

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

|                          |               |                           |           |
|--------------------------|---------------|---------------------------|-----------|
| 1er Apellido             | JUANILLO      | 2o Apellido               |           |
| 1er Nombre               | FELICIANO     | 2o Nombre                 |           |
| Tipo de identificación:  | CC            | Número de identificación: | 76268072  |
| Fecha de nacimiento:     | 20/junio/1973 | Sexo al momento de nacer: | MASCULINO |
| Condición de la víctima: | CONDUCTOR     |                           |           |

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

|                         |                          |  |   |
|-------------------------|--------------------------|--|---|
| Tipo de Ingreso:        | ATENCION PROGRAMADA      | Clasificación del Triage:              | NO APLICA                               |
| Fecha Hora:             | 10/septiembre/2025 03:17 | Víctima viene remitida:                | SI                                      |
| Código de habilitación: | 760011161001             | Razón social del prestador que remite: | UNIDAD MEDICA DE TRAUMA DEL VALLE S.A.S |
| Departamento:           | VALLE DEL CAUCA          | Municipio:                             | CALI                                    |

### 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: | KQP690  |
| Código de habilitación del prestador de servicio transporte asistencial: | 760011009401 | Razón social del prestador del transporte:                | RED DE URGENCIAS DE LA COSTA PACIFICA S. A. S |
| 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:   | 9/septiembre/2025 05:30 |            |        |
| Departamento:            | VALLE DEL CAUCA         | Municipio: | CALI   |
| Dirección del accidente: | CARRERA 8 CALLE 70      |            |        |
| Vehículo identificado:   | SI                      | Placa:     | RYN83D |

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

|                         |                           |                           |            |
|-------------------------|---------------------------|---------------------------|------------|
| 1er Apellido            | JUANILLO                  | 2o Apellido               |            |
| 1er Nombre              | FELICIANO                 | 2o Nombre                 |            |
| Tipo de identificación: | CC                        | Número de identificación: | 76268072   |
| Departamento:           | VALLE DEL CAUCA           | Municipio:                | CALI       |
| Teléfono:               | 3116012045                | Celular:                  | 3116012045 |
| Dirección:              | CARRERA 28 D 6 # 113 - 83 |                           |            |

## 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:                |  |