <input type="checkbox"/>	GRADO	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> ACOMPAÑANTE	
Fractura de la Diapirisa de la tibia fracturas multiples				CASCO	GRAVEDAD	
				<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> MUERTO	
				CHALECO	<input checked="" type="checkbox"/> HERIDO	
				<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		

9. VÍCTIMAS: PASAJEROS, ACOMPAÑANTES O PEATONES		No.	DEL VEHICULO No.	NACIONALIDAD	FECHA DE NACIMIENTO	SEXO
APELLIDOS Y NOMBRES		BOG.	IDENTIFICACION No.		DIA MES AÑO	M F
Maldonado Lozano Victor Hugo		CC	94394159	Colombiana	25/10/77	M
DIRECCION DE DOMICILIO		Ciudad	TELEFONO	9.1. DETALLES DE LA VICTIMA		
C/ 8 # 18-28 Flore de la Campaña		Tulua	3146573138	CINTURON	CONDICION	
HOSPITAL, CLINICA O SITIO DE ATENCION		SE PRACTICO EXAMEN	SI NO	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> PEATON	
San Vicente Ferrera Manizales		AUTORIZO	EMBRIAGUEZ	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> PASAJERO	
DESCRIPCION DE LESIONES		POS. <input type="checkbox"/> NEG. <input type="checkbox"/>	GRADO	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> ACOMPAÑANTE	
				CASCO	GRAVEDAD	
				<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> MUERTO	
				CHALECO	<input checked="" type="checkbox"/> HERIDO	
				<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		

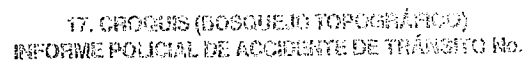
9. VÍCTIMAS: PASAJEROS, ACOMPAÑANTES O PEATONES		No.	DEL VEHICULO No.	NACIONALIDAD	FECHA DE NACIMIENTO	SEXO
APELLIDOS Y NOMBRES		BOG.	IDENTIFICACION No.		DIA MES AÑO	M F
DIRECCION DE DOMICILIO		Ciudad	TELEFONO	9.1. DETALLES DE LA VICTIMA		
				CINTURON	CONDICION	
		SE PRACTICO EXAMEN	SI NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> PEATON	
HOSPITAL, CLINICA O SITIO DE ATENCION		AUTORIZO	EMBRIAGUEZ	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> PASAJERO	
DESCRIPCION DE LESIONES		POS. <input type="checkbox"/> NEG. <input type="checkbox"/>	GRADO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> ACOMPAÑANTE	
				CASCO	GRAVEDAD	
				<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> MUERTO	
				CHALECO	<input type="checkbox"/> HERIDO	
				<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		

9. VÍCTIMAS: PASAJEROS, ACOMPAÑANTES O PEATONES		No.	DEL VEHICULO No.	NACIONALIDAD	FECHA DE NACIMIENTO	SEXO
APELLIDOS Y NOMBRES		BOG.	IDENTIFICACION No.		DIA MES AÑO	M F
DIRECCION DE DOMICILIO		Ciudad	TELEFONO	9.1. DETALLES DE LA VICTIMA		
				CINTURON	CONDICION	
		SE PRACTICO EXAMEN	SI NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> PEATON	
HOSPITAL, CLINICA O SITIO DE ATENCION		AUTORIZO	EMBRIAGUEZ	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> PASAJERO	
DESCRIPCION DE LESIONES		POS. <input type="checkbox"/> NEG. <input type="checkbox"/>	GRADO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> ACOMPAÑANTE	
				CASCO	GRAVEDAD	
				<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> MUERTO	
				CHALECO	<input type="checkbox"/> HERIDO	
				<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		

