



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

|                          |              |                           |            |
|--------------------------|--------------|---------------------------|------------|
| 1er Apellido             | REINA        | 2o Apellido               | BAMBA      |
| 1er Nombre               | HAROLD       | 2o Nombre                 | ANDRES     |
| Tipo de identificación:  | CC           | Número de identificación: | 1143954779 |
| Fecha de nacimiento:     | 5/marzo/1993 | 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:             | 6/enero/2026 09:50  | 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:   | 1/julio/2025 16:45       | Departamento: | VALLE DEL CAUCA | Municipio: | CALI |
| Dirección del accidente: | DIAGONAL 23 CON CALLE 25 |               |                 |            |      |
| Vehículo identificado:   | SI                       | Placa:        | CDV928          |            |      |

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

|                         |                    |                           |            |
|-------------------------|--------------------|---------------------------|------------|
| 1er Apellido            | REINA              | 2o Apellido               | VALENCIA   |
| 1er Nombre              | JAIRO              | 2o Nombre                 |            |
| Tipo de identificación: | CC                 | Número de identificación: | 12919029   |
| Departamento:           | VALLE DEL CAUCA    | Municipio:                | CALI       |
| Teléfono:               | 3216681970         | Celular:                  | 3216681970 |
| Dirección:              | CARRERA 12E #56-30 |                           |            |

## 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:                |