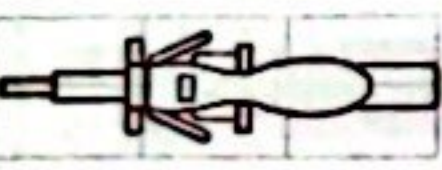

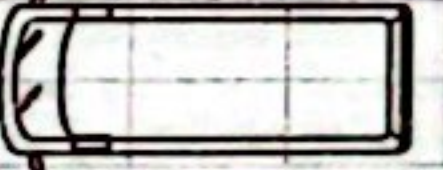


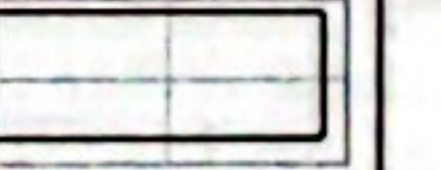


8. CONDUCTORES, VEHÍCULOS Y PROPIETARIOS																		
8.1 CONDUCTOR				VEHÍCULO 7														
APELLIDOS Y NOMBRES				DOC	IDENTIFICACIÓN No.		NACIONALIDAD	FECHA DE NACIMIENTO		SEXO	GRAVEDAD							
DIRECCIÓN DE DOMICILIO								DÍA	MES	AÑO	MUERTO <input type="checkbox"/> HERIDO <input type="checkbox"/>							
				CIUDAD		TELÉFONO		SE PRÁCTICO EXAMEN		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>								
								AUTORIZO	EMBRIAGUEZ	GRADO	S. PSICOACTIVAS							
								SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	POS <input type="checkbox"/> NEG <input type="checkbox"/>		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>							
PORTA LICENCIA		LICENCIA DE CONDUCCIÓN No.		CATEGORÍA	RESTRICCIÓN	EXP <input type="checkbox"/> VEN <input type="checkbox"/>	CÓDIGO OF TRANSITO		CHALECO	CASCO	CINTURÓN							
SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>						DÍA	MES	AÑO	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>							
HOSPITAL, CLÍNICA O SITIO DE ATENCIÓN				DESCRIPCIÓN DE LESIONES														
8.2. VEHÍCULO																		
PLACA	PLACA REMOLQUE/SEMI	NACIONALIDAD	MARCA	LÍNEA	COLOR	MODELO	CARROCERÍA	TON	PASAJEROS	LICENCIA DE TRANSITO No.								
		COLOMBIANA <input type="checkbox"/> EXTRANJERO <input type="checkbox"/>																
EMPRESA				MATRICULADO EN		INMOVILIZADO EN:			TARJETA DE REGISTRO No.									
NIT						A DISPOSICIÓN DE												
REV. TEC. MEC <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> No.				CANTIDAD ACOMPAÑANTES O PASAJEROS EN EL MOMENTO DEL ACCIDENTE: <input type="text"/>														
PORTA SOAT		POLIZA No.		ASEGURADORA				VENCIMIENTO										
SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>								DÍA				MES	AÑO					
PORTA SEG RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				VENCIMIENTO		PORTA SEG RESP EXTRA CONTRACTUAL <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				VENCIMIENTO								
No.		ASEGURADORA		DÍA		MES	AÑO	No.		ASEGURADORA		DÍA		MES	AÑO			
PROPIETARIO																		
MISMO CONDUCTOR				APELLIDOS Y NOMBRES				DOC	IDENTIFICACIÓN No.									
SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>																		
8.3. CLASE VEHÍCULO																		
AUTOMÓVIL <input type="checkbox"/>		M. AGRICOLA <input type="checkbox"/>		8.4. CLASE SERVICIO		PASAJEROS		8.8. DESCRIPCIÓN DAÑOS MATERIALES DEL VEHÍCULO										
BUS <input type="checkbox"/>		M. INDUSTRIAL <input type="checkbox"/>		OFICIAL <input type="checkbox"/>		* COLECTIVO <input type="checkbox"/>												
BUSETA <input type="checkbox"/>		BICICLETA <input type="checkbox"/>		PÚBLICO <input type="checkbox"/>		* INDIVIDUAL <input type="checkbox"/>												
CAMIÓN <input type="checkbox"/>		MOTOCARRO <input type="checkbox"/>		PARTICULAR <input type="checkbox"/>		* MASIVO <input type="checkbox"/>												
CAMIONETA <input type="checkbox"/>		MOTOTRICICLO <input type="checkbox"/>		DIPLOMATICO <input type="checkbox"/>		* ESPECIAL TURISMO <input type="checkbox"/>												
CAMPERO <input type="checkbox"/>		TRACCIÓN ANIMAL <input type="checkbox"/>		8.5. MODALIDAD DE TRANS.		* ESPECIAL ESCOLAR <input type="checkbox"/>												
MICROBÚS <input type="checkbox"/>		MOTOCICLO <input type="checkbox"/>		MIXTO <input type="checkbox"/>		* ESPECIAL ASALARIADO <input type="checkbox"/>												
TRACTOCAMIÓN <input type="checkbox"/>		CUATRIMOTO <input type="checkbox"/>		CARGA <input type="checkbox"/>		* ESPECIAL OCASIONAL <input type="checkbox"/>												
VOLQUETA <input type="checkbox"/>		REMOLQUE <input type="checkbox"/>		* EXTRADIMENSIONADA <input type="checkbox"/>		8.6. RADIO DE ACCIÓN												
MOTOCICLETA <input type="checkbox"/>		SEMI-REMOLQUE <input type="checkbox"/>		* EXTRAPESADA <input type="checkbox"/>		NACIONAL <input type="checkbox"/>												
				* MERCANCIA PELIGROSA <input type="checkbox"/>		MUNICIPAL <input type="checkbox"/>												
				* CLASE DE MERCANCIA <input type="text"/>														
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"/>																		
8.8. LUGAR DE IMPACTO																		
FRONTAL <input type="checkbox"/> LATERAL <input type="checkbox"/> POSTERIOR <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>																		
     																		
