



1. DATOS DE LA VÍCTIMA DEL ACCIDENTE DE TRÁNSITO

| | | | |
|--------------------------|---------------|---------------------------|------------|
| 1er Apellido | RIASCOS | 2o Apellido | CORTES |
| 1er Nombre | JONATHAN | 2o Nombre | DAVID |
| Tipo de identificación: | CC | Número de identificación: | 1104805136 |
| Fecha de nacimiento: | 20/junio/2005 | 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: | 5/noviembre/2025 13:42 | 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: | 25/julio/2025 08:59 | Departamento: | VALLE DEL CAUCA | Municipio: | CALI |
| Dirección del accidente: | CARRERA 15 CON CALLE 30 | | | | |
| Vehículo identificado: | SI | Placa: | EMB67G | | |

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

| | | | |
|-------------------------|----------------------|---------------------------|------------|
| 1er Apellido | RIASCOS | 2o Apellido | CORTES |
| 1er Nombre | JONATHAN | 2o Nombre | DAVID |
| Tipo de identificación: | CC | Número de identificación: | 1104805136 |
| Departamento: | VALLE DEL CAUCA | Municipio: | CALI |
| Teléfono: | | Celular: | 3186523298 |
| Dirección: | CARRERA 25 B 72 U 09 | | |

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: | |