



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		

INFORME POLICIAL DE ACCIDENTE DE TRANSITO No. C

PUNTO DE REFERENCIA P H

TABLA DE MEDIDAS

No. 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

13744/094 Pos. Izq. V. 1.00

247.301.63 Vord. Ant. Izq. V. 1.00

FIRMA CONDUCTOR, VICTIMA O TESTIGO C.C.

LONG. HUELLAS

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			

15. DATOS DE QUIEN CONOCE EL ACCIDENTE

GRADO	APELLIDOS Y NOMBRES	DIC. IDENTIFICACIÓN No.	PLACA	ENTIDAD	FIRMA
PT	Montenegro Monsalve Pardo Alc.	88275312	156722	PONAL	Rafael Alc. Montenegro

16. CORRESPONDIO

54H05600122323201980062

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		CIUDAD		TELÉFONO	SE PRACTICÓ EXAMEN		SI NO	
					AUTORIZO EMBRIAGUEZ GRADO		SI NO POS NEG SI NO	
PORTA LICENCIA	LICENCIA DE CONDUCCIÓN No.	CATEGORIA	RESTRICCIÓN	EXP	VEN	CÓDIGO OF. TRANSITO	CHALECO	CASCO
SI NO				DÍA	MES	AÑO	SI NO	SI NO
HOSPITAL, CLÍNICA O SITIO DE ATENCIÓN		DESCRIPCIÓN DE LESIONES						
8.2 VEHICULO								
PLACA	PLACA REMOLQUE / SEMI	NACIONALIDAD	MARCA	LÍNEA	COLOR	MODELO	CARROCERÍA	TON.
		COLOMBIANO EXTRANJERO						
EMPRESA	MATRICULADO EN:		INMOVILIZADO EN:		TARJETA DE REGISTRO No.			
NIT.			A DISPOSICIÓN DE:					
REV. TEC. MEC.	SI NO	No.	CANTIDAD ACOMPAÑANTES O PASAJEROS EN EL MOMENTO DEL ACCIDENTE					
PORTA SOAT	PÓLIZA No.	ASEGURADORA		VENCIMIENTO		DÍA MES AÑO		
SI NO								
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 NO								
8.3 CLASE VEHICULO			8.4 CLASE SERVICIO			PASAJEROS		
AUTOMÓVIL <input type="checkbox"/> M. AGRÍCOLA <input type="checkbox"/>			OFICIAL <input type="checkbox"/>			COLECTIVO <input type="checkbox"/>		
BUS <input type="checkbox"/> M. INDUSTRIAL <input type="checkbox"/>			PÚBLICO <input type="checkbox"/>			INDIVIDUAL <input type="checkbox"/>		
BUSETA <input type="checkbox"/> BICICLETA <input type="checkbox"/>			PARTICULAR <input type="checkbox"/>			MASIVO <input type="checkbox"/>		
CAMIÓN <input type="checkbox"/> MOTOCARRO <input type="checkbox"/>			DIPLOMATICO <input type="checkbox"/>			ESPECIAL TURISMO <input type="checkbox"/>		
CAMIONETA <input type="checkbox"/> MOTOTRICICLO <input type="checkbox"/>			8.5 MODALIDAD DE TRANS.			ESPECIAL ESCOLAR <input type="checkbox"/>		
CAMPERO <input type="checkbox"/> TRACCIÓN ANIMAL <input type="checkbox"/>			MIXTO <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"/>		
TRACTOCAMION <input type="checkbox"/> CUATRIMOTO <input type="checkbox"/>			EXTRADIMENSIONADA <input type="checkbox"/>			8.6 RADIO DE ACCIÓN		
VOLQUETA <input type="checkbox"/> REMOLQUE <input type="checkbox"/>			EXTRAPESADA <input type="checkbox"/>			NACIONAL <input type="checkbox"/>		
MOTOCICLETA <input type="checkbox"/> SEMI-REMOLQUE <input type="checkbox"/>			MERCANCÍA PELIGROSA <input type="checkbox"/>			MUNICIPAL <input type="checkbox"/>		
			-CLASE DE MERCANCÍA					
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"/>								

FIRMA DE CONFORMIDAD CON EL INFORME, CONDUCTORES INVOLUCRADOS

FIRMA CONDUCTOR, VÍCTIMA O TESTIGO C.C.

8.8 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 VEHICULO No. 1					
APELLIDOS Y NOMBRES		DOC	IDENTIFICACIÓN No.	NACIONALIDAD	FECHA DE NACIMIENTO		SEXO
					DÍA	MES	AÑO
DIRECCIÓN DE DOMICILIO		CIUDAD		TELÉFONO	CINTURÓN		SI NO
					CASCO		SI NO
HOSPITAL, CLÍNICA O SITIO DE ATENCIÓN		SE PRACTICÓ EXAMEN		EMBRIAGUEZ GRADO		8.9 PSICOACTIVAS	
		AUTORIZO EMBRIAGUEZ POS NEG SI NO		SI NO		SI NO	
DESCRIPCIÓN DE LESIONES						CHALECO	
						SI NO	
						MUERTO	
						HERIDO	

FIRMA CONDUCTOR, VÍCTIMA O TESTIGO C.C.

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 308	DEL PEATÓN 404	DEL PASAJERO
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) X
------------	----------------------------------	--	---------------------------------

15. DATOS DE QUIEN CONOCE EL ACCIDENTE			
APELLIDOS Y NOMBRES	DOC	IDENTIFICACIÓN No.	FIRMA
Abner Pablo Alexander	cc	8827532	15/12/22 PONTAL Pablo Alexander

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

2a. COPIA: CONDUCTOR

VIGILADO SUPERTRANSPORTE