9. VÍCTIMAS: PASAJEROS, ACOMPAÑANTES O PEATONES No. 1 DEL VEHÍCULO No. 1																		
APELLIDOS Y NOMBRES				DOC	IDENTIFICACIÓN No.		NACIONALIDAD	FECHA DE NACIMIENTO		SEXO								
Quintus Guananga Kasario				CC	24500349		Colombiana	DÍA	MES	AÑO	M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>							
DIRECCIÓN DE DOMICILIO				CIUDAD		TELÉFONO		CINTURÓN		9.1. DETALLES DE LA VÍCTIMA								
								SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		CONDICIÓN								
HOSPITAL, CLÍNICA O SITIO DE ATENCIÓN				SE PRÁCTICO EXAMEN		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		CASCO		PEATÓN <input type="checkbox"/>								
DESCRIPCIÓN DE LESIONES				AUTORIZO		EMBRIAGUEZ		GRADO		PASAJERO <input type="checkbox"/>								
				SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		POS <input type="checkbox"/> NEG <input type="checkbox"/>				ACOMPAÑANTE <input checked="" type="checkbox"/>								
								SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		GRAVEDAD								
								CHALECO		MUERTO <input type="checkbox"/>								
								SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		HERIDO <input type="checkbox"/>								
10. TOTAL VÍCTIMAS PEATON <input type="text"/> ACOMPAÑANTE <input type="text"/> PASAJERO <input type="text"/> CONDUCTOR <input type="text"/> TOTAL HERIDOS <input type="text"/> MUERTOS <input type="text"/>																		
11. HIPÓTESIS DEL ACCIDENTE DE TRÁNSITO																		
DEL CONDUCTOR		DEL VEHÍCULO		DEL PEATÓN		DEL PASAJERO												
		202																
DE LA VÍA																		
OTRA <input type="checkbox"/>		ESPECIFICAR ¿CUAL?																
12. TESTIGOS																		
APELLIDOS Y NOMBRES				DOC	IDENTIFICACIÓN No.		DIRECCIÓN Y CIUDAD		TELÉFONO									
HAMILTON GUSTAVO				CC	4781040		SANTA FE		3167610040									
APELLIDOS Y NOMBRES				DOC	IDENTIFICACIÓN No.		DIRECCIÓN Y CIUDAD		TELÉFONO									
APELLIDOS Y NOMBRES				DOC	IDENTIFICACIÓN No.		DIRECCIÓN Y CIUDAD		TELÉFONO									
13. OBSERVACIONES																		
Se declara al vehículo tipo turismo de placa PKK 610 con la hipótesis de causa probable 202 (falla en los frenos) de tipo repentino que ocasiona los vehículos durante el viaje, en alguno de los elementos.																		
14. ANEXOS																		
ANEXO 1. Conductores Vehículos <input type="checkbox"/> ANEXO 2. Víctimas, peatones o pasajeros <input type="checkbox"/> OTROS ANEXO (Fotos y Videos) <input type="checkbox"/>																		
15. DATOS DE QUIEN CONOCE EL ACCIDENTE																		
GRADO	APELLIDOS Y NOMBRES			DOC	IDENTIFICACIÓN No.		PLACA	ENTIDAD	FIRMA									
	340 ARIANA GUANANGA			CC	1306248		02	57796	[Firma]									
16. CORRESPONDIO																		
NÚMERO ÚNICO DE INVESTIGACIÓN																		
DÍA												Mes/año	6	01/06/2024	U. receptora	2	02300001	Consecutivo



