

1. INFORMACIÓN GENERAL DE ASISTENCIAS

|                       |                                                                                                                                                                                            |                     |                                 |                  |           |
|-----------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|---------------------------------|------------------|-----------|
| Firma                 | ZER-ASISTENCIAS                                                                                                                                                                            | Abogado             | LUIS SÁNCHEZ                    | Nº Sinistro      |           |
| Fecha Asistencia      | 18062021                                                                                                                                                                                   | Tipo Asistencia     | PRESENCIAL Y TELEFÓNICO         |                  |           |
| Fecha Accidente       | 19.10.18062021                                                                                                                                                                             | Dirección Accidente | Km 21 + 650 en Bogotá - Juleva. | Ciudad Accidente | Fúcatehua |
| Tipo Proceso          | Daños <input type="checkbox"/> Lesiones <input type="checkbox"/> Homicidio <input checked="" type="checkbox"/> Otros Daños <input type="checkbox"/>                                        |                     |                                 |                  |           |
| Descripción Autoridad | Huertas aule 80 = Bonilla IT.                                                                                                                                                              |                     |                                 |                  |           |
| Autoridad que Conoce  | Tránsito <input checked="" type="checkbox"/> Fiscalía <input type="checkbox"/> Juzgado <input type="checkbox"/> Centro Conciliación <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> |                     |                                 |                  |           |
| Entrega Provisional   | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                         |                     |                                 |                  |           |
| Entrega Definitiva    | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                         |                     |                                 |                  |           |

2. INFORMACIÓN VEHÍCULO ASEGURADO

|            |            |                    |                          |                    |                   |
|------------|------------|--------------------|--------------------------|--------------------|-------------------|
| Placa      | RKX153V    | Nombre Propietario | Manuel Humberto Espinoza | Nombre Conductor   | cc. 3'195357      |
| Teléfono 1 | 3125164065 | Teléfono 2         |                          | Correo Electrónico | mh@betodgmail.com |

3. CONCEPTO DE RESPONSABILIDAD

|                                                                                                                                         |                                     |           |                          |            |                          |               |                          |      |                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-----------|--------------------------|------------|--------------------------|---------------|--------------------------|------|--------------------------|
| Tercero                                                                                                                                 | <input checked="" type="checkbox"/> | Asegurado | <input type="checkbox"/> | Compartida | <input type="checkbox"/> | Indeterminada | <input type="checkbox"/> | Otro | <input type="checkbox"/> |
| Concepto de Responsabilidad y Descripción del Accidente                                                                                 |                                     |           |                          |            |                          |               |                          |      |                          |
| Dejando a lo del vino a tomar cruz Rosal para Tabio se cruzo en seco y cuando lo vi estaba en un no alance o esquivado y la otra opelle |                                     |           |                          |            |                          |               |                          |      |                          |

4. CANTIDAD DE TERCEROS INVOLUCRADOS

|                 |   |                  |                          |                  |   |             |                          |
|-----------------|---|------------------|--------------------------|------------------|---|-------------|--------------------------|
| Nº de Vehículos | 1 | Nº de Lesionados | <input type="checkbox"/> | Nº de Fallecidos | 1 | Otros Daños | <input type="checkbox"/> |
|-----------------|---|------------------|--------------------------|------------------|---|-------------|--------------------------|

5. INFORMACIÓN DEL TERCERO CON DAÑOS

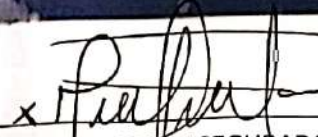
|                                  |                                                                    |                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                          |            |                    |                    |  |
|----------------------------------|--------------------------------------------------------------------|-----------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|--------------------|--------------------|--|
| Placa                            |                                                                    | Ciudad Placa    |                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Marca      |                    | Clase              |  |
| Tipo                             |                                                                    | Modelo          |                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Servicio   |                    | Empresa Afiliadora |  |
| Nombre Propietario               |                                                                    |                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                          |            |                    | Nº Documento       |  |
| Dirección                        |                                                                    |                 | Teléfono 1                                                                                                                                                                                                                                                                               | Teléfono 2 | Correo Electrónico |                    |  |
| Nombre Conductor                 |                                                                    |                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                          |            |                    | Nº Documento       |  |
| Dirección                        |                                                                    |                 | Teléfono 1                                                                                                                                                                                                                                                                               | Teléfono 2 | Correo Electrónico |                    |  |
| ¿Es el tercero asegurado?        | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | Aseguradora     | Descripción de los Daños                                                                                                                                                                                                                                                                 |            |                    |                    |  |
| ¿Acuerdo en sitio por los daños? | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | Tipo de Acuerdo | Contrato AZ <input type="checkbox"/> Valor: <input type="text"/> Póliza a disposición AZ <input type="checkbox"/> Paga el asegurado <input type="checkbox"/> Desistimiento partes <input type="checkbox"/> Póliza tercero <input type="checkbox"/> Paga tercero <input type="checkbox"/> |            |                    |                    |  |

