



DATOS DEL CLIENTE Identificación Cliente: WFD Nombre Cliente: VICTOR BERMUDEZ // ROBINSON NIÑO  
Teléfono Fijo: 57 3187235605 Celular: 57 3153414610 e-mail: N@N.COM DATOS DE LA SOLICITUD Número de expediente: 5818492 Fecha Solicitud: 2019-11-19 04:28 Tipo de choque: Lesiones Deducibles RCE: Deducibles  
PPD: Departamento: Norte de Santander Ciudad: LOS PATIOS Dirección del Evento: via los patos vados km 2  
Nombre de Contacto: VICTOR BERMUDEZ // ROBINSON NIÑO Placa: WFD Descripción: 2859// ASISTENCIA  
LEGAL // CHOQUE PRELIMINAR // 1 LESIONADO

1. INFORMACIÓN GENERAL DE ASISTENCIAS			
Firma LEON ARCOS		Abogado Cristian Fajardo Carañeda	N° Siniestro 89185480
Fecha Asistencia 1 9 1 1 2 0 1 9		Tipo Asistencia PRESENCIAL	
Fecha Accidente 1 9 1 1 2 0 1 9		Dirección Accidente VÍA PAMPLONA - CUCUTA Sector Los Vados	Ciudad Accidente LOS PATIOS
Tipo Proceso Daños <input type="checkbox"/> Lesiones <input type="checkbox"/> Homicidios <input checked="" type="checkbox"/> Otros Daños <input type="checkbox"/>		Autoridad que conoce Transito <input checked="" type="checkbox"/> Fiscalía <input checked="" type="checkbox"/> Juzgado <input checked="" type="checkbox"/> Centro conciliación <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/>	
Descripción Autoridad		Entrega Provisional Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Entrega Definitiva Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
2. INFORMACIÓN VEHÍCULO ASEGURADO			
Placa WFD156	Nombre Propietario E.L.C. ENLACE LOGÍSTICO DE CARGAS		Nombre Conductor Robinson Niño Jaimes
Telefono 1 SIN INFORMACIÓN	Telefono 2 3187235605		Correo Electrónico
3. CONCEPTOS 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 <p>-Responsable tercero peatón quien transita por la vía sin precaución y por un lugar prohibido para el tránsito de peatones, ademas la vía se encontraba con carente iluminación artificial. Una persona resulta lesionada (peatón) y es remitido a un centro asistencial. El caso pasa a disposición de la fiscalia y se gestiona entrega provisional de vehículo.</p> <p>El día 02 de febrero se tiene información que el lesionado fallece.</p> <p>La víctima fallece días después del siniestro por lo que el caso pasa de LESIONES como se reportó inicialmente a HOMICIDIO.</p>			
4. CANTIDAD DE TERCEROS INVOLUCRADOS			
N° de Vehiculos 1 N° de Lesionados 0 N° de Fallecidos 1 Otros Daños 0			
5. INFORMACIÓN DEL TERCERO CON DAÑOS			
Placa NO APLICA	Ciudad Placa ---DEFINIR CIUDAD	Marca ---NO APLICA	Clase ---NO APLICA
Tipo NO APLICA	Modelo NO APLICA	Servicio NO APLICA	Empresa Afiliadora NO APLICA
Nombre Propietario NO APLICA			N° Documento NO APLICA
Dirección		Teléfono 1 NO APLICA	Teléfono 2 NO APLICA
Nombre Conductor NO APLICA		Correo Electronico N/a	
Dirección N/a		Teléfono 1 NO APLICA	Teléfono 2 NO APLICA
¿Está el tercero asegurado? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>		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: 0 ; Poliza 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 SIN INFORMACIÓN	Tipo Documento CC / TI <input checked="" type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/>	N° Documento SIN INFORMACIÓN	
¿Fue atendido en una entidad hospital? Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input 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 type="checkbox"/> Más de 50 años <input checked="" type="checkbox"/>		Descripción de las lesiones
¿Acuerdo en sitio por daños? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Tipo de Acuerdo Contrato AZ <input type="checkbox"/> Valor:0; Poliza 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 Transito Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Fotografias Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	<div>Comentarios</div> <div></div>	
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 type="checkbox"/>	Otros		





