

1. DATOS DE LA VÍCTIMA DEL ACCIDENTE DE TRÁNSITO

| | | | |
|--------------------------|-----------------|---------------------------|----------|
| 1er Apellido | ORDOÑEZ | 2o Apellido | OSPINA |
| 1er Nombre | ALBA | 2o Nombre | ELENA |
| Tipo de identificación: | CC | Número de identificación: | 31923070 |
| Fecha de nacimiento: | 27/octubre/1963 | Sexo al momento de nacer: | FEMENINO |
| 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: | 4/noviembre/2025 17:00 | 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 16:15 | | |
| Departamento: | VALLE DEL CAUCA | Municipio: | CALI |
| Dirección del accidente: | CALLE 1A OESTE CON CARRERA 69 | | |
| Vehículo identificado: | SI | Placa: | KIO170 |

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

| | | | |
|-------------------------|--------------------------|---------------------------|------------|
| 1er Apellido | RIOS | 2o Apellido | ORDOÑEZ |
| 1er Nombre | DIANA | 2o Nombre | MARCELA |
| Tipo de identificación: | CC | Número de identificación: | 1112470921 |
| Departamento: | VALLE DEL CAUCA | Municipio: | CALI |
| Teléfono: | 3172310403 | Celular: | 3172310403 |
| Dirección: | CALLE 1A OESTE # 69 - 95 | | |

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: | |