

8. CONDUCTORES, VEHÍCULOS Y PROPIETARIOS										VEHÍCULO 2				
8.1 CONDUCTOR				APELLIDOS Y NOMBRES		DOC	IDENTIFICACIÓN No.		NACIONALIDAD	FECHA DE NACIMIENTO		SEXO	GRAVEDAD	
										DÍA MES AÑO		M F	MUERTO <input type="checkbox"/> HERIDO <input type="checkbox"/>	
DIRECCIÓN DE DOMICILIO						CIUDAD		TELÉFONO	SE PRACTICÓ EXAMEN		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
								AUTORIZÓ	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 TRANS No.		
				COLOMBIANO <input type="checkbox"/> EXTRANJERO <input type="checkbox"/>										
EMPRESA				MATRICULADO EN:		INMOVILIZADO EN:				TARJETA DE REGISTRO No.				
NIT						A DISPOSICIÓN DE:								
REV. TEC. MEC		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> No.		CANTIDAD ACOMPAÑANTES O PASAJEROS EN EL MOMENTO DEL ACCIDENTE:										
PORTA SOAT		PÓLIZA No.		ASEGURADORA				VENCIMIENTO						
SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>								DÍA MES AÑO						
PORTA SEG. RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL				SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		VENCIMIENTO		PORTA SEG. RESP. EXTRA CONTRACTUAL		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		M. AGRÍCOLA		8.4. CLASE SERVICIO		PASAJEROS		8.8. DESCRIPCIÓN DAÑOS MATERIALES DEL VEHÍCULO						
BUS		M. INDUSTRIAL		OFICIAL		* COLECTIVO								
BUSETA		BICICLETA		PÚBLICO		* INDIVIDUAL								
CAMIÓN		MOTOCARRO		PARTICULAR		* MASIVO								
CAMIONETA		MOTOTRICICLO		DIPLOMATICO		* ESPECIAL TURISMO								
CAMPERO		TRACCIÓN ANIMAL		8.5. MODALIDAD DE TRANS.		* ESPECIAL ESCOLAR								
MICROBÚS		MOTOCICLO		MIXTO		* ESPECIAL ASALARIADO								
TRACTOCAMIÓN		CUATRIMOTO		CARGA		8.6. RADIO DE ACCIÓN								
VOLQUETA		REMOLQUE		* EXTRADIMENSIONADA		NACIONAL								
MOTOCICLETA		SEMI-REMOLQUE		* EXTRAPESADA		MUNICIPAL								
				* MERCANCÍA PELIGROSA										
				- CLASE DE MERCANCÍA										
8.7. FALLAS EN:														
FRENOS		DIRECCIÓN		LUCES		BOCINA		LLANTAS		SUSPENSIÓN		OTRA		
8.9. LUGAR DE IMPACTO														
FRONTAL		LATERAL		POSTERIOR		Otro								
9. VÍCTIMAS: PASAJEROS, ACOMPAÑANTES O PEATONES No. 1														
APELLIDOS Y NOMBRES				DOC	IDENTIFICACIÓN No.		NACIONALIDAD	FECHA DE NACIMIENTO		SEXO	9.1. DETALLES DE LA VÍCTIMA			
								DÍA MES AÑO		M F	CONDICIÓN			
DIRECCIÓN DE DOMICILIO						CIUDAD		TELÉFONO	CINTURÓN		PEATÓN <input type="checkbox"/>			
									SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		PASAJERO <input type="checkbox"/>			
HOSPITAL, CLÍNICA O SITIO DE ATENCIÓN						SE PRACTICÓ EXAMEN		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		CASCO		ACOMPAÑANTE <input type="checkbox"/>		
						AUTORIZÓ		EMBRIAGUEZ		GRADO		GRAVEDAD		
						SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		POS <input type="checkbox"/> NEG <input type="checkbox"/>		S. PSICOACTIVAS		MUERTO <input type="checkbox"/>		
DESCRIPCIÓN DE LESIONES										SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		HERIDO <input type="checkbox"/>		
10. TOTAL VÍCTIMAS														
PEATÓN		ACOMPAÑANTE		PASAJERO		CONDUCTOR		TOTAL		HERIDOS		MUERTOS		
11. HIPÓTESIS DEL ACCIDENTE DE TRÁNSITO														
DEL CONDUCTOR				DEL VEHÍCULO				DEL PEATÓN						
DE LA VÍA				DEL PASAJERO										
OTRA				ESPECIFICAR ¿CUAL?:										
12. TESTIGOS														
APELLIDOS Y NOMBRES				DOC	IDENTIFICACIÓN No.		DIRECCIÓN Y CIUDAD		TELÉFONO					
APELLIDOS Y NOMBRES				DOC	IDENTIFICACIÓN No.		DIRECCIÓN Y CIUDAD		TELÉFONO					
APELLIDOS Y NOMBRES				DOC	IDENTIFICACIÓN No.		DIRECCIÓN Y CIUDAD		TELÉFONO					
13. OBSERVACIONES														
14. ANEXOS														
ANEXO 1 (Conductores, vehículos)				ANEXO 2 (Víctimas, peatones o pasajeros)				OTROS ANEXOS (Fotos y videos)						
15. DATOS DE QUIEN CONOCE EL ACCIDENTE														
GRADO		APELLIDOS Y NOMBRES				DOC	IDENTIFICACIÓN No.		PLACA	ENTIDAD	FIRMA			
16. CORRESPONDIO														
NÚMERO ÚNICO DE INVESTIGACIÓN		Dto	Mu/pio	Ent	U. receptora	Año	Consecutivo							

