



## 1. DATOS DE LA VÍCTIMA DEL ACCIDENTE DE TRÁNSITO

|                          |               |                           |           |
|--------------------------|---------------|---------------------------|-----------|
| 1er Apellido             | MOSQUERA      | 2o Apellido               |           |
| 1er Nombre               | JOHN          | 2o Nombre                 | JAMES     |
| Tipo de identificación:  | CC            | Número de identificación: | 94504767  |
| Fecha de nacimiento:     | 28/marzo/1977 | Sexo al momento de nacer: | MASCULINO |
| Condición de la víctima: | CONDUTOR      |                           |           |

## 2. TIPO DE INGRESO A LOS SERVICIOS DE SALUD

|                         |                        |  |           |
|-------------------------|------------------------|--|-----------|
| Tipo de Ingreso:        | ATENCION PROGRAMADA    | Clasificación del Triage:              | NO APLICA |
| Fecha Hora:             | 6/noviembre/2025 13:13 | Víctima viene remitida:                | NO        |
| Código de habilitación: |                        | Razón social del prestador que remite: |           |
| Departamento:           |                        | Municipio:                             |           |

## 3. INFORMACIÓN DEL TRANSPORTE AL PRIMER SITIO DE ATENCIÓN

|  |    |   |  |
|--|----|---|--|
| Víctima fue trasladada en servicio de transporte asistencial?            | NO | Placa del vehículo de servicio de transporte asistencial: |  |
| Código de habilitación del prestador de servicio transporte asistencial: |    | Razón social del prestador del transporte:                |  |
| Código del CRUE que solicita el servicio de transporte asistencial:      |    | Código de despacho emitido por el CRUE:                   |  |

## 4. DATOS DEL ACCIDENTE

|                          |                       |            |        |
|--------------------------|-----------------------|------------|--------|
| Fecha Hora del evento:   | 18/julio/2025 07:49   | Municipio: | CALI   |
| Departamento:            | VALLE DEL CAUCA       |            |        |
| Dirección del accidente: | CALLE 70 CARRERA 28 D |            |        |
| Vehículo identificado:   | SI                    | Placa:     | IUJ79D |

## 5. DATOS DEL CONDUCTOR DEL VEHÍCULO INVOLUCRADO EN EL ACCIDENTE DE TRÁNSITO

|                         |                         |                           |            |
|-------------------------|-------------------------|---------------------------|------------|
| 1er Apellido            | MOSQUERA                | 2o Apellido               |            |
| 1er Nombre              | JOHN                    | 2o Nombre                 | JAMES      |
| Tipo de identificación: | CC                      | Número de identificación: | 94504767   |
| Departamento:           | VALLE DEL CAUCA         | Municipio:                | CALI       |
| Teléfono:               | 3008062691              | Celular:                  | 3008062691 |
| Dirección:              | CARRERA 26 D # 122 - 50 |                           |            |

## 6. INFORMACIÓN DE LA PERSONA QUE REPORTA LA ATENCIÓN

|                         |                           |
|-------------------------|---------------------------|
| 1er Apellido            | 2o Apellido               |
| 1er Nombre              | 2o Nombre                 |
| Tipo de identificación: | Número de identificación: |
| Cargo:                  | Celular:                  |
| Teléfono:               | Extensión:                |