001087265

CONDUCTORES, VEHICULOS Y PROPIETARIOS				VEHICULO 2			
CONDUCTOR APELLIDOS Y NOMBRES		DOC	IDENTIFICACIÓN No.	NACIONALIDAD	FECHA DE NACIMIENTO	SEXO	GRAVEDAD
					DÍA MES AÑO	M F	MUERTO HERIDO
DIRECCIÓN DE DOMICILIO		CUIDAD	TELÉFONO	SE PRACTICÓ EXAMEN	SI	NO	
				AUTORIZO EMBRIAGUEZ GRADO	SI	NO	PSICOACTIVAS
PORTA LICENCIA		LICENCIA DE CONDUCCIÓN No.	CATEGORIA	RESTRICCIÓN	EXP	VEN	CÓDIGO OF. TRANSITO
					DÍA MES AÑO		CHALECO CASCO CINTURÓN
HOSPITAL, CLÍNICA O SITIO DE ATENCIÓN		DESCRIPCIÓN DE LESIONES					
8.2 VEHICULO							
PLACA	PLACA REMOLQUE / SEMI	NACIONALIDAD	MARCA	LÍNEA	COLOR	MODELO	CARROCERÍA
		COLOMBIANO EXTRANJERO					TON. PASAJEROS LICENCIA DE TRANS. No.
EMPRESA	MATRICULADO EN	INMOVILIZADO EN	TARJETA DE REGISTRO No.				
NIT	A DISPOSICIÓN DE			CANTIDAD ACOMPAÑANTES O PASAJEROS EN EL MOMENTO DEL ACCIDENTE			
REV. TEC. MEC.	SI	NO	No.				
PORTA SOAT	PÓLIZA No.	ASEGURADORA	VENCIMIENTO				
			DÍA MES AÑO				
PORTA SEG. RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL	SI	NO	VENCIMIENTO	PORTA SEG. RESP EXTRA CONTRACTUAL	SI	NO	VENCIMIENTO
No.	ASEGURADORA	DÍA MES AÑO	No.	ASEGURADORA	DÍA MES AÑO		
PROPIETARIO							
MISMO CONDUCTOR	APELLIDOS Y NOMBRES		DOC	IDENTIFICACIÓN No.			
SI							
8.3 CLASE VEHICULO							
AUTOMÓVIL		M. AGRICOLA		8.4 CLASE SERVICIO		PASAJEROS	
BUS		M. INDUSTRIAL		PÚBLICO		COLECTIVO	
BUSETA		BICICLETA		PARTICULAR		INDIVIDUAL	
CAMIÓN		MOTOCARRO		DIPLOMATICO		MASIVO	
CAMIONETA		MOTOTRICICLO		8.5 MODALIDAD DE TRANS.		ESPECIAL TURISMO	
CAMPERO		TRACCIÓN ANIMAL		MIXTO		ESPECIAL ESCOLAR	
MICROBUS		MOTOCICLO		CARGA		ESPECIAL ASALARIADO	
TRACTOCAMION		CUATRIMOTO		EXTRADIMENSIONADA		ESPECIAL OCASIONAL	
VOLQUETA		REMOLQUE		EXTRAPESADA		8.6 RADIO DE ACCIÓN	
MOTOCICLETA		SEMI-REMOLQUE		MERCANCÍA PELIGROSA		NACIONAL	
						MUNICIPAL	
8.7 FALLAS EN: FRENOS DIRECCIÓN LUCES BOCINA LLANTAS SUSPENSIÓN OTRA							
8.8 LUGAR DE IMPACTO							
FRONTAL		LATERAL		POSTERIOR		Otro	

9. VÍCTIMAS: PASAJEROS, ACOMPAÑANTES O PEATONES No. 1				DEL VEHICULO No. 1			
APELLIDOS Y NOMBRES		DOC	IDENTIFICACIÓN No.	NACIONALIDAD	FECHA DE NACIMIENTO	SEXO	
					DÍA MES AÑO	M F	
DIRECCIÓN DE DOMICILIO		CUIDAD	TELÉFONO	CINTURÓN	SI	NO	
				SE PRACTICÓ EXAMEN	SI	NO	
HOSPITAL, CLÍNICA O SITIO DE ATENCIÓN		AUTORIZO EMBRIAGUEZ GRADO		PSICOACTIVAS			
DESCRIPCIÓN DE LESIONES		8.1 DETALLES DE LA VÍCTIMA					
		CONDICIÓN					
		PEATÓN <input checked="" type="checkbox"/>					
		PASAJERO <input type="checkbox"/>					
		ACOMPAÑANTE <input type="checkbox"/>					
		GRAVEDAD <input type="checkbox"/>					
		MUERTO <input type="checkbox"/>					
		HERIDO <input checked="" type="checkbox"/>					

10. TOTAL VÍCTIMAS:	PEATÓN	1	ACOMPAÑANTE		PASAJERO		CONDUCTOR		TOTAL HERIDOS	1	MUERTOS	
---------------------	--------	---	-------------	--	----------	--	-----------	--	---------------	---	---------	--

11. HIPÓTESIS DEL ACCIDENTE DE TRÁNSITO			
DEL CONDUCTOR	DEL VEHICULO DE LA VÍA	DEL PEATÓN	DEL PASAJERO
	308	404	
OTRA	308	ESPECIFICAR CUAL: Ausencia de iluminación Artificial en el tramo de vía	

12. TESTIGOS			
APELLIDOS Y NOMBRES	DOC	IDENTIFICACIÓN No.	DIRECCIÓN Y CIUDAD
APELLIDOS Y NOMBRES	DOC	IDENTIFICACIÓN No.	DIRECCIÓN Y CIUDAD
APELLIDOS Y NOMBRES	DOC	IDENTIFICACIÓN No.	DIRECCIÓN Y CIUDAD

13. OBSERVACIONES	
Peatón lesionado: Personaje indocumentado, de sexo masculino de edad aproximada 65 a 75 años, piel color trigueño, aspecto descuidado, se desconoce datos generales de ley. Nota: Medidas del cuerpo dadas en metros.	

14. ANEXOS	ANEXO 1 (Conductores, Vehículos)	ANEXO 2 (víctimas, peatones o pasajeros)	OTROS ANEXOS (fotos y videos) <input checked="" type="checkbox"/> Album fotografico
------------	----------------------------------	--	---

15. DATOS DE QUIEN CONOCE EL ACCIDENTE			
APELLIDOS Y NOMBRES	DOC	IDENTIFICACIÓN No.	PLACA
Abner Pablo Alexander	cc	8827532	156722
Firma		Firma	
PONAL		Pablo Alexander	

544056001223201780062
-----------------------

2a. COPIA: CONDUCTOR

VIGILADO  
SUPERTRANSPORTE