



INFORME POLICIAL DE ACCIDENTE DE TRÁNSITO

400

1563035



1. ORGANISMO DE TRÁNSITO

50002-1-1

VILLAVICENCIO

2. GRAVEDAD

CON MUERTOS ☐ CON HERIDOS ☒ SOLO DAÑOS ☐

3. LUGAR O COORDENADAS GEOGRÁFICAS

Carrera 48 Calle 14 Sur.
VIA Y KILOMETRO O SITIO, DIRECCIÓN Y CIUDAD

Lat. 04° 06' 53" W

Long. 73° 39' 00" O

3.1 LOCALIDAD O COMUNA

OCHO

4. FECHA Y HORA

09/10/2023 12:11

FECHA Y HORA DE OCURRENCIA

09/10/2023 22:33

FECHA Y HORA DE LEVANTAMIENTO

5. CLASE DE ACCIDENTE

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

5.1. CHOQUE CON 5.2. OBJETO FIJO

VEHICULO ☒ MURO ☐ SEMAFORO ☐TREN ☐ POSTE ☐ INMUEBLE ☐SEMOVIENTE ☐ ARBOL ☐ HIDRATANTE ☐OBJETO FIJO ☐ 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 ☐TURISTICA ☒MILITAR ☐

6.4. DISEÑO

GLORIETA ☐INTERSECCIÓN ☐LOTE O PREDIO ☐PASO A NIVEL ☐PASO ELEVADO ☐CICLO RUTA ☐PUENTE ☐PASEO INFERIOR ☐PEATONAL ☐

6.5. CONDICIÓN CLIMÁTICA

GRANIZO ☐LLUVIA ☐NIEBLA ☐VIENTO ☐NORMAL ☒

7. CARACTERÍSTICAS DE LAS VÍAS

7.1. GEOMETRICAS

A. RECTA ☒B. PLANO ☒C. BAHIA DE EST. ☐CON ANDEN ☐CON BERMA ☐

7.2. UTILIZACIÓN

UN SENTIDO ☐DOBLE SENTIDO ☐REVERSIBLE ☐CONTRAFUJO ☐CICLO VIA ☐

7.3. CLAZADAS

UNA ☐DOS ☒TRES O MAS ☐VARIABLE ☐

7.4. CARRILES

UNA ☐DOS ☒TRES O MAS ☐VARIABLE ☐

7.5. SUPERFICIE DE RODADURA

ASFALTO ☒ADOQUIN ☐EMPEDRADO ☐CONCRETO ☐TIERRA ☐OTRO ☐

7.6. ESTADO

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

7.7. CONDICIONES

ACEITE ☐HUMEDA ☐LODO ☐ALCANATARILLA DESTAPADA ☐

MATERIAL ORGANICO

MATERIAL SUELTO ☐SECA ☐OTRA ☐

7.8. ILUMINACIÓN ARTIFICIAL

A. CON ☐BUENA ☒MALA ☐B. SIN ☐

7.9. CONTROLES DE TRÁNSITO

A. AGENTE DE TRÁNSITO ☐B. SEMAFORO ☐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 ☐LINEA DE PARE ☐LINEA CENTRAL AMARILLA ☐CONTINUA ☐SEGMENTADA ☐LINEA CENTRAL AMARILLA ☐CONTINUA ☐SEGMENTADA ☐LINEA DE BORDE BLANCA ☐LINEA DE BORDE AMARILLA ☐LINEA ANTIBLOQUEO ☐FLECHAS ☐LEYENDAS ☐SIMBOLOS ☐OTRA ☐

E. REDUCTOR DE VELOCIDAD

BANDAS SONORAS ☐RESALTO ☐MÓVIL ☐FLO ☐SONORIZADOR ☐ESTOPEROL ☐OTRO ☐

F. DELINEADOR DE PISO

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

7.10. VISIBILIDAD

A. NORMAL ☒B. DISMINUIDA POR ☐CASETAS ☐CONSTRUCCIÓN ☐VALLAS ☐ARBOL / VEGETACIÓN ☐VEHICULO ESTACIONADO ☐ENCANILAMIENTO ☐POSTE ☐OTROS ☐

8. CONDUCTORES, VEHÍCULOS Y PROPIETARIOS

VEHÍCULO 1

8.1. CONDUCTOR

APELLIDOS Y NOMBRES

DOC

IDENTIFICACIÓN No.

NACIONALIDAD

FECHA DE NACIMIENTO

SEXO

GRAVEDAD

GUERRERO RODRIGUEZ MARIA CAMILA

CC

107590045 Colombia

16/01/04

M

MUERTO ☐

DIRECCIÓN DE DOMICILIO

CIUDAD

TELÉFONO

SE PRACTICÓ EXAMEN

SI

NO

CALLE 35 B #14-12 B Bastillo

Vlco

321 944

AUTORIZO

SI

NO

PORTA LICENCIA

LICENCIA DE CONDUCCIÓN No.

