



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

|                          |                |                           |            |
|--------------------------|----------------|---------------------------|------------|
| 1er Apellido             | ORTIZ          | 2o Apellido               | GONZALEZ   |
| 1er Nombre               | JOSE           | 2o Nombre                 | LUIS       |
| Tipo de identificación:  | CC             | Número de identificación: | 1113527411 |
| Fecha de nacimiento:     | 1/febrero/1993 | 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:             | 4/noviembre/2025 15:44 | 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/octubre/2025 12:35             | Departamento: | VALLE DEL CAUCA | Municipio: | CANDELARIA |
| Dirección del accidente: | KILOMETRO 6 VIA CALI - CANDELARIA |               |                 |            |            |
| Vehículo identificado:   | SI                                | Placa:        | GNO56H          |            |            |

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

|                         |                                     |                           |            |
|-------------------------|-------------------------------------|---------------------------|------------|
| 1er Apellido            | ORTIZ                               | 2o Apellido               | GONZALEZ   |
| 1er Nombre              | JOSE                                | 2o Nombre                 | LUIS       |
| Tipo de identificación: | CC                                  | Número de identificación: | 1113527411 |
| Departamento:           | VALLE DEL CAUCA                     | Municipio:                | CANDELARIA |
| Teléfono:               | 3166612045                          | Celular:                  | 3166612045 |
| Dirección:              | CARRERA 3 # 14 - 81 B/ VILLAGORGONA |                           |            |

## 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:                |