Secretaría de
Tránsito Municipal
de Popayán

ANEXO N° 2
VICTIMAS: PASAJEROS, ACOMPAÑANTES O PEATONES
PERTENECIENTE AL INFORME DE ACCIDENTE FORMULARIO



MinTransporte
Ministerio de Transportes

9. VÍCTIMAS: PASAJEROS, ACOMPAÑANTES O PEATONES No.		DEL VEHÍCULO No.		
APELLIDOS Y NOMBRES	DOC	IDENTIFICACIÓN No.	NACIONALIDAD	
QUINTAS GUAMANGA ADORELLA	CC	66655 292	Colombiana	
DIRECCIÓN DE DOMICILIO	CIUDAD	TELEFONO	FECHA DE NACIMIENTO	
SAN JUAN	Bolívar	3117858433	DÍA MES AÑO	
HOSPITAL, CLÍNICA O SITIO DE ATENCIÓN	SE PRACTICO EXAMEN	SÍ	NO	
ESC HOSPITAL NIVEL 1 BORDO PATIA	AUTORIZO	EMBRIAGUEZ	GRADO	
DESCRIPCIÓN DE LESIONES	SI	NO	S. PSICOACTIVAS	
TRAUMA EN MIEMBRO SUPERIOR DERECHO, MIEMBRO INFERIOR	SI	NO	SI	NO
IZQUIERDO CON POSTERIOR DOLOR, LIMITACIÓN FUNCIONAL	SI	NO	SI	NO
CINTURON		9.1. DETALLES DE LA VICTIMA		
SI		CONDICIÓN		
NO		PEATÓN		
CASCO		PASAJERO		
SI		ACOMPAÑANTE		
NO		GRAVEDAD		
CHALECO		MUERTO		
SI		HERIDO		
NO				