CATEGORIA

RESTRICCIÓN

EXP

VEN

CÓDIGO OF. TRANSITO

CHALECO

CASCO

CINTURÓN

107590045

B1

09/03/22

Villavicencio

SI

NO

SI

NO

SI

NO

HOSPITAL, CLÍNICA O SITIO DE ATENCIÓN

DESCRIPCIÓN DE LESIONES

Clinica Primavera Segun historia clinica emanada por el medico tratante.

8.2. VEHÍCULO

PLACA

PLACA REMOLQUE / SEMI

NACIONALIDAD

MARCA

LINEA

COLOR

MODELO

CARROCERIA

TON

PASAJEROS

LICENCIA DE TRANS No.

LIL 136

COLOMBIANO ☒EXTRANJERO ☐

HYUNDAI ACCENT

2023

SEDAN

5

10026493203

EMPRESA

Particular

MATRICULADO EN:

Vlco

INMOVILIZADO EN:

Vlco

TARJETA DE REGISTRO No.

NIT

A DISPOSICIÓN DE:

Fiscalia

REV. TEC. MEC SI

NO

No

NO APLICA.

CANTIDAD ACOMPAÑANTES O PASAJEROS EN EL MOMENTO DEL ACCIDENTE:

2

PORTA SOAT

PÓLIZA No.

ASEGURADORA

VENCIMIENTO

PORTA SEG. RESP. EXTRA CONTRACTUAL

SI

NO

VENCIMIENTO

DIA

MES

AÑO

31507710

AXA Colpatria Seguros

VENCIMIENTO

DIA

MES

AÑO

21/07/24

PORTA SEG. RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL

SI

NO

VENCIMIENTO

PORTA SEG. RESP. EXTRA CONTRACTUAL

SI

NO

VENCIMIENTO

DIA

MES

AÑO

No.

ASEGURADORA

VENCIMIENTO

DIA

MES

AÑO

VENCIMIENTO

DIA

MES

AÑO

PROPIETARIO

MISMO CONDUCTOR

APELLIDOS Y NOMBRES

DOC

IDENTIFICACIÓN No.

VENCIMIENTO

PORTA SEG. RESP. EXTRA CONTRACTUAL

SI

NO

VENCIMIENTO

DIA

MES

AÑO

SI

RODRIGUEZ HERNANDEZ ARIANA

CC

40392217

VENCIMIENTO

PORTA SEG. RESP. EXTRA CONTRACTUAL

SI

NO

VENCIMIENTO

DIA

MES

AÑO

8.3. CLASES VEHICULO

AUTOMÓVIL ☒BUS ☐BUSETA ☐CAMIÓN ☐CAMIONETA ☐CAMPERO ☐MICROBUS ☐TRACTOCAMION ☐VOLQUETA ☐MOTOCICLETA ☐M. AGRICOLA ☐M. INDUSTRIAL ☐BICICLETA ☐MOTOCARRO ☐

