

1. DATOS DE LA VÍCTIMA DEL ACCIDENTE DE TRÁNSITO

| | | | |
|--------------------------|---------------------|---------------------------|------------|
| 1er Apellido | DELGADO | 2o Apellido | PALACIOS |
| 1er Nombre | BRILLITH | 2o Nombre | VALENTINA |
| Tipo de identificación: | CC | Número de identificación: | 1111679822 |
| Fecha de nacimiento: | 21/febrero/2010 | Sexo al momento de nacer: | FEMENINO |
| 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/enero/2026 15:52 | 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: | 1/enero/2026 20:00 | | |
| Departamento: | VALLE DEL CAUCA | Municipio: | CALI |
| Dirección del accidente: | CARRERA 28D CALLE 96 | | |
| Vehículo identificado: | SI | Placa: | HAL72C |

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

| | | | |
|-------------------------|-------------------|---------------------------|------------|
| 1er Apellido | LIBREROS | 2o Apellido | VALENCIA |
| 1er Nombre | ABELARDO | 2o Nombre | |
| Tipo de identificación: | CC | Número de identificación: | 16928209 |
| Departamento: | VALLE DEL CAUCA | Municipio: | CALI |
| Teléfono: | | Celular: | 3167633709 |
| Dirección: | CARRERA 49E 52 11 | | |
| | | | |

6. INFORMACIÓN DE LA PERSONA QUE REPORTA LA ATENCIÓN

| | | | |
|-------------------------|----------------------------|---------------------------|----------|
| 1er Apellido | CHACON | 2o Apellido | GONZALEZ |
| 1er Nombre | GENIDES | 2o Nombre | MARINO |
| Tipo de identificación: | CC | Número de identificación: | 94458800 |
| Cargo: | AUXILIAR ADMINISTRATIVO | Celular: | |
| Teléfono: | 4860777 | Extensión: | |