6. INFORMACIÓN TERCERO LESIONADO U HOMICIDIO

|                                             |                                                                           |                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                          |              |            |
|---------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|-----------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|------------|
| Nombre Lesionado                            | Juan Walberto Lopez Castro                                                | Tipo Documento  | CC/ TI <input checked="" type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                   | Nº Documento | 79.660.932 |
| ¿Fue atendido por una entidad hospitalaria? | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>        | Tipo de Tercero | Peatón <input type="checkbox"/> Pasajero asegurado <input type="checkbox"/> Ocupante carro tercero <input type="checkbox"/> Pasajero moto o bici tercero <input type="checkbox"/>                                                                                                        |              |            |
| Sexo                                        | Hombre <input checked="" type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> | Edad            | Entre 1 y 18 años <input type="checkbox"/> Entre 19 y 30 años <input type="checkbox"/> Entre 31 y 50 años <input checked="" type="checkbox"/> Más de 50 años <input type="checkbox"/>                                                                                                    |              |            |
| ¿Acuerdo en sitio por los daños?            | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>        | Tipo de Acuerdo | Contrato AZ <input type="checkbox"/> Valor: <input type="text"/> Póliza a disposición AZ <input type="checkbox"/> Paga el asegurado <input type="checkbox"/> Desistimiento partes <input type="checkbox"/> Póliza tercero <input type="checkbox"/> Paga tercero <input type="checkbox"/> |              |            |

7. DOCUMENTOS ASOCIADOS

|                     |                                                                    |               |                                                                    |             |
|---------------------|--------------------------------------------------------------------|---------------|--------------------------------------------------------------------|-------------|
| Informe de Tránsito | SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | Fotografías   | SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | Comentarios |
| Acuerdo             | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | Desistimiento | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> |             |
| RAT o CESVI Pruebas | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | Otros         |                                                                    |             |