8. CONDUCTORES, VEHÍCULOS Y PROPIETARIOS				VEHÍCULO 2		FECHA DE NACIMIENTO		SEXO	GRAVEDAD
8.1 CONDUCTOR	APELLIDOS Y NOMBRES		DOC	IDENTIFICACIÓN No.	NACIONALIDAD	DÍA	MES	AÑO	MUERTO <input type="checkbox"/>
Puentes SANDOVAL SANTIAGO A.			CC	1.032.363.682	Colombiano	11	06	1986	<input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
DIRECCIÓN DE DOMICILIO			Ciudad	TELÉFONO	SE PRACTICÓ EXAMEN	EMBRIAGUEZ		GRADO	S. PSICOACTIVAS
Diagonal 8 sur #39A-138 B. Amarillo			Uluw	312 597 9872	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	POS <input checked="" type="checkbox"/> NEG <input type="checkbox"/>		I	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO
PORTA LICENCIA	LICENCIA DE CONDUCCIÓN No.	CATEGORÍA	RESTRICCIÓN	EXP <input checked="" type="checkbox"/> VEN <input type="checkbox"/>	CÓDIGO OF. TRÁNSITO	CHALECO	CASCO	CINTURÓN	
<input checked="" type="checkbox"/> NO	1.032.363.682	B1				<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						
pto Salud Esperanza.									
8.2 VEHÍCULO									
PLACA	PLACA REMOLQUE / SEMI	NACIONALIDAD	MARCA	LÍNEA	COLOR	MODELO	CARROCERÍA	TON	PASAJEROS
650620		COLOMBIANO <input checked="" type="checkbox"/> EXTRANJERO <input type="checkbox"/>	SUBARU	Forester	gris	2020	WAGON		5
EMPRESA	MATRICULADO EN:		INMOVILIZADO EN:		TARJETA DE REGISTRO No.				
Particular	Funza		M4T de Colombia		10019977730				
NIT	A DISPOSICIÓN DE:								
	FISCALIA								
REV. TEC. MEC	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	No. NO APLICA	CANTIDAD ACOMPAÑANTES O PASAJEROS EN EL MOMENTO DEL ACCIDENTE: 0						
PORTA SOAT	POLIZA No.	ASEGURADORA		VENCIMIENTO					
<input checked="" type="checkbox"/> NO	83806854	Compañía mundial de seguros.		DÍA MES AÑO			11 11 23		
PORTA SEG. RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	VENCIMIENTO	PORTA SEG. RESP. EXTRA CONTRACTUAL	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	VENCIMIENTO				
No.	ASEGURADORA*	DÍA MES AÑO	No.	ASEGURADORA*	DÍA MES AÑO				
PROPIETARIO MISMO CONDUCTOR <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO									
APELLIDOS Y NOMBRES			DOC	IDENTIFICACIÓN No.					
Puentes PALENCIA WIS HERNANDO			CC	B.282744					
8.3. CLASE VEHÍCULO									
AUTOMÓVIL <input checked="" type="checkbox"/>		M. AGRÍCOLA <input type="checkbox"/>		OFICIAL <input type="checkbox"/>		PASAJEROS <input type="checkbox"/>		8.4. DESCRIPCIÓN DAÑOS MATERIALES DEL VEHÍCULO	
BUS <input type="checkbox"/>		M. INDUSTRIAL <input type="checkbox"/>		PÚBLICO <input type="checkbox"/>		* COLECTIVO <input type="checkbox"/>		Segun inventario # 29569	
BUSETA <input type="checkbox"/>		BICICLETA <input type="checkbox"/>		PARTICULAR <input checked="" type="checkbox"/>		* INDIVIDUAL <input type="checkbox"/>		y otros por establecer.	
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 TRANS.		* ESPECIAL TURISMO <input type="checkbox"/>			
CAMPERO <input checked="" 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"/>		* EXTRADIMENSIONADO <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"/>			
						MUNICIPAL <input type="checkbox"/>			
- CLASE DE MERCANCÍA									
8.7. FALLAS EN: FRENO <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"/>									
9. VÍCTIMAS: PASAJEROS, ACOMPAÑANTES O PEATONES No. 1									
APELLIDOS Y NOMBRES			DOC	IDENTIFICACIÓN No.	NACIONALIDAD	FECHA DE NACIMIENTO		SEXO	
CAL CLAVIJO NATALIA			CC	1.029.980.555	Colombiano	03	03	2015	M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
DIRECCIÓN DE DOMICILIO			Ciudad	TELÉFONO	CINTURÓN	CONDICIÓN			
Cra 41A Sur #25A-69. B. Gutape			Uluw	313711731	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	PEATÓN <input type="checkbox"/>			
HOSPITAL, CLÍNICA O SITIO DE ATENCIÓN			SE PRACTICÓ EXAMEN	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	CASCO	PASAJERO <input type="checkbox"/>			
Clínica Primavera			AUTORIZÓ	EMBRIAGUEZ	GRADO	S. PSICOACTIVAS	ACOMPAÑANTE <input checked="" type="checkbox"/>		
DESCRIPCIÓN DE LESIONES			<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	POS <input type="checkbox"/> NEG <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	GRAVEDAD		
Segun historia clinica emanada por el medico									
tratante.									
10. TOTAL VÍCTIMAS: PEATÓN <input type="checkbox"/> ACOMPAÑANTE 2 PASAJERO <input type="checkbox"/> CONDUCTOR 1 TOTAL HERIDOS 3 MUERTOS <input type="checkbox"/>									
11. HIPÓTESIS DEL ACCIDENTE DE TRÁNSITO									
DEL CONDUCTOR			DEL VEHÍCULO			DEL PEATÓN			
2 1115									
DE LA VÍA			DEL PASAJERO						
OTRA <input type="checkbox"/> ESPECIFICAR ¿CUAL?: EMBRIAGUEZ EVIDENTE									
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 Embriaguez grado 1									
14. ANEXOS									
15. DATOS DE QUIEN CONOCE EL ACCIDENTE									
GRADO	APELLIDOS Y NOMBRES			DOC	IDENTIFICACIÓN No.	PLACA	ENTIDAD	FIRMA	
A9	Duran Cardenas Rosa			CC	40185825	MA 120	S.M.	ROSA DURAN	
16. CORRESPONDIO									
NÚMERO ÚNICO DE INVESTIGACIÓN 5600160005642623041112									
Dto	Mu/pio	Ent	U. receptora	Año	Consecutivo				

FIRMA DE CONFORMIDAD CON EL INFORME: CONDUCTORES INVOLUCRADOS

FIRMA CONDUCTOR, VÍCTIMA O TESTIGO CC

FIRMA CONDUCTOR, VÍCTIMA O TESTIGO CC TODA PERSONA RETENIDA SE NOTIFICA DE LOS DERECHOS CONFORME AL CÓDIGO PROCEDIMIENTO PENAL