9. VÍCTIMAS: PASAJEROS, ACOMPAÑANTES O PEATONES No.		DEL VEHÍCULO No.		
APELLIDOS Y NOMBRES	DOC	IDENTIFICACIÓN No.	NACIONALIDAD	
KUWAITI ANAOLIA CARMEN ROSA	CC	25642 206	Colombiana	
DIRECCIÓN DE DOMICILIO	CIUDAD	TELEFONO	FECHA DE NACIMIENTO	
		3218612401	DÍA MES AÑO	
HOSPITAL, CLÍNICA O SITIO DE ATENCIÓN	SE PRACTICO EXAMEN	SÍ	NO	
ESC HOSPITAL NIVEL 1 BORDO PATIA	AUTORIZO	EMBRIAGUEZ	GRADO	
DESCRIPCIÓN DE LESIONES	SI	NO	S. PSICOACTIVAS	
TRAUMA EN CABEZA CON CONTUSIONES Y PARO DE DOLOR	SI	NO	SI	NO
CINTURON		9.1. DETALLES DE LA VICTIMA		
SI		CONDICIÓN		
NO		PEATÓN		
CASCO		PASAJERO		
SI		ACOMPAÑANTE		
NO		GRAVEDAD		
CHALECO		MUERTO		
SI		HERIDO		
NO				

9. VÍCTIMAS: PASAJEROS, ACOMPAÑANTES O PEATONES No.		DEL VEHÍCULO No.		
APELLIDOS Y NOMBRES	DOC	IDENTIFICACIÓN No.	NACIONALIDAD	
BUEIDIA SARRIA EMILI PARADA	CC	10.647.91503	Colombiana	
DIRECCIÓN DE DOMICILIO	CIUDAD	TELEFONO	FECHA DE NACIMIENTO	
		3122440950	DÍA MES AÑO	
HOSPITAL, CLÍNICA O SITIO DE ATENCIÓN	SE PRACTICO EXAMEN	SÍ	NO	
ESC HOSPITAL NIVEL 1 BORDO PATIA	AUTORIZO	EMBRIAGUEZ	GRADO	
DESCRIPCIÓN DE LESIONES	SI	NO	S. PSICOACTIVAS	
TRAUMA EN BRAZO, TRAUMA EN PIERNAS Y TRAUMA EN	SI	NO	SI	NO
CABEZA	SI	NO	SI	NO
CINTURON		9.1. DETALLES DE LA VICTIMA		
SI		CONDICIÓN		
NO		PEATÓN		
CASCO		PASAJERO		
SI		ACOMPAÑANTE		
NO		GRAVEDAD		
CHALECO		MUERTO		
SI		HERIDO		
NO				

9. VÍCTIMAS: PASAJEROS, ACOMPAÑANTES O PEATONES No.		DEL VEHÍCULO No.		
APELLIDOS Y NOMBRES	DOC	IDENTIFICACIÓN No.	NACIONALIDAD	
ORDÓÑEZ CHAVEZ JENIFER	CC	1063813005	Colombiana	
DIRECCIÓN DE DOMICILIO	CIUDAD	TELEFONO	FECHA DE NACIMIENTO	
		3126712396	DÍA MES AÑO	
HOSPITAL, CLÍNICA O SITIO DE ATENCIÓN	SE PRACTICO EXAMEN	SÍ	NO	
ESC HOSPITAL NIVEL 1 BORDO PATIA	AUTORIZO	EMBRIAGUEZ	GRADO	
DESCRIPCIÓN DE LESIONES	SI	NO	S. PSICOACTIVAS	
TRAUMA INFERIOR PIERNA IZQUIERDA Y TRAUMA EN	SI	NO	SI	NO
CABEZA	SI	NO	SI	NO
CINTURON		9.1. DETALLES DE LA VICTIMA		
SI		CONDICIÓN		
NO		PEATÓN		
CASCO		PASAJERO		
SI		ACOMPAÑANTE		
NO		GRAVEDAD		
CHALECO		MUERTO		
SI		HERIDO		
NO				