  
FIRMA COND. ASEGURADO



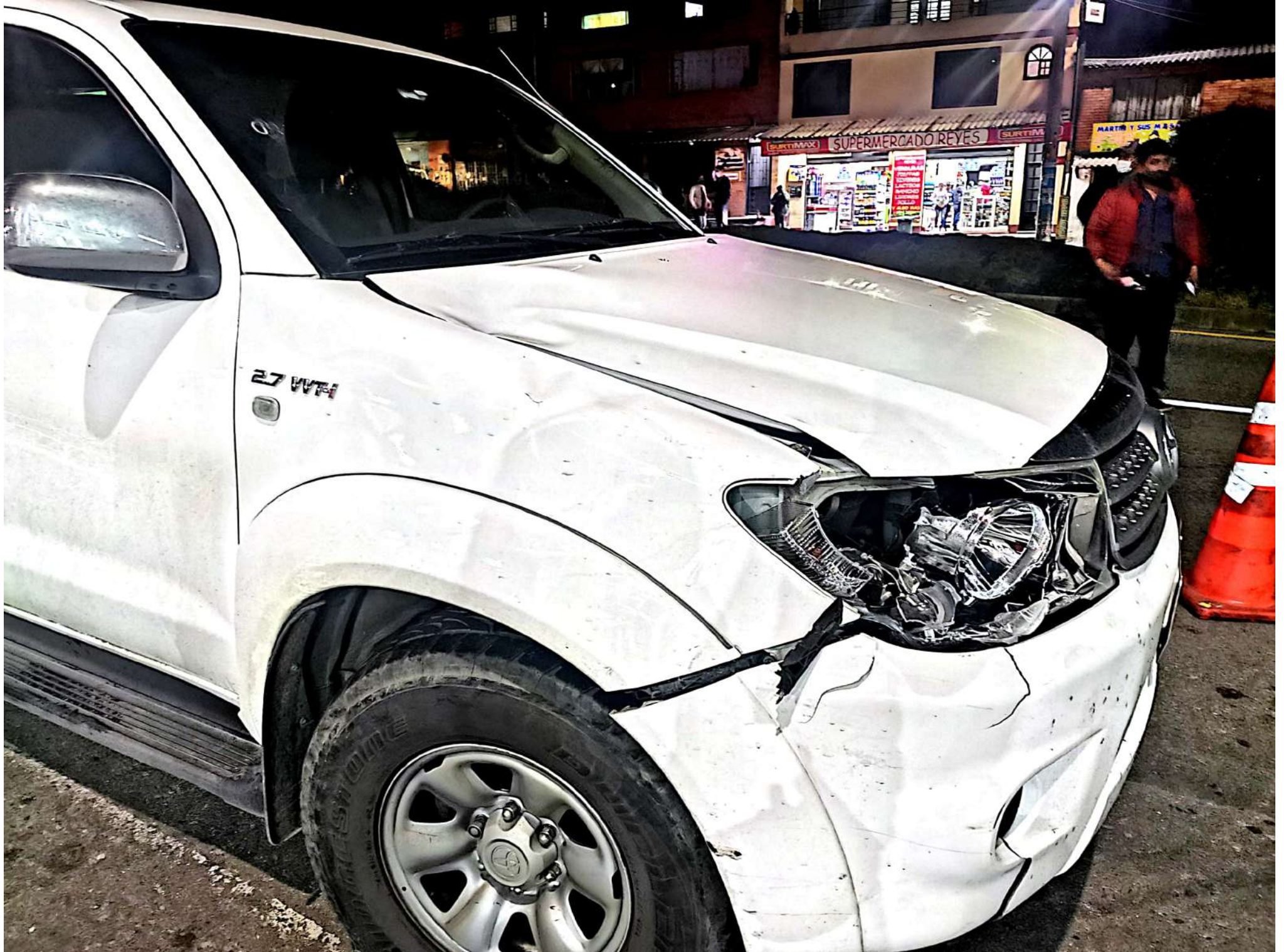








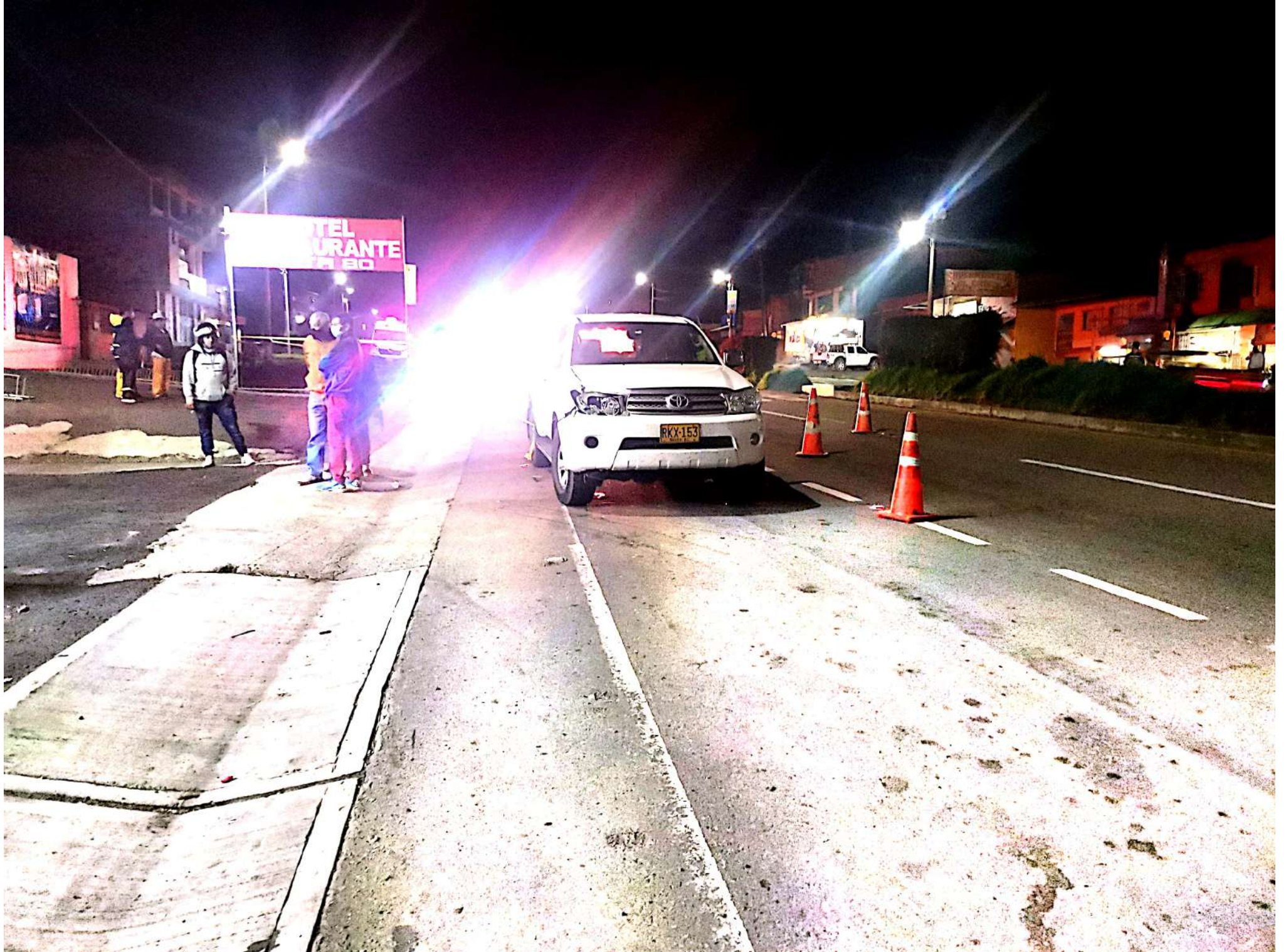


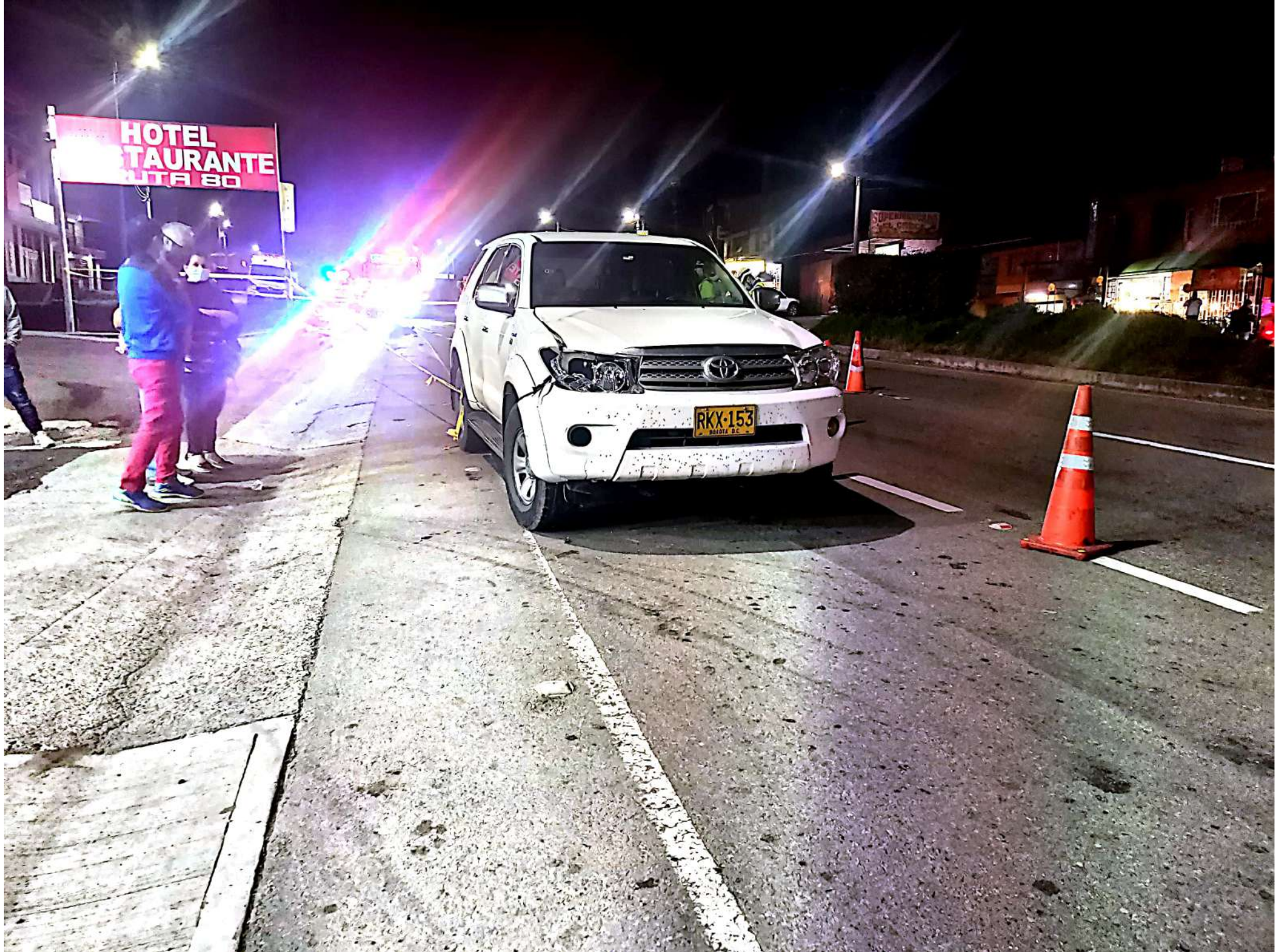










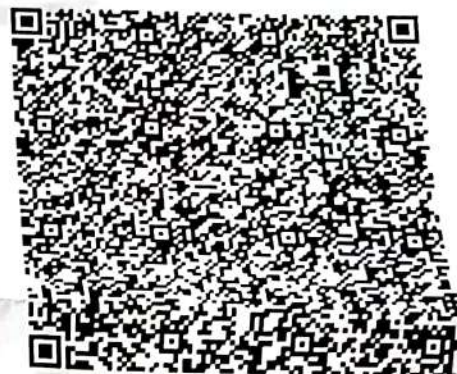




REPÚBLICA DE COLOMBIA  
MINISTERIO DE TRANSPORTE  
MINISTERIO DE AMBIENTE Y  
DESARROLLO SOSTENIBLE

Libertad y Orden

**RUNT**  
REGISTRO ÚNICO NACIONAL DE TRÁNSITO



# CERTIFICADO DE REVISIÓN TÉCNICO MECÁNICA Y DE EMISIONES CONTAMINANTES No. 150907563

