

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

|                          |                |                           |           |
|--------------------------|----------------|---------------------------|-----------|
| 1er Apellido             | SANDOVAL       | 2o Apellido               | CALVACHE  |
| 1er Nombre               | JOHNNY         | 2o Nombre                 |           |
| Tipo de identificación:  | CC             | Número de identificación: | 94533478  |
| Fecha de nacimiento:     | 11/agosto/1978 | 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:             | 6/noviembre/2025 02:40 | Víctima viene remitida:                | SI                                      |
| Código de habilitación: | 760011161001           | Razón social del prestador que remite: | UNIDAD MEDICA DE TRAUMA DEL VALLE 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:   | 4/noviembre/2025 22:10 |            |        |
| Departamento:            | VALLE DEL CAUCA        | Municipio: | CALI   |
| Dirección del accidente: | CARRERA 7 A CALLE 20   |            |        |
| Vehículo identificado:   | SI                     | Placa:     | KNC74G |

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

|                         |                       |                           |            |
|-------------------------|-----------------------|---------------------------|------------|
| 1er Apellido            | SANDOVAL              | 2o Apellido               | CALVACHE   |
| 1er Nombre              | JOHNNY                | 2o Nombre                 |            |
| Tipo de identificación: | CC                    | Número de identificación: | 94533478   |
| Departamento:           | VALLE DEL CAUCA       | Municipio:                | CALI       |
| Teléfono:               | 3181812299            | Celular:                  | 3181812299 |
| Dirección:              | DIAGONAL 26 G 6 23 32 |                           |            |

## 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:                |  |