



**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:**

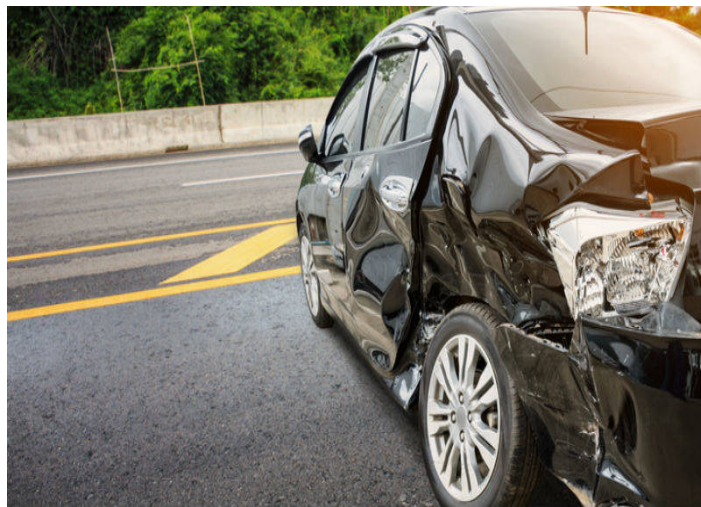
**Prueba indirecta de alcoholemia No. 1:  
Operador del Alcohólimetro: Placa:**

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

**Agente que conoce del hecho:**

**Incidente: Ipat Nro. A12222 SPOA Nro.**

## Imágenes:



## Relato de los hechos:

Agente de Transito  
Centro de Gestión Secretaria de Movilidad