## DATOS CENTRO DIAGNÓSTICO

Entidad que expide el certificado: CENTRO DE DIAGNOSTICO AUTOMOTRIZ VERIFY CAR CHIA SAS

NIT: 901005565 No. de Certificado de Acreditación: 18-OIN-037-001

Fecha de expedición: 2020/12/27 Fecha de vencimiento: 2021/12/27

## DATOS VEHÍCULO

PLACA: RKX153 CLASE: CAMPERO

MARCA: TOYOTA MODELO: 2011

SERVICIO: Particular COMBUSTIBLE: GASOLINA

CILINDRAJE: 2694 NRO. MOTOR: 69604942TR

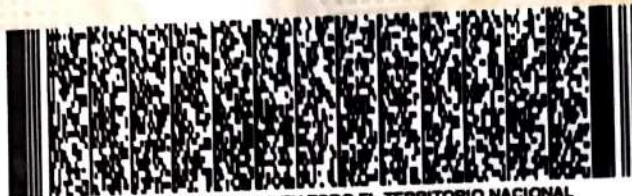
NRO. CHASIS: MR1YX59G9B3101306 VIN: MR1YX59G9B3101306

Recomendaciones:  
El tránsito se lo pueden solicitar en cualquier momento.  
No tener SOAT vigente acarrea multas económicas, la  
recobro por todos los costos de la atención de las

servicios de salud más cercano al lugar del  
querida por las víctimas.  
per víctimas de accidentes de tránsito  
de la Superintendencia Nacional de Salud.  
debe realizar la institución prestadora de  
no se requiere acudir a terceros.

