



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

|                          |                     |                           |           |
|--------------------------|---------------------|---------------------------|-----------|
| 1er Apellido             | ALVARADO            | 2o Apellido               | USECHE    |
| 1er Nombre               | RODRIGO             | 2o Nombre                 | JAVIER    |
| Tipo de identificación:  | CC                  | Número de identificación: | 14319479  |
| Fecha de nacimiento:     | 5/enero/1964        | Sexo al momento de nacer: | MASCULINO |
| Condición de la víctima: | USUARIO MOTOCICLETA |                           |           |

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

|                         |                          |  |  |
|-------------------------|--------------------------|--|--|
| Tipo de Ingreso:        | ATENCION PROGRAMADA      | Clasificación del Triage:              | NO APLICA                              |
| Fecha Hora:             | 14/septiembre/2025 15:13 | 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:   | 14/septiembre/2025 13:30 |            |        |
| Departamento:            | VALLE DEL CAUCA          | Municipio: | YUMBO  |
| Dirección del accidente: | CALLE 10 CON CARRERA 20  |            |        |
| Vehículo identificado:   | SI                       | Placa:     | LTV41A |

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

|                         |                   |                           |            |
|-------------------------|-------------------|---------------------------|------------|
| 1er Apellido            | ALVARADO          | 2o Apellido               | MARQUEZ    |
| 1er Nombre              | KEINER            | 2o Nombre                 | ESTEBAN    |
| Tipo de identificación: | CC                | Número de identificación: | 1109663822 |
| Departamento:           | VALLE DEL CAUCA   | Municipio:                | CALI       |
| Teléfono:               | 3177813310        | Celular:                  | 3177813310 |
| Dirección:              | CARRERA 5 # 33 30 |                           |            |

## 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:                |