

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

|                          |               |                           |           |
|--------------------------|---------------|---------------------------|-----------|
| 1er Apellido             | COCUY         | 2o Apellido               | ESPINOSA  |
| 1er Nombre               | DANIEL        | 2o Nombre                 |           |
| Tipo de identificación:  | CC            | Número de identificación: | 94063465  |
| Fecha de nacimiento:     | 15/abril/1983 | 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:             | 4/noviembre/2025 07:08 | 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:   | 22/octubre/2025 07:15           |            |            |
| Departamento:            | VALLE DEL CAUCA                 | Municipio: | CANDELARIA |
| Dirección del accidente: | KILOMETRO 1 VIA CANDELARIA CALI |            |            |
| Vehículo identificado:   | SI                              | Placa:     | HXY05E     |

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

|                         |                                       |                           |            |
|-------------------------|---------------------------------------|---------------------------|------------|
| 1er Apellido            | COCUY                                 | 2o Apellido               | ESPINOSA   |
| 1er Nombre              | DANIEL                                | 2o Nombre                 |            |
| Tipo de identificación: | CC                                    | Número de identificación: | 94063465   |
| Departamento:           | VALLE DEL CAUCA                       | Municipio:                | CANDELARIA |
| Teléfono:               | 3175187670                            | Celular:                  | 3175187670 |
| Dirección:              | CALLE 18 # 36C-65/ POBLADO CAMPRESTRE |                           |            |

## 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:                |  |