ANEXO N° 2
VICTIMAS: PASAJEROS, ACOMPAÑANTES O PEATONES
FORMATO ANEXO AL INFORME DE ACCIDENTES, FORMULARIO

A001563035

8. VICTIMAS: PASAJEROS, ACOMPAÑANTES O PEATONES No. <u>2</u>		DEL VEHICULO No. <u>1</u>		NACIONALIDAD		FECHA DE NACIMIENTO		SEXO	
APELLIDOS Y NOMBRES		DOC		IDENTIFICACIÓN No.		DIA MES AÑO		M F	
DIRECCIÓN DE DOMICILIO		CIUDAD		TELÉFONO		CINTURÓN		CONDICIÓN	
HOSPITAL CLÍNICA O SITIO DE ATENCIÓN		SE PRACTICÓ EXAMEN		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		PEATÓN <input type="checkbox"/>	
DESCRIPCIÓN DE LESIONES		AUTORIZÓ		EMBRIAGUEZ		GRADO		PASAJERO <input type="checkbox"/>	
		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		POS <input type="checkbox"/> NEG <input type="checkbox"/>		S. PSICOACTIVAS		ACOMPAÑANTE <input checked="" type="checkbox"/>	
								GRAVEDAD	
								MUERTO <input type="checkbox"/>	
								HERIDO <input checked="" type="checkbox"/>	

Peña Acuña Laura Jimena
Calle 33A #41-48 B. Barzal
Clínica Servimeduros
Según historia clínica del médico tratante.

9. VICTIMAS: PASAJEROS, ACOMPAÑANTES O PEATONES No. <input type="checkbox"/>		DEL VEHICULO No. <input type="checkbox"/>		NACIONALIDAD		FECHA DE NACIMIENTO		SEXO	
APELLIDOS Y NOMBRES		DOC		IDENTIFICACIÓN No.		DIA MES AÑO		M F	
DIRECCIÓN DE DOMICILIO		CIUDAD		TELÉFONO		CINTURÓN		CONDICIÓN	
HOSPITAL CLÍNICA O SITIO DE ATENCIÓN		SE PRACTICÓ EXAMEN		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		PEATÓN <input type="checkbox"/>	
DESCRIPCIÓN DE LESIONES		AUTORIZÓ		EMBRIAGUEZ		GRADO		PASAJERO <input type="checkbox"/>	
		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		POS <input type="checkbox"/> NEG <input type="checkbox"/>		S. PSICOACTIVAS		ACOMPAÑANTE <input type="checkbox"/>	
								GRAVEDAD	
								MUERTO <input type="checkbox"/>	
								HERIDO <input type="checkbox"/>	

9. VICTIMAS: PASAJEROS, ACOMPAÑANTES O PEATONES No. <input type="checkbox"/>		DEL VEHICULO No. <input type="checkbox"/>		NACIONALIDAD		FECHA DE NACIMIENTO		SEXO	
APELLIDOS Y NOMBRES		DOC		IDENTIFICACIÓN No.		DIA MES AÑO		M F	
DIRECCIÓN DE DOMICILIO		CIUDAD		TELÉFONO		CINTURÓN		CONDICIÓN	
HOSPITAL CLÍNICA O SITIO DE ATENCIÓN		SE PRACTICÓ EXAMEN		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		PEATÓN <input type="checkbox"/>	
DESCRIPCIÓN DE LESIONES		AUTORIZÓ		EMBRIAGUEZ		GRADO		PASAJERO <input type="checkbox"/>	
		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		POS <input type="checkbox"/> NEG <input type="checkbox"/>		S. PSICOACTIVAS		ACOMPAÑANTE <input type="checkbox"/>	
								GRAVEDAD	
								MUERTO <input type="checkbox"/>	
								HERIDO <input type="checkbox"/>	

9. VICTIMAS: PASAJEROS, ACOMPAÑANTES O PEATONES No. <input type="checkbox"/>		DEL VEHICULO No. <input type="checkbox"/>		NACIONALIDAD		FECHA DE NACIMIENTO		SEXO	
APELLIDOS Y NOMBRES		DOC		IDENTIFICACIÓN No.		DIA MES AÑO		M F	
DIRECCIÓN DE DOMICILIO		CIUDAD		TELÉFONO		CINTURÓN		CONDICIÓN	
HOSPITAL CLÍNICA O SITIO DE ATENCIÓN		SE PRACTICÓ EXAMEN		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		PEATÓN <input type="checkbox"/>	
DESCRIPCIÓN DE LESIONES		AUTORIZÓ		EMBRIAGUEZ		GRADO		PASAJERO <input type="checkbox"/>	
		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		POS <input type="checkbox"/> NEG <input type="checkbox"/>		S. PSICOACTIVAS		ACOMPAÑANTE <input type="checkbox"/>	
								GRAVEDAD	
								MUERTO <input type="checkbox"/>	
								HERIDO <input type="checkbox"/>	

