

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

|                          |             |                           |            |
|--------------------------|-------------|---------------------------|------------|
| 1er Apellido             | RODRIGUEZ   | 2o Apellido               | CHAVERRA   |
| 1er Nombre               | MARIA       | 2o Nombre                 | CECILIA    |
| Tipo de identificación:  | CC          | Número de identificación: | 1005831682 |
| Fecha de nacimiento:     | 1/mayo/2001 | Sexo al momento de nacer: | FEMENINO   |
| 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:             | 12/septiembre/2025 21:33 | 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:   | 12/septiembre/2025 19:45 |            |        |
| Departamento:            | VALLE DEL CAUCA          | Municipio: | CALI   |
| Dirección del accidente: | CARRERA 8 CON CALLE 28   |            |        |
| Vehículo identificado:   | SI                       | Placa:     | DWH39H |

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

|                         |                     |                           |            |
|-------------------------|---------------------|---------------------------|------------|
| 1er Apellido            | RODRIGUEZ           | 2o Apellido               | CHAVERRA   |
| 1er Nombre              | MARIA               | 2o Nombre                 | CECILIA    |
| Tipo de identificación: | CC                  | Número de identificación: | 1005831682 |
| Departamento:           | VALLE DEL CAUCA     | Municipio:                | CALI       |
| Teléfono:               | 3155668955          | Celular:                  | 3155668955 |
| Dirección:              | CARRERA 17 #34 - 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:                |  |