



**ALCALDÍA DE  
SANTIAGO DE CALI**

SECRETARÍA DE MOVILIDAD

**Juan Sebastian**

**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 Alcohólimetro: 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. A004 SPOA Nro.**

**Imágenes:**



**Relato de los hechos:**

**Luis Alejandro Calderón**

**Agente de Tránsito  
Centro de Gestión Secretaria de Movilidad**