



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

|                          |                     |                           |            |
|--------------------------|---------------------|---------------------------|------------|
| 1er Apellido             | PEÑA                | 2o Apellido               | TABORDA    |
| 1er Nombre               | SEBASTIAN           | 2o Nombre                 |            |
| Tipo de identificación:  | TI                  | Número de identificación: | 1106518181 |
| Fecha de nacimiento:     | 13/febrero/2010     | Sexo al momento de nacer: | MASCULINO  |
| Condición de la víctima: | USUARIO MOTOCICLETA |                           |            |

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

|                         |                        |  |           |
|-------------------------|------------------------|--|-----------|
| Tipo de Ingreso:        | ATENCION PROGRAMADA    | Clasificación del Triage:              | NO APLICA |
| Fecha Hora:             | 5/noviembre/2025 16:00 | 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:   | 20/septiembre/2025 18:00 | Departamento: | VALLE DEL CAUCA | Municipio: | CALI |
| Dirección del accidente: | CALLE 23 CARRERA 42      |               |                 |            |      |
| Vehículo identificado:   | SI                       | Placa:        | ODD42H          |            |      |

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

|                         |                   |                           |            |
|-------------------------|-------------------|---------------------------|------------|
| 1er Apellido            | PEÑA              | 2o Apellido               | TABORDA    |
| 1er Nombre              | JOHAN             | 2o Nombre                 | ALEXIS     |
| Tipo de identificación: | CC                | Número de identificación: | 1010092829 |
| Departamento:           | VALLE DEL CAUCA   | Municipio:                | CALI       |
| Teléfono:               | 3042118444        | Celular:                  | 3042118444 |
| Dirección:              | CALLE 11 # 44A-05 |                           |            |

## 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:                |