9. VÍCTIMAS: PASAJEROS, ACOMPAÑANTES O PEATONES No.		DEL VEHÍCULO No.		
APELLIDOS Y NOMBRES	DOC	IDENTIFICACIÓN No.	NACIONALIDAD	
DIRECCIÓN DE DOMICILIO	CIUDAD	TELEFONO	FECHA DE NACIMIENTO	
			DÍA MES AÑO	
HOSPITAL, CLÍNICA O SITIO DE ATENCIÓN	SE PRACTICO EXAMEN	SÍ	NO	
	AUTORIZO	EMBRIAGUEZ	GRADO	
DESCRIPCIÓN DE LESIONES	SI	NO	S. PSICOACTIVAS	
	SI	NO	SI	NO
CINTURON		9.1. DETALLES DE LA VICTIMA		
SI		CONDICIÓN		
NO		PEATÓN		
CASCO		PASAJERO		
SI		ACOMPAÑANTE		
NO		GRAVEDAD		
CHALECO		MUERTO		
SI		HERIDO		
NO				

9. VÍCTIMAS: PASAJEROS, ACOMPAÑANTES O PEATONES No.		DEL VEHÍCULO No.		
APELLIDOS Y NOMBRES	DOC	IDENTIFICACIÓN No.	NACIONALIDAD	
DIRECCIÓN DE DOMICILIO	CIUDAD	TELEFONO	FECHA DE NACIMIENTO	
			DÍA MES AÑO	
HOSPITAL, CLÍNICA O SITIO DE ATENCIÓN	SE PRACTICO EXAMEN	SÍ	NO	
	AUTORIZO	EMBRIAGUEZ	GRADO	
DESCRIPCIÓN DE LESIONES	SI	NO	S. PSICOACTIVAS	
	SI	NO	SI	NO
CINTURON		9.1. DETALLES DE LA VICTIMA		
SI		CONDICIÓN		
NO		PEATÓN		
CASCO		PASAJERO		
SI		ACOMPAÑANTE		
NO		GRAVEDAD		
CHALECO		MUERTO		
SI		HERIDO		
NO				

