

PRODUCTORES, VEHICULOS Y PROPIETARIOS		VEHICULO 2					
CONDUCTOR	APELLIDOS Y NOMBRES	DOC	IDENTIFICACION	NACIONALIDAD	FECHA DE NACIMIENTO	SEXO	GRAVEDAD

DIRECCIÓN DE DOMICILIO		CIUDAD		TELÉFONO		SE PRÁCTICÓ EXAMEN		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
						AUTORIZO		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
						EMBRIGUEZ		POS <input type="checkbox"/> NEG <input type="checkbox"/>	
						GRADO		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
PORTA LICENCIA		LICENCIA DE CONDUCCIÓN No.		CATEGORÍA RESTRICCIÓN		EXP		VEN <input type="checkbox"/>	
SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>						CÓDIGO OF. TRANSITO			
						DÍA		MES	
						AÑO			
HOSPITAL, CLÍNICA O SITIO DE ATENCIÓN		DESCRIPCIÓN DE LESIONES							

8.2 VEHÍCULO	
--------------	--

PLACA	PLACA REMOLQUE / SEMI	NACIONALIDAD	MARCA	LINEA	COLOR	MODELO	CARROCERIA	TON.	PASAJEROS	LICENCIA DE TRANS. No.
		COLOMBIANO								
		EXTRANJERO								

EMPRESA	MATRICULADO EN:	INMOVILIZADO EN:	TARJETA DE REGISTRO No.
NIT.		A DISPOSICIÓN DE:	

REV. TEC. MEC.	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	No.	CANTIDAD ACOMPAÑANTES O PASAJEROS EN EL MOMENTO DEL ACCIDENTE	<input type="text"/>
----------------	--	-----------------------------	-----	---	----------------------

PORTA SOAT		PÓLIZA No.	ASEGURADORA	VENCIMIENTO		
SI	NO			DIA	MES	AÑO

PORTA SEG. RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL				<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO		VENCIMIENTO			PORTA SEG. RESP EXTRACONTRACTUAL				<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO		VENCIMIENTO		
No.	ASEGURADORA			DIA	MES	AÑO	No.	ASEGURADORA			DIA	MES	AÑO				

PROPIETARIO			
MISMO CONDUCTOR	APELLIDOS Y NOMBRES	DOC	IDENTIFICACIÓN No:

3.3. CLASE VEHICULO		3.4. CLASE SERVICIO		PASAJEROS		3.5. DESCRIPCION DAÑOS MATERIALES DEL VEHICULO	
AUTOMOVIL	<input type="checkbox"/>	M. AGRICOLA	<input type="checkbox"/>	OFICIAL	<input type="checkbox"/>	COLECTIVO	<input type="checkbox"/>
BUS	<input type="checkbox"/>	M. INDUSTRIAL	<input type="checkbox"/>	PUBLICO	<input type="checkbox"/>	INDIVIDUAL	<input type="checkbox"/>
BUSETA	<input type="checkbox"/>	BICICLETA	<input type="checkbox"/>	PARICULAR	<input type="checkbox"/>	MASIVO	<input type="checkbox"/>
CAMION	<input type="checkbox"/>	MOTOCARRO	<input type="checkbox"/>	DIPLOMATICO	<input type="checkbox"/>	- ESPECIAL TURISMO	<input type="checkbox"/>
CAMIONETA	<input type="checkbox"/>	MOTOTRUCILO	<input type="checkbox"/>	3.6. MODALIDAD DE TRANS.		- ESPECIAL ESCOLAR	<input type="checkbox"/>
CAMPERO	<input type="checkbox"/>	TRACCION ANIMAL	<input type="checkbox"/>	NEXTO	<input type="checkbox"/>	- ESPECIAL ASALARIADO	<input type="checkbox"/>
MICROBUS	<input type="checkbox"/>	MOTOCICLO	<input type="checkbox"/>	CARGA	<input type="checkbox"/>	- ESPECIAL OCASIONAL	<input type="checkbox"/>
TRACCIONAMON	<input type="checkbox"/>	CUATRIMOTO	<input type="checkbox"/>	EXTRADIMENSIONADA	<input type="checkbox"/>	3.6. RADIO DE ACCION	
VOLQUETE	<input type="checkbox"/>	REMOLQUE	<input type="checkbox"/>	EXTRAPESADA	<input type="checkbox"/>	NACIONAL	<input type="checkbox"/>
MOTOCICLETA	<input type="checkbox"/>	SEMI-REMOLQUE	<input type="checkbox"/>	MERCANCIA PELIGROSA	<input type="checkbox"/>	MUNICIPAL	<input type="checkbox"/>
				-CLASE DE MERCANCIA	<input type="checkbox"/>		