9. VICTIMAS: PASAJEROS, ACOMPAÑANTES O PEATONES No. <input type="checkbox"/>		DEL VEHICULO No. <input type="checkbox"/>		NACIONALIDAD		FECHA DE NACIMIENTO		SEXO	
APELLIDOS Y NOMBRES		DOC		IDENTIFICACIÓN No.		DIA MES AÑO		M F	
DIRECCIÓN DE DOMICILIO		CIUDAD		TELÉFONO		CINTURÓN		CONDICIÓN	
HOSPITAL CLÍNICA O SITIO DE ATENCIÓN		SE PRACTICÓ EXAMEN		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		PEATÓN <input type="checkbox"/>	
DESCRIPCIÓN DE LESIONES		AUTORIZÓ		EMBRIAGUEZ		GRADO		PASAJERO <input type="checkbox"/>	
		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		POS <input type="checkbox"/> NEG <input type="checkbox"/>		S. PSICOACTIVAS		ACOMPAÑANTE <input type="checkbox"/>	
								GRAVEDAD	
								MUERTO <input type="checkbox"/>	
								HERIDO <input type="checkbox"/>	

9. VICTIMAS: PASAJEROS, ACOMPAÑANTES O PEATONES No. <input type="checkbox"/>		DEL VEHICULO No. <input type="checkbox"/>		NACIONALIDAD		FECHA DE NACIMIENTO		SEXO	
APELLIDOS Y NOMBRES		DOC		IDENTIFICACIÓN No.		DIA MES AÑO		M F	
DIRECCIÓN DE DOMICILIO		CIUDAD		TELÉFONO		CINTURÓN		CONDICIÓN	
HOSPITAL CLÍNICA O SITIO DE ATENCIÓN		SE PRACTICÓ EXAMEN		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		PEATÓN <input type="checkbox"/>	
DESCRIPCIÓN DE LESIONES		AUTORIZÓ		EMBRIAGUEZ		GRADO		PASAJERO <input type="checkbox"/>	
		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		POS <input type="checkbox"/> NEG <input type="checkbox"/>		S. PSICOACTIVAS		ACOMPAÑANTE <input type="checkbox"/>	
								GRAVEDAD	
								MUERTO <input type="checkbox"/>	
								HERIDO <input type="checkbox"/>	

13. OBSERVACIONES	

15. DATOS DE QUIEN CONOCE EL ACCIDENTE	
GRADO	APELLIDOS Y NOMBRES
Ag	Duran Cardenas Rosa
DOC	IDENTIFICACIÓN No.
CC	40185825
PLACA	ENTIDAD
76120	S.H
FIRMA	
Rosa Duran	

16. CORRESPONDIO	
NÚMERO ÚNICO DE INVESTIGACIÓN	5000460005642023091712
Doc	Muipo
Ent	U receptora
Mto	Comisario

VIGILADO
SUPERTRANSPORTE

FIRMA CONDUCTOR, VICTIMA O TESTIGO C.C.



INFORME DE ACCIDENTES DE AUTOMOVILES

No. 100066139 12/13/2023 11:28:05 /

DATOS DEL SEGURO

POLIZA NO	ORDEN	VIGENCIA		SUC. EXP.	INTERMEDIARIO	CLAVE
101138277	0	DESDE 6/28/2023	HASTA 6/28/2024	Bogotá	CLAVE DIRECTA-4013	4013
ASEGURADO					CEDULA O NIT	
RODRIGUEZ HERNANDEZ ADRIANA					40392217	
DIRECCION (Ultima Registrada)					TELEFONO	
CL33A N 41 -48 BARZAL						
BENEFICIARIO					CEDULA O NIT	
BANCO FINANDINA S.A. BIC					860051894	

DESCRIPCION DEL VEHICULO

PLACA	MARCA	MOD.	MOTOR	COLOR	TIPO	RADIO	
LIL136	HYUNDAI	2023	G4FGMU126961	GRIS METALIZADO	HYUNDAI ACCENT	MARCA	TIPO
SERVICIO	CLASE		CHASIS O SERIE		LUGAR DONDE SE ENCUENTRA		
Particular	Automóvil		9BHCP41CAPP288001				

RIESGOS AMPARADOS

DESCRIPCION	VALOR ASEGURADO	POR	DEDUCIBLE MINIMO	VALOR ESTIMADO	COASEGURO
DAÑOS PARCIALES DE MAYOR CUANT	65000000	0	0	65316058	COD.CIA POR VALOR

DETALLES DEL ACCIDENTE

NOMBRE DEL CONDUCTOR	CEDULA	EXPEDIDA EN	EDAD
MARIA CAMILA GUERRERO RODRIGUEZ	1075790045		
LIC DE COND	DIRECCION	TELEFONO	
FECHA ACCIDENTE	INTERVINO CIRCULACION	CIUDAD DONDE OCURRIO EL ACCIDENTE	LUGAR EXACTO DONDE OCURRIO EL ACCIDENTE
10/7/2023 10:11:00 PM			carrera 48 calle 14 sur

