

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

|                          |               |                           |            |
|--------------------------|---------------|---------------------------|------------|
| 1er Apellido             | GONZALEZ      | 2o Apellido               | RESTREPO   |
| 1er Nombre               | DIANA         | 2o Nombre                 | MARCELA    |
| Tipo de identificación:  | CC            | Número de identificación: | 1144195502 |
| Fecha de nacimiento:     | 27/junio/1996 | Sexo al momento de nacer: | FEMENINO   |
| Condición de la víctima: | CONDUCTOR     |                           |            |

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

|                         |                       |  |            |
|-------------------------|-----------------------|--|------------|
| Tipo de Ingreso:        | ATENCION DE URGENCIAS | Clasificación del Triage:              | TRIAGE III |
| Fecha Hora:             | 2/enero/2026 06:05    | 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?            | SI           | Placa del vehículo de servicio de transporte asistencial: | DCM618             |
| Código de habilitación del prestador de servicio transporte asistencial: | 760011293901 | Razón social del prestador del transporte:                | GRUPO HYC CALI SAS |
| 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:   | 2/enero/2026 05:23      |            |        |
| Departamento:            | VALLE DEL CAUCA         | Municipio: | CALI   |
| Dirección del accidente: | CALLE 70 CON CARRERA 7M |            |        |
| Vehículo identificado:   | SI                      | Placa:     | NIV85D |

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

|                         |                   |                           |            |
|-------------------------|-------------------|---------------------------|------------|
| 1er Apellido            | GONZALEZ          | 2o Apellido               | RESTREPO   |
| 1er Nombre              | DIANA             | 2o Nombre                 | MARCELA    |
| Tipo de identificación: | CC                | Número de identificación: | 1144195502 |
| Departamento:           | VALLE DEL CAUCA   | Municipio:                | CALI       |
| Teléfono:               | 3052627678        | Celular:                  | 3052627678 |
| Dirección:              | CARRERA 1A #73-04 |                           |            |

## 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:                |  |