"Autorizo a la compañía de seguros para que consulte, almacene,  
administre, transfiera y reporte a las entidades legalmente autorizadas y  
aquellas que considere necesario, pero en este último caso únicamente  
con fines estadísticos y/o académicos y no comerciales, la información  
derivada del presente contrato de seguros y que resulte de todas las  
funciones que directa o indirectamente se les haya otorgado a las  
aseguradoras o se les otorguen en el futuro, así como novedades,  
referencias y manejo de la póliza y demás servicios que surjan del  
presente contrato, el cual conozco y declaro aceptar en todas sus partes.  
Declaro haber sido informado sobre el tratamiento que recibirán los  
datos personales incorporados en el presente contrato de seguros, así  
como sobre los derechos que me asisten como titular de los mismos y  
sobre la dirección física y/o electrónica del responsable del tratamiento  
de dicha información."

| CATEGORIAS AUTORIZADAS |                                                                                      |            |            |
|------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|------------|------------|
| CATEGORIA              | CLASE DE VEHICULO                                                                    | VIGENCIA   | SERVICIO   |
| B2                     | AUTOMOVIL, MOTOCARRO, CUATRIMOTO, CAMPERO, CAMIONETA, MICROBUS, CAMION, BUSETA Y BUS | 09-07-2024 | PARTICULAR |
| C2                     | AUTOMOVIL, MOTOCARRO, CAMPERO, CAMIONETA, MICROBUS, CAMION, BUSETA Y BUS             | 09-07-2017 | PUBLICO    |



ESTA LICENCIA ES VALIDA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL

LC01005370752

RESTRICCION MOVILIDAD

BLINDAJE

POTENCIA HP

\*\*\*\*\*

158

DECLARACION DE IMPORTACION

I/E FECHA IMPORT.

PUERTAS

862011000022923

1 31/03/2011

4

LIMITACION A LA PROPIEDAD

\*\*\*\*\*

FECHA MATRICULA

FECHA EXP. LIC. TTO.

FECHA VENCIMIENTO

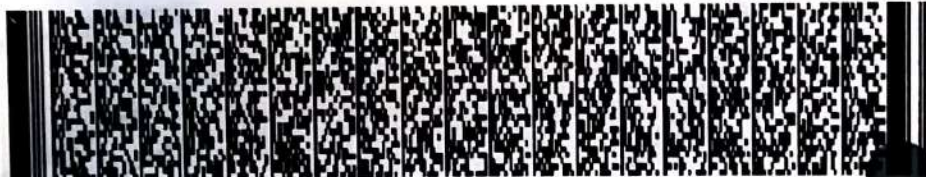
05/08/2011

21/05/2014

\*\*\*\*\*

ORGANISMO DE TRANSITO

SDM - BOGOTA D.C.



LTD1004865814

COD. SUCURSAL EX.

1141

78200

3550444040300

CONTRIBU

\$254,



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 30-JUN-1964

TABIO

(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.78

O+

M

ESTATURA

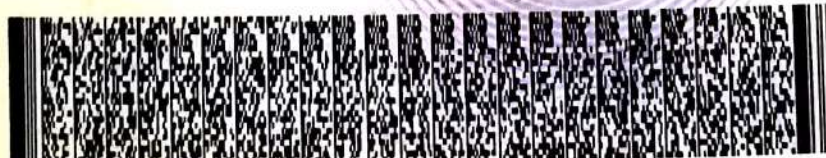
G.S. RH

SEXO

31-AGO-1982 TABIO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL  
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



A-1500150-00164793-M-0003195357-20090729

0014097375A 1

1510100372

ASEGURADO  
SEGUROS  
COMERCIALES  
BOLIVAR

TIOS

MODELO

2011

CIUDAD RESIDENCIA

TABIO

CIUDAD EXPEDICION

BOGOTA

HASTA

800

180

750

10

SALARI

MÍNIM

LEGAL

DIARI

VIGEN



# REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

## LICENCIA DE CONDUCCIÓN

Libertad y Orden

No. 3195357

NOMBRE

MANUEL HUMBERTO ESPINOSA

FECHA DE NACIMIENTO

30-06-1964

SANGRE-RH

O+

FECHA DE EXPEDICIÓN

09-07-2014

RESTRICCIONES DEL CONDUCTOR

ORGANISMO DE TRÁNSITO EXPEDIDOR

SDM - BOGOTÁ D.C.



# REPUBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

Libertad y Orden

LICENCIA DE TRÁNSITO No.

10007384994



DE POLIZA  
552141916703

AJEROS MARCA T  
7 LINEA VEHICULO D

5 MOTOR  
69604942TR

PELLIDOS Y NOMBRES DEL TC  
MANUEL HUM

CÓDIGO DE ASEGURADORA  
78200

ARIFA PRIMA SOAT  
621 \$508,800.00

TOTAL A PAGAR  
\$764,900.00

FIRMA AUTORIZADA

|                                      |                 |                   |                  |
|--------------------------------------|-----------------|-------------------|------------------|
| PLACA                                | MARCA           | LINEA             | MODELO           |
| RKX153                               | TOYOTA          | FORTUNER          | 2011             |
| CILINDRADA CC                        | COLOR           | SERVICIO          |                  |
| 2.694                                | SUPER BLANCO    | PARTICULAR        |                  |
| CLASE DE VEHICULO                    | TIPO CARROCERIA | COMBUSTIBLE       | CAPACIDAD Kg/PSJ |
| CAMPERO                              | WAGON           | GASOLINA          | 7                |
| NÚMERO DE MOTOR                      | REG             | VIN               |                  |
| 69604942TR                           | N               | MR1YX59G9B3101306 |                  |
| NÚMERO DE SERIE                      | REG             | NÚMERO DE CHASIS  | REG              |
| MR1YX59G9B3101306                    | N               | MR1YX59G9B3101306 | N                |
| PROPIETARIO: APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) | IDENTIFICACIÓN  |                   |                  |
| ESPINOSA MANUEL HUMBERTO             | C.C. 3195357    |                   |                  |

CILINDRADA

2694

CARROCERIA

WAGON -

1YX59G9B31013

No. DE DOCUMENTO DEL TOMADOR

3195357

FORMULARIO

2141916703

# REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 3.195.357

ESPINOSA

APELLIDOS

MANUEL HUMBERTO

NOMBRES

FIRMA

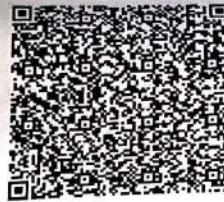


El SOAT digital, además de brindarle una fácil portabilidad y usabilidad, también ofrece varios beneficios para usted, el medio ambiente, las autoridades y en general para todas las personas.

# SOAT

POLIZA DE SEGURO DE DAÑOS CORPORALES CAUSADOS A LAS PERSONAS EN ACCIDENTES DE TRANSITO

FECHA DE EXPEDICIÓN  
AÑO: 2020 MES: 09 DÍA: 25  
VIGENCIA  
DESDE LAS 00 HORAS DEL  
AÑO: 2020 MES: 09 DÍA: 26  
HASTA LAS 23:59 HORAS DEL  
AÑO: 2021 MES: 09 DÍA: 25



ASEGURADORA  
SEGUROS  
COMERCIALES  
BOLÍVAR

|                                                                    |                                                    |                                        |                                            |                                                |                                           |
|--------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|----------------------------------------|--------------------------------------------|------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| No. DE POLIZA<br><b>3552141916703</b>                              | PLACA No.<br><b>RKX153</b>                         | CLASE DE VEHICULO<br><b>CAMPEROS</b>   | SERVICIO<br><b>PARTICULAR</b>              | CILINDRAJE/VATIOS<br><b>2694</b>               | MODELO<br><b>2011</b>                     |
| PASAJEROS<br><b>7</b>                                              | MARCA<br><b>TOYOTA</b>                             | CARROCERIA<br><b>WAGON - 234</b>       |                                            |                                                |                                           |
| LÍNEA VEHICULO<br><b>DUTRO XZU710L-HKFMP3</b>                      |                                                    |                                        |                                            |                                                |                                           |
| No. MOTOR<br><b>69604942TR</b>                                     | No. CHASIS ó No. SERIE<br><b>MR1YX59G9B3101306</b> | No. VIN<br><b>MR1YX59G9B3101306</b>    | CAPACIDAD TON.<br><b>0</b>                 |                                                |                                           |
| APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR<br><b>MANUEL HUMBERTO ESPINOSA</b> |                                                    | TELÉFONO DEL TOMADOR<br><b>1111111</b> | TIPO DE DOCUMENTO DEL TOMADOR<br><b>CC</b> | No. DE DOCUMENTO DEL TOMADOR<br><b>3195357</b> | CIUDAD RESIDENCIA TOMADOR<br><b>TABIO</b> |
| CÓDIGO DE ASEGURADORA<br><b>78200</b>                              | COD. SUCURSAL EXPEDIDORA<br><b>1141</b>            | CLAVE PRODUCTOR<br><b>78200</b>        | No. FORMULARIO<br><b>3552141916703</b>     | CIUDAD EXPEDICIÓN<br><b>BOGOTÁ</b>             |                                           |