COMO SUCEDIO EL ACCIDENTE

ACCIDENTE DE TRANSITO OCURRIDO EN LA VIA VILLAVICENCIO ACACIAS FRENTE A BOMBA DE SERRAMONTE, EL DIA 07 DE OCTUBRE 2023 A LAS 10 PM, LA SEÑORITA MARIA CAMILA GUERRERO BAJO MI AUTORIZACION IBA CONDUCIENDO EL VEHICULO DE MI PROPIEDAD DE PLACAS LIL136, EN EL VEHICULO IBAN COMO ACOMPAÑANTES LAURA XIMENA PEÑA RODRIGUEZ Y NATALIA LEAL CLAVIJO, QUIENES FUERON IMPACTADAS POR EL VEHICULO TIPO CAMIONETA DE PLACAS GSO620 CONDUCTIDA POR SANTIAGO ANDRES PUENTES SANDOVAL QUIEN IBA EN ESTADO DE EMBRIAGUEZ, EL SEÑOR SALE DE UNA VIA PARALELA PASA EL SEPARADOR EN EXCESO DE VELOCIDAD PIERDE EL CONTROL DEL VEHICULO Y LAS IMPACTA FUERTEMENTE CUANDO ELLAS IBAN POR SU RUTA VIA ACACIAS MAS EXACTAMENTE PARA EL BARRIO MONTECARLO. LAS TRES OCUPANTES DEL VEHICULO LIL136 RESULTARON LESIONADAS SIENDO LLEVAS A DIFERENTES CLINICAS. AL SITIO HACE PRESENCIA LOS AGENTES DE TRANSITO QUIENES ELABORAN EL IPAT. LOS VEHICULOS FUERON LLEVADOS A LOS PATIOS.

DAÑOS AL VEHICULO ASEGURADO

¿Usted considera que el asegurado es responsable del accidente de tránsito?

☐ SI ☐ NO

VEHICULO DEL TERCERO

PLACA	MARCA	ASEGURADO EN	POLIZA No.	PROPIETARIO
DIRECCION			TELEFONO	CONDUCTOR
LOCALIZACION ACTUAL DEL VEHICULO AFECTADO				
DAÑOS DEL VEHICULO AFECTADO				

PERSONAS LESIONADAS (1)Peatones (2)Pasajero del vehiculo asegurado (3)Pasajero otro vehiculo

NOMBRE	PL	DIRECCION	CEDULA	RECLUIDO EN
--------	----	-----------	--------	-------------

BIEN AFECTADO

PROPIETARIO	CEDULA O NIT	DIRECCION	TELEFONO
DAÑOS OCASIONADOS			
<div></div>			

OBSERVACIONES O AMPLIACION DE LA VERSIÓN

PARA CONTINUAR CON EL TRAMITE DE LA REPARACION POR USTED PRESENTADA NOS PERMITIMOS SOLICITARLE NOS HAGA LLEGAR LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS ASI:

NOTA: LA PRESENTACION DEL ANTERIOR INFORME NO SIGNIFICA LA FORMALIZACION DEL RECLAMO ANTE LA COMPAÑIA, PARA ELLO DEBE COMPROBARSE LA OCURRENCIA DEL SINIESTRO Y LA CUANTIA DE LA PERDIDA, CON LOS DOCUMENTOS EXIGIDOS POR LAS CONDICIONES GENERALES DE LA POLIZA Y LAS NORMAS DEL CODIGO DEL COMERCIO.

Lida Julieth Callejas Martinez - GCRV

RECEPCIONISTA DEL INFORME

FIRMA DEL ASEGURADO

CONDUCTOR O DECLARANTE

RAMO: AUTOMÓVILES LIV. Asegurado BANCO FINANDINA S.A. BIC SOLICITUD PAGO NRO: 122128

SUCURSAL SINIESTRO: VILLAVICENCIO

SUCURSAL POLIZA:

BOGOTA

FECHA AUT. TECNICA: 26/03/2024 FECHA EMISION: 26/03/2024 Nro. TRANSACCION: 110409546

Nro SINIESTRO/SUBSIN: 53698 / 3 FECHA SINIESTRO: 07/10/2023 FECHA ESTIM PAGO: 01/04/2024

BENEFICIARIO: NIT 860.051.894-6 BANCO FINANDINA S.A. BIC

TIPO BENEFICIARIO: TERCERO

DEDUCIBLE SINIESTRO: 0.00

DETALLE DEL PAGO: Factura D.M.C CREDITO VEHICULO LIL136

MONEDA DE PAGO: Pesos

NETO A PAGAR COMPAÑIA: \$45,500,000.00

TOTAL A PAGAR CON COASEGURO:

