

1. DATOS DE LA VÍCTIMA DEL ACCIDENTE DE TRÁNSITO

| | | | |
|--------------------------|---------------------|---------------------------|----------|
| 1er Apellido | GUEVARA | 2o Apellido | COTACIO |
| 1er Nombre | DORA | 2o Nombre | INES |
| Tipo de identificación: | CC | Número de identificación: | 36380389 |
| Fecha de nacimiento: | 1/septiembre/1969 | Sexo al momento de nacer: | FEMENINO |
| 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: | 10/septiembre/2025 18:45 | 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: | 10/septiembre/2025 16:30 | | |
| Departamento: | VALLE DEL CAUCA | Municipio: | CALI |
| Dirección del accidente: | AVENIDA 6 A NORTE CON CALLE 46 NORTE | | |
| Vehículo identificado: | SI | Placa: | VWD28C |

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

| | | | |
|-------------------------|---------------------------|---------------------------|------------|
| 1er Apellido | RAMIREZ | 2o Apellido | GUEVARA |
| 1er Nombre | FELIPE | 2o Nombre | ANDRES |
| Tipo de identificación: | CC | Número de identificación: | 1151955132 |
| Departamento: | VALLE DEL CAUCA | Municipio: | CALI |
| Teléfono: | 3185046085 | Celular: | 3185046085 |
| Dirección: | CALLE 52 A NORTE #92 - 90 | | |

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: | |