FIRMA DE CONFORMIDAD CON EL INFORME: CONDUCTORES INALOCUROS

FIRMA CONDUCTOR, VÍCTIMA O TESTIGO CC

FIRMA CONDUCTOR, VÍCTIMA O TESTIGO CC TODA PERSONA RETENIDA SE NOTIFICA DE LOS DERECHOS CONFORME AL CÓDIGO DE PROCEDIMIENTO PENAL

LOGO
ORGANISMO
DE
TRANSITO

ANEXO N° 1
CONDUCTORES, VEHÍCULOS, PROPIETARIOS
PERTENECIENTE AL INFORME DE ACCIDENTE, FORMULARIO



MinTransporte

8. CONDUCTORES, VEHÍCULOS Y PROPIETARIOS

8.1 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	S. PSICOACTIVAS (SI) (NO)
PORTA LICENCIA		LICENCIA DE CONDUCCIÓN No.		CATEGORÍA	RESTRICCIÓN	EXP	VEN	AUTORIZO		EMBRIAGUEZ	GRADO	
(SI) (NO)						DÍA	MES	AÑO	(SI) (NO)	POS	NEG	
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 TRANS No.
		COLOMBIANO EXTRANJERO								
EMPRESA		MATRICULADO EN:		INMOVILIZADO EN:			TARJETA DE REGISTRO No.			
NIT				A DISPOSICIÓN DE:						
REV. TEC. MEC		No.		CANTIDAD ACOMPAÑANTES O PASAJEROS EN EL MOMENTO DEL ACCIDENTE:						
PORTA SOAT		PÓLIZA No.		ASEGURADORA						
(SI) (NO)										
PORTA SEG. RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL		(SI) (NO)		VENCIMIENTO		PORTA SEG. RESP. EXTRA CONTRACTUAL		(SI) (NO)		VENCIMIENTO
No.				DÍA MES AÑO		No.				DÍA MES AÑO
ASEGURADORA						ASEGURADORA				

PROPIETARIO

MISMO CONDUCTOR	APELLIDOS Y NOMBRES		DOC	IDENTIFICACIÓN No.	
(SI) (NO)					

8.3. CLASE VEHÍCULO

AUTOMÓVIL	M. AGRÍCOLA
BUS	M. INDUSTRIAL
BUSSETA	BICICLETA
CAMIÓN	MOTOCARRO
CAMIONETA	MOTOTRICICLO
CAMPERO	TRACCIÓN ANIMAL
MICROBUS	MOTOCICLO
TRACTOCAMIÓN	CUATRIMOTO
VOLQUETA	REMOLQUE
MOTOCICLETA	SEMI-REMOLQUE