\$0.00

CONCEPTO

COD	POLIZA/ANEXO	DESCRIPCION	VALOR
6056	101138277/0	SEGUROS DE DAÑOS	\$45,500,000.00

IMPUESTOS

COD	GRP	DESCRIPCION	BASE LIQUIDACION	VALOR

CONTABILIZACION

CUENTA	DESCRIPCION	DEBE	HABER
2552000300000	CUENTA PUENTE SINIESTROS LI	\$0.00	\$45,500,000.00
5121050049000	SEGUROS DE DAÑOS AUTOM?VILE	\$45,500,000.00	\$0.00
TOTAL		\$45,500,000.00	\$45,500,000.00

COASEGUROS

COMPAÑIA	% PARTICIP.	VALOR

ELABORADO POR

SECTOR

APROBADO POR

INTERFACESTRO

RAMO: AUTOMÓVILES LIV. Asegurado BANCO FINANDINA S.A. BIC SOLICITUD PAGO NRO: 122791

SUCURSAL SINIESTRO: VILLAVICENCIO

SUCURSAL POLIZA:

BOGOTA

FECHA AUT. TECNICA: 21/05/2024 FECHA EMISION: 21/05/2024 Nro. TRANSACCION: 110415556

Nro SINIESTRO/SUBSIN: 53698 / 3 FECHA SINIESTRO: 07/10/2023 FECHA ESTIM PAGO: 27/05/2024

BENEFICIARIO: NIT 860.051.894-6 BANCO FINANDINA S.A. BIC

TIPO BENEFICIARIO: TERCERO

DEDUCIBLE SINIESTRO: 0.00

DETALLE DEL PAGO: Factura PAGO CREDITO LIL136

MONEDA DE PAGO: Pesos

NETO A PAGAR COMPAÑIA: \$17,913,181.00

TOTAL A PAGAR CON COASEGURO:

\$0.00

CONCEPTO

COD	POLIZA/ANEXO	DESCRIPCION	VALOR
6056	101138277/0	SEGUROS DE DAÑOS	\$17,913,181.00

IMPUESTOS

COD	GRP	DESCRIPCION	BASE LIQUIDACION	VALOR

CONTABILIZACION

CUENTA	DESCRIPCION	DEBE	HABER
2552000300000	CUENTA PUENTE SINIESTROS LI	\$0.00	\$17,913,181.00
5121050049000	SEGUROS DE DAÑOS AUTOMOVILE	\$17,913,181.00	\$0.00
TOTAL		\$17,913,181.00	\$17,913,181.00

COASEGUROS

COMPAÑIA	% PARTICIP.	VALOR

ELABORADO POR

SECTOR

APROBADO POR

INTERFACESTRO

Referencia No :	4000557	Fecha :	26/03/2024 9:08:23
Presupuesto :	100066139	Siniestro :	53698
Ramo :	AUTOMOVILES LIV. COL	Producto :	AUTOMOVILES LIV. COL
Amparo :	DAÑOS PARCIALES DE MAYOR CUANTIA		
Usuario :	Carlos A. Trujillo O. - GCRV	Email :	Carlos.Trujillo@segurosdelestado.com
Asunto :	LIQUIDACIÓN PAGO STRO 53698, PLACA LIL136		
Texto Mensaje :	Señores BANCO FINANDINA y RODRIGUEZ HERNANDEZ ADRIANA Buenos Días A continuación, me permito relacionar la liquidación de anticipo a la financiera, respecto a los Daños de Mayor Cuantía del vehículo LIL136, asegurado RODRIGUEZ HERNANDEZ ADRIANA, la cual en el transcurso de los siguientes 6 días hábiles será transferida a su cuenta electrónica: LIQUIDACION STRO 53698 VALOR ASEGURADO \$65.000.000(-)PRIMAS PENDIENTES \$ 1.586.819(-) ANTICIPO A FINANDINA 70% \$45.500.000DEUDA A FINANDINA \$70.469.013TOTAL A FINANDINA \$17.913.181TOTAL AL ASEGURADO \$ -7.055.832 Señora RODRIGUEZ HERNANDEZ ADRIANA, se sugiere que se comunique con la financiera para validar si queda algún saldo pendiente a cancelar de su parte. Cualquier inquietud por favor comunicarse con el analista que ha tramitado su reclamación		
Archivos Adjuntos :			
Ciudad :	▼	Prioridad :	<input checked="" type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Alta
Tipo Agenda :	Seleccione... ▼		
Enviar Correo A :	arohe70@hotmail.com, servicioalcliente@bancofinandina.com, claudia.casallas@bancofinandina.com, cristian.galeano@bancofinandina.com 		



CRV. 00828AS

Bogotá, D.C., 07 de noviembre de 2024

A QUIEN INTERESE

REF. CERTIFICADO PLACA LIL136

Respetados Señores:

Por medio de la presente se certifica que el vehículo descrito a continuación fue comercializado en el mes de Julio del año 2024:

Siniestro	Marca Vehiculo	Tipo	Modelo	Placa
53698	HYUNDAI ACCENT SEDAN	Automóvil	2023	LIL136

El valor de este salvamento corresponde a la suma de \$15.984.252.00.