8.7. FALLAS EN:	FRENOS	DIRECCIÓN	LUCES	BOCINA	LLANTAS	SUSPENSIÓN	OTRA
-----------------	--------	-----------	-------	--------	---------	------------	------

8.9. LUGAR DE IMPACTO ☐ FRONTAL ☐ LATERAL ☐ POSTERIOR ☐ Otro ☐

8. VÍCTIMAS PASAJEROS, ACOMPAÑANTES O PEATONES No. 1 DEL VEHÍCULO No. 1

APELLIDOS Y NOMBRES		DGC	IDENTIFICACION No.	NACIONALIDAD	FECHA DE NACIMIENTO			SEXO
					DA	MES	ANO	M F
En Identificación.								

DIRECCIÓN DE DOMICILIO	CUBANO	TELÉFONO	CINTURÓN	DETALLES DE LA VÍCTIMA
			SI NO	CONDICIÓN

HOSPITAL, CLÍNICA O SITIO DE ATENCIÓN	SE PRACTICÓ EXAMEN	SI	NO	PEATON	<input checked="" type="checkbox"/>
AUTORIZO	EMBRAGUEZ	GRADO	6. PSICOACTIVAS	PASAJERO	<input type="checkbox"/>
DESCRIPCIÓN DE LESIONES	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> POS <input type="checkbox"/> NEG	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	

[illegible][illegible]

10. TOTAL VÍCTIMAS: PEATON 1 PASAJERO PASAJEROS 0 0 0 0

DEL DEPARTAMENT D'EDUCACIÓ DE LA GENERALITAT DE CATALUNYA

DEL CONDUCTOR					DEL VEHICULO					DEL PERSON				
					DE LA VIA	3	0	8		DEL PASAJERO				

OTRA 308 ESPECIFICAN (CUÁL): Ausencia de Iluminación Artificial en el tramo de V

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

APELLIDOS Y NOMBRES	DOC.	IDENTIFICACION No.	DIRECCION Y CIUDAD	TELEFONO
---------------------	------	--------------------	--------------------	----------

APELLIDOS Y NOMBRES	DOC.	IDENTIFICACIÓN No	DIRECCIÓN Y CIUDAD	TELÉFONO
---------------------	------	-------------------	--------------------	----------

se ha lesionado: Personaje no documentado de sexo masculino de edad

13. OBSERVACIONES: Proximidad 65 a 75 años, piel color trigueño, aspecto descuido, se desconoce de ley. Nota: Medidas del croquis dadas en metros.

ANEXO 2 (víctimas, testigos o pasajeros) ☐ OTROS ANEXOS (fotos y videos) ☒ *Albino Fotografía*

8827536	75672	Fullal. Pablo M. C. Xando
---------	-------	---------------------------

544056001223201980062.

2a. COPIA: CONDUCTOR

08
09
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20

544056001223201780062

2a. COPIA: CONDUCTOR

VIGILADO
SUPERTRANSPORTE

17. CROQUIS (BOSQUEJO TOPOGRAFICO)

INFORME POLICIAL DE ACCIDENTE DE TRANSITO No. C

PUNTO DE REFERENCIA P. H. 1
 TABLA DE MEDIDAS (en metros)
 No. 3 a 25
 L. 37.44 O.M. P. 1.14 V. 1.14
 47.38 1.63 V. 1.14 P. 1.14

FIRMA CONDUCTOR, VICTIMA O TESTIGO C.C.
 FIRMA CONDUCTOR, VICTIMA O TESTIGO C.C.

LONG. RUETLAS
 No. METROS CM TIPO DE HUELLA
 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25

RADIO RASANTE PERALTE PENDIENTE
 VIA 1 VIA 2

LONG. MET. ESCALA: PLANO VISTA: Bosquejo Topografico

15. DATOS DE QUIEN CONOCE EL ACCIDENTE
 GRADO APELLIDOS Y NOMBRES
 PT Montenegro Manuel Pablo Alc 88275312 456722 MONAL Radio Alcantara

16. CORRESPONDIO 54H056D012232019B0062