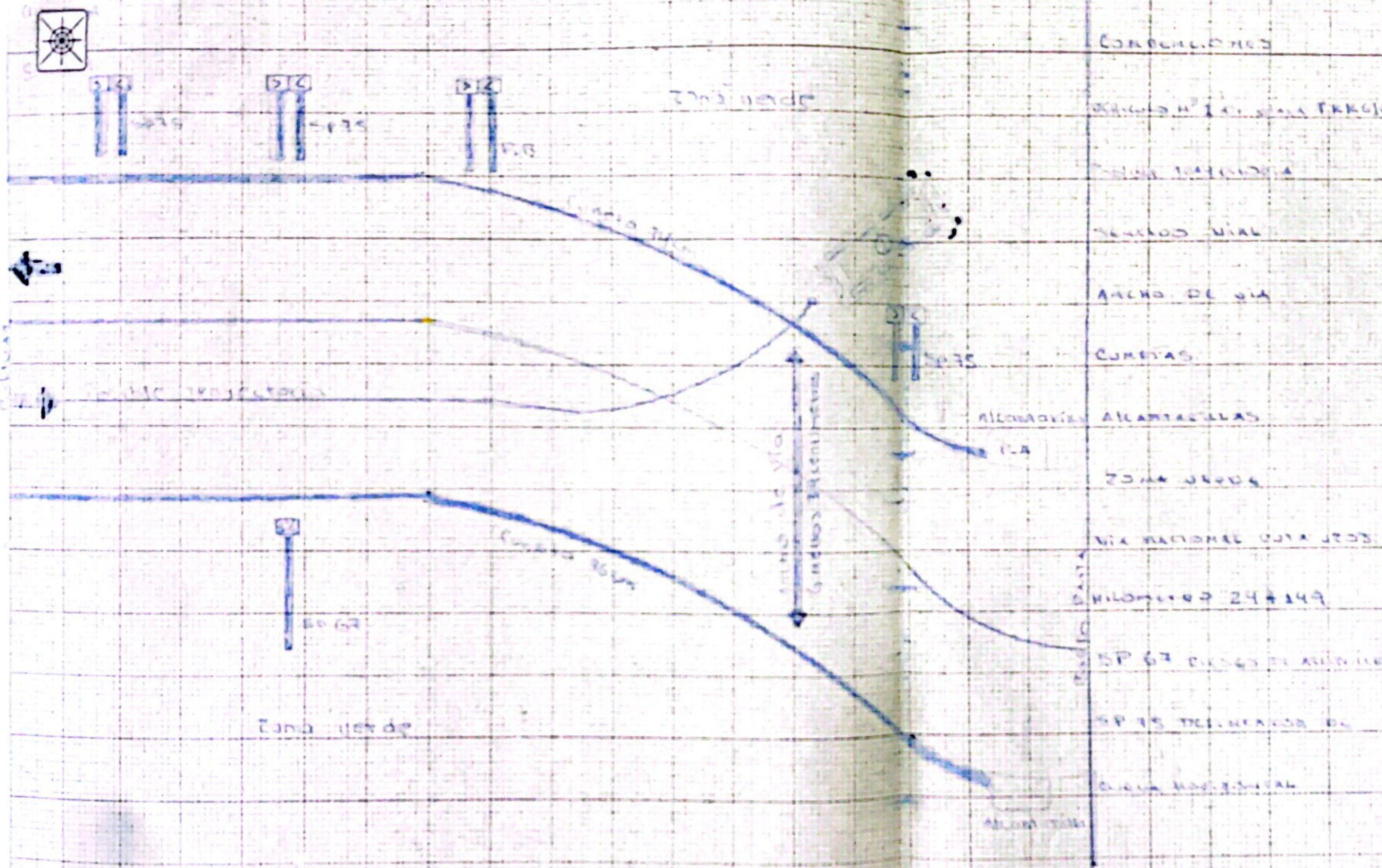
13. OBSERVACIONES	
DESDE CONSTANCIA QUE LAS PERSONAS QUE FUERON TRASLADADAS PARA LA ESC HOSPITAL NIVEL 1 BORDO PATIA, SOLO SE OBTUVO INFORMACIÓN DE LOS NOMBRES DE LOS PACIENTES Y SUS LESIONES, NO SE OBTUVO SU REGISTRO DE IDENTIFICACIÓN	

15. DATOS DE QUIEN CONOCE EL ACCIDENTE							
GRADO	APELLIDOS Y NOMBRES	DOC	IDENTIFICACIÓN No.	PLACA	ENTIDAD	FIRMA	
545	ABEITA JUAN DAVID	CC	100.02.491	02	STTOL		
546	FOR		1058461018	01	STTOL		
16. CORRESPONDIO		1919940000699202300061					
NÚMERO ÚNICO DE INVESTIGACIÓN		Dto	Mu/pio	Ent	U. receptora	Año	Consecutivo

VIGILADO
SUPERTRANSPORTE



MinTransporte



PUNTO DE REFERENCIA P R			
TABLA DE MEDIDAS			
N°	"X" o "A"	"Y" o "B"	IDENTIFICACIÓN DEL PUNTO
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			

[illegible]

15. DATOS DE QUIEN CONOCE EL ACCIDENTE						
GRADO	APELLIDOS Y NOMBRES	DOC	IDENTIFICACIÓN No.	PLACA	ENTIDAD	FIRMA
147	AGUIA JUAN CARLOS	CE 11326244	02	2-7-7-0-6	1	
148	SILVA JUAN CARLOS	CE 10246464	01	2-7-7-0-6	1	

16. CORRESPONDIÓ						
NÚMERO ÚNICO DE INVESTIGACIÓN	Dto	Municipio	Ent	U. receptora	Año	Constructivo

Long.	76° 59' 45" 00
Lat.	2° 21' 46" 00
ESCALA:	5:10
PLANO:	PLANO 1000
VISTA:	PLANO 1000

	VIA 1	VIA 2
RADIO		
PERALTE		
PENDIENTE		



VIGILADO
SUPERTRANSPORTE