8.4. CLASE SERVICIO

OFICIAL
PÚBLICO
PARTICULAR
DIPLOMÁTICO
8.5. MODALIDAD DE TRANS.
MIXTO
CARGA
* EXTRADIMENSIONADA
* EXTRAPESADA
* MERCANCÍA PELIGROSA
- CLASE DE MERCANCÍA

PASAJEROS

* COLECTIVO
* INDIVIDUAL
* MASIVO
* ESPECIAL TURISMO
* ESPECIAL ESCOLAR
* ESPECIAL ASALARIADO
* ESPECIAL OCASIONAL
8.6. RADIO DE ACCIÓN
NACIONAL
MUNICIPAL

8.8. DESCRIPCIÓN DAÑOS MATERIALES DEL VEHÍCULO

8.7. FALLAS EN:

FRENOS DIRECCIÓN LUCES BOCINA LLANTAS SUSPENSIÓN OTRA

8.9. LUGAR DE IMPACTO

FRONTAL LATERAL POSTERIOR

					Otro
--	--	--	--	--	------

8. CONDUCTORES, VEHÍCULOS Y PROPIETARIOS

8.1 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	S. PSICOACTIVAS (SI) (NO)
PORTA LICENCIA		LICENCIA DE CONDUCCIÓN No.		CATEGORÍA	RESTRICCIÓN	EXP	VEN	AUTORIZO		EMBRIAGUEZ	GRADO	
(SI) (NO)						DÍA	MES	AÑO	(SI) (NO)	POS	NEG	
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 TRANS No.
		COLOMBIANO EXTRANJERO								
EMPRESA		MATRICULADO EN:		INMOVILIZADO EN:			TARJETA DE REGISTRO No.			
NIT				A DISPOSICIÓN DE:						
REV. TEC. MEC		No.		CANTIDAD ACOMPAÑANTES O PASAJEROS EN EL MOMENTO DEL ACCIDENTE:						
PORTA SOAT		PÓLIZA No.		ASEGURADORA						
(SI) (NO)										
PORTA SEG. RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL		(SI) (NO)		VENCIMIENTO		PORTA SEG. RESP. EXTRA CONTRACTUAL		(SI) (NO)		VENCIMIENTO
No.				DÍA MES AÑO		No.				DÍA MES AÑO
ASEGURADORA						ASEGURADORA				

PROPIETARIO

MISMO CONDUCTOR	APELLIDOS Y NOMBRES		DOC	IDENTIFICACIÓN No.	
(SI) (NO)					

8.3. CLASE VEHÍCULO

AUTOMÓVIL	M. AGRÍCOLA
BUS	M. INDUSTRIAL
BUSSETA	BICICLETA
CAMIÓN	MOTOCARRO
CAMIONETA	MOTOTRICICLO
CAMPERO	TRACCIÓN ANIMAL
MICROBUS	MOTOCICLO
TRACTOCAMIÓN	CUATRIMOTO
VOLQUETA	REMOLQUE
MOTOCICLETA	SEMI-REMOLQUE

8.4. CLASE SERVICIO

OFICIAL
PÚBLICO
PARTICULAR
DIPLOMÁTICO
8.5. MODALIDAD DE TRANS.
MIXTO
CARGA
* EXTRADIMENSIONADA
* EXTRAPESADA
* MERCANCÍA PELIGROSA
- CLASE DE MERCANCÍA

PASAJEROS

* COLECTIVO
* INDIVIDUAL
* MASIVO
* ESPECIAL TURISMO
* ESPECIAL ESCOLAR
* ESPECIAL ASALARIADO
* ESPECIAL OCASIONAL
8.6. RADIO DE ACCIÓN
NACIONAL
MUNICIPAL

8.8. DESCRIPCIÓN DAÑOS MATERIALES DEL VEHÍCULO

8.7. FALLAS EN:

FRENOS DIRECCIÓN LUCES BOCINA LLANTAS SUSPENSIÓN OTRA

8.9. LUGAR DE IMPACTO

FRONTAL LATERAL POSTERIOR

					Otro
--	--	--	--	--	------

11. HIPÓTESIS DEL ACCIDENTE DE TRÁNSITO

DEL CONDUCTOR	DEL VEHÍCULO	DEL PEATÓN
DE LA VÍA	DEL PASAJERO	
OTRA	ESPECIFICAR ¿CUAL?:	

