



**ALCALDÍA DE
SANTIAGO DE CALI**

SECRETARÍA DE MOVILIDAD

ALFREDO CANDELO CORTES

**Subsecretario de Servicios de Movilidad.
Cali**

Asunto:

**Lugar: Comuna:
Fecha: Horario:**

**Conductor Vehículo No. 1: Cedula de Ciudadanía:
Edad: Lesionado(a):
Clínica: Licencia conducción:
T.O: Placa Vehículo No. 1: Tipo:
SOAT: RTM:**

**Conductor Vehículo No. 2: Cedula de Ciudadanía:
Edad: Lesionado(a):
Clínica: Licencia conducción:
T.O: Placa Vehículo No. 1:
Tipo: SOAT: RTM:**

**Lesionado(a)
Nombre: Condición: Clínica:**

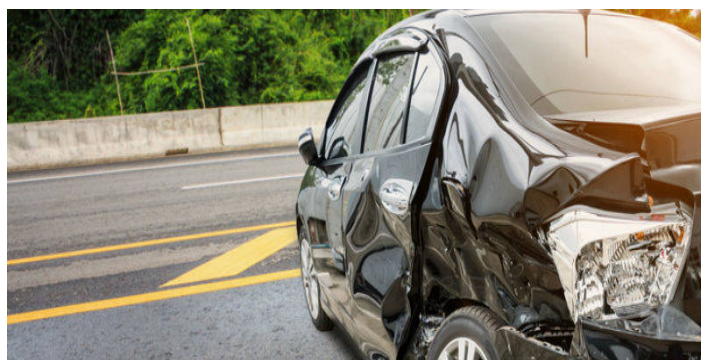
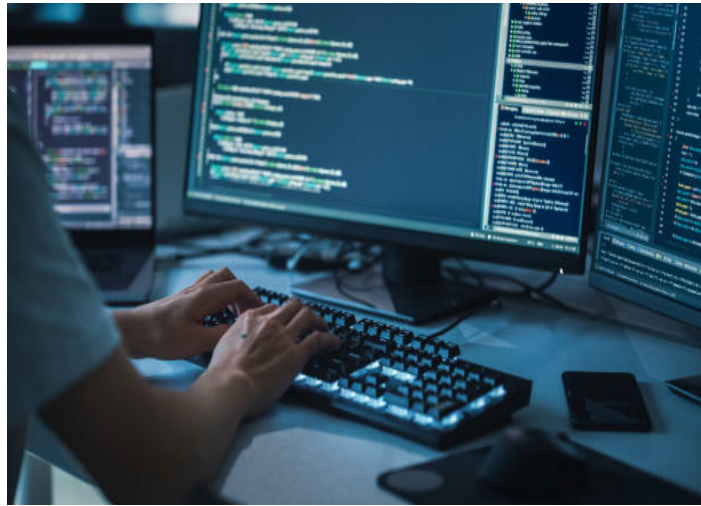
**Prueba indirecta de alcoholemia No. 1:
Operador del Alcohómetro: Placa:**

**Resultado Prueba Conductor vehículo No. 1: Orden Comparendo:
Resultado Prueba Conductor vehículo No. 2: Orden Comparendo:**

Agente que conoce del hecho:

Incidente: Ipat Nro. Prueba5 SPOA Nro.

Imágenes:



Relato de los hechos:

Agente de Transito
Centro de Gestión Secretaria de Movilidad