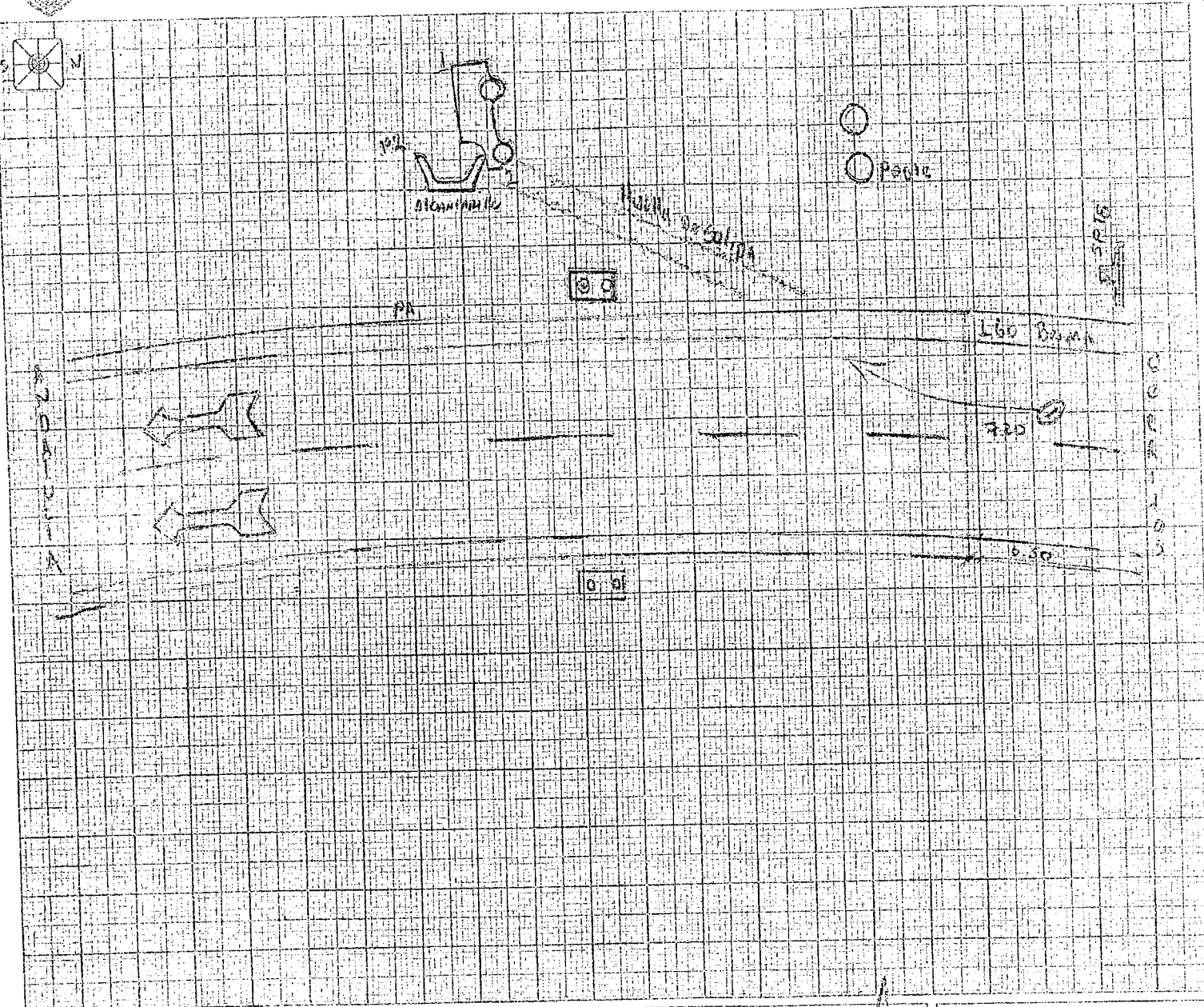
9. VÍCTIMAS: PASAJEROS, ACOMPAÑANTES O PEATONES		No.	DEL VEHICULO No.	NACIONALIDAD	FECHA DE NACIMIENTO	SEXO
APELLIDOS Y NOMBRES		BOG.	IDENTIFICACION No.		DIA MES AÑO	M F
DIRECCION DE DOMICILIO		Ciudad	TELEFONO	9.1. DETALLES DE LA VICTIMA		
				CINTURON	CONDICION	
		SE PRACTICO EXAMEN	SI NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> PEATON	
HOSPITAL, CLINICA O SITIO DE ATENCION		AUTORIZO	EMBRIAGUEZ	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> PASAJERO	
DESCRIPCION DE LESIONES		POS. <input type="checkbox"/> NEG. <input type="checkbox"/>	GRADO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> ACOMPAÑANTE	
				CASCO	GRAVEDAD	
				<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> MUERTO	
				CHALECO	<input type="checkbox"/> HERIDO	
				<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		

9. VÍCTIMAS: PASAJEROS, ACOMPAÑANTES O PEATONES		No.	DEL VEHICULO No.	NACIONALIDAD	FECHA DE NACIMIENTO	SEXO
APELLIDOS Y NOMBRES		BOG.	IDENTIFICACION No.		DIA MES AÑO	M F
DIRECCION DE DOMICILIO		Ciudad	TELEFONO	9.1. DETALLES DE LA VICTIMA		
				CINTURON	CONDICION	
		SE PRACTICO EXAMEN	SI NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> PEATON	
HOSPITAL, CLINICA O SITIO DE ATENCION		AUTORIZO	EMBRIAGUEZ	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> PASAJERO	
DESCRIPCION DE LESIONES		POS. <input type="checkbox"/> NEG. <input type="checkbox"/>	GRADO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> ACOMPAÑANTE	
				CASCO	GRAVEDAD	
				<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> MUERTO	
				CHALECO	<input type="checkbox"/> HERIDO	
				<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		

13. OBSERVACIONES							
15. DATOS DE QUIEN CONOCE EL ACCIDENTE							
APELLIDOS Y NOMBRES		BOG.	IDENTIFICACION No.	PLACA	CANTIDAD	FIRMA	
Pera Garcia Wilson		CC	82033267	080357	080357		
C/ 123456789		CC	82033267	080357	080357		
16. CORRESPONDIO							



104



PUNTO DE REFERENCIA **PR** 5.20

No.	"X" o "X"	"Y" o "Y"	IDENTIFICACIÓN DEL PUNTO
1	2.30	2.70	Vertice Trastero
2	5.0	5.50	Vertice Pedana
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			

[illegible]15. DATOS DE QUIEN CONOCE EL ACCIDENTE

GRADO	APELLIDOS Y NOMBRES	DOC.	IDENTIFICACIÓN No.	PLACA	ENTRADA	SEMA
01	RODRIGUEZ JUAN CARLOS	85	1269 05835	01/04/01	13/04/01	

Long. 76° 04' 62.9"

Lat. 24° 11' 24"

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

1000