15. DATOS DE QUIEN CONOCE EL ACCIDENTE

GRADO	APELLIDOS Y NOMBRES	DOC	IDENTIFICACIÓN No.	PLACA	ENTIDAD	FIRMA

16. CORRESPONDIO

NÚMERO ÚNICO DE INVESTIGACIÓN	Dto	Muipo	Ent	U. receptora	Año	Consecutivo

FIRMA CONDUCTOR O VÍCTIMA C.C

FIRMA CONDUCTOR O VÍCTIMA C.C

ANEXO N° 2
VÍCTIMAS: PASAJEROS, ACOMPAÑANTES O PEATONES

FORMATO ANEXO AL INFORME DE ACCIDENTES, FORMULARIO



MinTransporte
Ministerio de Transportes

9. VÍCTIMAS: PASAJEROS, ACOMPAÑANTES O PEATONES No. <input type="checkbox"/>		DEL VEHÍCULO No. <input type="checkbox"/>		NACIONALIDAD		FECHA DE NACIMIENTO		SEXO	
APELLIDOS Y NOMBRES		DOC		IDENTIFICACIÓN No.		DÍA MES AÑO		M F	
DIRECCIÓN DE DOMICILIO		CIUDAD		TELÉFONO		CINTURÓN		9.1. DETALLES DE LA VÍCTIMA	
HOSPITAL, CLÍNICA O SITIO DE ATENCIÓN		SE PRACTICÓ EXAMEN		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		CASCO		CONDICIÓN	
DESCRIPCIÓN DE LESIONES		AUTORIZÓ		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"/>		PASAJERO <input type="checkbox"/>	
								ACOMPAÑANTE <input type="checkbox"/>	
								GRAVEDAD	
								MUERTO <input type="checkbox"/>	
								HERIDO <input type="checkbox"/>	
9. VÍCTIMAS: PASAJEROS, ACOMPAÑANTES O PEATONES No. <input type="checkbox"/>		DEL VEHÍCULO No. <input type="checkbox"/>		NACIONALIDAD		FECHA DE NACIMIENTO		SEXO	
APELLIDOS Y NOMBRES		DOC		IDENTIFICACIÓN No.		DÍA MES AÑO		M F	
DIRECCIÓN DE DOMICILIO		CIUDAD		TELÉFONO		CINTURÓN		9.1. DETALLES DE LA VÍCTIMA	
HOSPITAL, CLÍNICA O SITIO DE ATENCIÓN		SE PRACTICÓ EXAMEN		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		CASCO		CONDICIÓN	
DESCRIPCIÓN DE LESIONES		AUTORIZÓ		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"/>		PASAJERO <input type="checkbox"/>	
								ACOMPAÑANTE <input type="checkbox"/>	
								GRAVEDAD	
								MUERTO <input type="checkbox"/>	
								HERIDO <input type="checkbox"/>	
9. VÍCTIMAS: PASAJEROS, ACOMPAÑANTES O PEATONES No. <input type="checkbox"/>		DEL VEHÍCULO No. <input type="checkbox"/>		NACIONALIDAD		FECHA DE NACIMIENTO		SEXO	
APELLIDOS Y NOMBRES		DOC		IDENTIFICACIÓN No.		DÍA MES AÑO		M F	
DIRECCIÓN DE DOMICILIO		CIUDAD		TELÉFONO		CINTURÓN		9.1. DETALLES DE LA VÍCTIMA	
HOSPITAL, CLÍNICA O SITIO DE ATENCIÓN		SE PRACTICÓ EXAMEN		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		CASCO		CONDICIÓN	
DESCRIPCIÓN DE LESIONES		AUTORIZÓ		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"/>		PASAJERO <input type="checkbox"/>	
								ACOMPAÑANTE <input type="checkbox"/>	
								GRAVEDAD	
								MUERTO <input type="checkbox"/>	
								HERIDO <input type="checkbox"/>	
9. VÍCTIMAS: PASAJEROS, ACOMPAÑANTES O PEATONES No. <input type="checkbox"/>		DEL VEHÍCULO No. <input type="checkbox"/>		NACIONALIDAD		FECHA DE NACIMIENTO		SEXO	
APELLIDOS Y NOMBRES		DOC		IDENTIFICACIÓN No.		DÍA MES AÑO		M F	
DIRECCIÓN DE DOMICILIO		CIUDAD		TELÉFONO		CINTURÓN		9.1. DETALLES DE LA VÍCTIMA	
HOSPITAL, CLÍNICA O SITIO DE ATENCIÓN		SE PRACTICÓ EXAMEN		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		CASCO		CONDICIÓN	
DESCRIPCIÓN DE LESIONES		AUTORIZÓ		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"/>		PASAJERO <input type="checkbox"/>	
								ACOMPAÑANTE <input type="checkbox"/>	
								GRAVEDAD	
								MUERTO <input type="checkbox"/>	
								HERIDO <input type="checkbox"/>	
9. VÍCTIMAS: PASAJEROS, ACOMPAÑANTES O PEATONES No. <input type="checkbox"/>		DEL VEHÍCULO No. <input type="checkbox"/>		NACIONALIDAD		FECHA DE NACIMIENTO		SEXO	
APELLIDOS Y NOMBRES		DOC		IDENTIFICACIÓN No.		DÍA MES AÑO		M F	
DIRECCIÓN DE DOMICILIO		CIUDAD		TELÉFONO		CINTURÓN		9.1. DETALLES DE LA VÍCTIMA	
HOSPITAL, CLÍNICA O SITIO DE ATENCIÓN		SE PRACTICÓ EXAMEN		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		CASCO		CONDICIÓN	
DESCRIPCIÓN DE LESIONES		AUTORIZÓ		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"/>		PASAJERO <input type="checkbox"/>	
								ACOMPAÑANTE <input type="checkbox"/>	
								GRAVEDAD	
								MUERTO <input type="checkbox"/>	
								HERIDO <input type="checkbox"/>	
13. OBSERVACIONES									
15. DATOS DE QUIEN CONOCE EL ACCIDENTE									
GRADO	APELLIDOS Y NOMBRES			DOC	IDENTIFICACIÓN No.	PLACA	ENTIDAD	FIRMA	
16. CORRESPONDIÓ									
NÚMERO ÚNICO DE INVESTIGACIÓN									
Dto	Municipio	Ent.	U. receptora	Año	Consecutivo				