| TARIFA | PRIMA SOAT   | CONTRIBUCIÓN FOSYGA | TASA RUNT  | AMPAROS POR VICTIMA                                          | HASTA |                                                       |
|--------|--------------|---------------------|------------|--------------------------------------------------------------|-------|-------------------------------------------------------|
| 621    | \$508,800.00 | \$254,400.00        | \$1,700.00 | A. GASTOS MÉDICOS QUIRÚRGICOS, FARMACÉUTICOS Y HOSPITALARIOS | 800   | SALARIOS<br>MÍNIMOS<br>LEGALES<br>DIARIOS<br>VIGENTES |
|        |              |                     |            | B. INCAPACIDAD PERMANENTE                                    | 180   |                                                       |
|        |              |                     |            | C. MUERTE Y GASTOS FUNERARIOS                                | 750   |                                                       |
|        |              |                     |            | D. GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VÍCTIMAS           | 10    |                                                       |

TOTAL A PAGAR

**\$764,900.00**

*Juan Luis*

FIRMA AUTORIZADA

El SOAT digital, además de brindarle una fácil portabilidad y usabilidad, también ofrece varios beneficios para usted, el medio ambiente, las autoridades y en general para todas las personas.

Si quiere conocer estos beneficios y despejar algunas dudas, lo invitamos a ingresar aquí.  
El SOAT es Irrevocable, no puede ser revocado ni por el Tomador ni por la Aseguradora. Numeral 5 del Artículo 41 del Decreto 056 de 2015

## Texto habeas data

"Autorizo a la compañía de seguros para que administre, transfiera y reporte a las entidades aquellas que considere necesario, pero en e con fines estadísticos y/o académicos y no derivada del presente contrato de seguros y funciones que directa o indirectamente se asegurasen o se les otorguen en el futuro referencias y manejo de la póliza y demás presente contrato, el cual conozco y declaro haber sido informado sobre el tr datos personales incorporados en el pre como sobre los derechos que me asiste sobre la dirección física y/o electrónica de dicha información."

## Señor usuario tenga en cuenta las siguientes recomendaciones:

- Recuerde poner siempre su SOAT, las autoridades de tránsito se lo pueden solicitar en cualquier momento.
- Recuerde validar que su póliza está registrada en el RUNT.
- Esté atento al momento en que deba renovar su póliza. No tener SOAT vigente acarrea multas económicas, la detención del vehículo y en caso de accidente de tránsito el recobro por todos los costos de la atención de las víctimas del accidente.
- Adquiera su SOAT en lugares autorizados.

## En caso de accidente de tránsito:

- Si alguien resulta herido, debe ser atendido por el prestador de servicios de salud más cercano al lugar del accidente siempre que tenga la capacidad para brindar la atención requerida por las víctimas.
- Ningún prestador de servicios de salud del país puede negarse a atender víctimas de accidentes de tránsito (artículo 195 Decreto Ley 663 de 1993). En caso contrario, denuncie ante la Superintendencia Nacional de Salud.
- Para los gastos médicos, el cobro ante la aseguradora o el Fosyga lo debe realizar la institución prestadora de servicios de salud.
- Para presentar la reclamación ante la compañía aseguradora no se requiere acudir a terceros.

MARCA:  
SERVICIO:  
CILINDRAJE:  
2694  
NRO. CHASIS:  
MR1YX5

