



1. DATOS DE LA VÍCTIMA DEL ACCIDENTE DE TRÁNSITO

| | | | |
|--------------------------|------------------|---------------------------|-----------|
| 1er Apellido | HERNANDEZ | 2o Apellido | RUBIO |
| 1er Nombre | MIGUEL | 2o Nombre | ANTONIO |
| Tipo de identificación: | CC | Número de identificación: | 14956333 |
| Fecha de nacimiento: | 7/noviembre/1945 | Sexo al momento de nacer: | MASCULINO |
| Condición de la víctima: | PEATON | | |

2. TIPO DE INGRESO A LOS SERVICIOS DE SALUD

| | | | |
|-------------------------|------------------------|--|--|
| Tipo de Ingreso: | ATENCION PROGRAMADA | Clasificación del Triage: | NO APLICA |
| Fecha Hora: | 1/noviembre/2025 09:26 | Víctima viene remitida: | SI |
| Código de habilitación: | 760010961401 | Razón social del prestador que remite: | INVERSIONES MEDICAS VALLE SALUD 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? | 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: | 25/agosto/2025 18:30 | Municipio: | CALI |
| Departamento: | VALLE DEL CAUCA | | |
| Dirección del accidente: | CARRERA 28 H CON CALLE 42 | | |
| Vehículo identificado: | NO | Placa: | |

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

| | |
|-------------------------|---------------------------|
| 1er Apellido | 2o Apellido |
| 1er Nombre | 2o Nombre |
| Tipo de identificación: | Número de identificación: |
| Departamento: | Municipio: |
| Teléfono: | Celular: |
| Dirección: | |

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: |