FIRMA CONDUCTOR O VÍCTIMA CC

FIRMA CONDUCTOR O VÍCTIMA CC

FIRMA CONDUCTOR O VÍCTIMA CC

FIRMA CONDUCTOR O VÍCTIMA CC

FIRMA CONDUCTOR O VÍCTIMA CC

FIRMA CONDUCTOR O VÍCTIMA CC

17. CROQUIS (BOSQUEJO TOPOGRÁFICO)
INFORME POLICIAL DE ACCIDENTE DE TRANSTO NO.



PUNTO DE REFERENCIA P. R.

TABLA DE MEDIDAS

Nº	X" 6 "A"	Y" 6 "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			

FIRMA CONDUCTOR, VÍCTIMA O TESTIGO C.C.

FIRMA CONDUCTOR, VÍCTIMA O TESTIGO C.C.

LONG. HUELLAS

Nº	METROS	CM	TIPO DE HUELLA
----	--------	----	----------------

15. DATOS DE QUIEN CONOCE EL ACCIDENTE

GRADO	APELLIDOS Y NOMBRES	DOC	IDENTIFICACIÓN No.	PLACA	ENTIDAD	FIRMA

16. CORRESPONDIO

NÚMERO ÚNICO DE INVESTIGACIÓN

Dto	Municipio	Ent	U. receptora	Año	Consecutivo

Long. ° ' "

Lat. ° ' "

ESCALA:

PLANO:

VISTA:

VÍA 1

VÍA 2

RADIO

PERALTE

PENDIENTE