Sin otro particular, agradecemos su atención.

Cordialmente,

Nohora Esperanza Cardona H - GCRV
COORDINADOR SALVAMENTOS
CENTRO RECLAMOS VEHICULOS
IFPG

LIQUIDACION STRO 53698

VALOR ASEGURADO	\$65.000.000
(+) accesorios	\$0
SUBTOTAL	\$65.000.000
(-) DEDUCIBLE 0%	\$0
SUBTOTAL	<u>\$65.000.000</u>
(-)PRIMAS PENDIENTES	<u>\$1.586.819</u>
SUBTOTAL	<u>\$63.413.181</u>
(+) GASTOS TRANSPORTE	\$0
SUBTOTAL	<u>\$63.413.181</u>
(+) REEMBOLSO SOAT	\$0
SUBTOTAL	<u>\$63.413.181</u>
(+) REEMBOLSO IMPUESTO 2022	\$0
SUBTOTAL	<u>\$63.413.181</u>
(-) ANTICIPO A FINANDINA 70%	\$45.500.000
DEUDA A FINANDINA	\$70.469.013
TOTAL A FINANDINA	\$17.913.181
TOTAL AL ASEGURADO	-\$7.055.832

OBSERVACIONES

GTOS TRANSPORTE	\$0
FACT V.R	\$0
TOTAL GTOS TRANSPORTE	\$0

REALIZAR UNICAMENTE EL ANTICIPO DEL 70% ALA FINANCIERA:

BANCO FINANDINA

NIT

860051894

AMPAROS	PTO	SI@S	SISE
DMaC / PTD-H	100066139	X	X
GASTOS	N/A	N/A	N/A
GASTOS TRANSPORTE	N/A	N/A	N/A

CEDULA

CREAR	SI
SARLAFT VIG.	SI
P.Elec. Verificado con formato	SI
Verificación Lista SARLAFT	SI

Elaboró: CARLOS TRUJILLO

Analista: JASLEDY VERA

Sucursal Siniestro: VILLAVICIENCIO

RAMO: AUTOMÓVILES LIV. Asegurado BANCO FINANDINA S.A. BIC SOLICITUD PAGO NRO: 123615

SUCURSAL SINIESTRO: VILLAVICENCIO

SUCURSAL POLIZA:

BOGOTA

FECHA AUT. TECNICA: 31/07/2024 FECHA EMISION: 31/07/2024 Nro. TRANSACCION: 110423337

Nro SINIESTRO/SUBSIN: 53698 / 3 FECHA SINIESTRO: 07/10/2023 FECHA ESTIM PAGO: 31/07/2024

BENEFICIARIO: NIT 900.220.562-6 R Y R LOPEZ S A S

TIPO BENEFICIARIO: PROVEEDOR

DEDUCIBLE SINIESTRO: 0.00

DETALLE DEL PAGO: FE - 2169 VENTA SALVAMENTO 100% HYUNDAI MODELO 2023 PLACA LIL136

MONEDA DE PAGO: Pesos

NETO A PAGAR COMPAÑIA: \$19,900,394.00

TOTAL A PAGAR CON COASEGURO:

\$0.00

CONCEPTO

COD	POLIZA/ANEXO	DESCRIPCION	VALOR
4004	101138277/0	SALVAMENTOS DE SEGUROS LIQUIDADO	\$15,984,252.00

IMPUESTOS

COD	GRP	DESCRIPCION	BASE LIQUIDACION	VALOR
1	58	I.V.A.	\$15,984,252.00	\$3,037,008.00
2	34	RETENCION EN LA FUENTE	\$15,984,252.00	\$399,606.00
5	1	IMPUESTO NAL AL CONSUMO	\$15,984,252.00	\$1,278,740.00

CONTABILIZACION

CUENTA	DESCRIPCION	DEBE	HABER
1626959900000	CUENTA PUENTE INTERSUCURSAL	\$0.00	\$399,606.00
1686950200000	RECOBROS Y SALVAMENTOS	\$19,900,394.00	\$0.00
2503450200000	IMPUESTO AL CONSUMO	\$0.00	\$1,278,740.00
4195250049000	SALVAMENTOS DE SEGUROS LIQU	\$0.00	\$15,984,252.00
1630150700000	RETENCION EN LA FUENTE SUMI	\$399,606.00	\$0.00
2503400600000	IVA SOBRE SALVAMENTOS	\$0.00	\$3,037,008.00
	Continua Hoja Adjunta		

COASEGUROS

COMPAÑIA	% PARTICIP.	VALOR

ELABORADO POR

SECTOR

APROBADO POR

SANTIAGOBASTI



ANEXO

SUCURSAL BOGOTA

SOLICITUD PAGO NRO: 123615

CONCEPTO

[illegible]

CONTABILIZACION

[illegible]